


	GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS					  	
	CARTA DE AUTORIZACIÓN						
CÓDIGO	AP-BIB-FO-06	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	1 de 1

Neiva, septiembre 15 de 2020

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Ciudad

El (Los) suscrito(s):

JUAN PABLO LÓPEZ REBELLÓN, con C.C. No. 79.236.182 DE Bogotá,

Autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado titulado **“La Humanización como parte del componente curricular en la formación del médico en Colombia”**

Presentado y aprobado en el año 2020 como requisito para optar al título de

MAGISTER EN EDUCACIÓN; autorizo (amos) al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales “open access” y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.

- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato CD-ROM o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.





- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, “Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores”, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma:

JUAN PABLO LÓPEZ REBELLÓN

	GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS					  	
	DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO						
CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	1 de 3

TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: “La Humanización como parte del componente curricular en la formación del médico en Colombia”

AUTOR O AUTORES:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
LÓPEZ REBELLÓN	JUAN PABLO

ASESOR (ES):

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
RAMOS CASTAÑEDA	JORGE ANDRÉS

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: MAGISTER EN EDUCACIÓN

FACULTAD: EDUCACIÓN

PROGRAMA O POSGRADO: MAESTRÍA EN EDUCACIÓN: PROFUNDIZACIÓN EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN UNIVERSITARIA

CIUDAD: NEIVA

AÑO DE PRESENTACIÓN: 2020

NÚMERO DE PÁGINAS: 46

TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una X):

Diagramas___ Fotografías___ Grabaciones en discos___ Ilustraciones en general___ Grabados___ Láminas___
Litografías___ Mapas___ Música impresa___ Planos___ Retratos___ Sin ilustraciones___ Tablas o Cuadros X

SOFTWARE requerido y/o especializado para la lectura del documento: NA

MATERIAL ANEXO: NINGUNO

PREMIO O DISTINCIÓN (En caso de ser LAUREADAS o Meritoria):



GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS

DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO



CÓDIGO

AP-BIB-FO-07

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

2 de 3

PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:

<u>Español</u>	<u>Inglés</u>	<u>Español</u>	<u>Inglés</u>
1. Humanización	Humanization	6. _____	_____
2. Facultad	Faculty	7. _____	_____
3. Médico	Medical	8. _____	_____
4. Curricular	Curricular	9. _____	_____
5. Paciente	Patient	10. _____	_____

RESUMEN DEL CONTENIDO: (Máximo 250 palabras)

La situación actual de la medicina es la tendencia a la instrucción y formación de los médicos priorizando los aspectos técnico – científicos sobre la formación integral que abarque los componentes humanos, éticos y socioculturales, incidiendo de manera directa en la prestación del servicio médico humanizado. El objetivo del estudio fue analizar el componente curricular de humanidades en el proceso de formación médica en las facultades de Medicina en Colombia.

Estudio descriptivo de corte transversal, el cual identificó el componente de humanización en los currículos de programas de medicina a nivel nacional de las diferentes facultades de salud en su área de formación médica. Se solicitó a las universidades los microdiseños de los cursos del programa de medicina. Seguido de esto, se realizó la revisión documental y un análisis de contenidos de los planes de estudios de los programas.

Se analizaron los microdiseños de 20 universidades a nivel nacional. El 70% de los programas dicta su componente de humanización en el (I) semestre; el 60% se encuentra acreditada. Las universidades privadas promedian 87.4 horas en el componente de humanización, mientras que las universidades públicas promedian 144 horas. En los programas no acreditados, el componente de humanización tiene un promedio de 1.75 créditos, mientras en los acreditados el promedio llega a 2.5. Se evidencia que el componente de humanización es ofrecido en todos los programas de medicina, pero su presentación varía en el semestre ofrecido y la cantidad de horas según la naturaleza de la institución.

ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)

The current situation in medicine is the trend towards the instruction and training of doctors, prioritizing the technical - scientific aspects over comprehensive training that encompasses the human, ethical and sociocultural components, directly influencing the provision of humanized medical service. The objective of the study was to analyze the curricular component of humanities in the medical training process in medical schools in Colombia.

Descriptive cross-sectional study, which identified the humanization component in the curriculum of Medicine programs at the national level of the different health schools in their medical training area.



GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS

DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO



CÓDIGO

AP-BIB-FO-07

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

3 de 3

The micro designs of the courses of the medicine program were requested from the universities. Following this, a documentary review and content analysis of the program's study plans was carried out.

Curriculum from 20 universities were analyzed. 70% of the programs dictate their humanization component in the (I) semester; 60% is accredited. Private universities average 87.4 hours in the humanization component, while public universities average 144 hours. In non-accredited programs, the humanization component has an average of 1.75 credits, while in accredited programs the average reaches 2.5. It is evident that the humanization component is offered in all medical programs, but its presentation varies in the semester offered and the number of hours according to the nature of the institution.

APROBACION DE LA TESIS

Luis Carlos Torres Soler

Gerardo Andrés Perafán Echeverri

**LA HUMANIZACIÓN COMO PARTE DEL COMPONENTE CURRICULAR EN LA
FORMACIÓN MÉDICA EN COLOMBIA.**

JUAN PABLO LÓPEZ REBELLÓN

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE EDUCACIÓN
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN CON PROFUNDIZACIÓN EN DOCENCIA E
INVESTIGACIÓN UNIVERSITARIA
NEIVA – HUILA
2020.**

**LA HUMANIZACIÓN COMO PARTE DEL COMPONENTE CURRICULAR EN LA
FORMACIÓN MÉDICA EN COLOMBIA.**

JUAN PABLO LÓPEZ REBELLÓN

Trabajo de grado para optar por el título de Magister en Educación

Asesor: Jorge Andrés Ramos Castañeda
PhD en Salud Pública

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE EDUCACION
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN CON PROFUNDIZACIÓN EN DOCENCIA E
INVESTIGACIÓN UNIVERSITARIA
NEIVA – HUILA
2020.**

CONTENIDO.

1.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
2.	JUSTIFICACIÓN	11
3.	OBJETIVOS	13
3.1	Objetivo General	13
3.2	Objetivos específicos	13
4	MARCO REFERENCIAL, TEÓRICO, CONCEPTUAL Y CONTEXTUAL	14
5	DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	23
6	RESULTADOS	28
7	CONCLUSIONES Y APORTES	40
8	RECOMENDACIONES O PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	41
9	REFERENTES DOCUMENTALES	42
	ANEXOS	44
	Anexo N° 1 Cronograma de Actividades.	44
	Anexo N° 2 Presupuesto global de la propuesta por fuentes de financiación (en miles de \$).	45
	Anexo N° 3 Descripción de los gastos de personal (en miles de \$).	46

Lista de tablas

Tabla 1 Componente de humanización por ciudad y semestre de las facultades adscritas a la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME con vigencia a 2018 objeto de esta investigación.	28
Tabla 2 Nombre y estado de acreditación de las facultades adscritas a la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME con vigencia a 2018 objeto de esta investigación. .	29
Tabla 3 Carácter de la universidad y número de horas asignadas al componente de humanización en las facultades de medicina adscritas a la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME con vigencia a 2018.	31
Tabla 4 Número de créditos del componente de humanización y estado de acreditación de las facultades de medicina adscritas a la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME con vigencia a 2018.	32
Tabla 5 Número de créditos por programa de las facultades de medicina y número de horas asignadas al componente de humanización de las universidades adscritas a la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME con vigencia a 2018.....	33
Tabla 6 Asignaturas y temáticas del componente de humanización en las facultades de Medicina adscritas a la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME con vigencia a 2018.	34
Tabla 7 Semestres en los cuales se imparte el componente de humanización de las facultades de medicina adscritas a la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME con vigencia a 2018.	38

Lista de graficas

Grafica 1 Carácter de la universidad y su componente de humanización en las facultades de Medicina adscritas a la asociación colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME con vigencia a 2018.....	30
Grafica 2 Número de horas asignadas al componente de humanización por programa en las facultades de medicina adscritas a la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME con vigencia a 2018.	37

INTRODUCCIÓN

La situación actual de la medicina es la tendencia a la instrucción y formación de los médicos priorizando los aspectos técnico – científicos sobre la formación integral que abarque los componentes humanos, éticos y socioculturales, incidiendo de manera directa en la prestación del servicio médico humanizado; lo anterior, a pesar que los programas de medicina buscan incluir en sus currículos asignaturas que permitan establecer un vínculo que complemente la formación humana con las nuevas tecnologías en salud y con el desarrollo vertiginoso de los avances en medicina.

La enseñanza e inclusión de las humanidades en el currículo de un programa académico de medicina propone sensibilizar y concientizar a los estudiantes sobre las dimensiones sociales y culturales del fenómeno salud-enfermedad, facilitando un juicio moral en el estudiante de medicina que permita un acercamiento más holístico y por ende una atención más humanizada.

Sin embargo, lo que percibimos hoy es una crisis del sector salud y de los sistemas sanitarios en general, y las principales quejas del siglo XXI en los sistemas de salud a nivel mundial están orientadas a la falta de humanización en el accionar de los médicos.

Los problemas más citados se refieren al hecho de que la medicina es cada vez más costosa e inalcanzable, a medida que se desarrolla tecnológicamente, favorece una instrucción con énfasis en la parte biológica, dejando a un lado la formación humanística y deposita una confianza excesiva en los aspectos técnico - científicos y tecnológicos, causando una despersonalización en la atención al enfermo y descuidando la perspectiva del paciente - entorno familiar y los aspectos emocionales mismos de la enfermedad. Como reacción a esta situación, y frente a una cultura médica definida por miradas científicas, técnicas y administrativas, se ha promovido “la recuperación del humanismo y de una buena relación clínica en la enseñanza y la práctica de la medicina”.

