

**SENTIDOS SOBRE LA BIOÉTICA QUE EMERGEN EN LAS PRÁCTICAS
FORMATIVAS DE ENFERMERÍA EN UN CONTEXTO INTERCULTURAL**



MG. ADRIANA LUCIA VALDEZ FERNÁNDEZ

UNIVERSIDAD DEL CAUCA

FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES, EXACTAS Y DE LA EDUCACIÓN

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

RUDECOLOMBIA, POPAYÁN (CAUCA)

2020

**SENTIDOS SOBRE LA BIOÉTICA QUE EMERGEN EN LAS PRÁCTICAS
FORMATIVAS DE ENFERMERÍA EN UN CONTEXTO INTERCULTURAL**

**TESIS DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTORA EN CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

ADRIANA LUCIA VALDEZ FERNÁNDEZ

**DIRECTOR
MD. PH.D. FRANCISCO BOHÓRQUEZ GÓNGORA**

UNIVERSIDAD DEL CAUCA

FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES, EXACTAS Y DE LA EDUCACIÓN

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

RUDECOLOMBIA, CAUCA-POPAYÁN

2020

Nota de aceptación

El director y los jurados del trabajo de grado titulado: **“Sentidos sobre la bioética que emergen en las prácticas formativas de enfermería en un contexto intercultural”**, realizado por Adriana Lucia Valdez Fernández, indican que:

Una vez revisado el informe final y aprobada la sustentación del mismo, autorizan a la autora para que desarrolle las gestiones administrativas correspondientes a obtener su título de Doctora en Educación.

Ana Cecilia Becerra P.

Presidenta del Jurado: _____

Dra. Ana Cecilia Becerra Pabón

María Elena Mejía R.

Jurado: _____

Dra. María Elena Mejía Rojas

Roberto Campos Navarro

Jurado: _____

Dr. Roberto Campos Navarro

Lugar y fecha de sustentación: Popayán, Colombia, 29 de abril de 2020.

Resumen

El sentido transformador de la interculturalidad en la formación bioética se da en razón a que prioriza la relación entre el *yo*, el *otro* y el *contexto*, que se vinculan con un horizonte de sentido abierto al cuestionamiento de la realidad y a la propia existencia, aspectos claves para ser considerados precisamente en un contexto como el departamento del Cauca (Colombia), en donde la diversidad cultural y étnica se yuxtaponen constantemente. Lo anterior adquiere gran relevancia al considerar que las relaciones que emergen entre el profesional de enfermería y el sujeto cuidado, se encuentran mediadas en Colombia en el marco de la Ley 100 y sus modificaciones,¹ que han llevado a un cambio de perspectiva, producto de la valoración humanística, adquiriendo una configuración donde la orientación del sistema sanitario debe dirigirse y responder a las necesidades de las comunidades en su diversidad, priorizando nuevos mecanismos de participación y diálogo. Esto es así porque este nuevo esquema se soporta en la autonomía de las decisiones individuales en materia de salud y en principios bioéticos que promuevan un diálogo de saberes; diálogo no en términos de dominio, sino de construcción de los sujetos a través de la experiencia de cuidado.

De esta manera, con el presente trabajo se buscó comprender los sentidos que otorgan a la bioética los actores de formación desde las prácticas formativas de enfermería, en un contexto intercultural. Para ello, se optó por un estudio de tipo cualitativo, con el enfoque hermenéutico de Gadamer, y se siguió el método de la teoría fundada. Las técnicas de recolección de información utilizadas fueron: análisis documental, entrevistas, observación participante y grupos focales. Con esto se logró fundamentar el análisis mediante la triangulación de datos. Los participantes en la investigación corresponden a los actores de formación, a saber: cinco docentes de la Universidad del Cauca, ocho estudiantes de décimo semestre en prácticas formativas en el municipio de Silvia (departamento del Cauca), doce sujetos de cuidado atendidos en la Institución Prestadora de Salud Indígena Mama Dominga y siete profesionales que laboran en esta institución. Adicionalmente, se revisaron 33 documentos.

¹ Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, y Ley 1751 de 2015.

En síntesis, los resultados permiten concluir que desde la reflexión pedagógica en contextos interculturales de práctica profesional de enfermería, se favorece la de-construcción del currículo en la formación bioética, hacia una visión más humana del cuidado. El principal sinsentido en la formación radica en un problema de colonialidad del *ser* y del *saber*, porque el currículo continúa privilegiando el saber técnico sobre una formación que tenga en cuenta al ser humano, su contexto, su cultura y las relaciones con el territorio. En consecuencia, desde la práctica se reclama una formación bioética que dé respuesta a las necesidades de los sujetos de cuidado y de la comunidad.

Un posible camino para ello es *tejer la bioética intercultural*, la cual, a partir de la reflexión del cuidado como eje central de la formación en enfermería, fortalezca la identidad profesional como punto de partida para formar en actitudes de apertura al diálogo con el otro, desarrolle el sentido crítico respecto a aquello que no favorece la armonía del ser humano con el territorio y conlleve al futuro profesional a ser consciente de su responsabilidad con el cuidado de la salud.

Abstract

The transformative sense of interculturality in bioethical formation is given by reason that it prioritizes the relationship between the Self, the Other and the Context, which is linked to a horizon of meaning, open to the questioning of reality and existence itself, key aspects to be exactly specific in a context such as the Department of Cauca, where cultural and ethnic diversity are constantly juxtaposed. The foregoing acquires great relevance, considering that the relationships that emerge between the nursing professional and the caregiver are mediated within the framework of Law 100, and its modifications,² which have led to a change in perspective, as a result of the humanistic assessment, acquiring a configuration where the orientation of the health system must address and respond to the needs of communities in their diversity, prioritizing new mechanisms for participation and dialogue. This is because this new scheme is supported by the autonomy of individual decisions regarding health and bioethical principles that

² Law 1122 (2007), Law 1438 (2011) and Law 1751 (2015).

promotes a dialogue of knowledge not in terms of mastery, but of the construction of the subjects through the experience of care.

So, it was sought to understand the senses that the training actors grant to bioethics from nursing training practices in an intercultural context. For this, a qualitative study was chosen, Gadamer's hermeneutic approach, the founded theory method and collection techniques: documentary analysis, interviews, participant observation and focus groups, to support the analysis by triangulating data. The participants correspond to the training actors: 33 documents, five teachers from the University of Cauca, eight students of X semester in training practices in the municipality of Silvia of the department of Cauca, twelve subjects of care attended in the Institution Provider of Indigenous Health -Mama Dominga and seven professionals who work in this institution.

The results allow us to conclude that from the pedagogical reflection in intercultural contexts of professional nursing practice, the de-construction of the curriculum in bioethical training is favored, towards a more human vision of care. The main nonsense in training lies in a problem of coloniality of being and knowledge, because the curriculum continues to privilege technical knowledge about a formation that takes into account the human being, its context, culture and relations with the territory. So, from practice, bioethical training is demanded that responds to the needs of caregivers and the community.

One possible way is to weave intercultural bioethics, which, based on the reflection of care as the central axis of nursing education, strengthens professional identity as a starting point to train in attitudes of openness to dialogue with the other, to be critical about to what does not favor the harmony of the human being with the territory and that leads the professional future to be aware of their responsibility with health care.

Dedicatoria

Dedicado a mi amado Dios porque es mi escudo y fortaleza, quien me ha dado la vida para experimentar su inmenso amor en cada momento de victoria, alegría, angustia, desesperanza y dificultad; además de regalarme su presencia en mis ángeles de vida como son mis padres, hermano, hijos y mi amado esposo.

Gracias Señor por ser mi luz; sé que cada experiencia tenía un propósito de aprendizaje. Espero, bajo el amparo de nuestra madre María, poder seguir sirviéndote desde donde desees.

Agradecimientos

Agradezco a Dios porque en Él todo lo puedo, es mi fortaleza.

A mis *padres*, quienes me enseñaron desde muy pequeña el amor por lo que emprendo. Cada logro en la vida implica esfuerzo, responsabilidad, constancia, honestidad y humildad.

A mi *familia*, especialmente a mi mamá, a mi esposo e hijos quienes me apoyaron incondicionalmente en esta aventura de vida y que comprendieron muchas veces mis limitaciones de tiempo para lograr con éxito este proyecto.

A la comunidad *misak* por su acogida, apoyo y sus valiosas enseñanzas.

A la Universidad del Cauca, en especial al Departamento de Enfermería, por brindarme tiempo de dedicación exclusiva para la culminación exitosa de este proyecto.

A todos mis estudiantes, fuente de mi inspiración. A los profesores de la Universidad del Cauca, colegas, quienes con sus conocimientos, experiencias y generosidad participaron en los distintos momentos del trabajo.

Al proyecto Innovación Cauca, y en general a todas las personas que colaboraron de cualquier forma en la elaboración de este trabajo.

A mis maestros Mariaconsuelo Santacruz, Diego Jaramillo y Saúl Pulido por su apoyo y generosidad durante todo el proceso. Sin sus aportes este estudio no habría sido posible.

A mi director de tesis, Dr. Francisco Fernando Bohórquez Góngora, porque creyó en este proyecto. Él es un maestro que con su apoyo y dirección logró edificarme en este proceso.

A mis compañeras Libia, Gladis y Anita porque siempre estuvieron para animarme y guiarme.

Tabla de contenido

Introducción	15
Capítulo 1. Problema: una aproximación a la bioética e interculturalidad	20
1.1. Habitando mi tesis: mi horizonte de sentido	20
1.2. Antecedentes del problema	21
1.3. Planteamiento del problema.....	30
1.4. Objetivos	33
1.4.1. Objetivo general.	33
1.4.2. Objetivos específicos.....	33
1.5. Justificación.....	33
1.6. Marco de referencia.....	36
1.6.1. Marco contextual.....	36
1.6.1.1. Territorio misak.	36
1.6.1.2. Programa de Enfermería: Universidad del Cauca.	38
1.7. Estado del arte	40
1.7.1. Resultados del mapeo sistemático.....	41
1.7.2. Tendencias en investigación.....	42
1.7.2.1. Currículo y planes de estudio.	42
1.7.2.2. Énfasis intercultural.	45
1.7.2.3. Formación bioética.	47
Capítulo 2. Marco conceptual y teórico	49
2.1. El sentido como categoría de comprensión.....	49
2.1.1. La dotación de sentido.....	50
2.1.2. La donación de sentido.....	51
2.2. Marco filosófico de la formación en enfermería.....	52
2.2.1. Visiones de mundo.	53
2.2.2. Modelos conceptuales	53
2.3. Perspectivas de la bioética	57
2.3.1. Bioética tradicional.....	61
2.3.2. Bioética latinoamericana.	62
2.4. La práctica formativa profesional	64

2.4.1. El lugar que otorga el currículo a la práctica formativa profesional.	64
2.4.2. La formación a través de la práctica profesional de enfermería.....	64
2.5. La interculturalidad en la educación en salud	67
2.6. Referente legal	72
2.6.1. Regulación de la profesión en enfermería.	72
2.6.2. Normatividad de la bioética en la formación.	73
2.6.3. Sustento legal de la interculturalidad en salud.	73
Capítulo 3. Metodología	76
3.1. La hermenéutica como enfoque epistemológico de investigación.....	77
3.2. Investigación cualitativa.....	79
3.3. La teoría fundamentada como metodología.....	79
3.4. Técnicas de recolección de información	81
3.4.1. Revisión documental.	81
3.4.2. Entrevista.....	85
3.4.3. Observación.....	86
3.4.4. Diarios de campo.....	86
3.4.5. Grupos focales.....	87
3.5. Criterios de inclusión de los colaboradores de la investigación.....	89
3.6. Análisis de datos	89
3.6.1. Fase 1: Horizonte de realidad (recolección de datos empíricos).....	90
3.6.2. Fase 2: Horizonte de interpretación (formación de los conceptos).	94
3.6.2.1. Codificación abierta.....	94
3.6.2.2. Codificación axial.....	95
3.6.3. Fase 3: Fusión de horizontes	97
3.7. Rigor metodológico.....	98
3.8. Consideraciones éticas	100
Capítulo 4. Hallazgos.....	102
4.1. El sentido de las prácticas formativas en la bioética.....	104
4.1.1. Subcategoría el currículo de la formación bioética.	104
4.1.2. Formación bioética para afrontar la vida.....	111
4.1.3. Práctica educativa y práctica formativa.....	118
4.1.4. Los sentidos y sinsentidos sobre el concepto de práctica formativa.	132

4.2. El sentido del concepto de bioética en el campo de la práctica profesional	138
4.2.1. Estimación del concepto de ética.	140
4.2.2. Percepción de la bioética de lo abstracto en una vivencia	146
4.2.3. Los sentidos y sinsentidos enunciados por los actores.....	161
4.3. El sentido de la interculturalidad para la transformación.....	167
4.3.1. Cultura.	168
4.3.2. Interculturalidad, la mirada de uno mismo donde uno mira al otro.	182
4.3.3. Los sentidos y sinsentidos enunciados por los actores sobre.	198
4.4. El sentido de la visión del cuidado en enfermería para transformar	213
4.4.1. Visión de mundo en el cuidado de enfermería desde los actores.....	215
4.4.1.1. Subcategoría persona, distintos e iguales que nosotros.	216
4.4.1.2. Contexto, sitios de práctica con posibilidades.	218
4.4.1.3. Cuidado como interacción armónica.	220
4.4.1.4. Salud, armonía entre todas las dimensiones.	225
4.4.2. Los sentidos y sinsentidos enunciados por los actores.....	227
Capítulo 5. Análisis e interpretación de los sentidos que	231
5.1. La pertinencia curricular, una tarea por cumplir	232
5.1.1. Desaprender para volver a aprender a partir de las experiencias.	233
5.1.2. Enseñanza de la bioética para afrontar la vida.	246
5.1.3. Prácticas formativas, conexión entre el texto y el contexto.	248
5.2. Aprender a convivir para comprender el cuidado de la salud como territorio.....	251
5.2.1. Relaciones con los otros diversos en contexto.	251
5.2.2. Sentidos por el cuidado de la salud.	252
5.2.3. Priorizar el ser sobre lo técnico.	254
5.2.4. Estrategias de autoconocimiento.	257
5.3. Relaciones donde “no es el lenguaje la barrera, es la actitud”	259
5.3.1. Actitud de cuidado.....	260
5.3.2. Escucha y contacto temprano.	263
5.4. Cuidado del nosotros, pensando en el otro como uno mismo.....	266
5.4.1. De-construir la barrera de formación.	267
5.4.2. Saber técnico con interacción humana.	269
5.4.2. Pedagogía del conocer y del vivir.	270

5.4.3. Autonomía	273
5.5. Apuntes finales del análisis	274
Capítulo 6. Tejiendo la bioética intercultural	275
6.1. El cuidado del nosotros	284
6.2. Relaciones donde el lenguaje no es la barrera.....	287
6.3. Aprender a convivir.....	290
6.4. Pertinencia curricular	293
Conclusiones	297
Limitaciones	306
Recomendaciones.....	306
Referencias citadas.....	313
Anexos	330

Lista de Figuras

Figura 1. Planteamiento del problema	31
Figura 2. Sede principal	38
Figura 3. Sierra Morena	38
Figura 4. Enfoques de investigación en los estudios consultados	41
Figura 5. Tendencias de paradigmas investigativos	41
Figura 6. Objetos de estudio	42
Figura 7. Categorías de investigación.....	49
Figura 8. Línea de tiempo: historia de la bioética.	58
Figura 9. Proceso de investigación	76
Figura 10. Surgimiento de la categoría núcleo	98
Figura 11. Hospital Mama Dominga: Pictograma en patio interior	211
Figura 12. Relación de la categoría central con las variables centrales.....	232
Figura 13. Triángulo educativo del plan de estudios 2002	237
Figura 14. Triángulo educativo del plan de estudios 2006	238
Figura 15. Triángulo educativo del plan de estudios 2008	239
Figura 16. Triángulo educativo del plan de estudios 2014	240
Figura 17. Categoría central: Tejer la bioética intercultural	284

Lista de Tablas

Tabla 1. Antecedentes.....	22
Tabla 2. Modelos conceptuales en enfermería.....	54
Tabla 3. Comparación de perspectivas de la bioética.....	60
Tabla 4. Perspectiva de formación.....	65
Tabla 5. Vertientes del concepto de interculturalidad	69
Tabla 6. Documentos institucionales	82
Tabla 7. Preguntas orientadas a las categorías.....	84
Tabla 8. Técnicas e instrumentos utilizados	88
Tabla 9. Códigos asignados a las técnicas	91
Tabla 10. Códigos asignados a los participantes	92
Tabla 11. Segmentación.....	93
Tabla 12. Codificación abierta.....	95
Tabla 13. Categorías y subcategorías	96
Tabla 14. Definición de la subcategoría currículo según la percepción de los actores	110
Tabla 15. Definición de la subcategoría formación según la percepción de los actores	117
Tabla 16. Percepciones sobre la práctica, la práctica educativa y la práctica formativa	130
Tabla 17. Concepto de ética.....	145
Tabla 18. Percepción de la bioética con una aproximación a una tendencia.....	160
Tabla 19. Subcategoría cultura	181
Tabla 20. Subcategoría interculturalidad	197
Tabla 21. Visión de mundo en el cuidado de enfermería	226
Tabla 22. Comparación de las categorías bioética e intercultural.....	242
Tabla 23. Comparación de las categorías bioética e intercultural con asignaturas.....	244
Tabla 24. Lineamientos para tejer la bioética intercultural.....	308

Introducción

El departamento del Cauca es una región de diversidad cultural, por lo que pensar en una bioética intercultural como concepto joven en los discursos del siglo XX, invita a generar profundas reflexiones frente a las formas de relacionamiento entre la salud, la sociedad y la educación superior. Esta última adquiere especial importancia puesto que es la encargada de proporcionar elementos que son claves para la formación del futuro profesional en los campos epistemológicos, disciplinares, ontológicos, axiológicos y éticos, con el fin de que los sujetos formados se puedan desempeñar como profesionales y ciudadanos críticos, capaces de propender por la felicidad de sí mismos y la de los demás.

Bajo esta idea, la presente investigación se desarrolló pretendiendo reconocer alternativas de formación en el campo del currículo y la pedagogía, reflexionando en el proceso de formación profesional del enfermero en el ámbito bioético. Para ello se trabajó específicamente con los practicantes del Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca, en contextos interculturales, con el fin de superar la tendencia académica que enfoca su atención únicamente en la competencia técnico-científica y que relega las dimensiones ético-culturales, las cuales se consideran esenciales para la interacción y la convivencia de los grupos humanos diversos.

Ampliar el horizonte bioético de quien se dedica al cuidado de enfermería es de gran importancia, pues convierte la experiencia del cuidado en un proceso genuino de interacción e interés por la cultura y la cosmovisión de los otros. Se trata de navegar hacia la construcción de una visión del mundo de enfermería que considere a la persona y su contexto. Se trata de una *educación para la vida*. Dicha educación, como lo indica De Souza (2013), implica adscribirse al proyecto ético-político de la de-colonialidad, es decir, optar por una formación que surge de reconocer la existencia del “otro” socioculturalmente diferente, pero no del modo sajón en que se conciben las interrelaciones humanas, sino desde la mirada latinoamericana que está particularmente signada por las interacciones entre culturas diferentes.