El objetivo del siguiente estudio es analizar la incidencia del enfoque pedagógico humanizado en el proceso de formación médica en las facultades de medicina en Colombia; para ello se plantea realizar un estudio de enfoque cuantitativo tipo descriptivo observacional donde se determinará el número de asignaturas y créditos que están asignados al componente de humanización dentro de la malla curricular de los diferentes programas de medicina en Colombia.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La humanización vista desde el punto de vista profesional, viene a ser el reconocer en el otro, el ser humano, el individuo y ser social, lo cual debe desembocar en un trato digno y adecuado, cuando se labora en algún campo de la salud. La humanización en salud en ocasiones se ve como la vocación de servicio, la actitud de atención frente al paciente, aunque muchas veces el término se ve opacado con conductas ofensivas, de manipulación y omisión hacia el paciente.

Autores han planteado que la humanización tiene un componente histórico, ético y legal (Ramos, 2015). El término se empezó a utilizar a finales del siglo XX como una respuesta por la indefensión que presentaba una persona enferma. Para el siglo XXI, debido al incremento y la percepción de atenciones de salud inhumanas, tomó mayor importancia para los sistemas de salud del mundo (Morales RM, 2015).

La atención en salud humanizada se concibe desde el código de ética médica, donde su principal misión es cuidar la salud, respetar la vida y la dignidad de los seres humanos. La ley 23 de 1981 “Se debe propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distingos de nacionalidad, ni de orden económico-social, racial, político o religioso” (Colombia, 1981) . Desde el punto de vista legal, la salud y el bienestar humano se encuentran contemplados en la Declaración Universal de Derechos Humanos, además en la ley estatutaria 1751/2015.

La calidad y la humanización de la atención buscan dar respuestas a las necesidades de las personas y contribuir a la finalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, logrando iniciar la vida en las mejores condiciones, mantenerse saludable en familia, vivir en la comunidad sana e informada de sus derechos y deberes en salud, detectar oportunamente la enfermedad y recuperar la salud, vivir con la enfermedad o la diversidad funcional con autonomía y respeto, y enfrentar el final de la vida con dignidad (Minsalud, 2020).

La humanización en salud debe manifestarse desde el primer contacto con el paciente, a través de una comunicación fluida, efectiva y cálida, el cual debe sentir un trato personalizado

y cariñoso, cuidando el lenguaje verbal (lo que decimos y cómo lo decimos) y el lenguaje gestual, que trasmite igualmente mensajes positivos y negativos. Por ejemplo, un médico que atendió a 30 pacientes y al recibir el último no lo determina y se limita a las preguntas de rutina sin atender los otros indicadores que podrían no estar contemplados en ese cuestionario básico; o la enfermera que no brinda ese trato personalizado y cálido que se merece cada paciente al realizarle un procedimiento, o que ambos (el médico y/o enfermera) no informen adecuadamente al paciente de su patología, o se cercioren que quedó satisfecho con la información provista. (Red salud, 2020).

A pesar de la importancia de garantizar una atención médica humanizada, en la práctica es común observar una deficiente percepción de la atención. En medios de comunicación es normal ver noticias sobre la inadecuada relación médico paciente. Se evidencian malos tratos, vulneración de los derechos, falta de información y comunicación (Rodríguez, 2006).

Dentro de los factores que influyen para la atención deshumanizada se ha reportado la formación del ejercicio profesional, la complejidad de la práctica médica, la especialización y sub especialización de la salud.

En el ámbito de la educación universitaria, existe una discusión intensa sobre la humanización de la medicina, ya que se observa a menudo que el paciente ya no confía en su paciente y lo más aterrador que el paciente no siente un trato humano por parte del personal médico. Por lo tanto, el modelo actual que predomina en escuelas de medicina incluye dentro de su componente curricular la ética vista como una forma de humanizar la profesión, además de los cursos de ciencias básica, clínica y fisiología. En este sentido, se desconoce a nivel nacional cuántos programas de medicina incluyen el componente de humanización en salud dentro de su plan de estudios, y si existe alguna diferencia según el tipo de institución educativa (pública o privada) o su condición de acreditación de alta calidad.

“La deshumanización de la medicina ha sido un asunto de largas reflexiones en el campo médico y de la bioética. La visión biomédica, que privilegia los aspectos técnicos de la ingeniería y el desarrollo tecnológico, sobre el ejercicio médico y las políticas de seguridad social y de salud, ha establecido una perspectiva del cuidado a partir de

lineamientos técnicos y normativos que generalmente conduce a una separación de las prácticas médicas de la condición humana de los pacientes” (Prieto, 2020).

Según el ministerio de Salud y la Protección social en Colombia la humanización busca dar respuesta a las necesidades de la persona y de cierta manera contribuir a la mejora del sistema general de seguridad social en salud, aunque se deduce que estas prácticas se menguan por un sistema capitalista, hay que dar un revisión a los componentes formativos y de educación de nuestros profesionales en salud, ya que posiblemente no encuentren un visión clara en su quehacer a partir de las aulas de clase.

Con base en la situación expuesta surge entonces la pregunta que plantea el problema de investigación: ¿Cuál es el componente curricular humanístico en el proceso de formación médica en los programas de Medicina en Colombia?

2. JUSTIFICACIÓN

Si partimos de la importancia de reconocer y reflexionar acerca del funcionamiento de nuestro sistema de seguridad social en salud y de lo sensible que es hoy en día la relación médico – paciente dentro del contexto de este sistema, debemos hacer una mirada hacia el cumplimiento de los derechos básicos inherentes a la condición humana del paciente; el derecho a ser informado, el derecho a recibir un trato digno, el derecho a su intimidad entre otros derechos que lamentablemente son vulnerados en el vertiginoso transcurrir del proceso de prestación de servicios de salud.

Es sin duda esta situación de crisis del sector salud que se refleja no solamente en la deficiencia del flujo de recursos económicos por los procesos de intermediación y de corrupción, sino de la tensión en las relaciones de todos los actores del sistema, prestadores, aseguradoras, sino también de los diferentes profesionales de la salud que integran la cadena de prestación de servicios que deterioran la calidad de la atención, despersonalizando y deshumanizando la relación médico – paciente. Es de conocimiento general las dificultades del acceso a los servicios de salud y la inoportunidad en meses para la obtención de una cita médica especializada para finalmente ser atendido y recibir con extrema frialdad la información del avance de su enfermedad impotente ante los obstáculos del sistema.

Como reacción a esta situación, y frente a una cultura médica definida por miradas científicas, técnicas y administrativas, se ha promovido “la recuperación del humanismo y de una buena relación clínica en la enseñanza y la práctica de la medicina” (Siegler, 2000) .

Para ello, se han introducido disciplinas de las áreas de las humanidades (que reúnen saberes de filosofía, ética, psicología, antropología, artes, sociología, historia, política) en los cursos de medicina con el objetivo de formar médicos con competencia ética y relacional y superar el poco productivo antagonismo entre tecnicismo y humanismo (Rodríguez P, 2012); es importante de resaltar que el conocer de humanidades no nos convertirá en individuos más humanos pero si buscara que el que hacer como futuro profesional, deba estar basado en la compasión, el buen trato al proceder en nuestra labor y el respeto; La enseñanza de las humanidades en Medicina “busca sensibilizar a las personas (para sumar, a la perspectiva

técnica, una mirada sobre la condición humana), y desarrollar métodos didáctico-pedagógicos adecuados a su educación” (Cardona, Correa, & Hoyos , 2008).

La medicina debe aspirar a ser honorable, prudente, equitativa, asequible, independiente de los modelos económicos y conceptos organizacionales de los sistemas de seguridad social; debe propender por la integralidad y la solidaridad en pro de la dignidad del ser humano. Este loable y altruista objetivo debe ser transversal y permanecer desde el inicio de la vida hasta su final. Pero este enfoque de formación humanística no puede estar circunscrito y delimitado a este concepto de integralidad, hoy tan impuesto en los perfiles misionales de los programas de Medicina, sino que debe incluir, además, la seguridad del paciente como atributo de calidad del servicio de salud, que busca el cumplimiento de unos estándares, que permitan que el accionar del médico se realice con compromiso, profesionalismo, responsabilidad, cuidado y dedicación.

Los resultados de este estudio permiten conocer la situación actual de humanidades en la formación médica de los programas de medicina en Colombia y permitirá utilizar estos resultados para generar cambios en la comunidad académica y de esta manera fortalecer la malla curricular en las facultades de medicina en relación a formación humanizada de los médicos.

Teniendo en cuenta esta problemática, se decidió analizar la situación actual que tienen las facultades de medicina en Colombia respecto al componente curricular de humanización en la formación del profesional de medicina.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Analizar el componente curricular de humanidades en el proceso de formación médica en las facultades de Medicina en Colombia.

3.2 Objetivos específicos

- ✓ Describir los componentes de humanidades en el proceso de formación médica de las facultades de medicina en Colombia.
- ✓ Identificar el número de cursos y créditos de las asignaturas que manejan un componente de humanización en las facultades de medicina en Colombia.
- ✓ Analizar los contenidos programáticos de las asignaturas que tienen componente curricular de humanidades en el proceso de formación médica en las facultades de medicina en Colombia.

4 MARCO REFERENCIAL, TEÓRICO, CONCEPTUAL Y CONTEXTUAL

La medicina es considerada como ciencia que presenta una particularidad dado que su objeto de estudio es el propio hombre. Es cierto que otras muchas disciplinas desde las que tradicionalmente se han agrupado bajo la denominación de humanidades hasta las históricamente más recientes ciencias humanas han fijado en el ámbito de lo humano su esfera de interés. La medicina Occidental o biomedicina a pesar de su reconocida eficacia, también comporta limitaciones de naturaleza social y cultural (Quadrelli, 2012).

Cualquier reflexión que se realice sobre la humanización de la medicina debe partir de un trabajo de delimitación previo que se podría resumir en la siguiente pregunta: ¿Qué entendemos por humanizar? Lo cual es tanto como preguntar: ¿qué entendemos por humano? Pues, si atendemos al significado del verbo suministrado por la Real Academia Española. (Real Academia, 2020) humanizar no significa sino "hacer humano". Y teniendo como base esta reflexión, debemos preguntarnos como hacer humanizado al médico, al personal de salud durante su formación.

En el ámbito de la educación universitaria, existe una discusión intensa sobre la humanización de la medicina, la formación de médicos humanistas y la implementación de prácticas y políticas humanistas. En Latinoamérica, la discusión sobre la inserción curricular del complejo de las humanidades en la formación médica es una discusión relativamente reciente (Quadrelli, 2012); Diferentes escuelas filosóficas han generado su aporte a la humanización en salud. Por ejemplo, las contribuciones de la antropología para el área de la salud han sido señaladas en diversos y numerosos estudios, donde recuperan la relevancia de las informaciones culturales en las intervenciones preventivas y terapéuticas ofreciendo un marco teórico y metodológico para el análisis de los factores culturales que intervienen en el campo de la salud.

Como aportes principales de la perspectiva antropológica se ha señalado la relativización de conceptos biomédicos; la importancia de comprender las categorías “salud” y “enfermedad” en un contexto histórico, de clase, género, edad y etnia; la necesidad de reconocer que, para todos los grupos, es siempre de manera específica y peculiar que un problema de

salud es vivido, en compleja interacción entre aspectos físicos, psicológicos, sociales y ambientales; y finalmente, el abordaje metodológico propio de la perspectiva antropológica.

Como educadores, frecuentemente nos encontramos buscando formas más efectivas y poderosas de producir y compartir conocimiento. Los desafíos de la formación profesional para enfrentar los problemas más relevantes de la práctica han abierto una etapa de reflexión crítica sobre las limitaciones de aplicar una racionalidad técnica, basada exclusivamente en el conocimiento científico. (Silvia, 2006). Cada vez más, la sofisticada medicina que se practica hoy, deja insatisfechos a médicos y pacientes, porque vuelve difícil su encuentro y se revela insuficiente para abarcar la experiencia de sus mutuos padecimientos.

Le Breton (1995), sostiene que, en el pensamiento occidental, el cuerpo está separado del hombre, de los otros y del universo. El cuerpo de la modernidad es una construcción cultural y los saberes acerca del cuerpo son parte de una visión del mundo, de una concepción de la persona. La concepción dualista de la sociedad occidental, a diferencia de las sociedades tradicionales, distingue el hombre de su cuerpo. La especificidad del vocabulario anatómico y fisiológico se refiere a un cuerpo independiente que ha roto su “solidaridad con el cosmos”.

Un cuerpo que “se tiene”, que no es la esencia del hombre, sino su propiedad y que puede ser investigado y diseccionado. Con Descartes se afirmó su denigración como la parte menos humana del hombre y, desde entonces, con el modelo del cuerpo como máquina, como una realidad aparte, el pensamiento “que busca reducir el conjunto de los movimientos del hombre o las turbulencias de la condición humana a un conjunto de leyes objetivas con recurrencias previsibles” seguirá ejerciendo su influencia. (D., 1995, pág. 67).

En nuestra vida cotidiana, el cuerpo permanece invisible, ausente. Nuestra cultura oculta que toda nuestra experiencia proviene de la aprehensión sensorial del mundo a través del cuerpo. Le Breton analiza el saber biomédico como el “saber oficial” y su capacidad de “reintroducir sentido” cuando la experiencia del dolor, la enfermedad y el sufrimiento hacen a los hombres cobrar conciencia de su existencia y sentirse cautivos de sus propios cuerpos. La medicina moderna tiene pocas herramientas para “medir” y dar lugar a los significados personales de los pacientes, para acercarse al sufrimiento interior, al dolor moral, la

desesperación y la pena que casi siempre acompañan las enfermedades que padece la gente. La psiquiatría parece ser la única área donde no se discute que hablar y escuchar, sea terapéutico.

Ante el creciente interés por el uso de narraciones en la enseñanza, resulta relevante profundizar en los fundamentos teóricos de su inclusión en el campo disciplinar específico de la medicina. Este movimiento, intenta integrar el conocimiento científico a una comprensión más profunda y completa de las perspectivas personales. Se propone como un camino en el tránsito desde un paradigma de conocimiento disciplinar que alguna vez pretendió ser completo, verdadero, objetivo y universal, hacia un modelo complejo que reconozca la imposibilidad de separar absolutamente al observador de lo observado, en un determinado contexto.

Si bien la entrevista clínica es la intervención utilizada con más frecuencia en la práctica médica y la relación médico-paciente es una de las bases en las que se apoya el cuidado de la salud, la formación profesional en las habilidades de comunicación es –en la mayoría de los centros de formación– difusa, fragmentada y considerada como una parte menor (si se la compara con el énfasis puesto en el entrenamiento de competencias en otras áreas como la anatomía, la semiología o la farmacología) (Durante Eduardo, 2001); se continua haciendo demasiado énfasis en la parte biológica, dejando a un lado la formación humanística y se deposita una confianza excesiva en los aspectos técnico - científicos y tecnológicos, causando una despersonalización en la atención al enfermo y descuidando la perspectiva del paciente – entorno familiar y los aspectos emocionales mismos de la enfermedad, con un creciente nivel de insatisfacción en ambos términos de la relación médico-paciente, por la pérdida de la empatía y de las bases de la relación terapéutica. Seguramente, todo lo anterior influenciado por factores económicos y empresariales que impactan en la organización de los servicios de salud y conceden cada vez menos tiempo a este encuentro médico – paciente.

Por otra parte, el incremento de las enfermedades crónicas, con las que se convive por años, ponen a médicos y pacientes en relaciones prolongadas en las que las capacidades de comunicación y de compartir/acordar elecciones éticas de tratamiento y cura resultan cada vez más necesarias; también, en algunos sectores, la difusión del acceso a internet por parte de los pacientes, ha producido cambios en esta relación: llegan a la consulta con su propio diagnóstico y una serie de saberes y temores que es necesario tener en cuenta. La entrevista clínica merece ser objeto de atención porque, según un estudio de Beckman y Frankel (en Durante 2001), los

médicos interrumpen a los pacientes a los 18 segundos, en promedio, mientras relatan su problema y aquellos que no son interrumpidos no se explayan por mucho más tiempo. Podríamos pensar que, siguiendo el modelo médico hegemónico, han aprendido la conveniencia de ser breves en el relato de sus padecimientos. (Durante Eduardo, 2001).

En un contexto donde predomina la exigencia de eficiencia técnica ¿será posible considerar las propias narraciones de los médicos, sus oportunidades de expresar y dar sentido a la propia práctica, a los sentimientos y emociones que generan el contacto permanente con el dolor y el sufrimiento? Los relatos pueden ser un instrumento educativo que permita reelaborar la experiencia, crecer en humanidad y prevenir el aislamiento, el stress y el agotamiento emocional. La medicina narrativa, o medicina basada en narraciones, es un movimiento liderado por médicos que pretenden revisar sus modelos profesionales, tomando en cuenta su práctica asistencial, tanto como sus propias experiencias como pacientes. Esta corriente empezó en EE.UU. y se está difundiendo aceleradamente en otros países, como por ejemplo Italia, que ya ha introducido en varias de sus facultades de medicina (Milán, Turín, Roma, Florencia, Verona) cursos obligatorios para los estudiantes, con el objeto de enseñar la práctica de la comunicación y la capacidad de escuchar e interpretar las historias de los pacientes.

En los programas de medicina narrativa se lee literatura, textos en los que los protagonistas son médicos y enfermos en un determinado contexto. Una cuidadosa selección de lecturas y de actividades con esos textos, sirve de vehículo para desarrollar la empatía, estimular la imaginación, incrementar el conocimiento humano y promover la reflexión moral. “La tercera destreza que debe poseer el ciudadano, (...), se puede llamar imaginación narrativa. Esto significa la capacidad de pensar cómo sería estar en el lugar de otra persona; ser un lector inteligente de la historia de esa persona, y comprender las emociones, los deseos y anhelos que alguien así pudiera experimentar (...)” (Nussbaum, M., 2001: p. 29). (Vargas, Gamboa, Reeder, & Paul, 2008).

Los estudiantes se entrenan en reescribir o contar estas historias en un lenguaje cotidiano (no en el lenguaje técnico propio de las historias clínicas), en analizar y comprender las perspectivas personales de los protagonistas y en confrontar sus percepciones y vivencias, la distinta interpretación de la experiencia del cuerpo, de la enfermedad, del sufrimiento. El movimiento de la medicina narrativa apunta a acercar a la medicina a los estudios humanísticos.

Puede ayudar a los médicos a ser conscientes de la imposibilidad de relatar “lo que pasa” sin una interpretación, a considerar el grado de incertidumbre en que se desarrollan sus prácticas y a aceptar que la perspectiva, el punto de vista propio y del otro, no son un estorbo que se debe eliminar, sino la única manera posible de describir la realidad. Algunos desarrollos de la medicina narrativa (Greenhallgh Trisha, 1998), sostienen que las narraciones cumplen una función de “puente” entre médicos y pacientes. Este puente puede ayudar a acortar la distancia entre saber acerca de la enfermedad del paciente y comprender su experiencia.

A través de este puente, se avanza y se retrocede convirtiendo las historias: el mismo acto de contar y escuchar una historia, cambia esa historia. Las narraciones otorgan sentido, contexto y perspectiva a la experiencia, porque las cosas que nos suceden no tienen ningún significado independientemente de los relatos que contamos acerca de ellas. El acto de narrarlos vuelve comprensible los acontecimientos. Cuando los médicos pueden jugar un papel en el desarrollo e interpretación de esas narraciones, se convierten en “miembros honorables” de muchas familias. Cuando, en cambio, suprimen las historias personales de sus pacientes y las convierten en una historia clínica, en la historia de un caso que más se parece a una crónica, pueden ofrecerles los beneficios de “la ciencia moderna” pero, si hacen sólo esto y no dan lugar a sus narrativas, los sustraen de su humanidad, de su posibilidad de comprender su situación lo que, en definitiva, incrementará su sufrimiento.

Los relatos no son simples crónicas de sucesos. Los acontecimientos y las acciones en el mundo transcurren al mismo tiempo que una serie de acontecimientos mentales en la conciencia de los protagonistas. Las narraciones no se refieren a hechos objetivos, sino al modo en que son interpretados los sucesos, al significado que se les asigna.