El significado transformador de la interculturalidad en la formación bioética se destaca, principalmente, porque prioriza la relación entre el *yo*, el *otro* y el *contexto*, lo cual equivale a vincular la singularidad personal, la otredad y lo universal con un horizonte de sentido que está abierto al cuestionamiento de la realidad y de la propia existencia.

De acuerdo con el DANE (2014), en el territorio caucano conviven un 46,1 % de mestizos con ascendencia indígena y blanca; un 32,2 % de afros y un 21,7 % de indígenas, con predominancia de guámbianos y paeces, más pequeñas representaciones de otros pueblos precolombinos. Esto evidencia la gran diversidad cultural y étnica que demanda prácticas incluyentes más allá del reconocimiento de la alteridad.

De este modo, la interculturalidad es asumida en el marco del proyecto como una construcción en la instancia dialógica que permite el acercamiento del *yo* con la *otredad*, relación que puede ser cultural o pedagógica y ocurre en un contexto social geográfico, político e histórico determinado. Sin embargo, para que la relación se dé, es necesario “el mantenimiento de la propia identidad cultural y la apertura a la gente distinta de otras culturas, sin que ello suponga ya la pérdida de la identidad de unos u otros” (Fernández, 2004, p. 67). Lo anterior también implica “visibilizar las luchas en contra de la colonialidad pensando no sólo desde su paradigma, sino desde la gente y sus prácticas sociales” (Albán, 2013, p. 452). Es decir que, si en la formación bioética de los futuros profesionales de enfermería se considera la dimensión intercultural como una experiencia formadora, esta debe ser crítica y reflexiva sobre el conocimiento que se imparte en la universidad. Esta última es una condición clave para el cuidado de enfermería, en un contexto donde la diversidad étnica de la población caucana merece reconocimiento.

La necesidad de repensar los sentidos de la formación bioética en un contexto intercultural puede ser planteada, en términos de Foucault (1980), como una mirada crítica a la puesta en escena de una ideología (a modo de herramienta de control social), puesto que se corresponde al conjunto de ideas fundamentales que caracterizan el pensamiento. En este caso se habla de una comunidad universitaria que considera acertado el sistema educativo existente y, por lo tanto, tiende a conservarlo. Dicho mantenimiento se soporta en dos características principales: hace las veces de representante de la sociedad en la formación de profesionales del cuidado de la salud y también presenta un programa político, puesto que declara abiertamente sus valores, objetivos y propuestas académicas. Lo anterior lleva a la Universidad a desarrollar una reflexión particular acerca de cómo actúa la sociedad en su conjunto y, con base a ello, elabora un plan de acción para acercarse a lo que considera es la *sociedad ideal*; no obstante, deja de lado visiones alternativas sobre la vida y el cuidado.

Surge aquí, entonces, un planteamiento desafiante para la educación superior, pues la reflexión sobre la formación bioética, esbozada en este trabajo, más allá de cuestionar lo que hace un programa de formación profesional como el de Enfermería, también cuestiona, de paso, la *misión formadora* de la Universidad del Cauca, institución que funciona en un departamento caracterizado por su diversidad y por los conflictos que emergen de las relaciones entre sujetos diversos cultural y étnicamente.³

Así, este trabajo abordó el problema clave de la investigación teniendo en cuenta el punto inicial de sentido y las razones personales de la elección del mismo, considerando parte fundamental la reflexión crítica que, como docente, realiza quien llevó a cabo el estudio. El recorrido, que ha sido guiado y teorizado mediante un análisis documental, permite una aproximación a los conceptos de interculturalidad, bioética en la enseñanza de la enfermería y la visión filosófica del cuidado, donde la teoría formal se propone como punto clave y guía del posterior análisis. Por otro lado, la metodología implementada orientó la recolección y análisis de la información del fenómeno estudiado desde un paradigma cualitativo que permite un abordaje completo del problema a investigar.

Para dar respuesta a los objetivos planteados en el proyecto, se realizó una revisión temática en donde se vislumbraron las siguientes categorías teóricas: *práctica, bioética, interculturalidad* y *visión de cuidado*. De este modo, se inició la descripción de los hallazgos, según estas categorías, y se identificaron los sentidos y sinsentidos que emergen de los discursos de los actores de formación.

Es necesario indicar que la primera categoría fue abordada desde tres subcategorías: *currículo, formación bioética, práctica educativa* y *formativa*. Ellas señalaron la necesidad de contar con una formación bioética, en el Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca, que dé respuesta a la necesidad del contexto intercultural de práctica.

La segunda categoría (*bioética*) se planteó desde la ética y la bioética hacia una aproximación latinoamericana, evidenciando una falta de conocimientos generales de los actores

³ Es claro que desde la universidad se puede ayudar a construir la paz territorial y, por tanto, la paz nacional. Y aunque la temática de la paz territorial no es el foco central de esta investigación, es importante resaltar cómo en medio de un panorama político agitado por las luchas de poder económico y territorial, reaparecen en el departamento hechos de violencia contra las comunidades indígenas, siendo esta la punta de un iceberg de violencia contra líderes sociales, contra los esfuerzos comunitarios por mantener su identidad, en un ejercicio legítimo de decolonialidad.

sobre estos conceptos. Así mismo, se encontraron marcadas diferencias con lo planteado en los *documentos*, haciéndose clara la necesidad de una formación epistémica y ontológica en este campo, la cual permita al estudiante desarrollar una conciencia crítica y reflexiva para el análisis de las condiciones que hacen posible el cuidado de enfermería. De estos sentidos y sin sentidos, emerge la necesidad de una formación bioética que abra paso a la incorporación de otras visiones en torno al cuidado de la salud, lo que implica reconocer el papel del otro en el acto de cuidado, asumiendo que el concepto de bioética se reconstruye desde las experiencias de aprendizaje en las prácticas.

La *interculturalidad*, como tercera categoría, se trabajó desde las subcategorías *cultura* y *tipo de interculturalidad* (funcional, relacional o crítica). Los datos recogidos sugirieron que quienes imparten la formación (docentes y directivos) reconocen la falta de conocimientos en torno a los conceptos y la necesidad de ser trabajados en el currículo para formar al estudiante en una apertura a otras visiones del cuidado y reconocimiento de la persona en el acto de cuidado. Sobre los sentidos y sinsentidos de esta categoría, se vislumbra la necesidad de formar a los futuros profesionales en una actitud de apertura que permita el diálogo con el otro diverso en el acto de cuidado, porque no solo basta con reconocer la diversidad cultural de quien se cuida o su lenguaje.

El acercamiento a la última categoría, *visión de cuidado*, se realizó desde las siguientes subcategorías: *persona*, *contexto*, *cuidado* y *salud*, a partir de las cuales se pudo identificar la visión de mundo de enfermería y, por tanto, la forma en la que asumen el cuidado como su quehacer, así como el papel que se le otorga al sujeto de cuidado. Los sentidos y sinsentidos plantean la necesidad de formar al futuro profesional de enfermería desde una visión más humana del cuidado, al considerar al otro como uno mismo. Esto no implica olvidar su saber técnico, pero sí reconocer que, desde las experiencias prácticas en contextos interculturales, este se reconstruye permanentemente.

Después de la descripción de las categorías, se realizó el análisis de las relaciones que emergen entre ellas y que dieron origen a las variables centrales, lo que posteriormente permitió plantear la categoría central y realizar la teorización. Así, la variable central, *pertinencia curricular*, evidencia la necesidad de un currículo que responda al contexto intercultural, que entre en diálogo con él. El ejercicio iniciaría con el docente como modelo de formación bioética e intercultural, en la práctica avanzaría hacia a una praxis y es necesario concertar con los sitios

de práctica propósitos comunes no solo de formación, sino que aporten socialmente a la comunidad.

En el caso de la variable *aprender a convivir para comprender la salud como territorio*, se observó que, en el espacio de práctica, las relaciones que emergen en el acto de cuidado deben priorizar el ser sobre lo técnico, cuyo punto de partida es formar al futuro profesional en el conocimiento de sí mismo. Lo anterior está estrechamente ligado con las *relaciones en donde no es el lenguaje la barrera, es la actitud*, porque el contexto de práctica le permite al estudiante reconocer al otro como diverso y encontrarse con él. Ese encuentro se da en las relaciones que se establecen en el acto de cuidado, espacio que permite un diálogo, que permite reconocer lo que nos une en torno al cuidado de la salud y así poder re-construir su identidad profesional.

La última variable, *cuidado del nosotros, pensando en el otro como uno mismo*, aportó a la deconstrucción de la barrera en la formación del futuro profesional porque, desde las prácticas, las experiencias de encuentro con el otro lo cuestionan en lo epistémico y ontológico a nivel disciplinar, reconociéndose junto al sujeto de cuidado como responsables del cuidado de la salud, que es un territorio.

Teniendo en cuenta lo anterior, el último apartado del documento plantea la teorización; es decir, el aporte que se hace desde esta investigación al campo de la educación en la formación de los futuros profesionales de enfermería. Formación encaminada a *tejer la bioética intercultural* como una propuesta que, desde la reflexión pedagógica en los contextos de práctica intercultural, favorece la de-construcción del currículo en la formación bioética, hacia una visión más humana del cuidado. Esto, en medio de un ciclo de formación que inicia con la apropiación del concepto del *cuidado del nosotros* desde un contexto diverso culturalmente, que proporciona sentido al análisis de la bioética, porque considera al ser humano diverso y tiene en cuenta su cultura en el acto de cuidado. Acto en donde emergen relaciones con el otro que requieren del futuro profesional una formación en actitudes de apertura epistémica y ontológica en torno al cuidado de la salud, para aprender a convivir en un territorio que es salud, producto de la armonía que establece el ser humano con todo lo que le rodea. Finalmente, es necesario indicar que la experiencia desde la práctica suscita en el futuro profesional el pensamiento y la reflexión bioética que emerge en el acto de cuidado, cambiando el saber por el comprender, situación que demanda un currículo pertinente y flexible que se construya desde el contexto y permita el tránsito hacia una visión del mundo de cuidado más humana.

Capítulo 1. Problema: una aproximación a la bioética e interculturalidad en las prácticas formativas de enfermería

El apartado de problema se encuentra compuesto por los aspectos que comprenden el planteamiento del problema, desde su surgimiento, así como los antecedentes claves para el desarrollo de la investigación, los objetivos y argumentos que apoyan su ejecución.

1.1. Habitando mi tesis: mi horizonte de sentido

La elección de la temática de la propuesta surgió de las inquietudes y preguntas del trayecto personal y académico alcanzado en los diferentes niveles escolares, hasta el nivel profesional y el ejercicio ocupacional en la docencia. Lo anterior como parte de las reflexiones y la posible búsqueda de respuestas relacionadas con mi propio proyecto de vida, en el cual se presentan dos tensiones: una referida a la experiencia y otra concerniente a la enseñanza de la enfermería.

En lo que respecta a la experiencia, se tienen dos perspectivas: la primera se relaciona con los efectos de lo vivido como estudiante y profesional en la toma de decisiones *a posteriori*; y la segunda responde a mi rol como profesora que da cuenta de un presente y un futuro. Ambas están bajo la mirada institucional; sin embargo, en la primera no se propende por el participar, sino por el cumplimiento, siendo una experiencia objetivada y mediada por dispositivos institucionales en donde se requiere seguir modelos. El estudiante y profesional, entonces, pasan a ser una representación de lo que quiere(n) otro(s). En la segunda, mi rol como profesora me invita a ser más reflexiva y crítica para procurar un cuidado que incorpore la bioética en contextos interculturales, por lo que se hace necesario que a los estudiantes, durante sus prácticas, se les posibiliten espacios de reflexión que permitan el reconocimiento de otras experiencias formativas, más allá de las institucionales.

Sobre la enseñanza de la bioética en la enfermería, entra en juego de nuevo mi recorrido como profesora y estudiante, lo que me ha llevado a pensar en la relación que se constituye entre quien enseña y quien aprende, cómo nos relacionamos con el otro y lo otro, con personas, con sujetos que son iguales a mí, pero que son diferentes en su mirada del cuidado de la salud. Sujetos que tienen intencionalidades y necesidades formativas que son preconcebidas o que

emergen como parte del vínculo que se promueve. Surge, así, la necesidad de identificar si el profesor en formación sigue en la lógica de “me forman”, o hace tránsito hacia el “yo me formo para orientar procesos de formación”.

Precisamente, se escoge la práctica formativa como parte del contexto para la investigación, debido a su vínculo interinstitucional y al diálogo de saberes que puede darse desde de la participación. Esto sin dejar de lado la historia personal de los mismos actores institucionales (profesores, estudiantes, sujetos de cuidado y profesionales) en formación, frente a lo que fue la clase de Bioética desde su experiencia (sus voces), como parte de comprender los efectos de la escolaridad en la experiencia formativa del futuro profesional.

1.2. Antecedentes del problema

En primera instancia resultó pertinente efectuar una búsqueda de investigaciones que puedan dar cuenta de los aspectos teóricos o metodológicos que han sido desarrollados, con respecto a la enseñanza de la bioética y la interculturalidad en diversos escenarios del mundo, desde el contexto internacional hasta el local, como base para cimentar y fundamentar el presente trabajo. Como resultado de esta búsqueda, se incluyen las investigaciones condensadas en la Tabla 1, que permiten visualizar el panorama actual de las temáticas abarcadas para ser ampliadas en el capítulo del estado del arte.

A nivel general, las investigaciones muestran una tendencia del estudio de la bioética en el currículo, por un lado, y el cuidado en contextos interculturales, por el otro, lo que deja ver que aún falta camino por recorrer para pensar su transversalidad en los planes de estudio. Así mismo, se observa que se ha comenzado a indagar sobre la forma como se humanizan los servicios de salud y la educación de los futuros profesionales en esta área, en razón a la necesidad de ser más incluyentes en la diversidad, haciendo un llamado a replantear las prácticas y el currículo en torno a la pregunta.

Tabla 1
Antecedentes

País	Título	Autor/año	Objetivo y planteamiento	Conclusiones
España	La transmisión de valores bioéticos en la formación académica en Enfermería	Lorenzo, Colomar y Vega (2019)	<p>Analizar las distintas situaciones relacionadas con la ética y la legislación profesional en enfermería que el estudiante identifica durante su período de prácticas.</p> <p>De acuerdo con lo anterior, su estudio se centra en la pregunta en la correlación entre la formación bioética impartida desde la legislación y su aplicación en la práctica. Esto fue planteado desde un enfoque descriptivo.</p>	<p>En algunos casos hay coherencia entre el contenido impartido en la asignatura y la praxis profesional (como en el caso de respetar la intimidad del paciente), pero que en otras situaciones esto no ocurre (como en lo concerniente al manejo de la información, porque esta aún se brinda más a la familia —o solo a ella— que a la persona atendida).</p> <p>Aquello evidencia la necesidad de transversalizar la bioética en el currículo.</p>
Estados Unidos	Incorporating cultural issues in education for ethical practice. Nurs Ethics	Yarbrough y Klotz (2007)	<p>Describir los problemas y dilemas éticos que afrontan los estudiantes de enfermería, a través de casos donde deben enfrentarse a las diferencias culturales de</p>	<p>Se resalta la necesidad de que el currículo incluya la ética y la sensibilidad cultural de manera transversal en la formación de profesionales de enfermería. Además, subrayan la participación activa del estudiante en su construcción. En consecuencia, señalan que la combinación</p>

País	Título	Autor/año	Objetivo y planteamiento	Conclusiones
			<p>los sujetos de cuidado.</p> <p>En este sentido, la pregunta de investigación gira en torno a la bioética desde las prácticas y cómo esta contribuye a la sensibilidad cultural, partiendo de un enfoque descriptivo con el fin de integrar estas categorías al currículo.</p>	<p>de contenidos relacionados al cuidado culturalmente sensible y la práctica ética, son necesarios para que los estudiantes puedan integrar plenamente el concepto de cuidado.</p>
Brasil	Ensinar e aprender etica na graduação em enfermagem	Ferreira (2004)	<p>Conocer sobre cómo los maestros y estudiantes vivencian el proceso de enseñanza-aprendizaje de la bioética.</p> <p>Por tanto, es una investigación que invita a preguntarse sobre la enseñanza y aprendizaje de la bioética desde un enfoque comprensivo que da voz a los actores que forman, a quienes forman y quiénes han sido formados.</p>	<p>Es necesaria una nueva práctica educativa que integre la enseñanza elemental, media y superior con la realidad, teniendo como eje central los derechos humanos y, como meta máxima de la formación, el saber y el hacer en contexto.</p>

País	Título	Autor/año	Objetivo y planteamiento	Conclusiones
Chile	Enseñanza de la bioética en el currículo de las carreras de odontología desde la perspectiva de los estudiantes	Sánchez, Muñoz, Espinoza, Vergara y Valdés (2004)	<p>Conocer las percepciones de los estudiantes sobre la enseñanza de la bioética en el currículo de la carrera de Odontología de la Universidad de la Frontera.</p> <p>Luego, su pregunta de investigación esta centrada en la enseñanza de la bioética desde la perspectiva de quienes son formados. Esto se aborda desde un enfoque comprensivo.</p>	Los estudiantes consideran que se debe ahondar en el papel del profesor universitario como formador ético propio del ejercicio profesional. Se ubican como protagonistas de su aprendizaje y perciben a la ética (importancia de la bioética en el currículo de la carrera y cómo, a juicio de ellos, esta debe ser enseñada) como elemento fundamental en su formación, resaltando el papel del currículo en la formación bioética.
Colombia	Relación enfermera-paciente frente a la diversidad cultural. Una mirada en situaciones de cuidado a pacientes indígenas	Pérez y Carrasquilla (2018)	<p>Analizar la relación enfermera-paciente en contextos de contacto con comunidades indígenas.</p> <p>La pregunta de investigación gira en torno a la relación terapéutica entre el profesional de enfermería y el paciente indígena, ahondando en</p>	Los profesionales de enfermería, a pesar de contar con fundamentos teóricos respecto a la diversidad de los cuidados, escasamente los usan en su actividad laboral para establecer una relación terapéutica con el paciente indígena; no obstante, existen profesionales con sensibilidad frente a la diversidad cultural de las personas, quienes buscan estrategias de comunicación para mejorar la relación. Aquello otorga trascendencia a la interculturalidad y la ética

País	Título	Autor/año	Objetivo y planteamiento	Conclusiones
			<p>cómo esta relación demanda de la formación unas bases teóricas frente a la diversidad cultural, que les permitan a los profesionales tener una postura ética y responsable durante el acto de cuidado.</p> <p>Aproximación realizada desde un enfoque comprensivo que devela la voz del profesional y sujetos de cuidado indígenas.</p>	<p>como categorías que aportan a la formación en aptitudes y actitudes del profesional.</p>
Colombia	<p>La diversidad cultural en los procesos de formación académica de enfermería requiere el manejo de la ética pedagógica, la corresponsabilidad y un pensamiento mediador</p>	<p>Sánchez y Rondón (2013)</p>	<p>Analizar el impacto de la diversidad cultural para abordar el tema de la globalización, considerando necesaria la formación basada en el reconocimiento del otro, al tener en cuenta que no se debe hablar de cuidado, sino de cuidados, ante el encuentro con la alteridad, centrado en el acto pedagógico docente-</p>	<p>En los procesos académicos de los programas de Enfermería se requiere no solo adoptar la pedagogía de la alteridad y la interculturalidad, sino que el estudiante sea responsable de su proceso de aprendizaje a partir del reconocimiento de su saber y como lo autoregula con los otros saberes propios de su disciplina.</p> <p>Se señala la interculturalidad como facilitador del aprendizaje significativo del estudiante en términos de respetar, en el acto pedagógico, su conocimiento.</p>

País	Título	Autor/año	Objetivo y planteamiento	Conclusiones
			<p>estudiante.</p> <p>Conforme a su objetivo, la pregunta de investigación se enfoca en la formación bioética teniendo en cuenta las bases culturales indígenas de los estudiantes y, a partir de ello, la pedagogía se convierte en un eje curricular vertical y horizontal que contribuye a la formación integral del futuro profesional. Los autores se aproximaron al fenómeno de investigación desde un enfoque comprensivo y partiendo de la voz de quienes son formados y sus familias.</p>	
Colombia	Significados sobre bioética que emergen entre los actores del currículo de medicina de la Universidad de Antioquia	Villegas (2013)	<p>Relacionar los significados sobre bioética que surgen en la orientación pedagógica, con los producidos entre estudiantes y profesores.</p> <p>Dicho lo anterior, su pregunta considera el</p>	El principal problema de la bioética en el currículo está en la disociación entre el discurso y el desarrollo de la práctica curricular. La tríada paciente-estudiante-profesor, proyectada a la familia y a la comunidad, emerge como elemento fundamental del currículo.