Una narración bien hecha, a diferencia de una exposición racional-objetiva-científica, está cargada de significados subjetivos, datos atenuantes y posibilidades alternativas. Desde nuestros primeros años, nuestros relatos sobre nosotros mismos siguen reglas de género: los momentos más importantes no están tan determinados por lo que pasó, sino por la manera de contarlo. Ya que no hay una manera neutra de contar la propia vida, el relato autobiográfico necesita obligatoriamente la elección de un estilo para ser contado, “hace forzosa la interpretación”. Reconocer la diferencia entre lo que sucedió y la manera de contarlo, permite

tomar conciencia de las diferentes interpretaciones posibles. “Los relatos no se nutren tanto de hechos como de significados” (Schachter, 1999)

El modelo biomédico, desarma los relatos porque el foco está puesto en las enfermedades, no en los enfermos. Pero nuestra narración construye nuestra identidad. Para ser nosotros mismos, necesitamos un relato coherente que mantenga nuestro yo. Según Sacks “nosotros tenemos, todos y cada uno, una historia biográfica, una narración interna, cuya continuidad, cuyo sentido es nuestra vida. Podría decirse que cada uno de nosotros edifica y vive una “narración” y que esa narración es nosotros, nuestra identidad”. (Oliver, 1987). Las narraciones de los pacientes, se refieren a la manera en que padecen o están enfermos y esto solía ser para los médicos un dato central para el diagnóstico. Comprender el contexto narrativo de la enfermedad, permite acercarse no ya a la patología, sino al problema del paciente de una manera holística y brinda una posibilidad crucial para su comprensión.

Vuelve más difícil la tendencia de los clínicos, de ver lo esperado y rechazar inconscientemente lo que es infrecuente o desacostumbrado. La medicina narrativa puede ayudarnos a recuperar los intereses por el otro, desde la misma literatura (¿quién es el que habla, ¿cuál es su perspectiva, por qué dice y hace lo que dice y hace? ¿Qué siente? ¿Cómo serían los mismos sucesos relatados por otra persona, o en otro género?) Comunicar no es sólo hablar, sino crear una alianza terapéutica y para ello resultan claves las capacidades de escuchar e interpretar. La pregunta que puede formularse es si, en el transcurso de su formación y en el contexto donde desarrollan sus prácticas, los médicos pueden reconocer el valor de estas historias y reflexionar sobre el proceso que supone su reformulación en la elaboración de las “historias clínicas”.

Las habilidades de escuchar, interpretar y reinterpretar con una nueva mirada los relatos de los pacientes, no tienen lugar en los programas de formación del médico. El énfasis está puesto en que el alumno adquiera la capacidad de formular el problema del paciente en el formato estructurado y estandarizado que es la historia clínica. Entre el primero y el último año de su formación, los estudiantes de medicina transforman su capacidad de escuchar y apreciar el relato del paciente en una destreza aprendida: construir una historia médica. Debería revisarse lo que se considera un éxito en este entrenamiento. Analizando el papel de las narraciones en la educación, Jackson (1998) plantea que los relatos tienen una función

epistemológica no porque contienen, sino porque son en sí mismos el saber que los estudiantes deben poseer para participar de nuestra cultura, para ser “culturalmente alfabetos”. Los relatos tienen además la función de alterar nuestra conciencia: no nos informan, nos transforman (Jackson, 1998).

Bruner se refiere a la narración “como una forma de pensar, como una estructura para organizar nuestro conocimiento y como un vehículo en el proceso de educación...”

Bruner (1997, pág. 138) señala que el “giro interpretativo”, ocurrido primero en el teatro y la literatura, después en la historia, las ciencias sociales y la epistemología, se expresa ahora en la educación. El propósito de la interpretación es comprender, no explicar y una de nuestras principales formas de entender es la narración. El entendimiento no es unívoco, una interpretación no inhabilita otras. Según este planteo, es preciso enseñar métodos interpretativos y narrativos con cuidado y rigor. Temas como la habilidad para construir historias, los tipos de estructura narrativa –tragedia, comedia, romance e ironía– para aclarar sobre qué afirma tratar un texto y la vinculación del narrador con la historia –por qué la cuenta, con qué autoridad, desde qué perspectiva– nos permiten ir más allá de los datos evidentes, superar la frontera de nuestra mirada.

El pensamiento occidental pretendió durante siglos que el mundo era racional y que el conocimiento verdadero estaba construido con proposiciones lógicas o científicas con explicación. Pero la historia de la ciencia está repleta de intuiciones, relatos y metáforas, ya que el proceso de creación de la ciencia es básicamente narrativo. Bruner propone transformar a la forma narrativa los esfuerzos de entendimiento de los científicos y de los alumnos. Esto permitiría cambiar el foco de atención y pasar de una preocupación por la naturaleza afuera, separada de nosotros, a una preocupación por cómo conocemos esa naturaleza, por la construcción de nuestro modelo, por la creación de la ciencia. Con el auge de la biomedicina, las habilidades de comunicación y de generar empatía, que alguna vez fueron consideradas inherentes al rol del médico, pasaron a tener un papel secundario, electivo y se dejó librada su adquisición a los propios recursos e intereses de los estudiantes. Esta capacidad comunicativa, intenta ser hoy reinstalada como una de las competencias centrales de la práctica profesional que la educación médica tiene la obligación de asegurar.

El problema de la interpretación como búsqueda de significado suele estar ausente de la formación médica. Los desarrollos en medicina narrativa pueden permitirnos reconocer que vivimos en un mundo hecho de narraciones porque la realidad, tal como es, nos es inaccesible. Sólo podemos conocerla a través de nuestros sentidos y de nuestros modelos interpretativos. Las narraciones tienen un papel fundamental en nuestra tarea de dar sentido al mundo y a nuestra experiencia. Las usamos para negociar significados, integrar las situaciones excepcionales al orden cotidiano, volver otra vez extraño lo demasiado familiar, reabrir la realidad con una nueva mirada. El modelo biomédico oculta que esas construcciones también son narrativas, porque buscan ser objetivas, neutras, universales, despojadas de toda subjetividad. Son narrativas invisibles, encubiertas, que pretenden no serlo. Las narraciones nos unen con los otros. Compartir narraciones nos ayuda a darle sentido a la experiencia del sufrimiento. Las diferencias entre las narrativas de los médicos y los pacientes son inevitables, pero los médicos, según la perspectiva que adopten, pueden “reintroducir sentido” y jugar un papel fundamental en darle “status de realidad” a las descripciones de los pacientes, ayudándolos a establecer nuevas narrativas para atravesar sus experiencias, a construir relatos superadores de resistencia y supervivencia.

Es el fin de la modernidad, de una época en la que creímos haber comprendido para siempre al mundo y a nosotros mismos. Ese saber que pretendimos eterno, que requería una mirada objetiva y descarnada, se quebró. Con las certezas perdidas, deberemos reconstruir un camino hecho ahora de verdades provisorias ¿qué aprenderemos de esta crisis? Reconocer que como seres humanos vivimos todos dentro de narraciones (aún las de la ciencia), puede hacer que, tanto pacientes como médicos, consideremos hasta qué punto, narrativas diferentes pueden producir significados y realidades diferentes. Hay múltiples razones para incorporar la narrativa en los procesos pedagógicos y educativos: La narrativa potencia la dimensión cognitiva, estimula la imaginación, fortalece los sentimientos, acrecienta los valores como la compasión, la solidaridad y la empatía, que se traduce en “ponerse en los zapatos del otro”. Es preciso resaltar la importancia de la literatura en la formación de los médicos y el papel que cumple la narrativa tanto en la universidad como en los demás lugares donde transcurre la vida: el valor de la palabra escrita, sin duda, humaniza y aproxima. (Mora, Florez, & Rovetto, 2015) La didáctica en la condición postmoderna está dada por un horizonte de formación que busca persuadir, mediante la retórica –en sus antiguas y nuevas modalidades–, a los sujetos de un conjunto de valores. (Vargas, Gamboa, Reeder, & Paul, 2008).

En efecto, la narrativa médica potencia la sensibilidad del médico y fortalece la empatía. Médicos con sentido humano, médicos con vocación que comprendan que el paciente deposita en el médico, su salud y la confianza, el cuidado y su propia vida; quizás, en dirección a este propósito, la medicina narrativa busca afianzar la relación médico/paciente, asumiendo que narrar hace parte de lo humano, que el relato es la fuerza que nos mueve día a día a encontrarnos con los otros, en el dolor, en la alegría, en la esperanza y en el final de la vida. Dice Pellegrini: “Todo lo espero de las palabras (...) En su fiesta impalpable partiré a la conquista de las puertas”. Y agrega, de manera hermosa: "Al hombre despojado de todo, hostilizado, acosado, y que nada tiene que perder, le queda la riqueza incalculable de la palabra". La antropología enseña a los profesionales de la salud que es necesario escuchar, primero, cómo nuestro interlocutor define su situación. En segundo lugar, cuál es su experiencia biográfica recordando que una persona siempre está situada biográficamente en la vida y es, en ese contexto, que piensa, siente y actúa. En tercer lugar, cuál es su reserva de conocimiento, o sea, cuál es su sedimentación de experiencias y situaciones vividas a partir de las cuales interpreta el mundo y pauta su acción.

El modelo dominante de educación médica surgió con las recomendaciones de Flexner, a principios del siglo pasado, y fue el que orientó la medicina académica. Desde entonces, la educación médica prácticamente no cambió hasta los años noventa donde es referente el informe de Scott Bloom basado en la “Nueva Biología” y los “Imperativos sociales” (Flexner; Bloom). Brevemente, en el informe Flexner, se reconocen como características principales el “reduccionismo biológico” (desde el punto de vista del objeto de la medicina) dirigido a la patología general y a la enfermedad, referido al cuerpo humano como objeto propio del conocimiento médico; el “conocimiento científico-natural” (desde el punto de vista del método de la medicina) y el “naturalismo normativo” (desde el punto de vista de la axiología y la ética) (Oseguera). El término humanista es añadido muy frecuentemente al término médico en una moda tanto imprecisa como intuitiva.