País	Título	Autor/año	Objetivo y planteamiento	Conclusiones
			desarrollo de la bioética en el currículo y las orientaciones pedagógicas, planteado desde un enfoque comprensivo a partir de documentos, profesores y estudiantes.	
Colombia-local	Conocimientos y aplicación de principios éticos en estudiantes de enfermería	Valdez Fernández, Ordóñez Meneses, Ortega Ordóñez, Ortiz Díaz, Sacro Martínez, Santacruz Ortega y Tombé Arcos (2018).	<p>Determinar el conocimiento en principios éticos y su aplicación al proceso de atención realizado por los estudiantes de Enfermería de la Universidad del Cauca.</p> <p>El estudio busca horizontes de respuesta a la pregunta por la formación ética de los estudiantes, desde un enfoque descriptivo, centrándose en el conocimiento del estudiante en torno a la ética.</p>	Se sugiere que la enseñanza de la ética en la enfermería debe desarrollarse desde las prácticas profesionales, con un sustento teórico, y mediante su transversalidad en el currículo.

País	Título	Autor/año	Objetivo y planteamiento	Conclusiones
Colombia-local	Significados de humanización del cuidado en estudiantes de enfermería de prácticas formativas-Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca	Muñoz (2014)	<p>Analizar cómo las prácticas formativas se constituyen en espacios de aprendizaje, en donde la influencia institucional de los prestadores de servicios de salud marca un parámetro transcendental en la visión humanista del cuidado.</p> <p>La pregunta investigativa se aproxima al entendimiento de cómo se forma en bioética desde una visión más humana del cuidado en las prácticas formativas.</p> <p>El estudio se realiza desde un enfoque comprensivo, teniendo en cuenta la voz de los estudiantes.</p>	<p>La educación en Enfermería alrededor de la humanización del cuidado, no solo se construye en el aula de clase o en la relación estudiante-docente, sino también en la realidad de las prácticas formativas, donde los sujetos de cuidado, el equipo de salud y la institución se instituyen como factores claves del proceso de formación. En consecuencia, los aportes alrededor de este contexto son fundamentales para tal propósito. Finalmente, se sugiere la necesidad de revisar las situaciones estresantes en los campos de práctica que afectan el desempeño del estudiante.</p>
Colombia-local	El cuidado en Enfermería: Una propuesta de formación a partir	Becerra (2014)	<p>Comprender los sentidos que del cuidado tienen los actores institucionales, docentes, estudiantes y</p>	<p>El sentido del cuidado no solo depende de la enseñanza en la universidad, sino del camino de vida de cada persona. Aunque el efecto de la formación en el sentido de</p>

País	Título	Autor/año	Objetivo y planteamiento	Conclusiones
	de la experiencia en la ciudad de Cali		<p>egresados de algunos programas de pregrado de Enfermería de la ciudad de Cali (Colombia).</p> <p>La investigación se pregunta sobre los sentidos del cuidado en los docentes, estudiantes y profesionales de enfermería. Lo anterior desde un enfoque comprensivo.</p>	<p>cuidado es notable al mantener un componente clínico-asistencial, se reclama una formación que dé cabida a una visión multidimensional, que debe superar el paradigma biomédico-memorístico, planes de estudio rígidos y un modelo de enseñanza tradicional.</p> <p>Se requieren cuatro componentes que hacen evidente que el cuidado dona el fundamento moral para una ética; estos son: práctica clínica con sentido humanista, diálogo con los otros, autocuidado y cuidado en el aula.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Se desea subrayar que a nivel internacional se muestra una perspectiva integradora de la bioética y la interculturalidad; sin embargo, se aborda desde un enfoque migratorio, el cual no responde a la realidad colombiana. Por otra parte, aquellos acercamientos a nivel nacional abandonan esta perspectiva, mostrando una inclinación al respeto por la diversidad, pero sin que desde allí surja una reconstrucción de la formación profesional.

La formación bioética se ha reducido a contenidos deontológicos, por lo que se reclama la construcción de un currículo que no solo tenga en cuenta la voz de estudiantes y profesores, sino la de otros actores, como la de los tutores de práctica que acompañan al estudiante y los sujetos de cuidado, quienes reciben la atención. Lo anterior en razón a que sus saberes contribuyen a un fundamento curricular, como núcleo moral central de la formación bioética, que acerca a la pertinencia.

Con respecto a las experiencias de aprendizaje en las prácticas formativas, cobran relevancia para la construcción del currículo que las mismas contribuya a una formación ética y humana de los estudiantes, más allá del desarrollo de aptitudes.

Por otro lado, la interculturalidad es una categoría que no ha sido abordada desde la disciplina; no obstante, en contextos diversos culturalmente, se empieza a indagar sobre la formación desde las prácticas para apoyar la sensibilidad del estudiante ante el encuentro con el otro diverso.

Estos datos aportaron al planteamiento del problema, ayudando a identificar perspectivas distintas que desde el foco del estudio completarían la información. Por tanto, estos artículos no corresponden a la totalidad de lo que se ha investigado sobre estas temáticas, sino a los temas que contribuyeron a definir el diseño y problema de investigación que, como ya se mencionó, serán abordados en el capítulo de estado del arte.

1.3. Planteamiento del problema

A continuación, se presenta la Figura 1 como forma de ubicar al lector en el planteamiento del problema, desde la mirada del investigador, partiendo de los supuestos orígenes, el problema y lo que se percibe del mismo. Así, esta investigación ubica el problema en la colonialidad del saber y del ser (Mignolo, 2007). La colonialidad del saber entendida como un dominio de experiencia político, epistémico y subjetivo, con un marcado sentido hegemónico y

homogéneo, que reproduce la colonialidad en los espacios de formación institucional, donde el maestro se instaure como protagonista del saber y del hacer en una relación unidireccional predominantemente (Figura. 1).

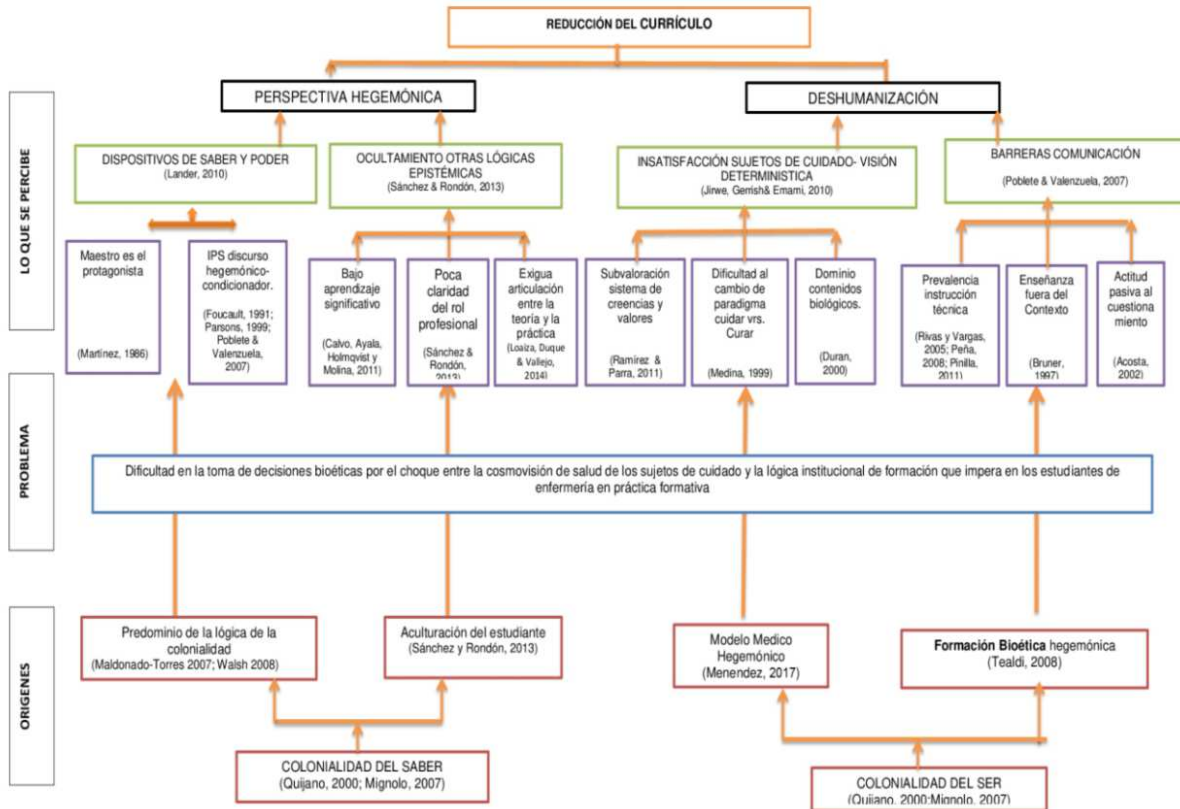


Figura 1. Planteamiento del problema. Fuente: Elaboración propia.

El discurso hegemónico, a su vez, influye sobre las instituciones prestadoras de salud, quienes condicionan las prácticas de acuerdo a ese discurso, provocando la aparición de subjetividades construidas a partir de dispositivos de control (en relación al saber y el poder), que se traducen en una perspectiva del conocimiento que no da cabida a la alteridad. En relación al estudiante, se produce un fenómeno de aculturación en el proceso formativo (Sánchez y Rondón, 2013), donde se dificulta generar un aprendizaje significativo que permita articular teoría y práctica, así como generalizar sus conocimientos en escenarios de diversidad cultural, limitando sus posibilidades de actuación profesional en lógicas epistémicas distintas.

El problema relacionado en esta propuesta viene de la limitación y reducción curricular en la enseñanza de la enfermería, sustentada en un Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 2005). Esta colonialidad del ser, asumida como la negación de la otredad, se sustenta desde un enfoque donde prima lo biológico sobre lo humano, el cual subvalora el sistema de creencias de los sujetos de cuidado, reduce el cuidado a la curación física y enfoca los currículos en la enseñanza al aprendizaje de contenidos biológicos. Esto provoca la insatisfacción de los sujetos de cuidado, quienes en la mayoría de los casos buscan un encuentro con el otro, más allá de los diagnósticos y tratamientos de la enfermedad, e imposibilita la comunicación. Por otro lado, la formación 'bioética hegemónica', es decir, aquella que ha imperado y se ha asumido desde una aplicación de normas, no desarrolla una visión amplia de la salud, limitando la enseñanza al aprendizaje de lo técnico e instrumental válido para determinado contexto, a la vez que excluye contextos alternos. Así, la bioética comienza a considerarse como una cátedra más del currículo que no es necesario interiorizar, en cierto modo apartada del ejercicio práctico y profesional; deshumanización a la cual este proyecto pretende ofrecer horizontes de solución.

La propuesta se presenta de cara a los profundos cambios que experimenta el sistema educativo, en su tránsito de una modernidad en crisis, que reduce la formación del ser a una instrucción teórica-técnica-operacional discriminativa y excluyente de los valores distintos al modelo dominante. La misma aboga por una de-colonialidad del saber, en busca de nuevos espacios de reflexión que permitan el reconocimiento de la pluralidad y la diversidad cultural desde las prácticas profesionales. De este modo, surge la necesidad de cuestionarse sobre las prácticas docentes que conllevan a la deshumanización en la labor de esta profesión en las prácticas formativas, pues desde la planeación de los currículos se denota la hegemonización de la visión técnico instrumental de la enfermería, fomentando una dificultad en torno a la toma de decisiones bioéticas, dada en el encuentro entre la cosmovisión de la salud de los sujetos de cuidado y las lógicas generadas y mantenidas por la institucionalidad.

En este orden de ideas, la pregunta problema que rige esta investigación es: ¿cuáles son los sentidos que otorgan a la bioética los actores de formación (documentos, docentes y directivos, tutores de práctica y sujetos de cuidado) desde las prácticas formativas del Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca en un contexto intercultural? Dicha inquietud se responde a través del análisis que se realizó, tomando como guía los siguientes interrogantes: ¿cuál es el concepto de bioética internalizado por los actores de formación en la práctica

formativa?, ¿cuál es el sentido que otorgan los actores de formación a la práctica formativa profesional?, ¿cuáles interrelaciones surgen entre los actores de formación durante la práctica formativa?, ¿cuál es la experiencia significativa en la práctica formativa?, y ¿qué tipo de relaciones se dan entre el Programa de Enfermería y el contexto de diversidad cultural donde se desarrolla la práctica formativa profesional?

Para lo cual, a su vez, se plantea un supuesto de orden inductivo, que no pretende la validación o refutación de las observaciones, ni la generalización de los resultados, sirviendo únicamente como guía para el análisis posterior. Este supuesto es: ¿la reflexión pedagógica en contextos interculturales de práctica profesional de enfermería favorece la de-construcción del currículo en la formación bioética hacia una visión más humana del cuidado?

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general.

Comprender los sentidos que otorgan a la bioética los actores de formación, documentos, docentes y directivos, tutores de práctica y sujetos de cuidado, desde las prácticas formativas del Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca en un contexto intercultural.

1.4.2. Objetivos específicos.

- Identificar los sentidos que otorgan a la bioética los actores de formación en las prácticas en un contexto intercultural.
- Interpretar los sentidos dados a la bioética por los actores de formación, partiendo de las prácticas en un contexto intercultural.
- Develar los trasfondos de sentido que provee el proceso de formación bioética del futuro profesional de enfermería en un contexto intercultural.

1.5. Justificación

La diversidad cultural del departamento Cauca provoca que el cuidado brindado por los profesionales en enfermería se convierta en un desafío constante, donde se deben considerar las

creencias, prácticas y visiones de mundo de los diferentes sujetos, desarrollando prácticas que, sin desconocer los fundamentos científicos, respeten su idiosincrasia. De acuerdo con el DANE (2014), el Cauca cuenta con una población indígena del 20,5 %; afrodescendiente del 21,1 % y mestiza-blanca del 58,5 %, siendo el departamento con mayor población indígena de Colombia (tiene 100 resguardos, distribuidos en el 56 % de sus municipios). Lo anterior se traduce en que, en un contexto como el descrito, no basta con que los estudiantes dominen un saber procedimental construido o adquirido en la universidad, sino que es necesaria la interiorización del saber y su generalización a diferentes contextos, de acuerdo a las demandas actuales, generando además espacios de encuentro con el otro y sus modos singulares de convivencia.

El punto de partida de la investigación es la práctica educativa, la cual, en la profesión de enfermería —tradicionalmente fundamentada en un paradigma biomédico positivista— requiere nuevos enfoques epistemológicos y bioéticos, soportados en una concepción intercultural de las relaciones entre el *yo*, el *otro* y el *contexto*. Teniendo en cuenta que en el contexto disciplinar se observan pocos estudios que aborden la formación bioética más allá de la instrucción general de la misma como cátedra curricular.

Hasta el momento, la tendencia de la mayoría de las investigaciones se realiza desde las teorías que han surgido en la disciplina, como la teoría de los cuidados culturales de Madeleine Leininger, y la competencia cultural en los modelos de prestación de atención médica de Campinha Bacote, cuya perspectiva parte de la antropología de la salud y de cuidados transculturales (Muñoz y Vásquez, 2007). Sin embargo, no presentan una idea clara de cómo integrar estos conceptos a las prácticas formativas. De este modo, con el desarrollo de la investigación, se busca ofrecer un marco de referencia claro para la disciplina de la enfermería y la inclusión curricular, así como la práctica de la bioética, permitiendo la apertura de una nueva cosmovisión que considere el sentido como una categoría de investigación educativa, demostrando un proceso metodológico como ruta para su utilización.

La pertinencia social se destaca en el campo de acción de la enfermería, vinculado a la preservación de la salud y la vida. Para ello, en el ámbito académico es de gran importancia introducir nuevos paradigmas que permitan resaltar su función humana y social, sin descuidar los fundamentos científicos y técnicos de la disciplina. Esta visión humanista, incorporada a los procesos de formación de los profesionales del cuidado en salud, asume lenguajes desde la interculturalidad para desarrollar miradas interdisciplinarias, que permitan mejorar los procesos

de comunicación y humanicen al sujeto de cuidado. Así, el interés común se focaliza en los procesos de formación humana de carácter integrado e integrador, donde el trabajo compartido permita la construcción de un proyecto de formación en bioética e interculturalidad en el entorno caucano, porque el saber convivir es un imperativo de la relación interpersonal.

La interculturalidad, por su parte, se considera una actitud bioética de los profesionales de la salud, siendo necesaria su implementación en un momento crucial en el que se aspira a superar los problemas de orden social y político que ha atravesado el Cauca (conflictos relacionados con la violencia y el desplazamiento forzado). Así, de acuerdo con la Red Nacional de Información, adscrita a la Unidad de Atención Integral de Víctimas (2016) de la Presidencia de la República, se estima que hasta 2014 ingresaron a Popayán (capital del Cauca) un promedio de 8.000 desplazados provenientes de El Tambo, Toribío, la zona Pacífica y de otros municipios y departamentos limítrofes con el Cauca. La cifra se redujo entre 2015 y 2016 a 3.000 personas, pero el número continúa siendo importante. Esta información también justifica el desarrollo del presente proyecto desde una mirada colectiva y plural, pues evidencia la necesidad de un diálogo con ellos para el abordaje de problemas y escenarios comunes. Si bien el énfasis principal de la investigación no contempla el trabajo con esta población, la migración pluricultural supone repensar la formación hacia formas interculturales de encuentro con el otro, desde prácticas contextualizadas e incluyentes.

Pedagógica y curricularmente, el presente estudio pretende mostrar un nuevo horizonte de sentido en el que los procesos pedagógicos trasciendan de una formación técnica, con un carácter prescriptivo y puntual, hacia una enseñanza que promueva procesos reflexivos y dialógicos en la formación de enfermeros educadores para la salud, desde una mirada transversal. Lo anterior dado que si bien las investigaciones actuales encontradas pretenden ampliar el horizonte de sentido del ejercicio del profesional de la salud, aún existen vacíos en relación con el estudio de la interculturalidad y los cambios requeridos a nivel institucional y de formación para atenderla. En este sentido, el trabajo aquí presentado ofrece un marco de referencia claro, ubicando la bioética como eje central del proceso.

De esta manera, la investigación propende por la identificación de puntos comunes y distintos, para estimular el debate académico y aportar un marco de referencia útil que permita humanizar las prácticas profesionales de cuidado en contextos interculturales. Finalmente, se espera que los resultados alcanzados puedan trascender hacia otros contextos nacionales e

internacionales, en donde se lleve a cabo la formación bioética de profesionales de pregrado y postgrado dedicados al área de la salud, contribuyendo con ello a la ruptura en los paradigmas positivistas no aplicables al ser y estar en el mundo de los seres humanos.

1.6. Marco de referencia

A continuación, se presenta el marco de referencia con el fin de situar al lector en el contexto cultural e histórico que enmarca esta investigación.

1.6.1. Marco contextual.

1.6.1.1. Territorio misak.

El Cabildo de Guambía, del territorio *misak*, está ubicado en el municipio de Silvia, departamento del Cauca (Colombia); se conforma de 2.945 familias y 14.725 personas en su mayoría indígenas. La estructura de administración y de gobierno de los *misak* es el Cabildo, reconocido como institución pública de carácter especial, donde cada Cabildo tiene autonomía en su territorio. El gobernador y el vicegobernador son elegidos por voto popular; los alcaldes, alguaciles y secretarios son elegidos por cada una de las zonas. Adicionalmente, se eligen dos secretarios generales, elección que hace la Asamblea General, todos para un período de un año (Tunubalá y Muelas, 2009).

El pueblo *misak* es de carácter indígena y mantiene una relación profunda con la naturaleza, las costumbres y la sabiduría ancestral. La comunión con el otro y la identidad cultural asociada al territorio, son consideradas algo sagrado y necesario para su permanencia ambiental y su desarrollo. El crecimiento cultural y mejoramiento de los niveles de vida se fundamenta en los principios de territorio, autoridad, autonomía e identidad. En este sentido, sus integrantes buscan “conservar, proteger y desarrollar el patrimonio intercultural de las costumbres, las tradiciones orales, las lenguas, las artes, la medicina tradicional, las prácticas rituales y los conocimientos” (Tunubalá y Muelas, 2009, p. 102) como testimonio de su identidad.

El plan de vida *misak* se estructura desde el territorio y la cosmovisión. Cada etapa del ciclo vital requiere de rituales específicos, por lo que existe un sistema medicinal con su

respectiva biodiversidad y otros elementos necesarios que demanda la cultura (Tunubalá y Muelas, 2009).

Para la seguridad de su salud se provee de la medicina ancestral, lo que significa física cuántica. Los médicos (sabedores: Mutautas, Nutautas) ancestrales son los depositarios por siglos de los saberes y conocimientos acumulados acerca de las plantas medicinales. (Tunubalá y Muelas, 2009, p. 43)

Desde la perspectiva *misak*, el hombre occidental ha perdido su conexión con la naturaleza, considerándola como un medio y no como un fin, lo que provoca en sus integrantes cierta desconfianza al entrar en contacto con profesionales que plantean una visión sobre la salud y la vida diferentes a las suyas. En el territorio se encuentra ubicado el hospital Mama Dominga (IPS-I). Su nombre fue establecido desde la tradición oral, en donde Mama Dominga es una representación femenina que otorga dones de sabiduría de la medicina tanto tradicional como ancestral; sus inicios se establecen desde sus propias necesidades y plan de vida *misak*, tal como lo manifestó una de las participantes en el trabajo de campo:

Es una de las primeras IPS indígenas. Antes simplemente habían hospitales en las zonas urbanas, y pues lo que manejaba el sistema, entonces las autoridades misak hicieron un plan de vida en el año de 1994, pero desde antes ya estaban haciendo, o sea, muchas proyecciones de lo que queríamos nosotros como cabildo, frente a los diferentes programas, entonces una de las cosas era la recuperación de todo lo propio, [...] entonces ahí habla de que tiene que ser primero la medicina propia, y que sí, también necesitamos la medicina de afuera que nosotros llamamos complementaria. (Participante N° 4, entrevista personal registrada en el diario de campo N° 3, 7 de septiembre de 2017)

Actualmente, este hospital cuenta con tres sedes: las Delicias (Figura 2), una subsede en Piendamó y otra en Sierra Morena (Figura 3).



Figura 2. Sede principal. Fuente: Adriana Valdez.



Figura 3. Sierra Morena. Fuente: Adriana Valdez.

1.6.1.2. Programa de Enfermería: Universidad del Cauca.

El Programa de Enfermería hace parte de los programas que se ofrecen en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca. Fue creado mediante el Acuerdo N° 10 del 26 de febrero de 1970, emitido por el Consejo Superior de la institución. Cuenta con Registro Calificado N° 10573 de diciembre de 2009 y 2409 del 10 de febrero de 2016. El Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca se orienta hacia la formación de un profesional capaz de cumplir con cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. Como meta institucional, propende por contribuir a la búsqueda permanente de conocimiento disciplinar e interdisciplinar, a la difusión del conocimiento científico enfermero y al aporte en la solución de problemas del entorno.

Según el CNA (Consejo Nacional de Acreditación), en Colombia actualmente existen veinte y cinco (25) programas académicos de enfermería acreditados. En el año 2004, el Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca alcanzó el reconocimiento Luis López de Meza, de la Presidencia de la República, al ser catalogado por la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (Acofaen) como el mejor del país. Actualmente, el programa se encuentra en proceso de re-acreditación. En los resultados de las Pruebas Saber Pro (antes ECAES), la Universidad del Cauca siempre ha ocupado los primeros puestos.

De acuerdo con Santacruz (2006), el programa surge desde una estructura curricular rígida y poco flexible, basada en la transmisión de conocimientos, obedeciendo a políticas nacionales y no a las necesidades del contexto. Esto demuestra una falta de autonomía

continuada a través de la historia, dominando una visión biológica-instrumental en la enseñanza y práctica de la profesión. Dicha tendencia se mantuvo en los posteriores cambios curriculares de 1980, en donde se adopta un currículo por ciclos, dando énfasis a los cuidados de curación, lo cual generó un arraigado desconocimiento sobre las reales necesidades cotidianas y sobre el concepto de persona como un ser integral. Las reformas fueron guiadas nuevamente por lineamientos externos ajenos al programa.

En 1997, una nueva reforma curricular toma lugar con la necesidad de fortalecer las ciencias básicas, la gestión, la investigación y los nuevos referentes teóricos de la disciplina. Sin embargo, se mantuvo institucionalmente una visión reduccionista, que presentaba cambios lentos a raíz de las transformaciones culturales de la época, pero que no eran representativos en la visión del cuidado.

Con el nuevo siglo y los procesos de acreditación del programa, se apuntaba a la formación integral del estudiante; sin embargo, estos cambios no plantearon grandes transformaciones estructurales, ni hubo flexibilización del currículo, manteniendo una estructura biologicista.

El Programa de Enfermería en la actualidad ha realizado cambios en la malla curricular en los años 2008 y 2015, incorporando el área socio-humanística y materias electivas relacionadas con bioética, planteando dentro de sus lineamientos el cuidado en enfermería como un acto de dimensión ontológica, ética y existencial. No obstante, al realizar un análisis detallado de dicha malla, es posible determinar que la misma está desarticulada y las materias correspondientes a la bioética ocupan un porcentaje mínimo dentro del programa, restándole importancia a la transversalidad.

En este orden de ideas, el Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca, al no tener una visión claramente establecida y definida, según la conceptualización de Fawcett (2005) y la visión percibida en su formación y planteamiento curricular, se encontraría dentro de una visión limitada a los cuidados físicos, sin llegar a la humanización. Se restringe, entonces, a una intervención del sujeto de cuidado, conformando una relación unidireccional, en donde no se tienen en cuenta las necesidades y subjetividades, dando una marcada relevancia al ser humano como el objeto de cuidado, desde una perspectiva técnico instrumental.

1.7. Estado del arte

Para la construcción del estado del arte, se realizó una revisión integradora de literatura (Whittemore, Chao, Jang, Minges y Park, 2014) sobre investigaciones en ciencias de la salud, con énfasis en enfermería. Se partió desde una codificación abierta, que permitió definir códigos inductivos o categorías iniciales de búsqueda, relacionados con la bioética y la interculturalidad. La información se obtuvo de bases de datos especializadas, tales como: Scielo, Dilanet, Ebsco, Redalyc, Isis, Scopus, Proquest, PubMed, así como de los repositorios de tesis doctorales de algunas universidades. Para la búsqueda se utilizaron las siguientes palabras claves: *bioética, educación, formación, enfermería, cultura* y sus correspondientes términos en el idioma inglés. Se enfatizó en la indagación de estos conceptos en el campo de la educación superior. La revisión bibliográfica se efectuó mediante fuentes primarias en información original de los autores y secundarias en la información sobre los documentos primarios originales.

Como característica especial, se destaca que el término interculturalidad no se encontró textualmente en los documentos consultados, por lo que se hizo una aproximación a este, mediante conceptos análogos, tales como: competencia cultural⁴ en la prestación de los servicios sanitarios; sensibilidad cultural; enfermería transcultural; cuidado culturalmente sensitivo; diversidad del cuidado y ética transcultural. Todo lo anterior desde la perspectiva de la antropología de la salud.

Por otra parte, los ejes temáticos empleados para la construcción del mapeo sistemático fueron: paradigmas investigativos, países de procedencia, tendencias de la formación bioética y/o cultural, programas de profesionalización estudiados, inserción en el currículo, procesos de enseñanza aprendizaje y estudios en pregrado. Adicionalmente, durante la revisión surgieron los siguientes nuevos ejes: perspectiva de los profesionales sobre la formación bioética y competencia cultural o enfermería intercultural, como tema que se aborda desde la enfermería; la evaluación de resultados, y el impacto de los procesos de enseñanza aprendizaje.

⁴ Entendida “como una herramienta que reconoce la cultura propia del profesional en enfermería, construye nuevas formas de tratamiento a partir de una visión holística de cuidado donde el paciente manifiesta unas necesidades particulares en salud propias de su universo cultural” (González, 2014, p. 3).

1.7.1. Resultados del mapeo sistemático.

Los hallazgos de la revisión se presentan de acuerdo a los ejes temáticos, algunos de los cuales se abordan de manera transversal en los apartes. En referencia a los dilemas curriculares, el énfasis está puesto en los planes de estudio; en tal sentido, los resultados de la búsqueda muestran dos artículos que se destacan por su importancia para este estado del arte.

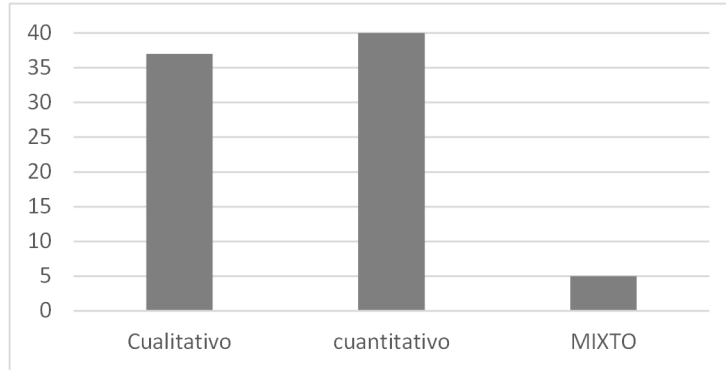


Figura 4. Enfoques de investigación en los estudios consultados. Fuente: Elaboración propia.

En lo concerniente a las metodologías aplicadas, la mayoría es de tipo cuantitativo (Figura 4), específicamente explicativo. Los estudios cualitativos, por su parte, presentan una tendencia fenomenológica, existiendo pocos de tipo hermenéutico.

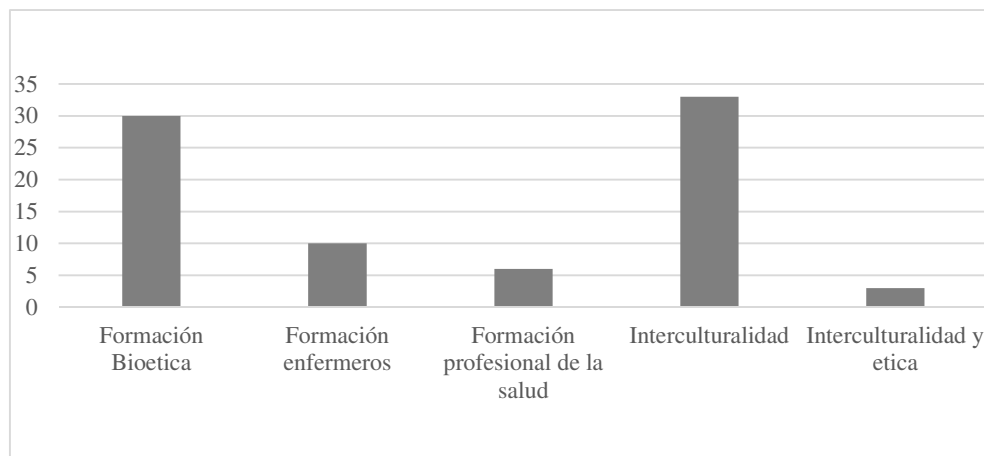


Figura 5. Tendencias de paradigmas investigativos. Fuente: Elaboración propia.

Los paradigmas investigativos (Figura 5) evidencian una tendencia en la investigación en interculturalidad, específicamente en la formación cultural. Aquellos estudios provienen

principalmente de Estados Unidos, revelando vacíos en el conocimiento del tema en contextos latinoamericanos. Además, la formación bioética se centra en los contenidos, con pocos estudios que indaguen la importancia de la experiencia en las prácticas formativas. Estos temas se mantienen separados, con solo tres artículos relacionados a su estudio conjunto.

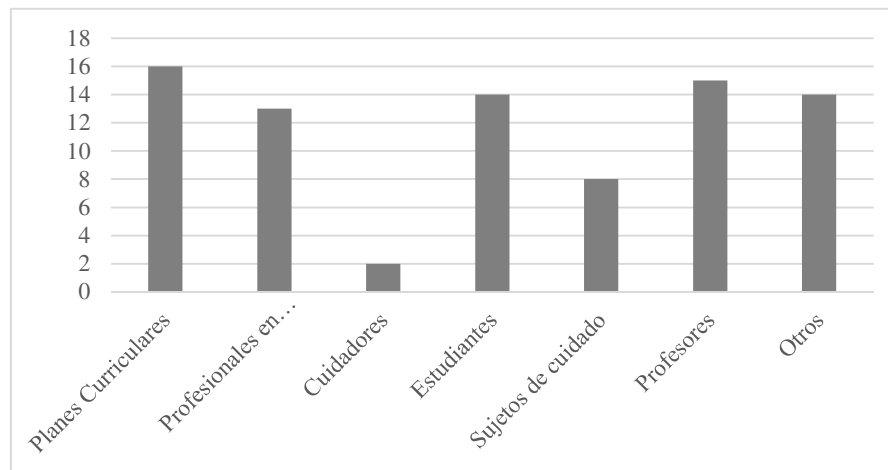


Figura 6. Objetos de estudio. Fuente: Elaboración propia.

Respecto al objeto de estudio (Figura 6), hay una tendencia en los planes curriculares que además permea, en ocasiones, otros objetos de estudio. A su vez, hay poca información sobre las percepciones de los cuidadores y los sujetos de cuidado.

1.7.2. Tendencias en investigación.

En esta sección se presenta una descripción de las investigaciones relacionadas con los temas de *currículo y planes de estudio, interculturalidad y formación bioética*, develando algunas de las tendencias en el estudio de la bioética en el campo de la enfermería.

1.7.2.1. Currículo y planes de estudio.

En Estados Unidos, la tesis doctoral de Bartlett (2013), denominada “*Developing ethical competence: the perspective of nurse educators from pre-licensure baccalaureate nursing programs accredited by the Commission on Collegiate Nursing Education*”, tuvo como propósito describir el concepto de competencia ética desde la perspectiva de los profesores de licenciatura en enfermería, y los métodos actuales de integración y evaluación de la educación ética en

programas superiores de enfermería de cuatro estados (California, Illinois, Texas, y Nueva York).

Bartlett enfatiza en que los profesionales en enfermería que ejercen como docentes reconocen la importancia de fomentar el desarrollo de competencias éticas en sus alumnos; señala, además, que uno de los mayores obstáculos identificados y modificables para integrar la ética al currículo y que fomenta el desarrollo de la capacidad ética, es el compromiso requerido por un sistema unificado entre la facultad y la administración.

En Cuba, Bello, Fenton y Zubizarreta (2007), realizaron un estudio denominado “*Elementos de transformación y humanización de la enseñanza de enfermería universitaria*”, donde concluyen que en todos los planes de estudio ha estado presente el enfoque humanista de la formación. Dicho elemento se fortalece en el plan de estudios, a través de diferentes estrategias curriculares que se desarrollan en las disciplinas y asignaturas dirigidas a preservar, desarrollar y promover la cultura de la humanidad.

Por otra parte, en Brasil, Ferreira, Silva, Sardinha, Yarid y Lago (2013), en el estudio denominado “*Ensino da bioética nos cursos de Enfermagem das universidades federais brasileiras*”, identificaron, a través de un estudio cuantitativo descriptivo, que de 16 universidades federales (el 27 %), ocho ofrecen la bioética como componente curricular o temática específica (el 50 %). La otra mitad de la muestra aborda temáticas correlacionadas, tales como: ética, legislación en enfermería, ejercicio de la enfermería y deontología. La falta de patrones curriculares en relación a la oferta de la disciplina, permite concluir que la formación profesional en enfermería es perjudicada y que esto también establece discrepancias entre los cursos de las diferentes instituciones.