En general, en el área de la salud, cuando se habla de “humanización”, se hace referencia al rescate de valores humanísticos y al desarrollo de determinadas prácticas que suman a la competencia técnica una perspectiva humana sobre la totalidad de los acontecimientos que involucran a la enfermedad y su desenlace.

5 DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Analizar el componente curricular humanístico en el proceso de formación médica en las facultades de Medicina en Colombia, lo cual implicó la elaboración de un estudio de enfoque cuantitativo, observacional, tipo descriptivo de corte transversal, el cual caracterizó las diferentes facultades de salud en su área de formación médica.

Se utilizó un diseño transversal teniendo en cuenta la definición de estudios epidemiológicos. Esta metodología permite recolectar la información en un periodo de tiempo establecido y describir la presencia o ausencia de algún atributo (componente de humanización) en una unidad de análisis (Facultades de Medicina). La principal ventaja es su factibilidad, disminución de costos y, además, permite establecer la proporción de una condición en una muestra. Su principal limitación es que no permite establecer asociación causal ni evalúa el componente curricular en el tiempo.

Población:

Para la realización del presente estudio se toma como población, los programas de medicina adscritas a la asociación colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME.

La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina – ASCOFAME – se crea el 18 de marzo de 1959, mediante el Acta de Constitución suscrita por los Decanos de las 7 universidades existentes en ese momento a saber las Facultades de Medicina de:

Instituciones Fundadoras De ASCOFAME

1. Universidad de Antioquia
2. Universidad de Caldas
3. Universidad de Cartagena
4. Universidad del Cauca
5. Universidad Javeriana
6. Universidad Nacional
7. Universidad del Valle

A febrero de 2018, ASCOFAME cuenta con 46 (cuarenta y seis) Facultades miembro (79% de todas las facultades del país). De las cuales el 67% son privadas y el 33% de carácter público. ASCOFAME cuenta con Miembros Institucionales que son las facultades afiliadas la fecha de aprobación de Estatutos, que ya tengan al menos una promoción de egresados, facultades y programas de medicina con Acreditación de Alta Calidad expedida por el Ministerio de Educación Nacional.

FACULTADES DE MEDICINA – MIEMBROS ACTUALES DE ASCOFAME

Nombre Institución	Sector	Ciudad	Acreditada
Colegio Mayor De Nuestra Señora Del Rosario	Privada	Bogotá D.C.	Si
Fundación Universitaria De Ciencias De La Salud	Privada	Bogotá D.C.	Si
Pontificia Universidad Javeriana	Privada	Bogotá D.C.	Si
Universidad Antonio Nariño	Privada	Bogotá D.C.	Si
Universidad Autónoma de Bucaramanga-UNAB	Privada	Bucaramanga	Si
Universidad Ces	Privada	Medellín	Si
Universidad De Antioquia	Oficial	Medellín	Si
Universidad De Caldas	Oficial	Manizales	Si
Universidad De Cartagena	Oficial	Cartagena	Si
Universidad De Ciencias Aplicadas Y Ambientales UDCA	Privada	Bogotá D.C.	Si
Universidad De La Sabana	Privada	Chía	Si
Universidad De Los Andes	Privada	Bogotá D.C.	Si
Universidad De Santander – UDES	Privada	Bucaramanga	Si
Universidad Del Cauca	Oficial	Popayán	Si
Universidad Del Norte	Privada	Barranquilla	Si
Universidad Del Quindío	Oficial	Armenia	Si
Universidad Del Sinú – Elías Bechara Zainum – UNISINÚ	Privada	Montería	Si
Universidad Del Tolima	Oficial	Ibagué	Si
Universidad Del Valle	Oficial	Cali	Si
Universidad El Bosque	Privada	Bogotá D.C.	Si
Universidad Industrial De Santander	Oficial	Bucaramanga	Si
Universidad Libre	Privada	Cali	Si
Universidad Militar-Nueva Granada	Oficial	Bogotá D.C.	Si
Universidad Pedagógica y Tecnológica De Colombia – UPTC	Oficial	Tunja	Si
Universidad Pontificia Bolivariana	Privada	Medellín	Si
Universidad Surcolombiana	Oficial	Neiva	Si
Universidad Tecnológica De Pereira – UTP	Oficial	Pereira	Si

De igual manera, ASCOFAME cuenta con Miembros Adjuntos que son instituciones con facultades o programas de formación en MEDICINA, que siendo Miembros de

ASCOFAME en el momento de la aprobación de estos estatutos, aún no hayan graduado una promoción de pregrado. También serán miembros adjuntos los nuevos miembros, excepto aquellas instituciones con facultades o programas de formación en medicina que al momento de su solicitud de ingreso tengan la Acreditación de Alta Calidad del Ministerio de Educación Nacional, que entrarán como miembros INSTITUCIONALES.

FACULTADES DE MEDICINA - MIEMBROS ADJUNTOS DE ASCOFAME

Nombre Institución	Sector	Ciudad	Acreditada
Corporación Universitaria Remington	Privada	Medellín	No
Fundación Universitaria Autónoma de las Américas	Privada	Pereira	No
Fundación Universitaria Navarra – UNINAVARRA	Privada	Neiva	No
Fundación Universitaria Sanitas	Privada	Bogotá D.C.	No
Unidad Central Del Valle Del Cauca	Oficial	Tuluá	No
Universidad Cooperativa De Colombia	Privada	Medellín	No
Universidad De Boyacá - UNIBOYACÁ	Privada	Tunja	No
Universidad De Manizales	Privada	Manizales	No
Universidad De Nariño	Oficial	Pasto	No
Universidad Del Magdalena – UNIMAGDALENA	Oficial	Santa Marta	No
Universidad del Sinú – Elías Bechara Zainum – UNISINÚ	Privada	Cartagena	No
Universidad Metropolitana	Privada	Barranquilla	No
Universidad Simón Bolívar	Privada	Barranquilla	No

- **Muestra**

El presente estudio fue de tipo no probabilístico, ya que se tomó para la investigación el total de programas de medicina que reportaron información bajo solicitud, la asociación colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME con vigencia a 2018.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Crterios de Inclusión

Programas de medicina adscritas a la asociación colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME con vigencia a 2018.

Recolección y análisis de datos

El método usado para la recolección de datos fue observacional directo no participativo, mediante previa aprobación de la universidad. Se solicitó a las universidades participantes los microdiseños de los cursos del programa de medicina. Seguido de esto, se realizó la revisión documental de los planes de estudios de los programas y se registraron los datos en una base de datos en el programa Microsoft Excel.

Un análisis de contenido fue realizado tomando como fuente primaria los microdiseños de todos los cursos. Se revisaron las siguientes variables: ciudad, acreditación, presencia del componente de humanización, áreas de conocimiento y asignaturas que contemplaran la humanización, número de créditos, semestre académico y contenido programático.

Una vez se tuvo la base de datos, las variables fueron analizadas mediante estadística descriptiva. Para las variables numéricas se obtuvieron medidas de tendencia central y de dispersión. Las variables categóricas se presentaron como proporciones. La información obtenida se presentó en gráficos y tablas de frecuencia.

Los métodos utilizados para los siguientes tres objetivos fueron:

- Identificación del número de asignaturas que tenían el componente de humanización en el proceso de formación médica de las facultades de medicina en Colombia.
- Identificación el número de cursos y créditos de las asignaturas que manejan un componente de humanización en las facultades de medicina en Colombia.
- Se indagó sobre los contenidos programáticos y características de las asignaturas que tienen componente curricular de humanización en el proceso de formación médica en las facultades de medicina en Colombia.

El método usado para la recolección de datos para estos **tres objetivos** fue observacional

directo no participativo.

Se realizó la revisión documental de las mallas curriculares de los programas de medicina de las facultades asociadas a ASCOFAME, registrando los datos en un formulario que fueron analizados mediante estadística descriptiva.

6 RESULTADOS

Este apartado presenta los resultados del proceso de investigación, a través de una serie de tablas en las cuales se muestran, los aportes a la investigación además de la discusión sobre la temática encontrada, es de resaltar las dificultades frente a la recopilación de la información, ya que algunas facultades de medicina son herméticas a la hora de facilitar la información de su currículo educativo; los resultados se muestran a continuación.

Tabla 1 Componente de ciudad y semestre de las facultades adscritas a la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME con vigencia a 2018.

CIUDAD / SEMESTRE	SEMESTRE EN EL QUE DICTAN						TOTAL	PROPORCIÓN
	HUMANIZACIÓN							
	I	II	IV	VI	VII	IX		
BARRANQUILLA	3		1				4	20%
BOGOTÁ	4						4	20%
CARTAGENA	1	1		1			3	15%
MANIZALES	2						2	10%
IBAGUÉ	1						1	5%
MEDELLIN	1						1	5%
NEIVA						1	1	5%
PEREIRA		1					1	5%
SANTA MARTA	1						1	5%
TULÚA					1		1	5%
TUNJA	1						1	5%
TOTAL FACULTADES	14	2	1	1	1	1	20	100%
PROPORCIÓN	70%	10%	5%	5%	5%	5%	100%	

En esta tabla 1. Se aprecia que el 70% de las facultades de salud dictan su componente de humanización en el (I) semestre, es decir 14 facultades; el 10% es decir (2) facultades en el (II) segundo semestre y en el (IV), (VI), (VII) y (IX) semestre el 5% es decir (1) facultad respectivamente.

En las ciudades intermedias como Tuluá, Santa Marta, Cartagena y Neiva dictan su componente de humanización en el último semestre del programa, lo cual es importante resaltar

ya que se aplican estos conceptos de manera simultánea a la realización de sus prácticas formativas.

“La práctica clínica es y seguirá siendo, una experiencia de relación interpersonal, en la que los valores, las opiniones y la experiencia del médico, junto con las preferencias de los pacientes, juegan el papel más importante” (Green Renner, Motola Kuba, Sánchez Lara, & Sosa Sánchez, 2007); por esto, los conceptos de humanización se deben aplicar idealmente durante la interacción estudiante / paciente.