Mientras tanto, Leiva y Villalobos (2014) realizaron en Chile la investigación titulada “*Implementación de la bioética en la enseñanza de enfermería*”, evidenciando que en los *syllabus* o programas de curso para la enseñanza de la bioética, se describen valores fundamentales que están basados en los principios de beneficencia, no maleficencia y justicia, en concordancia con los Derechos Humanos; el ethos presente es el altruista. De esta manera, consideran los Derechos Humanos como eje transversal al currículo, que se constituyen desde la práctica pedagógica en fundamentos integrales en los campos del ser, el saber y el hacer disciplinar. Además, estos autores sugieren que, en la formación del estudiante, se conjuga la enseñanza de los Derechos Humanos y la bioética, porque esta le permite comprender, de manera

más amplia y con un enfoque político, económico, social, histórico y cultural, los diversos dilemas bioéticos y los distintos escenarios que están interrelacionados. Sin embargo, los autores no especifican la manera en que estos temas se abordan desde el proceso de enseñanza-aprendizaje.

De otro lado, en Colombia, Acofaen (2006) realizó un diagnóstico sobre la situación de la enseñanza, en un estudio donde participaron el 75 % de los programas de enfermería a nivel nacional. Como resultado, se destaca que 5 de los 18 programas de enfermería no tenían en sus currículos la enseñanza de la ética, siendo comunes, en todos los demás programas, tres tendencias: 1) la organización de los contenidos de ética y bioética en asignaturas y módulos independientes; 2) la inclusión de los contenidos de ética y bioética en forma transcurricular; y 3) la combinación de estas dos modalidades de organización en contenidos. Así mismo, este trabajo subraya la importancia de no reducir la bioética al estudio de problemas relacionados con la investigación en seres humanos y la aplicación de tecnología, sino que sugiere dar relevancia a problemáticas sociales.

Castañeda (2015) y Salas (2015) evidencian que las estrategias académicas de formación en bioética deben integrarse al currículo para que se lleven a cabo de manera intencional. Es allí donde compete a los directivos y a sus consejos asesores, decidir el modelo pedagógico para trabajar el currículo. Para ellos no es suficiente ubicar la asignatura de bioética en uno o dos semestres. Es necesario ir más allá, para que los estudiantes y profesionales en enfermería tengan una seria formación en bioética, con la finalidad específica de disponer de elementos conceptuales interdisciplinarios, que intervendrán en las concepciones, procesos y metodologías para la resolución de conflictos bioéticos en nuestras complejas sociedades.

Quiroga (2012) señala que es importante tener presente que ciertos aspectos se transmiten mediante el denominado *currículo oculto*. Todo ello obliga a redefinir el contenido y la pedagogía de la formación ética en los profesionales de enfermería, potenciando la adquisición de conocimientos y habilidades específicas en el trabajo en equipo, la comunicación personal, la gestión de la información y la ética del cuidado, al tiempo que el alumno aprende nuevas tecnologías y su utilización.

En el caso europeo, España es uno de los países que ha hecho grandes aportes a la conceptualización de la bioética. En la tesis doctoral de Valls (2006), denominada “*Diseño de programas para la formación ética de los profesionales de enfermería*”, se presenta el diseño,

implementación y evaluación de un programa para la formación ética de los estudiantes de enfermería. Partiendo de un diagnóstico de la situación real de la enseñanza de la ética en todas las escuelas de enfermería de España, el trabajo de Valls desvela que la mayoría contempla la ética en su currículo básico y la considera una materia muy importante, pero las horas de clase dedicadas a impartirla son escasas. La autora señala que esta situación se presenta por la no disponibilidad de un programa definido respecto a objetivos, contenidos, actividades y bibliografía sobre el que puedan apoyarse para dar la asignatura. A partir de estos resultados, se diseñó un programa en función de las necesidades del colectivo de enfermero y de los temas éticos más conflictivos, el cual fue implementado desde los primeros semestres, siendo evaluado adecuadamente porque contaba con temáticas contextualizadas (Valls, 2006).

De este modo, se reconocen a través de las investigaciones los problemas más sensibles que afronta la profesión, requiriendo el diseño de propuestas curriculares para lograr que los profesionales en enfermería desarrollen un enfoque de cuidado autónomo, asumiendo la relación docente-estudiante-sujeto de cuidado, como el pilar fundamental para la construcción de un currículo que reconozca la interculturalidad.

1.7.2.2. Énfasis intercultural.

Con respecto a la interculturalidad, estudios realizados en Estados Unidos, Nueva Zelanda y Suecia muestran que hay indagación en torno a la inclusión de temas como cultura, competencia cultural, sensibilidad cultural o cuidado transcultural en los currículos de los programas de enfermería, los cuales son abordados desde una visión antropológica. No obstante, no se observa hasta el momento la inclusión de la interculturalidad.

En este sentido, Ryan (2000), en el estudio denominado “*Transcultural nursing concepts and experiences in nursing curricula*”, examina las tendencias curriculares relacionadas con la enseñanza de la enfermería transcultural en los programas de enfermería de los Estados Unidos. Los hallazgos sugieren que, aunque los conceptos de enfermería transcultural se incorporan en la mayoría de los planes de estudio, existe una amplia variación en cuanto a contenido, profundidad y nivel de integración.

De la misma forma, Yarbrough y Klotz (2007) realizaron un estudio titulado “*Incorporating cultural issues in education for ethical practice*”, en el cual evidencian que el

contenido curricular, que trata sobre la sensibilidad cultural y la práctica ética, se enseña en módulos separados, siendo importante que en los planes de estudio de enfermería se incluyan ambos a la vez. Los autores señalan, igualmente, que la participación activa del estudiante es un elemento importante para proporcionar una base a la práctica ética, porque los profesionales en enfermería, con frecuencia, se enfrentan a situaciones que exigen la resolución de dilemas éticos y que implican diferencias culturales. Esto adquiere más relevancia, en un momento en que la mayoría de la población de los grupos étnicos no dominantes, en países como Estados Unidos, estaba en crecimiento.

Entre tanto, en la investigación denominada “*The yapunyah project: embedding Aboriginal and Torres Strait Islander perspectives in the nursing curriculum*”, Nash, Meiklejohn y Sacre (2007) revisan el plan de estudios de Enfermería de la Facultad de Salud de la Universidad de Tecnología de Queensland. Este plan incluye la temática de enfermería transcultural, fundamentada en valores de cuidado de la cultura, creencias y modos de vida tradicionales de las poblaciones indígenas de Australia. El objetivo de su trabajo era contribuir a la mejora y a la promoción de la salud y el bienestar de los indígenas australianos, de manera cultural y significativa etnohistóricamente.

Por su parte, Momeni, Jirwe y Emami (2008), en el trabajo titulado “*Enabling nursing students to become culturally competent— a documentary analysis of curricula in all Swedish nursing programs*”, investigan si en los planes de estudio de las escuelas de enfermería de Suecia existen las herramientas necesarias para que los estudiantes sean culturalmente competentes. Posteriormente, comparan dichos planes con el marco teórico de referencia del proceso de competencia cultural en la prestación de servicios sanitarios, un modelo escrito por Campinha-Bacote. Los resultados revelaron que de las 26 escuelas analizadas, el 69 % (18/26) había incluido el concepto de cultura en sus planes educativos, mientras que el 77 % (20/26) lo había incluido como cursos, y solo tres escuelas proporcionaban a los estudiantes una formación específica sobre competencia cultural. Estos hallazgos muestran que los alumnos de enfermería no estaban preparados para su trabajo en una sociedad multiétnica.

Adicionalmente, se destaca en Estados Unidos la tesis doctoral de McQuilkin (2012), denominada “*Transcultural nursing clinical education: A systematic review of the literature since 2005 with recommendations for international immersion clinical courses*”. En ella se realiza una revisión integradora de la literatura relacionada con la evaluación de la eficacia de

estrategias educativas para la competencia cultural de los programas de Licenciatura en Enfermería, clasificando los hallazgos publicados desde el año 2005 al 2011. Los resultados del análisis de los datos publicados sugieren que, una de las estrategias educativas con mayor eficacia para el desarrollo de la competencia cultural, es la inmersión internacional. Esto se da porque se aumenta la autoconsciencia, la comunicación intercultural, las habilidades de evaluación, y la capacidad para valorar las diferencias culturales por parte de los estudiantes. La medida de evaluación descrita en la literatura fue consistentemente la autopercepción, más que el desarrollo observado de competencia cultural del estudiante.

1.7.2.3. Formación bioética.

Villegas (2011) y Ferreira et al. (2013), reseñan la existencia de ciertos consensos acerca del propósito, pedagogías y materias de estudio en el campo de la bioética, pues se proponen criterios que son comunes a la profesión, resaltando la necesidad de estimular el pensamiento crítico y reflexivo en el estudiante, para que resuelva interrogantes sobre la forma en que puede garantizar el respeto a la dignidad humana de los seres con quienes interactúa.

En el estudio *“La bioética y el rol del docente universitario en la formación del enfermero”*, Salas (2015) desvela que los programas académicos de enfermería trabajan con un currículo mixto, que combina innovaciones fundamentadas en el constructivismo, con elementos tradicionales. Se resalta especialmente el concepto del docente como la persona que sabe y que transmite su conocimiento al estudiante. Para la autora, esto último refleja la limitada concepción curricular, basada en la transmisión del saber del profesor al estudiante. Los diseños curriculares, según ella, están orientados por un modelo que impulsa el desarrollo de las ciencias básicas y el estudio de las ciencias biológicas como aporte fundamental para el mantenimiento de la vida y la recuperación de la salud.

Acerca de las distintas maneras como se enseña la bioética, se hallan ciertas tendencias curriculares, entre las que se destacan: a) la tendencia centrada en el profesor y en las disciplinas, en que predomina lo conceptual, lo autoritario y lo vertical; b) la pedagogía constructivista, centrada en el alumno y en la que se asumen con seriedad, en la teoría y en la práctica, los procesos cognitivos por los que pasan los estudiantes; y c) la tendencia

investigativa, con una sólida base filosófica, que apoya el debate y la toma de decisiones sobre los hechos culturales contextualizados (Salas, 2015).

En Colombia, Borré, Pabón, Henao, Amaya, y Polo (2015), a través de un estudio descriptivo-exploratorio de corte transversal, recogieron información de 64 programas de Enfermería que se encuentran activos en el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ministerio de Educación Nacional. Según ellos, las asignaturas que transversalizan los currículos son: a) formación en el área básica; b) formación en el área disciplinar-profesional específica; y (c) formación profesional complementaria. En este último componente, algunos de los temas abordados son la ética y bioética. Estos tres módulos se articulan con los componentes de formación en ciencias básicas y naturales, ciencias sociales y humanísticas; competencias generales y comunicativas; y el componente flexible, que configura el perfil de enfermería.

Al respecto, los autores observan que las características de los programas de Enfermería que se ofrecen en las universidades de Colombia, guardan coherencia con lo establecido por el Sistema de Educación Nacional y con los estándares internacionales. Sin embargo, en cuanto a los planes de estudio, manifiestan que es necesario que se fortalezcan algunos aspectos de contenido, con el fin de que los currículos logren potencializar el impacto que se produce en los ámbitos local, regional, nacional e internacional (Borré et al., 2015).

Finalmente, con base en la revisión integradora realizada, se concluye que hay un vacío en relación con el desarrollo de investigaciones que aborden la tendencia de los procesos de enseñanza-aprendizaje en cuanto a la interculturalidad, o sus expresiones, como lo son la competencia cultural en la prestación de los servicios sanitarios, la sensibilidad cultural, la enfermería transcultural, el cuidado culturalmente sensitivo, la diversidad del cuidado y ética transcultural, todo desde la perspectiva de la antropología de la salud. Es claro que, si bien se han realizado avances en la conceptualización e inclusión de aspectos bioéticos en la formación profesional de los enfermeros, el campo de la bioética continúa considerándose como un tema complementario a otras disciplinas y no como un enfoque central de la enseñanza-aprendizaje en la educación de los mencionados profesionales. Entonces, es necesario intensificar el enfoque humanista en el plan de estudios de enfermería, así como la valoración de la interdisciplinariedad y el uso de la bioética como un componente curricular, desde un enfoque comprensivo que partiendo de una perspectiva epistémica articule la bioética y la interculturalidad, lo que es requerido por su relevancia significativa en asistencia y educación (Valdez-Fernández, 2017).

Capítulo 2. Marco conceptual y teórico: sentidos de la bioética e interculturalidad, camino a la humanización

Este apartado se encuentra compuesto por la teorización de las categorías de investigación que enmarcan este estudio (Figura 7), comenzando por el sentido como eje principal, siguiendo por la enfermería, la bioética desde las visiones tradicional y latinoamericana, la práctica formativa y la interculturalidad. En este sentido, se desarrolló una estructura teórica apoyada en las temáticas relacionadas con los niveles de abstracción conceptual y en los autores principales que abordan las mismas.

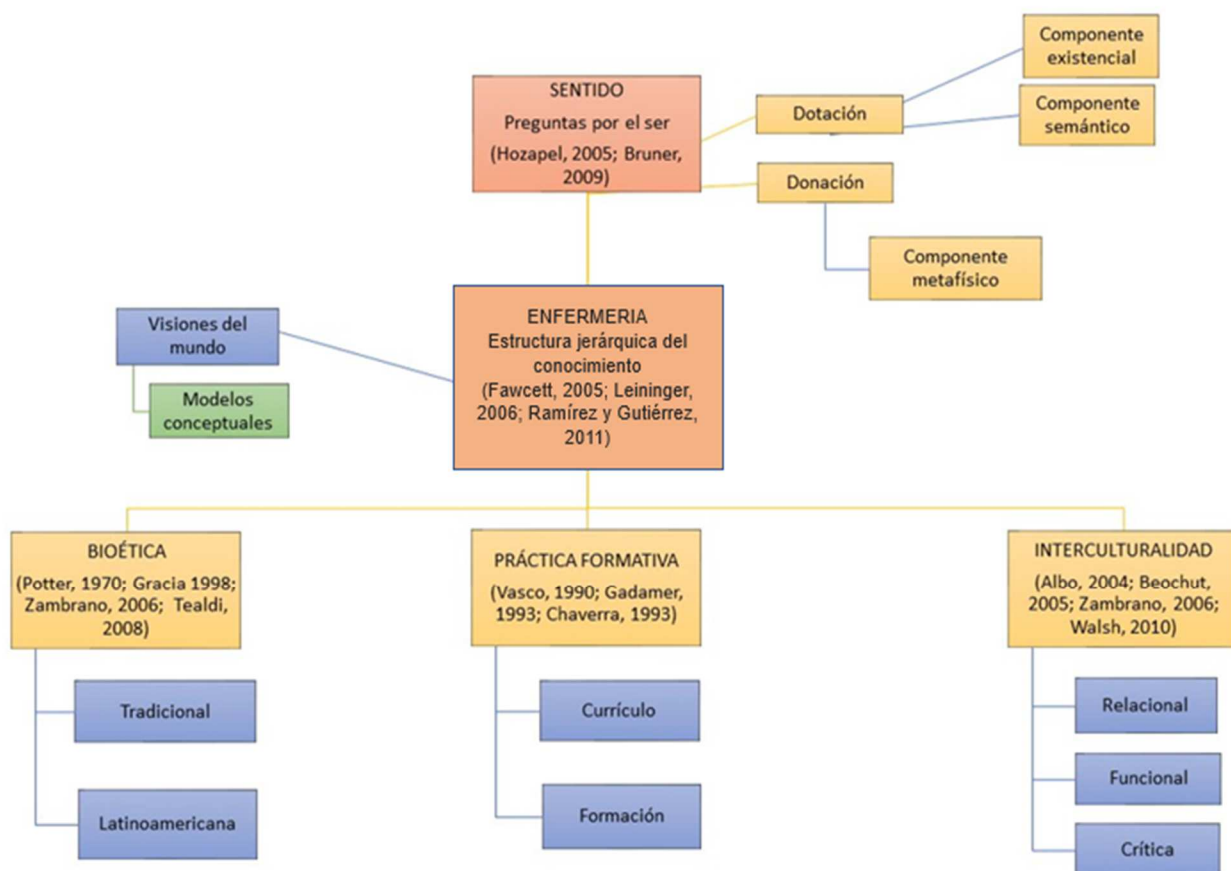


Figura 7. Categorías de investigación. Fuente: Elaboración propia.

2.1. El sentido como categoría de comprensión en educación

El sentido se define como una intervención reflexiva en el conocimiento del ser a partir de la percepción por los sentidos, donde el sujeto se construye a sí mismo en la medida en que se

comprende y se dona en la entrega voluntaria en su relación con el entorno, con los otros y consigo mismo. Tal como lo afirma Holzapfel (2005), “el sentido es lo que resulta del sentiré, del percibir, del darse cuenta, pensar u opinar [...] nuestra relación con el entorno, con los otros, con nosotros mismos, en definitiva, con el mundo, del cual somos también parte nosotros, se expresa en el sentido” (p. 20).

De esta manera, preguntarse por el sentido sería, al mismo tiempo, hacerlo por el ser, para conocer y así elegir sus acciones. De modo que, para asumir un comportamiento ético que no sea impuesto, debe realizarse un cuestionamiento del proceso formativo, tanto del estudiante como del docente, para que de la plena percepción del sentido de su accionar, surja el comportamiento autónomo. En el caso del estudiante, como afirma Bruner (2009), desarrollar el sentido permitirá controlar y seleccionar el conocimiento de acuerdo a las necesidades. Al ahondar en el sentido del *self*, se puede llegar a ser un miembro de la comunidad creadora de cultura en donde los significados y símbolos del lenguaje estén en constante negociación con los significados otorgados por los seres humanos. En lo que concierne al estudiante, el sentido se construye a partir de una relación entre dotación y donación.

2.1.1. La dotación de sentido.

La dotación de sentido, según Holzapfel (2005), se halla, en primera instancia, en el ámbito semántico, el cual corresponde a lo que el sujeto pueda significar. Este ámbito tiene tres acepciones: 1) el significado de una palabra, de una cosa, de un suceso o una acción; 2) la justificación de un hecho, acción o suceso y finalmente su orientación; y 3) la dirección que orienta la decisión o acción el sentido tanto individual como colectivo.

Por otro lado, se encuentra el ámbito existencial, que se define como una acción o decisión individual del sujeto, ligada a la orientación y justificación de sentido. Dicho ámbito es producido por cinco generadores que se potencian al articularse sinérgicamente. En primera instancia se encuentra el vínculo, que es la afinidad que se tiene con alguien o con algo. Es el que genera cobijo, protección de aquello a lo cual nos unimos. Este a su vez genera atadura, es decir marca límites. Un ejemplo de ello son los roles de docente o estudiante, actividad que puede ser satisfactoria o incómoda, pero siendo la atadura muy persistente, puede subsistir a pesar de que los demás generadores de sentido hayan desaparecido, convirtiéndose en una especie de

formalidad. Por eso desatar se percibe como una acción liberadora de un sentido previo que limita u obstaculiza el crecimiento individual o colectivo.

A la atadura le sigue la reiteración, la cual es un generador clave, puesto que el sentido para operar como tal, requiere de una reiteración constante o apuesta por algo, de lo contrario se debilita o toma un rumbo distinto al que debería haber conducido. Es como si la formación bioética perdiera su razón de ser y se retornara a épocas anteriores donde la existencia no tenía ningún valor. De hecho, la reiteración no suele ser verbalizada, porque es tácita; se hacen las cosas porque sí y eso no requiere ser discutido.