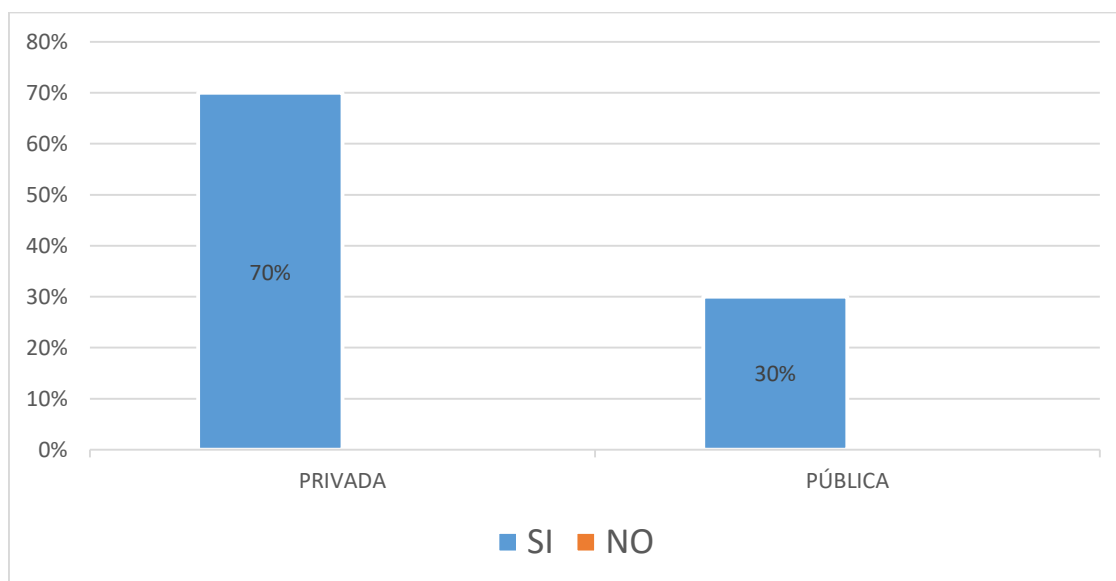
Tabla 2 Nombre y estado de acreditación de las facultades.

NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD	ACREDITADA		TOTAL
	NO	SI	
UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA UCEVA	1		1
UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO		1	1
UNIVERSIDAD CES		1	1
UNIVERSIDAD DE BOYACÁ	1		1
UNIVERSIDAD DE CALDAS		1	1
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA		1	1
UNIVERSIDAD DE LA SABANA		1	1
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES		1	1
UNIVERSIDAD DE MAGDALENA	1		1
UNIVERSIDAD DE MANIZALES		1	1
UNIVERSIDAD DEL NORTE		1	1
UNIVERSIDAD DEL SINÚ	1		1
UNIVERSIDAD DEL TOLIMA		1	1
UNIVERSIDAD JAVERIANA		1	1
UNIVERSIDAD LIBRE DE BARRANQUILLA	1		1
UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA	1		1
UNIVERSIDAD SIMÓN BOLIVAR	1		1
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA		1	1
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA		1	1
UNIVERSIDAD RAFAEL NUÑEZ	1		1
TOTAL	8	12	20
PROPORCIÓN	40%	60%	100%

Del total de los veinte (20) programas de medicina de las universidades analizadas se encontró que el 60% de estas se encuentran acreditadas. A nivel nacional el proceso de acreditación de los programas de pregrado tiene cuatro fases, la autoevaluación, la evaluación externa realizada por pares, la evaluación final llevada por el Consejo Nacional de Acreditación (CNA), y el reconocimiento público como institución con altos estándares de calidad.

Según el boletín estadístico del CNA, para el 2016 Colombia contaba con 896 programas de pregrados acreditados en 130 universidades. De los 896 programas, el 10.50% (n= 94) son del área de ciencias de la salud. En el sistema nacional de información de la educación superior se registran 63 programas activos de medicina, de los cuales 32 tienen reconocimiento de alta calidad (50,79), similar a lo encontrado en el estudio, donde el 60% de las instituciones participantes se encuentran acreditadas.

Gráfica 1. Carácter de la universidad y su componente de humanización en las facultades.



Del total de universidades evaluadas se logró establecer que 14 (70%) eran de carácter privado y 6 (30%) del orden público; el total de estos programas de medicina cuentan con algún componente de humanización.

Es importante recordar que la actitud del cuidado y la humanización del mismo solamente ocurre cuando la existencia de alguien tiene importancia para el otro, entonces se

dispone a participar de la vida de este, nunca como acto enteramente consciente, intencional o controlable (Correa Zambrano, 2016).

Tabla 3 Carácter de la universidad y número de horas asignadas al componente de humanización en las facultades de medicina.

Nº HORAS EN EL PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN	CARÁCTER DE LA UNIVERSIDAD				TOTAL	PROPORCIÓN
	PRIVADA		PÚBLICA			
	FACULTAD	HORAS PROMEDIO	FACULTAD	HORAS PROMEDIO		
48	6	288	1	48	7	35%
96	3	288	2	192	5	25%
120	1	120		0	1	5%
144	2	288	1	144	3	15%
192		0	1	192	1	5%
240	1	240		0	1	5%
288		0	1	288	1	5%
No reporta	1	0		0	1	5%
TOTAL	14	87,4	6	144,0	20	100%
PROPORCIÓN	70%		30%		100%	

En cuanto al número de horas asignadas al programa de humanización y el carácter de la universidad encontramos que las universidades privadas en sus programas de medicina promedian 87.4 horas en el componente de humanización, mientras que las universidades públicas promedian 144 horas en dicho componente.

Es difícil medir aplicabilidad de un componente de humanización en horas, pero según el estudio Humanización de la calidad en la atención clínica “Los primeros hallazgos de esta investigación demuestran que cada vez más la insuficiencia de un modelo de calidad en la atención enfocado en el persona como proceso, por otro lado, el usuario de la salud sigue siendo entendido como un organismo enfermo, aislado, un cuerpo desprovisto de su singularidad y restringido al conocimiento técnico-científico que rodea la experiencia clínica” (Santacruz Bravo, 2016) es por esta razón que debemos enfatizar en la calidad de personas que imparten los servicios de salud.

Tabla 4. Número de créditos del componente de humanización y estado de acreditación de las facultades de medicina.

Nº CREDITOS	NO ACREDITADAS		ACREDITADAS		TOTAL	PROPORCIÓN
	FACULTADES	TOTAL CRÉDITOS	FACULTADES	TOTAL CRÉDITOS		
1	3	3	4	4	7	35%
2	4	8	3	6	7	35%
3	1	3	2	6	3	15%
4		0	1	4	1	5%
5		0	1	5	1	5%
6		0	1	6	1	5%
TOTAL	8	1,75 PROMEDIO	12	2,5 PROMEDIO	20	100%
PROPORCIÓN	40%		60%		100%	

Aunque la cantidad de créditos educativos no inciden de manera directa en la calidad y pertinencia de la temática que se está ofreciendo, se visualiza la importancia en lo cual las facultades de salud están comprometidas con el componente.

Se puede apreciar que del total de facultades de medicina analizadas se encontró que en los programas no acreditados el componente de humanización tiene un promedio de 1.75 créditos, mientras en los programas acreditados el promedio de créditos en humanización llega a 2.5 en promedio.

Según el Ministerio de Educación Nacional -MEN un crédito académico es la unidad que mide el tiempo estimado de actividad académica del estudiante en función de las competencias profesionales y académicas que se espera que el programa desarrolle.

El crédito académico equivale a 48 (cuarenta y ocho) horas totales de trabajo del estudiante, incluidas las horas académicas con acompañamiento docente y las demás horas que deba emplear en actividades independientes de estudio, prácticas, preparación de exámenes u

otras que sean necesarias para alcanzar las metas de aprendizaje propuestas, sin incluir las destinadas a la presentación de exámenes finales.

Tabla 5 Número de créditos por programa de las facultades de medicina y número de horas asignadas al componente de humanización de las universidades.

Nº CRÉDITOS	NÚMERO DE HORAS ASIGNADAS								TOTAL	PROPORCIÓN
	48	96	120	144	192	240	288	NO REPORTA		
1	7								7	35%
2		5	1					1	7	35%
3				3					3	15%
4					1				1	5%
5						1			1	5%
6							1		1	5%
TOTAL	7	5	1	3	1	1	1	1	20	100%
PROPORCIÓN	35%	25%	5%	15%	5%	5%	5%	5%	100%	

El 70% de las facultades de medicina analizadas, aplican uno (1) y dos (2) créditos en su componente de humanización respectivamente; el 15% utiliza 3(tres) créditos y 4, 5 y 6 créditos son utilizados para el 15% restante; esto equivale a que las facultades asignan entre 48 a 288 horas de dedicación al componente de humanización en la formación de sus futuros médicos.

El número de horas semanales de trabajo de un estudiante por un crédito depende del número de semanas del período lectivo. Así mismo, el número de horas presenciales depende de la naturaleza de la asignatura y la metodología empleada. Por ejemplo, en un período semestral de 16 semanas, un crédito implica (48/16), tres horas semanales de trabajo por parte del estudiante, de las cuales, una será presencial y dos de trabajo adicional no presencial.

Tabla 6 Asignaturas y temáticas del componente de humanización en las facultades de Medicina.

TEMÁTICAS	ASIGNATURA																		
	BIOÉTICA	CÁTEDRA ANTONIO NARIÑO	DEMOGRAFÍA	ÉTICA	FAMILIA, SOCIEDAD Y SALUD	FORMACIÓN INTEGRAL I	FUNDAMENTOS DE LA VIDA, LA SALUD Y LA CIENCIA	HISTORIA DE LA MEDICINA	HOMBRE AMBIENTE Y SOCIEDAD	INTRODUCCIÓN A LA MEDICINA	LÓGICA DEL PENSAMIENTO	MEDICINA FAMILIAR	MEDICINA FAMILIAR	PSICOLOGÍA GENERAL I	SALUD Y DESARROLLO HUMANO	APS DEL NIÑO Y ADOLESCENTE	ANTROPOLOGIA	TOTAL	PROPORCIÓN
DERECHOS HUMANOS		1													1			2	10%
ANTROPOLOGÍA																	2	2	10%
DETERMINANTES SOCIALES. COMUNICACIÓN HUMANA							1											1	5%
LA CONSTRUCCIÓN DEL MUNDO PERCEPTUAL.														1				1	5%
MEDICINA EN COLOMBIA								1										1	5%
MORALIDAD Y RELACIONES PERSONALES, SOCIEDAD POSTMORALISTA, CONCEPTO DE PERSONA, CONCEPTO DE SER HUMANO Y DIGNIDAD.				1														1	5%
SER HUMANO SUJETO DE ATENCIÓN EN SALUD					1													1	5%

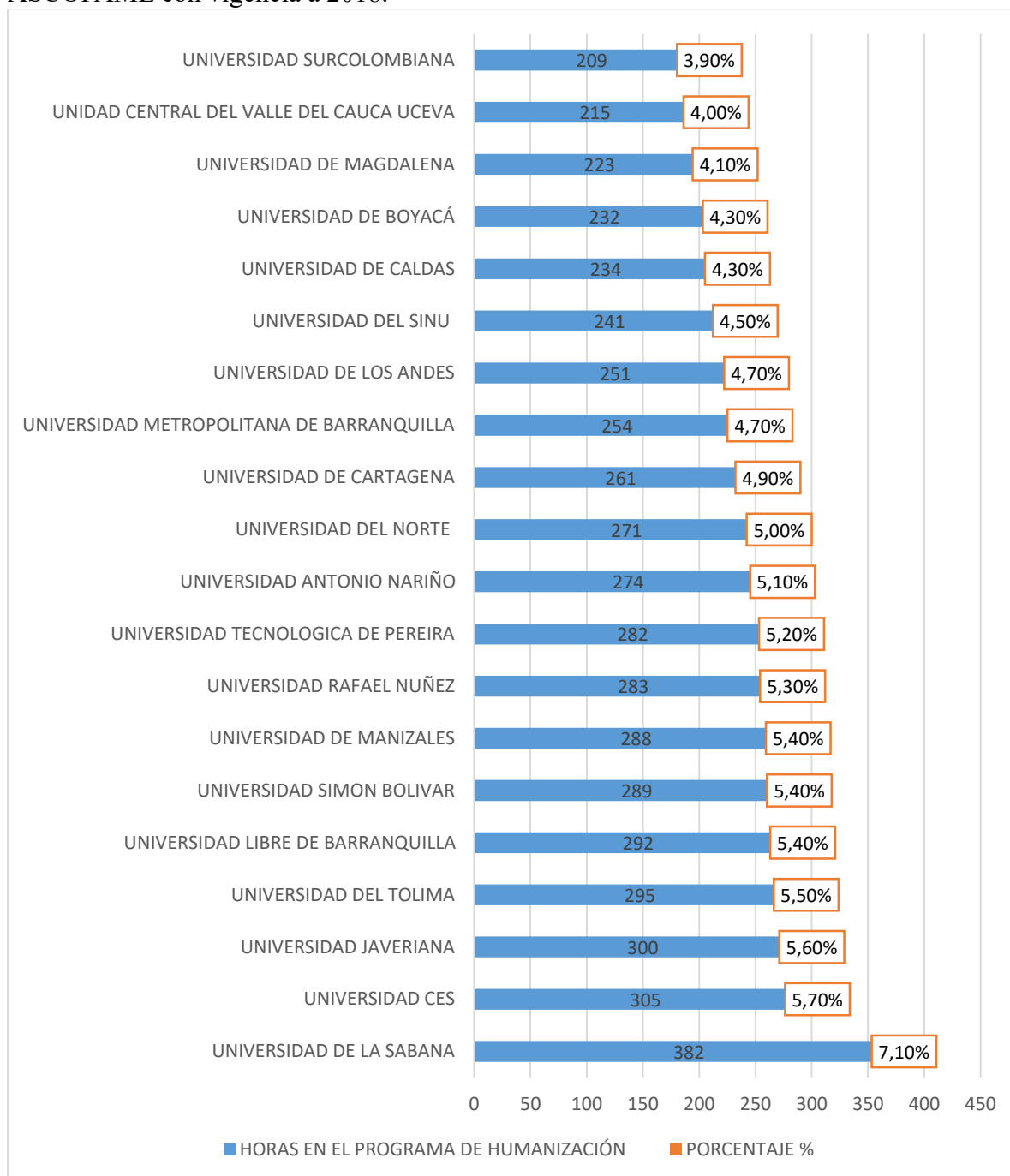
TRATO HUMANIZADO CON SUS PACIENTES Y FAMILIARES.											1							1	5%
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS)																1		1	5%
NATURALEZA DEL SER HUMANO										1								1	5%
MODULO DE SALUD MENTAL Y SEXUALIDAD						1												1	5%
PROYECTO DE VIDA Y COMPETENCIAS COMUNICATIVAS											1							1	5%
VIVENCIAS HOSPITALARIAS											1							1	5%
PRINCIPIOS BIOÉTICOS.	1																	1	5%
ENFOQUE SISTEMICO DE LA FAMILIA.													1					1	5%
EL HABITAT HUMANO.			1															1	5%
BASES METODOLOGÍAS Y CONCEPTUALES PARA EL TRABAJO CON FAMILIAS Y COMUNIDAD											1							1	5%
ATENCIÓN Y/O ABORDAJE – PACIENTE – FAMILIA- COMUNIDAD														1				1	5%
TOTAL GENERAL	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	2	20	100 %

En esta tabla se observa que el componente de humanización se enmarca en temas como antropología, ética, bioética o formación en cuidado a la familia; además se trabaja de una

manera tenue y silenciosa, a través de algunas asignaturas que tocan este componente de una manera sutil, perdiendo la importancia de la humanización, el cual debería ser abordado de manera directa como un componente prioritario y propio del personal de salud en formación.

Es importante recordar que la humanización de la salud apunta al objetivo central de orientar la actuación en el mundo de la salud hacia el servicio de la persona enferma, considerándolo en su globalidad personal y tratando de ofrecerle una asistencia integral con calidez. (Correa Zambrano, 2016).

Grafica 2 Número de horas asignadas al componente de humanización por programa en las facultades de medicina adscritas a la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME con vigencia a 2018.



En cuanto al total de horas asignadas al componente de humanización, encontramos que la Universidad de La Sabana, la Universidad CES y la Universidad Javeriana designan un tiempo importante a este componente con el 7.1% y 5.7% respectivamente.

Es importante recordar que la falta de humanización está siendo vivida por todas las clases de género, raza, condición social. Somos seres humanos cuidando a humanos, esto nos debería llevar a ser mejores, sin embargo, el sistema nos dirige a que contribuyamos a la decadencia del otro. (Ruiz Torrez , 2018).

Tabla 7 Semestres en los cuales se imparte el componente de humanización de las facultades de medicina.

UNIVERSIDAD	SEMESTRE						TOTAL
	1	2	4	6	7	9	
UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA UCEVA					1		1
UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO	1						1
UNIVERSIDAD CES	1						1
UNIVERSIDAD DE BOYACÁ	1						1
UNIVERSIDAD DE CALDAS	1						1
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA	1						1
UNIVERSIDAD DE LA SABANA	1						1
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES	1						1
UNIVERSIDAD DE MAGDALENA	1						1
UNIVERSIDAD DE MANIZALES	1						1
UNIVERSIDAD DEL NORTE	1						1
UNIVERSIDAD DEL SINÚ		1					1
UNIVERSIDAD DEL TOLIMA	1						1
UNIVERSIDAD JAVERIANA	1						1
UNIVERSIDAD LIBRE DE BARRANQUILLA			1				1
UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA	1						1
UNIVERSIDAD SIMÓN BOLIVAR	1						1
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA						1	1
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA		1					1
UNIVERSIDAD RAFAEL NUÑEZ				1			1
TOTAL	14	2	1	1	1	1	20
PROPORCIÓN	70%	10%	5%	5%	5%	5%	100%

Esta tabla nos muestra que el 70% del componente de humanización se realiza en primer (I) semestre de la carrera, el 10% en el segundo (II) semestre y en el IV, VI, VII y IX con un 5% respectivamente. Se resalta que el componente de humanización es impartido en un solo

semestre de la carrera, reduciendo el impacto de este a lo largo de todo el proceso de formación del pregrado.

El estudio demostró que todos los programas académicos analizados incluyen dentro de su componente curricular la temática de humanidades. Estudios han demostrado la falta de humanización en la medicina desde la misma formación de pregrado, debido múltiples factores, entre los cuales se encuentran la complejidad de la medicina, el conocimiento especializado, y las reacciones de los pacientes (Ávila-Morales, 2017). A propósito, un estudio realizado en la Universidad de Harvard, reportó que el 30% de estudiantes de medicina del tercer año, reportaron problemas de deshumanización (Gaufberg, Batalden, Sands, & Bell, 2010).

La educación en medicina es compleja ya que el mismo estudiante se vuelve insensible, lo que se podría explicar de dos maneras. La primera es una transición intergeneracional de la violencia que sufren por parte de los docentes, residentes y colegas; la segunda sería como parte de una identidad profesional que se desarrolla como un producto de estudiar medicina (Testerman, Morton, Loo, Worthley, & Lamberton, 1996). Teniendo en cuenta esto, se debería replantear la idea de que la humanización en el acto médico se alcanza mediante un componente curricular en los estudios, o como parte de un ejemplo ético, moral y humano que dan los docentes hacia los estudiantes.

A partir de los resultados se concluye que la mayoría de los programas de medicina cuentan con reconocimiento de alta calidad, y todos incluyen el componente de humanización dentro del plan curricular. El tema de la humanización es visto principalmente en los primeros semestres académicos en los cursos sobre introducción a la medicina y antropología.