Finalmente, aparece el sostén, que potencia a todos los generadores anteriores. El ámbito existencial puede ser agudizado (momentos de quiebre, angustia y desesperación) u opacado (felicidad, logros, esperanza, etc.). Es por esto que la pregunta por el sentido debe contar, además, con un carácter dinámico, porque siempre el ser humano se está llenando o vaciando de sentido.

2.1.2. La donación de sentido.

Siguiendo la conceptualización de Holzapfel (2005), la donación de sentido se establece en el ámbito metafísico, el cual corresponde a la pregunta por el sentido y el sin sentido, a lo que se llama trasfondo, que se encuentra en cosas que el ser humano hace o que lo rodean en el diario vivir. En este espacio, el individuo puede ser sin explicaciones o justificaciones y en él coincide lo interno y lo externo del sujeto. Así, el sin sentido es una experiencia en el cual el sujeto logra en algunos momentos abstraerse de los códigos en los cuales normalmente se apoya. El trasfondo, implica ponerse fuera de los códigos “sin sentido” o muy próximo a ellos, pero depende de cada quien hacer suyo el sentido y permitir que lo oriente.

Según Holzapfel (2005), potencialmente en todo lo que existe, en todos los fenómenos del inconmensurable universo, hay donación de sentido cuando se da existencialmente; sin embargo, mientras no haya dotación, es decir, construcción o proyección de sí mismo, el sentido no puede constituirse, porque no habrá un sustrato en el cual pueda vincularse con algo y establecer puentes con los demás generadores de sentido (como el cobijo, la atadura, la reiteración y el sostén). El sentido requiere, entonces, “de una representación previa, que provenga de nuestras sensaciones, recuerdos o fantasías y nuevamente cabe decir aquí que esas

representaciones no son meras creaciones nuestras [pues] al igual que en el sentido, hay algo que se dona y algo que construimos” (Holzapfel, 2005, p. 26). En este caso, en la formación, la bioética sería la apropiación de los principios fundamentales que cobijan, atan, reiteran y sostienen el sentido, en donde se forma una red que se teje constantemente, enriqueciéndola con la práctica y la experiencia en el encuentro con el otro diverso.

En lo que respecta a la enfermería, el cuestionamiento sobre el sentido y la construcción del mismo ha aportado significativamente en la constitución de esta como profesión, al permitir el desarrollo del estatuto epistemológico que reflexiona sobre el sentido de su quehacer y la práctica del cuidado.

2.2. Marco filosófico de la formación en enfermería

La enfermería como profesión nace desde los cuidados maternos, evolucionando en diversas etapas hacia su profesionalización, la cual, ante todo, necesita de vocación hacia el cuidado del otro. Sin embargo, es solo hacia mediados del siglo XX cuando la profesión presenta una revalorización, desarrollándose diversas teorías y modelos que brindan un papel esencial al cuidado en el proceso de curación (Santacruz, 2006). De esta manera, se identifica una estructura del conocimiento de enfermería que es un todo; por tal razón, Fawcett (2005) plantea su organización desde un nivel más abstracto a uno más concreto: metaparadigma,⁵ filosofía,⁶ modelos conceptuales,⁷ teorías de enfermería,⁸ e indicadores empíricos.⁹ La presente

⁵ El metaparadigma es el componente más abstracto. Define los conceptos globales del cuidado, las preposiciones que los describen y los relaciona entre sí. Los metaparadigmas en enfermería son: persona, entorno, salud y cuidado (Fawcett y De Santo-Madeya, 2000).

⁶ La filosofía determina la visión de la realidad de una disciplina frente a su fenómeno de estudio, lo que incluye valores e intereses. La enfermería reconoce tres visiones de realidad: reacción, recíproca y simultánea (Fawcett, 2005). Cada una de ellas define un concepto particular del cuidado.

⁷ Los modelos conceptuales constituyen una mirada mental o particular sobre la enfermería desde la teoría que lo propone, de tal manera que dicha mirada está constituida por conceptos abstractos y generales que representan el fenómeno de la disciplina. Esos conceptos son descritos por proposiciones y estas, a su vez, establecen relaciones entre dos o más conceptos (Fawcett, 2005).

⁸ La teoría se define como uno o más conceptos concretos que se derivan de un modelo conceptual, al igual que el modelo conceptual es descrito por proposiciones y sus relaciones (Fawcett, 2005).

⁹ Los indicadores empíricos dentro del conocimiento de enfermería son lo más concreto de la realidad, porque son instrumentos o procedimientos que se emplean para medir conceptos de las teorías de mediano rango (Acofaen, 2006).

investigación se centra en la filosofía de la enfermería, clasificada por la autora en visiones filosóficas del mundo, las cuales se describen a continuación.

2.2.1. Visiones de mundo.

Fawcett (2005) clasifica las visiones de la enfermería desde 3 ejes: *reacción, reciprocidad y simultaneidad*. La primera de ellas es una visión particular determinística, en donde se mantiene una perspectiva de ser humano desde una relación causal de supervivencia y reacción a estímulos externos. Desde esta mirada, el cuidado de la enfermería se limita a los cuidados físicos y psicológicos, sin llevar a la humanización, ignorando variables que permiten la intervención del sujeto de cuidado y conformando una relación unidireccional, en donde no se tiene en cuenta las necesidades y subjetividades.

En la visión de reciprocidad, se observa a las personas como seres holísticos, es decir que estas no se pueden desligar de su contexto y realidad, ni pueden ser reducidas. El poder reflejado en el cuidado es mutuo y recíproco, reconociendo la influencia del uno en el otro. En esta visión, el profesional en enfermería se preocupa por mantener una relación activa, conociendo las particularidades de cada paciente.

Por otra parte, en la visión de simultaneidad se identifica igualmente al ser humano desde una perspectiva holista, pero además se reconoce su carácter unitario, auto-organizado y cambiante. De esta forma, los profesionales en enfermería con esta visión se caracterizan por mantener un interés constante en el conocimiento y reconocimiento de patrones, asignando un valor a las cosmovisiones y experiencia de salud y enfermedad de los sujetos de cuidado.

2.2.2. Modelos conceptuales

Dentro de la teoría del cuidado en enfermería han surgido diferentes modelos conceptuales. No obstante, para el desarrollo de esta investigación, se tomarán en cuenta los modelos que han integrado la concepción de cultura en su teoría (Tabla 2).

Tabla 2
Modelos conceptuales en enfermería

<p>Madeleine Leininger: Visión de transculturalidad (Corriente Norteamericana)</p>	<p>Cynthia Foronda: Humildad cultural (Corriente Norteamericana)</p>	<p>Campinha-Bacote: Competencia cultural (Corriente Latinoamericana)</p>
<p>Esta área centra el cuidado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte. No puede haber curación sin cuidado (Leininger, 1999).</p>	<p>Este modelo está marcado por las visiones de cuidado transculturales y de competencia cultural. Plantea la necesidad de una actitud abierta, de escucha, colaboración y negociación.</p>	<p>La competencia cultural está compuesta por los conocimientos, actitudes, conductas e incluso políticas que capacitan a un profesional para trabajar en diferentes contextos interculturales.</p>
<p>Los seres humanos en la actualidad se están moviendo y comunicando con personas con estilos de vida diferente, debido a la facilidad de movilidad. Por ello, la necesidad de contar con enfermeras que cuiden a los extranjeros que tienen culturas diferentes, ha crecido en los últimos años.</p>	<p>La humildad cultural es una forma de ser, más que una teoría. Se trata de llegar a conocer los atributos culturales de diversos grupos, tendiendo hacia dimensiones políticas, sociales y de clase.</p>	<p>Los procesos migratorios de la sociedad actual aumentan la necesidad de experimentar nuevas perspectivas de cuidado, que se adapten a las nuevas comunidades. Así, la competencia cultural se desarrolla como un proceso en el que los profesionales del cuidado de la salud buscan desarrollar habilidades adecuadas para el trabajo, desde diversos contextos culturales.</p>
<p>Su objetivo es proporcionar cuidados adecuados a la cultura de las personas.</p>	<p>Permite a los profesionales de cuidado implementar relaciones con la comunidad basadas en el respeto, la dignidad y la confianza.</p>	<p>Este modelo requiere que los proveedores de atención médica se consideren a sí mismos como culturalmente competentes, no en el sentido de conocer a fondo, sino que desde las generalidades básicas ya se puede brindar un cuidado competente, que se da desde la motivación.</p>

Madeleine Leininger: Visión de transculturalidad (Corriente Norteamericana)	Cynthia Foronda: Humildad cultural (Corriente Norteamericana)	Campinha-Bacote: Competencia cultural (Corriente Latinoamericana)
La atención orientada a la cultura resulta terapéutica. Esta ocurre cuando las creencias y la atención cultural se conocen y se utilizan de manera apropiada, sensible y significativa con personas de culturas diversas o similares.	La atención basada en este modelo proporciona la implementación de un diálogo entre los profesionales de salud y los sujetos de cuidado, en las comunidades, lo que permite a su vez la sensibilización de los mismos.	Este proceso involucra la conciencia cultural, los conocimientos culturales, las habilidades culturales, los encuentros y los deseos culturales.

Fuente: Elaboración propia.

Uno de los modelos más importantes dentro de la enfermería transcultural es el desarrollado por Madeleine Leininger en 1960. Según ella, las enfermeras tienen un rol único en el conocimiento de los sujetos de cuidado, por lo cual necesitan estar preparadas para afrontar el cuidado de gente con diferentes creencias y valores, pues “a la vez que nuestro mundo se hace más diverso y complejo, una se da cuenta que necesita conocer y entender a las personas que hablan y se comportan de otro modo” (Leininger, 1999, p. 5). Los principales factores que influyeron en la creación de esta nueva disciplina fueron: el aumento de las migraciones a nivel mundial; la exigencia por parte de los sujetos de cuidado del respeto de los diferentes valores e identidades; el aumento de los problemas de género; y un creciente aumento de la necesidad del conocimiento de nuevas culturas (Leno, 2006). Tanto para Leininger como para otros investigadores, la cultura es uno de los pilares fundamentales en el cuidado y bienestar de los sujetos de cuidado:

La cultura es más que interacción social y símbolos. La cultura puede verse como el modelo para guiar las acciones y decisiones humanas e incluye las características materiales y no materiales de cualquier grupo o individuo. Ha sido una construcción importante en antropología durante casi un siglo. La cultura es más que etnia o relaciones sociales. Los fenómenos culturales distinguen a los

seres humanos de los no humanos. Las enfermeras preparadas transculturalmente promueven el conocimiento de la cultura de muchas maneras al unir la cultura y la atención en conjunto de manera conceptual y con fines de investigación. (McFarland y Wehbe-Alamah, 2006, p. 10)

Por otro lado, el modelo desarrollado por Campinha-Bacote, denominado *competencia cultural*, plantea que los cambios demográficos y económicos que han surgido en la sociedad en los últimos años, así como la atención en salud de personas de diversos orígenes étnicos y culturales, han desembocado en la necesidad de considerar la competencia cultural en los profesionales de salud como una prioridad. Esta debe entenderse como un proceso continuo en el que el proveedor de atención en salud se esfuerza de manera constante por trabajar de manera efectiva dentro de los diferentes contextos culturales. Así, “el deseo cultural es la motivación de una persona o profesional de lograr habilidades para afrontar los nuevos retos interculturales. El deseo debe ser genuino de la persona” (Marrero, 2013, p. 3).

El modelo descrito anteriormente se compone de 5 constructos fundamentales para su desarrollo, los cuales son: conciencia cultural, conocimiento cultural, habilidades culturales, encuentros culturales y deseo cultural. Según Campinha-Bacote (2002),

La intersección de estos constructos es lo que representa el verdadero proceso de competencia cultural. A medida que el área de intersección de los constructos se hace más grande, los proveedores de atención médica internalizan más profundamente los constructos en los que se basa la competencia cultural. (p. 183)

Sin embargo, este enfoque ha recibido diversas críticas, pues la competencia cultural no integra un cuestionamiento real o de cambio hacia las desigualdades de poder en la prestación de servicios de salud, siendo entonces una visión instrumental y pragmática, que aporta de manera parcial al conocimiento, pero al mismo tiempo se aleja del propósito de esta tesis.

Por su parte, Cynthia Foronda desarrolló el modelo de humildad cultural, el cual ha tenido una mayor aceptación que la competencia cultural, por ser más profundo y políticamente correcto (Foronda, Baptiste y Reinholdt, 2016). Este concepto involucra un proceso de autorreflexión y autocrítica, que va más allá de la idea de obtener un conocimiento de manera experta sobre un grupo cultural. Así, el modelo en mención atiende a las diferencias políticas,

sociales y de clase dentro de la sociedad, haciéndose parte de la conciencia moral del profesional en salud (Lucas, Groot y Towle, 2013).

Frente a lo planteado, cabe destacar que en el contexto latinoamericano estos modelos conceptuales no son del todo aplicables, pues se encuentran orientados hacia fenómenos de migración en el contexto norteamericano y europeo. En ese entorno, se evidencia que el enfoque cultural tiene una gran necesidad, pero estos no responden a las particularidades propias latinoamericanas. En tal sentido, surge la necesidad de generar un nuevo modelo que integre estos conceptos al contexto social latinoamericano, en dónde los profesionales en salud se encuentran con grupos étnicos minoritarios, con visiones y tradiciones distintas que deben ser respetadas y tenidas en cuenta. Esto requiere un enfoque que no solo hable de encontrarse físicamente con otras culturas, sino que incluya al otro diverso y lo reconozca como legítimo. Dicho ejercicio lleva a la reflexión del sentido del cuidado frente a esta alteridad, que no solo es un ser biológico, sino que es un ser social y cultural, demandando así el cuestionamiento constante del quehacer profesional y el análisis sobre el cuidado como eje de la profesión de enfermería, situación que se presenta al incluir la bioética, porque ella posibilita el análisis de las condiciones que favorecen ese cuidado.

2.3. Perspectivas de la bioética

Sobre el concepto de bioética, Velásquez (2016) plantea que el registro (Figura 8) más antiguo se remonta al código del rey Hammurabi en Babilonia, en el año 1753 a. C. En él, se estipulaban algunos derechos y obligaciones de los profesionales de la medicina. Por otro lado, Hipócrates, en el año 460 a. C., consideraba a la armonía con la naturaleza como uno de los principios esenciales en la conservación de la salud, teniendo en cuenta a todos los sujetos de cuidado como seres diferentes, quienes merecen un trato especial. En el *Corpus Hippocraticum*, en medio de otros temas, Hipócrates aborda su perspectiva sobre el comportamiento de los profesionales en salud, quienes debían evitar a toda costa el daño (no maleficencia), buscando preservar la confianza de los pacientes en sus cuidadores.

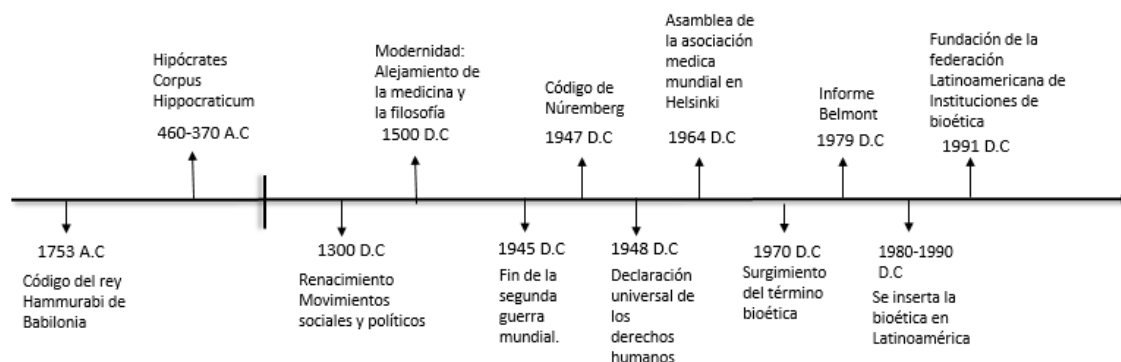


Figura 8. Línea de tiempo: historia de la bioética. Fuente: Elaboración propia.

Los movimientos sociales y políticos en la época del Renacimiento también se enmarcan como sucesos contextuales que llevan a los pueblos a exigir derechos como la libertad, la propiedad, la seguridad y la igualdad. Así mismo, la Modernidad también se toma como una época relevante, pues hay un marcado alejamiento entre la medicina y la filosofía. La razón, en aquella época, era imperante por encima de la religión y las reflexiones filosóficas. En dicho contexto, el positivismo acentuó una marcada limitación hacia lo orgánico.

Años más tarde, hacia el final de la Segunda Guerra Mundial, los hechos presentados (y sus secuelas) generaron una toma de consciencia hacia lo humano, evidenciando la necesidad de la inclusión de la ética en asuntos humanos, para lo cual se creó el código de Nuremberg (1947). Aquel código tenía como objetivo principal evitar que se volviera a incurrir en la violación de los derechos de las personas y preservar su bienestar. Otro hecho relevante ocurre un año después, al ser firmada la Declaración Universal de los Derechos Humanos por la Organización de Naciones Unidas (ONU). Posteriormente, la Asamblea de la Asociación Médica Mundial en Helsinki (1964), avala la declaración con referencia a la investigación y el trato a los pacientes, cuestionando el paternalismo tradicional. Las investigaciones continuaron en los años venideros.

Mendoza (2006), indica que el término “bioética” aparece por primera vez como tal hacia 1970, en el texto de Van Rensselaer Potter titulado “*Bioethics, bridge to the future*”. Sin embargo, según León (2011), es en los años 80 y 90 cuando se comienza a enseñar la nueva disciplina en el contexto latinoamericano, haciéndose evidente el atraso con respecto al ámbito norteamericano. De acuerdo con este autor, “la nueva disciplina se presentaba con unas

características propias, reflejo de la situación de la sociedad norteamericana de ese momento” (León, 2011, p. 57). No obstante, es en los años 90 cuando se logra su establecimiento, con la fundación de la Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética (Fellaibe), que ha venido organizando congresos de bioética desde 1995. El surgimiento de esta nueva visión responde al descontento con la visión de bioética centrada en la medicina que se planteó en el informe de Belmont, en razón a que dejaba por fuera temas de gran importancia en la región, como son la pobreza y la desigualdad. De este modo, se inició una búsqueda de contextualización de la bioética a las particularidades y necesidades latinoamericanas, de donde se establecen dos movimientos: el de *la bioética de protección*, que se centra en fortalecer la autonomía de las personas contra el paternalismo social, y el de *la bioética de intervención*, cuyo foco es fortalecer el bien social (Bergel, 2011).

En el contexto local, hacia 1954 el médico Fernando Sánchez Torres ya publicaba artículos en los cuales coincidía con la preocupación de científicos internacionales, acerca de los riesgos para la supervivencia humana del uso indiscriminado de antibióticos y el afán de lucro de las grandes transnacionales que los producían. Los esfuerzos del médico Sánchez al poner en evidencia hechos innegables, en los que el ejercicio ético resultaba insuficiente para su comprensión y manejo, permitieron que surgiera la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame). Esta organización se dio a la tarea de promover, con el apoyo de varios profesionales de la salud, la difusión de los principios bioéticos que ya a nivel internacional habían adquirido un significativo estatus de aceptación.