7 CONCLUSIONES Y APORTES

Aunque las universidades y facultades de salud sigan avanzando en el componente de humanidades, observamos que la privatización de la salud a nivel Colombia, tiene un efecto negativo ya que empezamos a deshumanizar los servicios y esto, resta sentido de la práctica en salud.

Se debe avanzar en la práctica de humanización a pesar de creer que el profesional de la salud tiene una vocación innata, el seguir generando compromisos humanísticos, hace que la medicina y las ciencias de la salud vuelvan a su praxis social inicial, que es la de compadecerse, sin limitantes de su condición, raza clero o color y hoy en día que es aún más marcada de su afiliación a un régimen de seguridad social en salud.

La educación superior en Colombia debe salir de su claustro académico y empezar a vivenciar el contexto de sus egresados y de la población general, ya que de esta manera empezaremos a construir sociedad desde nuestras universidades, revisando paso a paso que profesionales necesitamos, y que tipo de profesionales hacen falta a fin de volver los currículos educativos móviles y orientados a las necesidades sociales.

Hoy en día que la medicina ha logrado afianzarse, como una profesión necesaria para nuestra población, ya que el médico es quien nos escucha y ayuda no solo en nuestros problemas físicos, si no mentales; necesitamos una cultura de egresados más éticos, amables y comprometidos con el dolor del otro, ya que cuando realizamos la visita a nuestro médico no es porque estamos bien o porque nos sentimos en nuestras mejores condiciones.

Se concluye que aunque el componente humanidades se dicta en las universidades se debe evaluar su impacto ya que es importante que las universidades den más relevancia a estos aspectos del futuro profesional, a fin de cambiar su manufactura de profesionales, a una construcción de una sociedad más ética y moral.

8 RECOMENDACIONES O PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

El estudio ha demostrado que todas las facultades y programas de Medicina incluyen el componente de humanización en salud en su plan de estudio, por lo tanto, se debe continuar evaluando el componente de humanización no solo desde el aula de clase si no desde los servicios de salud a fin de ajustar el pensum académico de la institución dando relevancia a los componentes éticos y humanos.

Humanizar es más que poner una cara amable y saludar, debe llegar a ser el modo en el cual los profesionales de la salud traten a las personas con equidad es decir acorde a sus condiciones y necesidades y con igualdad partiendo del hecho que bajo nuestra constitución política todos somos iguales y tenemos iguales deberes y derechos.

En los comités de ética y bioética a nivel de facultades de salud, deben de enfocar acciones de e intervención a los estudiantes reforzando el componente de humanización.

Con los resultados del estudio se demuestra la importancia de fortalecer estrategias en salud que mejoren las condiciones laborales y el bienestar de los profesionales en medicina, además de disminuir el estrés y la sobrecarga de trabajo con el fin de brindar una atención de humanos para humanos.

9 REFERENTES DOCUMENTALES

- Ávila-Morales, J. (2017). La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *Iatreia*, 216 - 229.
- Cardona Ramírez, M., Correa Sánchez, D., & Hoyos Hernández, P. (2008). Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. *Revista Investigación y Educación en Enfermería.*, 215 - 2018.
- Cardona, M., Correa, D., & Hoyos, P. (2008). Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, 2015 -2018.
- Colombia, C. d. (1981). *Ley 23*. Bogota DC: Congreso.
- Congreso de la Republica de Colombia. (1981). *Ley 23* . Bogota Colombia : Congreso.
- Correa Zambrano, M. L. (2016). LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD: UN ASUNTO DE CUIDADO. *Revista CUIDARTE*, 1227 -1229.
- D., L. B. (1995). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Durante Eduardo. (2001). La entevista clínica: una aproximación metodológica . En R. Adolfo, *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria* (pág. 217). Buenos Aires: Panamericana.
- Gaufberg, E., Batalden, M., Sands, R., & Bell , S. (2010). The hidden curriculum: what can we learn from third-year medical student narrative reflections? *Acad Med.*, 85.
- Green Renner, D., Motola Kuba, D., Sánchez Lara, K., & Sosa Sánchez, R. (2007). Importancia de la medicina basada en evidencias en la práctica clínica cotidiana. *Medigraphic*, 9 - 12.
- Greenhallgh Trisha, H. B. (1998). *Narrative Based Medicine*. London: BMJ Books.
- Jackson, P. W. (1998). Sobre el lugar de la narrativa en la enseñanza. En E. K. McEwan H, *La narrativa en la enseñanza, el aprendizaje y la investigación* (pág. 148). Buenos Aires: Amorrortu.
- Minsalud. (12 de 07 de 2020). <https://www.minsalud.gov.co>. Recuperado el 29 de 05 de 2020, de Ministerio de Salud: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PI/Paginas/calidad-humanizacion-atencion.aspx>
- Mora, A., Florez, G., & Rovetto, P. (2015). La narrativa médica, una herramienta que humaniza. *Revista Estudios*, (31), II, 1-14.
- Morales RM, M. M. (2015). HUMANIZACION EN EL AMBITO SANITARIO: Una mirada desde la enfermeria de Atencion Primaria en Slud. *RFS Revista Facultad de Salud*, 71.
- Oliver, S. (1987). *Una cuestión de identidad. En el hombre que confundió a su mujer con un sombrero*. Barcelona: Muchnik Editores.
- Prieto, D. A. (11 de 07 de 2020). *LA DESHUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COLOMBIANO: UNA MIRADA DESDE LA BIOÉTICA*. Obtenido de https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/1773/Prieto_Medell%

- C3%ADn_Dennis_Alexander_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y:
<https://repositorio.unbosque.edu.co/>
- Quadrelli, A. (2012). LA ENSEÑANZA DE HUMANIDADES EN MEDICINA: REFLEXIONES A PARTIR DE UNA MIRADA ANTROPOLÓGICA. *Scielo*, 1 - 2.
- Ramos, J. A. (2015). Humanización de los servicios de salud ¿ Esnecesario hablar de ellos? *RFS Revista Facultad de Salud*, 65 - 66.
- Real Academia, E. d. (12 de 02 de 2020). *Diccionario de la Lengua Española*. Obtenido de rae.es:
<https://dle.rae.es/humanizar>
- Red salud, d. O. (29 de 05 de 2020). *Red de Salud*. Obtenido de 2020:
<http://redoriente.net/new/noticias/179-trato-humanizado-en-salud>
- Rodriguez Guerrero, A. (2006). Modelos de la relacion medico paciente. *ARS MED*, 95 - 106.
- Rodriguez P, A. (2012). Hacia la Humanización en Salud. *Revista de estudios médicos humanísticos.*, 10 - 12.
- Rodriguez, G. A. (2006). Modelos de la relacion medico paciente. *ARS MED*,, 95 -106.
- Ruiz Torrez , M. (2018). APRENDIENDO DESDE LA HUMANIZACION EN SALUD: REFLEXION DESDE ESPERIENCIAS. *UCM*, 16 -18.
- Santacruz Bravo, J. (2016). Humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la Resolución 13437 de 1991. *Universidad y Salud*, 372 -375.
- Schachter, D. (1999). *En busca de la memoria. el cerebro, la mente y el pasado*. Barcelona: Ediciones B.
- Siegler, M. (2000). Professional values in modern clinical practice. *The Hastings Center Report*, 19 - 22.
- Silvia, C. (2006). Aproximaciones a la medicina narrativa. *Revista. Hospital Italiano*, 1 a 6.
- Testerman, J., Morton, K., Loo, L., Worthley, J., & Lamberton, H. (1996). The natural history of cynicism in physicians. *Acad Med.*, 43 - 45.
- Vargas, G. G., Gamboa, S. C., Reeder, & Paul, H. (2008). *La Humanización como Formación*. Bogotá: Editorial San Pablo.

10 ANEXOS

Anexo N° 1 Cronograma de Actividades.

ACTIVIDADES	2019				2020											
	DICIEMBRE				FEBRERO				MARZO					ABRIL		
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3
Elaboración de Proyecto																
Presentación de Proyecto																
Aprobación de Proyecto																
Recolección de Datos y aplicación de métodos.																
Análisis de Datos																
Redacción de Artículo																
Entrega de Artículo																

Anexo N° 2 Presupuesto global de la propuesta por fuentes de financiación (en miles de \$).

RUBROS	FUENTES		TOTAL
	COLCIENCIAS	CONTRAPARTIDA.	
PERSONAL	-		
EQUIPOS	-	-	-
SOFTWARE	-	-	-
MATERIALES	\$251.000	-	\$251.000
SALIDAS DE CAMPO	\$1'720.000	-	\$1'720.000
MATERIAL BIBLIOGRÁFICO	-	-	-
PUBLICACIONES Y PATENTES	\$1'000.000	-	\$1'000.000
SERVICIOS TÉCNICOS	-	-	-
VIAJES	\$2'716.000	-	\$2'716.000
CONSTRUCCIONES	-	-	-
MANTENIMIENTO	-	-	-
ADMINISTRACION	\$5'461.000	-	-
TOTAL			\$5'461.000

* Se recomienda precisar el tiempo que estará vinculado el personal, el nivel de formación y remuneración a recibir, atendiendo para esta última, el Acuerdo 022 del 26 de abril de 2006, adjunto, como referencia para la remuneración, acatando lo recomendado por el COCEIN.

Anexo N° 3 Descripción de los gastos de personal (en miles de \$).

Nombre del Investigador / Experto/ Auxiliar	Formación Académica	Función en el proyecto	DEDICACIÓN Horas/semana	RECURSOS			TOTAL
				Colciencias	Contrapartida		
					Entidad	Otras fuentes*	
Investigador Principal	Magister	Diseño Metodológico, Recolección Información, Análisis de Información, Redacción de Informes y Resultados del estudio.	12 h/sem. *48 h/sem.				
Auxiliar de Investigación	Profesional	Análisis de información	24 h/sem. *4 sem.	\$1'562.484			\$1'562.484
TOTAL							

* Agregar una columna para cada fuente de financiación adicional distinta de la entidad que presenta el proyecto.