Potter (citado en Velásquez, 2016) afirma que la bioética es un “proceso de contrastación de los hechos biológicos con los valores humanos, a fin de globalizar los juicios sobre las situaciones y de esta forma mejorar la toma de decisiones, incrementando su corrección y la calidad” (p. 52). Se percibe así a la bioética como una disciplina donde confluyen el conocimiento biológico y el sistema de valores, que invita además a reflexionar sobre los problemas éticos relacionadas con la vida y que son planteados por la ciencia, la tecnología y el contexto de salud. Por tanto, no solo se debe tener en cuenta la visión de mundo del profesional, sino también la del sujeto y su contexto. Las decisiones que se tomen en torno a la vida, entonces, deben ser responsables y descansar en el diálogo, la comunicación y la interrelación con el otro para obtener un mayor bienestar.

Por su parte, Garcés y Giraldo (2013) definen la bioética como “la ética del cuidado de la vida y el cuidar de sí y de los otros. El cuidar de los otros, supone el reconocimiento del otro como alguien que existe y que tiene valor” (p. 187). Los mencionados autores concluyen que si la preocupación moral básica de la enfermería es el bienestar de otros seres humanos y la ayuda es el objetivo primordial de servicio, es entendible por qué los futuros profesionales de esta área requieren una formación sólida en ética para la actuación moral. Y añaden que es indispensable identificar, analizar y reflexionar de forma pertinente, las alternativas a seguir ante cualquier decisión moral que se presente en el cumplimiento de sus funciones, sencillamente porque el cuidado de la vida de los seres humanos tiene que ser entendido como una línea de esencia humana en un contexto determinado.

Como uno de los problemas de la bioética señala que se aprecia un pesimismo respecto al valor de los estudios sobre el tema para ofrecer soluciones a problemáticas concretas (Stepke, 2000; citado en Álvarez-Díaz, 2012), se reafirma la necesidad de desarrollar una bioética que tome en cuenta las especificidades latinoamericanas, si se quiere alcanzar el reconocimiento global de un pensamiento bioético crítico y autónomo. No obstante, es necesario indicar que a pesar de que se denota una marcada diferencia entre la concepción tradicional anglosajona y la creciente vertiente latinoamericana (Tabla 3), los contextos sociales diferenciadores entre ambos ámbitos han zanjado una brecha que ha permitido la integración de la bioética en Latinoamérica como una ética social y política.

Tabla 3
Comparación de perspectivas de la bioética

<i>Vertiente tradicional</i>	<i>Vertiente latinoamericana</i>
La bioética tradicional o anglosajona centra su análisis en la aplicación de los cuatro principios universales (<i>autonomía, beneficencia, no-maleficencia, y justicia</i>) para la toma de decisiones ante dilemas éticos clínicos.	La bioética latinoamericana reflexiona en torno a la moral comunitaria y moral localizada, en un contexto particular como América Latina, cuyo problema bioético central es “la injusticia social” que genera desigualdad a causa del fenómeno de globalización.
Se torna insuficiente para el análisis contextualizado de conflictos que exijan	En esta perspectiva la reflexión debe ser orientada no solo desde la

<i>Vertiente tradicional</i>	<i>Vertiente latinoamericana</i>
flexibilidad para una determinada adecuación cultural; para el enfrentamiento de macro problemas bioéticos persistentes o cotidianos enfrentados por la mayoría de la población de los países Latinoamericanos, con significativos niveles de exclusión social.	interdisciplinarietà, sino desde la interculturalidad como espacio de construcción de la identidad a partir de la alteridad. Las discusiones y homologación de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco, en el año 2000, dieron inicio a la incorporación de otros temas para su análisis, como son los tópicos sociales, sanitarios y ambientales.
Hace uso de la bioética de principios, casuística y procedimental, mediante la que se analizan dilemas éticos clínicos a partir de unos principios universales. Se torna como una herramienta metodológica que sirve para el análisis e interpretación horizontal y aséptica de los conflictos éticos, mediante el estudio de casos particulares concretos y procedimentales.	Hace uso de la bioética de protección. Esta se consagra en la acción de la salud pública en donde las personas, grupo o comunidad vulnerable requieren una relación de apoyo, resguardo y protección por parte de una persona con capacidad de decisión y gestión. Dicha relación, que se presenta en condiciones de desigualdad, es fluida y cambiante, porque no parte de un compromiso normativo, sino voluntario y unilateral por parte del protector a su protegido. La relación se acaba cuando el protegido ejerce plenamente su autonomía y capacidad de decisión.

Fuente: Elaboración propia.

2.3.1. Bioética tradicional.

La bioética anglosajona se basa en la aplicación de los cuatro principios universales (*autonomía, beneficencia, no-maleficencia, y justicia*) para la toma de decisiones ante dilemas ético-clínicos, generados por problemas bioéticos individuales del ámbito institucional hospitalario. Como afirman Beauchamp y James Childress (1994), la bioética tradicional

a pesar de basarse en un sistema de principios, lo que al parecer le confería cierto ropaje deontologista, al conferirle igual jerarquía a todos ellos, no llega a establecer una escala ética, lo que evidencia el interés de los autores por brindar un procedimiento que ofreciera la mejor solución de acuerdo a las consecuencias,

o sea, es una propuesta eminentemente teleológica, utilitarista. (Citados en Acosta, 2002, p. 21)

Las principales líneas que guían la bioética tradicional son: la bioética de los principios éticos, la casuística, y la procedimental.

La primera de ellas considera que la justificación de los juicios morales debe partir de principios y teorías éticas, de las cuales se deducen juicios acerca de lo que debe hacerse en una situación particular.

Por otro lado, la bioética casuística considera los juicios morales a partir de la experiencia de casos particulares, llevándolos a juicios generales. Como afirma Tealdi (2008), “esta bioética ubica su núcleo en el nivel más bajo de los casos concretos y ha postulado desprenderse de la tiranía de los principios” (p. 128).

Por último, la bioética procedimental afirma que “la justificación de los juicios morales se logra asegurando que el procedimiento de razonamiento moral cumpla con todas las exigencias para hacer del mismo un proceso correcto” (Tealdi, 2008, p. 128).

Esencialmente, la bioética tradicional trata de una ética de individualidades. Se basa en perspectivas subjetivas que defienden la autonomía y la racionalidad moral en la construcción de juicios que perpetúan posturas hegemónicas y que desconocen la mirada colectiva, intersubjetiva e incluyente.

2.3.2. Bioética latinoamericana.

Álvarez-Díaz (2012), afirma que existe una bioética latinoamericana, aunque la misma no se quiera reconocer y se niegue su originalidad. La existencia de una bioética propia se basa en que “está marcada por un fuerte tinte social: -en el cual- los conceptos de justicia, equidad y solidaridad deben ocupar un lugar privilegiado” (Álvarez-Díaz, 2012, p. 17). La cuestión cultural es en gran medida un tema de la comprensión de lo colectivo y lo diverso de las culturas humanas, así como de sus profundas interconexiones entre: “a.) colectividad y diversidad, b.) cultura y colectividad, y, c.) cultura y diversidad” (Zambrano, 2006, p. 102). Dicho nivel de interconexión representa un tipo de análisis sobre las diversas posturas morales y éticas que existen acerca de la vida, y cómo el entendimiento intercultural es el eje de cambio y transformación de su estudio, siendo así la comprensión hermenéutica un tipo de entendimiento

activo que conecta la diversidad moral colectiva y las acciones correlativas que se derivan de tales posturas.

Toda decisión bioética es siempre el resultado de una determinación en perspectiva cultural, puesto que busca el entendimiento y pone en práctica lo entendido como un asunto social y no meramente individual. El contexto juega aquí un papel importante en estas decisiones, porque en él surgen tensiones en relación a las diferentes miradas e intereses. Tales decisiones no son exclusivas de las instituciones oficiales o del campo médico; por el contrario, al adquirir un nivel de carácter social y cultural, se elevan a realidades colectivas de orden público. Esto subraya un importante paso en la historia de la ética y la salud en el nuevo siglo, pues se trata, y en esto hay coincidencia, del “paso de la bioética personalista a la bioética colectivista”, tal y como lo expone Lipovetzky (2005, p. 3).

De igual modo, la bioética latinoamericana también plantea la necesidad de incluir los dilemas éticos a los que se enfrentan todos los profesionales en Latinoamérica en razón a la desigualdad social. Así, no se puede hablar de unos preceptos culturales sino se incluyen las problemáticas sociales que permean a los sujetos dentro de dicha cultura; por tanto, los asuntos bioéticos dejan de ser situaciones individuales y cobran un tinte colectivo, que inmiscuye a toda la sociedad (Kliksberg, 2010).

Lo anteriormente descrito, incluye un cambio fundamental de carácter cultural, esencial para la comprensión y la actuación de la bioética en los escenarios de salud donde se toman decisiones.

En síntesis, cuando los asuntos bioéticos adquieren un nivel cultural y público, se deben atender las realidades y perspectivas que conectan a la bioética con las políticas públicas, no solo a escala nacional sino también global. Ello incluye preguntarse acerca del papel de la bioética en los diferentes ámbitos públicos, como la educación, y sobre todo en relación a cómo formar profesionales que tengan actitudes y comportamientos bioéticos.

2.4. La práctica formativa profesional

2.4.1. El lugar que otorga el currículo a la práctica formativa profesional.

El concepto de formación descrito por Vasco-Urbe (1990), se relaciona con las prácticas reflexionadas que se dan o no se dan en cualquier sistema social (sea este la familia, la escuela, la comunidad o una organización pública o privada) para la preparación en la supervivencia y la convivencia de las nuevas generaciones; es decir, este tipo de prácticas son continuas y van desde el nacimiento hasta la aptitud social. Así, el autor diferencia la formación de la educación, afirmando que esta última se refiere a las prácticas formativas institucionalizadas a cargo de educadores o pedagogos, mientras que la primera contiene la pregunta misma por la formación del hombre. Ante la presencia de los pedagogos, aparecen entonces la práctica pedagógica y la praxis pedagógica como la reflexión sobre ella misma.

De esta manera, la formación cobra sentido dentro de los currículos académicos, en la medida en que esta se enmarque en un sistema social (Bruner, 1997; citado en Guilar, 2009), pues como afirma Kemmis (2008):

El currículum es una construcción histórica y social, que debe ser estudiada y comprendida como tal. Esto significa que ha de estudiarse en relación con las condiciones históricas y sociales en las que se producen diversas realizaciones concretas, prestando especial atención a la ordenación particular de su discurso.
(p. 44)

2.4.2. La formación a través de la práctica profesional de enfermería.

En la enseñanza de la enfermería, la formación ha sido tomada desde tres perspectivas (Tabla 4) que históricamente han focalizado y guiado la disciplina. La primera de ellas es la *determinista*, que nace desde la escuela tradicional y pretendía encontrar leyes universales, enfocando al enfermero hacia la búsqueda de conocimiento causa-efecto. Su formación se encontraba basada en fundamentos técnicos, desligándose del cuidado y orientándose en lo orgánico y biologicista

La formación profesional de enfermería hace 20 años en su mayoría era para formar enfermeras técnicas y este tipo de profesionistas no requieren ningún tipo de pensamiento crítico ni reflexivo, al contrario, bajo este paradigma se necesita a un profesional obediente, con una buena sincronía al operar y un alto grado de eficacia en las tareas para las que sea designada. (Rivas y Vargas, 2005, p. 53)

Por otro lado, la visión *integrativa* presenta un cambio en la integración del paradigma existencialista, simbólico y fenomenológico. Aquí, el enfermero se sitúa como un agente de comunicación, que toma en consideración las percepciones e inquietudes del sujeto de cuidado.

Por último, la visión *transformadora* propone que el sujeto de cuidado no solo sea tenido en cuenta en toda su integridad, sino que posiciona a los enfermeros como agentes de cambio. Ellos deben apuntar a la transversalidad, siendo profesionales conocedores del entorno social y cultural. Es por esto que los profesores y estudiantes deben compartir y comprender los valores que dan sentido a la responsabilidad social y suscitar un análisis crítico-reflexivo del contexto sociocultural, así como del público del sistema de salud, humanizando la enfermería y transformándola desde la formación.

Tabla 4
Perspectiva de formación

Determinista (siglo XIX-1938)	Integrativa (1938-1950)	Transformadora 1950-1965/1970
Se orienta hacia desarrollar conocimientos a través del descubrimiento de leyes universales.	La enfermera puede actuar como agente de comunicación comprensiva con el individuo, la familia y la comunidad.	Plantea que las necesidades en cuidado se fundamentan en un conocimiento teórico, poniendo como énfasis la interpretación y análisis del entorno sociocultural.
El objetivo de las escuelas de enfermería era preparar estudiantes bajo actividades técnicas y manuales.	Se debe tomar en consideración la situación del paciente, el cual le transmite sus percepciones, inquietudes y expectativas.	Se debe incitar a los estudiantes a ver más allá de los cuidados físicos, recordando que el ser humano constituye una entidad biológica, espiritual y cultural.

Determinista (siglo XIX-1938)	Integrativa (1938-1950)	Transformadora 1950-1965/1970
El aprendizaje se basaba en procedimientos tales como: preparación de la unidad del paciente, tendido de camas, observación de síntomas especiales, registro de los pacientes.	La enseñanza se basa en el modelo conductista, afectando la formación desde la organización y secuencia, sin dar paso al análisis y la reflexión.	La formación se basa en el constructivismo, haciendo énfasis en que el desarrollo intelectual debe ir de la mano con el medio social; es en la interacción donde se crea conocimiento.
La enfermera pierde su identidad; pasa de una actividad de cuidar, centrada en la persona; a la de curar, centrada en el órgano.	El cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones: física, mental y social.	Se concibe el cuidado dirigido al bienestar, tal y como la persona lo entiende, dando respuesta a las necesidades de las personas desde una perspectiva holística.

Fuente: Basada en Rivas y Vargas (2005).

Las diferentes circunstancias y momentos por los que ha atravesado la enfermería, han dejado connotaciones en las posturas de formación predominantemente deterministas y técnicas que sobreviven hoy en día; es por ello que las prácticas formativas en enfermería deben ser consideradas, tanto por los docentes como por los estudiantes, como una manera de transformar una realidad, de acercarse a ella y plantear alternativas de solución hacia determinadas dificultades, aun desconociendo cual será la solución verdadera y real para cada situación (Chaverra, 2003). No obstante, la práctica no debe verse como un componente aislado, sino que, para una mejor comprensión, requiere ser mirada en su relación con la teoría; es decir, debe ser considerada como una relación complementaria aplicable a cualquier proceso educativo y en ningún momento ajeno al contexto, con el cual forma una red compleja e interactiva que demanda constante análisis para el mejoramiento de los procesos educativos y de los campos disciplinares respectivos.

Así, “si el sistema social no es el que guste al sujeto, pues no hay salida, ya que las prácticas formativas tienen un marco del cual va a ser complejo que pueda desprenderse” (Vasco Uribe, 1990, p. 30). Entonces, se hace necesario que las prácticas puedan ser reflexionadas y

orientadas a procesos de formación que sirvan para lograr generaciones de pensamiento diverso, con posibilidad de crítica al statu quo de la sociedad y con la opción de tomar decisiones sobre su vida, asumiendo las consecuencias que de ellas se deriven (Vasco Uribe, 1990).

En este sentido, Linares, Rocha, Flórez y Garibay (2012), refieren que la educación superior es el espacio ideal para llevar a cabo el proceso de formación en bioética, la cual promueve “la integración de los profesionales de las diversas disciplinas al ejercer e involucrarse con la sociedad desde una visión integral y respetuosa de la vida humana y de la vida de los otros” (p. 6). En consecuencia, la universidad juega un papel fundamental en la implementación de la bioética como necesaria en la formación profesional en el pregrado y posgrado. Esta debe, en primera instancia, corresponder al desarrollo de la educación y, en segunda instancia, reflexionar desde “un abordaje humanístico y plural en los problemas de carácter local, nacional y global” (Linares, Rocha y Garibay, 2012, p. 8).

Al final, es necesario cuestionarse si al formar a los profesionales en salud se está priorizando la instrumentación didáctica sobre la transdisciplinariedad ética y bioética, limitando la recuperación de los valores y la responsabilidad, pues las nuevas generaciones exigen una preparación en el conocimiento del mismo ser, de su entorno y de su historia, conformando y formando sociedad. Vale la pena entonces preguntarse: ¿cuál es el papel de la interculturalidad en el proceso de formación bioética?

2.5. La interculturalidad en la educación en salud

Según Walsh (2008), el concepto de interculturalidad se viene utilizando desde los años 90 bajo diferentes connotaciones, debido a que supone una apertura al diálogo y una aceptación de la diversidad, conceptos muy afines a los propuestos por el neoliberalismo para consolidar su razón de ser político-económica. En ciertos círculos de poder capitalista, ha llegado a ser asumido como la nueva lógica multicultural del capitalismo global, afirmando que para ello no parte del problema de la diversidad o diferencia en sí, sino del problema estructural-colonial-racial. En este sentido, la interculturalidad es una actitud y disposición intelectual, ética, política y social frente a una relación entre personas y grupos sociales diversos culturalmente, en donde cada uno se pone en cuestionamiento continuo y se transforma en condiciones de respeto y

dignidad, para la construcción de otros modos de pensar, de ser, hacer y convivir (Beuchot, 2005).

De esta forma, Walsh (2010) plantea tres tipos de interculturalidad: *la relacional*, *la funcional* y *la crítica*. La primera de ellas se define como el contacto e intercambio entre culturas distintas en condiciones de igualdad o desigualdad, minimizando la conflictividad, y el contexto de poder, dominación y colonialidad.

Por otro lado, la *interculturalidad funcional* no cuestiona el modelo sociopolítico vigente y se emplea, más bien, como estrategia para la cohesión social, asimilando los grupos subordinados a la cultura hegemónica. Esta reconoce la diversidad cultural como eje central, además de su inclusión y reconocimiento por parte del Estado y la sociedad, pero sin afectar las estructuras de poder que mantienen la desigualdad, porque responde a los intereses y necesidades de las instituciones dominantes.

Entre tanto, la *interculturalidad crítica* parte del problema del poder que genera la desigualdad, mediante la transformación de las relaciones, estructuras, condiciones y dispositivos de poder que la mantienen. Por tanto, este tipo de interculturalidad se construye de y desde la gente que ha sufrido sometimiento, apuntando a la construcción de sociedades que asuman las diferencias socioculturales como constitutivas y que sean capaces de promover el diálogo en condiciones de igualdad. Esto se logra al empoderar los grupos que necesitan afirmación de su identidad, mediante acciones de negociación permanente en condiciones de respeto, simetría, legitimidad, equidad e igualdad, generando nuevas condiciones de ser, pensar, hacer y convivir.

Por su parte, Bartolomé (2006) plantea que la interculturalidad es la apuesta de los miembros de diferentes culturas de lograr una comunicación eficiente, sin que ninguno de los participantes sea obligado necesariamente a renunciar a su singularidad cultural. Mientras tanto, Dietz (2017) expone que es importante trabajar en la de-construcción del concepto, transitar de la noción tradicional a una noción conflictiva de interculturalidad, lo cual suscita paradigmas en la educación intercultural, como el paradigma de la desigualdad, porque las sociedades son conflictivas, asimétricas y no van a ser armónicas.

Para García-Canclini (2004), en cambio, la categoría intercultural reclama unos nuevos horizontes que integren la transdisciplinariedad, pues se hace necesario comprender las diferencias contextuales que enmarcan el fenómeno de la interculturalidad. Por ejemplo, en Francia, debido al fenómeno de migración, la orientación está centrada en lo educativo. La

interculturalidad allá es vista como adaptación a la lengua y cultura hegemónica. En América Latina, sin embargo, es asociada con relaciones inter-étnicas, aunque algunas disciplinas como la antropología se están distanciando de este concepto. Para entender mejor estas relaciones, se hace necesario identificar cómo se desarrolla y figura este concepto desde las diferentes vertientes (Tabla 5).

Tabla 5
Vertientes del concepto de interculturalidad

Vertiente norteamericana	Vertiente europea	Vertiente latinoamericana
Contexto: años 70 y 80. Fruto de movimientos migratorios europeos, mexicanos, afrodescendientes, etc.	Contexto: años 80. Fruto de movimientos migratorios: independencia de las colonias.	Contexto: mediados de los 70. Realidad plurinacional histórica.
Antecedentes: Años 20: educación intercultural. Años 50: <i>Intergroup Education Movement</i> . Años 60: estudios étnicos y revitalización étnica.	Antecedentes: Segunda Guerra Mundial Constitución de la C.E.E y U.E. Trabajadores migrantes. Consejo de Europa: atención a los estados miembros.	Antecedentes: Educación colonial. Educación indígena. Aculturación y asimilación lingüística. Educación bilingüe.
Impulsado por el movimiento de los derechos civiles y post 68.	La impulsan movimientos post 68 que derivan del multiculturalismo.	Impulsado por los movimientos indígenas y de liberación de los años 70.
Reivindican el derecho a la diferencia.	Reivindican el derecho a la diferencia.	Reivindican la descolonización y la idea de un estado plurinacional. Ideología de transformación social.
Individuo des-centrado y des-encializado.	Individuo des-centrado y des-encializado.	Colectivos esencializados.

Vertiente norteamericana	Vertiente europea	Vertiente latinoamericana
Influencia post-moderna.	Influencia post-moderna.	Influencia descolonial.
Enfoque compensatorio. Paradigmas de privación cultural/diferencia cultural.	Enfoque compensatorio. Paradigmas de privación cultural/diferencia cultural/lenguaje	Enfoque compensatorio. Paradigmas de privación cultural/adición étnica/autoconcepto/lenguaje.

Fuente: Extraída de Mateos (2010).

Hacia la década de los 90, la interculturalidad y la educación intercultural se reconocen como modelos educativos y político-sociales dentro de varios Estados y crean vínculos con las comunidades académicas, proporcionando herramientas para cuestionar el discurso y las prácticas eurocéntricas, homogenizadas y monoculturales que impusieron los modelos educativos y sociales dentro de los diferentes escenarios públicos. En concreto, lograron de-construir las relaciones de dominación que imponían los modelos coloniales educativos sobre la base de relaciones étnico-raciales en los contextos latinoamericanos.

Para Fornet (2009), la interculturalidad es en sí misma una cualidad, que puede obtener cualquier persona y cualquier cultura, a partir de una praxis de vida concreta en la que se cultiva precisamente la relación con el otro, de una manera envolvente, es decir, no limitada a la posible comunicación racional a través de conceptos, sino asentada más bien en el dejarse afectar, tocar, impresionar por el otro en el trato diario del vivir.

En este sentido, la interculturalidad se determina como una herramienta, un proceso y, al mismo tiempo, en términos de Walsh (2008), como:

Un proyecto que se construye desde la gente —y como demanda de la subalternidad—, en contraste a la funcional, que se ejerce desde arriba. Apuntala y requiere la transformación de las estructuras, instituciones y relaciones sociales, y la construcción de condiciones de estar, ser, pensar, conocer, aprender, sentir y vivir distintas. (p. 4)

De manera similar, Schmelkes (2002) afirma que en Latinoamérica coexisten diversas culturas como mestizas, indígenas y afros, que a través de los años han tratado de acercarse e

interactuar, destacándose cómo a pesar del contacto permanente, mantienen sus rasgos culturales. Es el caso de varios pueblos indígenas que conservan su variedad lingüística, sus cosmovisiones, los modos en que se relacionan con la naturaleza y su filosofía de la vida al interior de la diversidad cultural.

Así, en el ámbito educativo, la interculturalidad cobra sentido en la medida en que ayuda a conocer la cultura, pues su tarea y obligación central se encuentra en buscar significados a nuestras propias vidas, relaciones y actos. En este sentido, la interculturalidad representa uno de los mayores retos actuales de la educación (Brunner, 1999; citado en Guilar, 2009).

Cada uno se acepta a sí mismo, tiende desde ahí un puente a los otros, y todos se encuentran en el centro de una sociedad realmente pluricultural e intercultural. Pero no debemos engañarnos [...] mientras persista esta estructura desigual e injusta, se seguirán generando estas actitudes contrapuestas (entre los que se sienten arriba y abajo). Hay que trabajar, por tanto, en transformar esta estructura hacia otra más equitativa [...] tarea que implica un cuidadoso trabajo interdisciplinario para la sólida formación ética, social y política y económica de docentes y alumnos y que ésta debe desembocar en una acción interinstitucional coherente. (Albo; citado en Fernández, 2004, p. 68)

Igualmente, en América Latina, la interculturalidad en salud emerge como un proceso que ayuda a impactar las tasas de morbilidad y mortalidad de una población. Algunas de ellas han sido empleadas como indicadores que miden el desarrollo de un país en un contexto de globalización, porque el sector salud continúa dando respuesta a un modelo económico hegemónico que impera y deja a un lado el verdadero sentido del concepto de salud intercultural. Dicha situación conlleva a la continua negación e invisibilidad del saber del otro, dado que las relaciones se dan en una sola vía y para dar cumplimiento a los objetivos de un modelo de salud hegemónico.

Se plantea, entonces, un gran reto en la construcción de un proyecto de salud intercultural el cual implicaría trabajar no desde la diferencia, sino en torno a las miradas de salud que se comparten y nos hace iguales (Menéndez, 2017). En esta dirección, Campos (2016) expone que la educación en antropología médica y la salud intercultural se encuentran en una fase de consolidación y desarrollo, y puede vislumbrarse como un proyecto político, epistémico y ontológico que busca crear puentes y caminos para reconocer lo diverso y plural en los seres

humanos, mediante la formación de profesionales que lideren investigaciones y políticas que aporten a la salud de las culturas. De esta manera, es claro que las visiones que tengan tanto enfermeras como pacientes, afectarán las relaciones y el acto de cuidado, requiriendo que se faciliten y se fortalezcan procesos de empoderamiento, para desarrollar visiones más humanas que tengan en cuenta la cultura (Pérez y Carrasquilla, 2018).

2.6. Referente legal

En el marco del presente trabajo, resulta pertinente tener en cuenta la normativa que regula la profesión de enfermería, la bioética en la formación y la interculturalidad en salud en Colombia. Lo anterior como referencia a lo reconocido y establecido por la ley.

2.6.1. Regulación de la profesión en enfermería.

De acuerdo con Moreno (2006), en Colombia se comenzó a hablar de la enfermería desde los años 70 y principios de los 80. Actualmente, esta es reconocida como una disciplina profesional, pues se basa en conocimientos propios, y se encuentra constituida por un componente profesional y disciplinar, cumpliendo con diversos roles de esta índole: “Asistencial, docente, gerencial, investigador, político y el de abogar por los usuarios y por la misma profesión” (Moreno, 2006, p. 23). Lo explicado por este autor se encuentra contemplado en las leyes 266 de 1996 y 911 de 2004. La primera de ellas reglamenta el ejercicio de la profesión, define su naturaleza, el propósito y regula su práctica; la segunda dicta las disposiciones deontológicas del ejercicio de la profesión, siendo estas dos las leyes más importantes dentro del ejercicio profesional de la enfermería.

La Ley 266 de 1996 define a la enfermería como “una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar” (art. 3), dando importancia al aspecto social y cultural en su definición.

Así mismo, la Ley 911 de 2004 afirma que el acto de cuidar “se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser

humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno” (art. 3).

2.6.2. Normatividad de la bioética en la formación.

La formación del profesional de salud busca estimular en el estudiante un pensamiento crítico, la creatividad, el interés por la investigación científica y la educación permanente. La responsabilidad de aplicar la ética y bioética en salud compete de modo especial a los profesores de estas áreas en las carreras y ocupaciones relacionadas con la salud (Ley 1164, 2007, art. 38).

La preocupación por la integración curricular de la ética y la bioética de la enfermería en Colombia se establece a mediados de los 80 y comienzos de los 90, por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame), uniéndosele así mismo la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (Acofaen), planteando asignaturas dentro del plan de estudios y replanteando la necesidad de su enseñanza. Esto incluye “el análisis de los conceptos, los principios de la ética y la bioética, los problemas bioéticos, las corrientes éticas, los valores, la toma de decisiones éticas, la ética de la investigación, los comités de ética y el análisis de situaciones” (Garzón, 2006, p. 63).

2.6.3. Sustento legal de la interculturalidad en salud.

En cuanto a la interculturalidad, en Colombia la Constitución Política de 1991 señala que se “reconoce y protege la diversidad étnica y cultural” (art. 7), y para ello se propende por una educación donde el Estado debe velar por el “cumplimiento a sus fines y por la mejor formación moral, intelectual y física de los educandos” (art. 67). Desde el establecimiento de la mencionada Constitución, Colombia se consagra como un país “plurilingüe y multicultural”, lo que señala un reto central, pues supone la construcción de una sociedad pluralista como nunca se ha tenido (Rojas, 2001). Este último aspecto se refleja al establecer los derechos fundamentales relacionados con su diversidad cultural y lingüística, identidad, participación y autonomía en dichas comunidades (Rojas, 2001).

La salud propia es entendida como “la armonía y el equilibrio de acuerdo con la cosmovisión de cada pueblo indígena, resultado de las relaciones de la persona consigo misma,

con la familia, la comunidad y el territorio. Comprende procesos y acciones orientados al fomento, protección y recuperación de la salud” (Ley 1953, 2014, art. 76).

Históricamente, el convenio 169 de 1989 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), realiza una de las primeras inclusiones de los conceptos de interculturalidad y etnicidad en políticas públicas, haciendo énfasis en la seguridad social de los pueblos indígenas. Aquello obliga a los Estados a ofrecer igualdad y al mismo tiempo respetar las diferencias, teniendo en cuenta las condiciones socioculturales y económicas de los pueblos y sus tradiciones.

Sin embargo, en Colombia, en la elaboración y ejecución de la Ley 100 de 1993, no se tuvo en cuenta el principio de la diversidad étnica, ni sus tradiciones, otorgando la opción de conformar empresas de salud con las mismas condiciones de los demás ciudadanos. Esta ley creaba una generalización de la salud basada en el modelo occidental, desconociendo los derechos de los pueblos indígenas, llevando a una deshumanización en la atención y a la estandarización de la misma. Como afirma Muchavisoy (2012):

La Ley 100 de 1993, y sus reformas (Ley 1122 de 2007 y Resolución 1478 de 2006), no fueron consultadas con los pueblos indígenas y demás minorías étnicas del país; lo cual atenta contra el bloque de constitucionalidad. Las comunidades indígenas se vieron obligadas a afiliarse al régimen subsidiado en su mayoría. (p. 37)

Por otro lado, desde el 2015 diferentes leyes sobre la salud han intentado incluir el término de interculturalidad y que esta sea reconocida en el país. Por ejemplo, la Ley 1751 de 2015, dentro de los elementos y principios del derecho fundamental a la salud, contempla a la interculturalidad como:

El respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global. (art. 6)

Así mismo, la Ley 1753 de 2015 (Plan Nacional de Desarrollo), en sus artículos 113 y 116, dispone la protección de los derechos constitucionales de los pueblos indígenas, estableciendo los principios que rigen la interculturalidad y la protección hacia las comunidades de esta índole. No obstante, estas leyes y normativas se encuentran planteadas desde una interculturalidad funcional (Walsh, 2010), en la cual se reconoce la diversidad, pero estructuralmente esta se ve subyugada, pues se diseñan políticas desde afuera sin contexto y sin tomar en cuenta a los actores sociales inmersos. Lo anterior ocurre tanto en el sistema educativo como en el de salud.

Capítulo 3. Metodología

Este apartado se encuentra compuesto por la metodología que enmarca la presente investigación, teniendo en cuenta el enfoque cualitativo como metodología, guía del análisis desde la teoría fundamentada y el enfoque hermenéutico como orientación epistemológica e interpretativa. El camino metodológico recorrido (Figura 9) consideró, en primer lugar, la recolección de datos. Para ello se emplearon diversas técnicas, con diferentes fuentes de información, y se usaron memorandos teóricos, metodológicos, de análisis y descriptivos. En segundo lugar, se llevó a cabo la organización de dichos datos, incluyendo la transcripción, codificación y clasificación de los mismos. Acto seguido, se efectuó el análisis de la información en tres momentos, de los cuales emergió la teorización o categoría central. Para terminar, la teoría que se fundamenta en los datos da respuesta a la pregunta y supuesto de la presente investigación. Durante el desarrollo completo del estudio y considerando el rigor metodológico, se tuvo en cuenta el proceso de comparación constante y de saturación teórica.

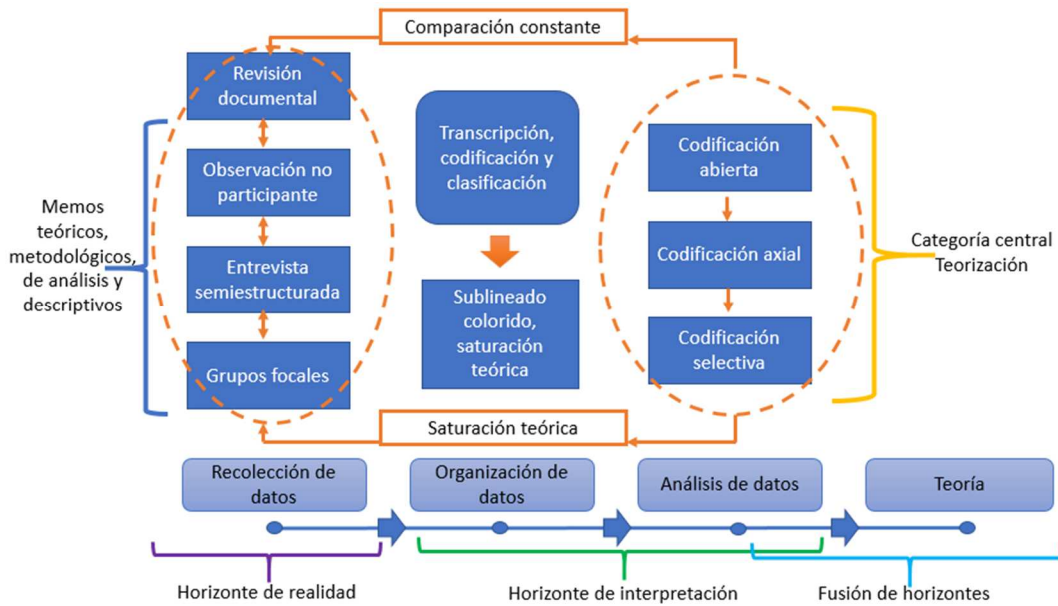


Figura 9. Proceso de investigación. Fuente: Basada en Valdez-Fernández y Bohórquez (2020).

Es necesario recalcar que los procesos de formación en enfermería van acompañados de un ciclo de prácticas, en el que los estudiantes asisten a diferentes espacios y en donde entran en

contacto con diversas poblaciones que requieren la participación del enfermero. Estas prácticas se desarrollan en el nivel primario y complementario de atención y prevención en salud; incluyen escenarios clínicos (tales como hospitales y centros de atención en salud ambulatoria), escenarios comunitarios (como instituciones educativas y grupos de sociedad civil organizada), y escenarios administrativos (como las secretarías de salud municipal y departamental). Los mismos son vistos por algunos docentes y directivos como espacios de formación personal y de desarrollo de habilidades en los estudiantes, más allá de lo académico.

Teniendo en cuenta lo anterior, la presente investigación abordó los sentidos otorgados por los actores de formación bioética (documentos, docentes y directivos, tutores de práctica, estudiantes y sujetos de cuidado) en la práctica formativa en un contexto intercultural (municipio de Silvia, Cauca). Conviene subrayar que solo en el último semestre de la carrera, los estudiantes de Enfermería de la Universidad del Cauca realizan sus prácticas formativas en municipios del departamento. Estos lugares se caracterizan por su diversidad cultural y étnica. La práctica es dirigida por un docente, quien realiza visitas periódicas al sitio (dos), y por pares profesionales en la institución, quienes apoyan y supervisan las actividades de los estudiantes, bajo la figura de tutores de práctica. Todo está regulado mediante el Decreto 2376 de 2010, expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

3.1. La hermenéutica como enfoque epistemológico de investigación

Puesto que el fin de la enfermería es el ser humano, entendido como un ser integral, sujeto de cuidado que está adscrito a un contexto y que presenta unas vivencias y connotaciones relevantes para la práctica de la enfermería, se tomó como enfoque epistémico de este trabajo la hermenéutica como guía de interpretación. Lo anterior puesto que ella permite captar con precisión y detalle los contenidos y significados que enmarcan las narrativas y discursos de los participantes. La hermenéutica es definida como “una actividad de reflexión en el sentido etimológico del término, es decir, una actividad interpretativa que permite la captación plena del sentido de los textos en los diferentes contextos por los que ha atravesado la humanidad” (Arraéz, Calles y Moreno, 2006, p. 174).

La inclusión de la bioética desde una perspectiva intercultural en el Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca, se planteó, entonces, desde una lectura hermenéutica,

que permite visibilizar el valor actual de sus condiciones sociales y su capacidad de proyectarse sobre la vida social, más allá del valor técnico y biológico. Los actores involucrados juegan un papel fundamental para esta interpretación, considerando que el investigador debe “particularmente asumir la realidad como construida y asumir que el otro, el sujeto, es un constructor válido de la realidad y no una fuente de provisión de datos” (Sánchez, 2012, p. 88). Así, se hace necesario comprender la realidad desde múltiples perspectivas, voces y experiencias.

La aproximación a un fenómeno desde la hermenéutica trasciende la tecnificación y el seguimiento de pasos, hacia la comprensión. El trabajo hermenéutico requiere de la *pre-comprensión*, en donde se analiza el texto y su contexto; de la *comunicación*, en donde se indaga acerca de sentidos propios y contruidos por los otros en relación al fenómeno; y de la *interpretación*, en donde la información emergente se analiza desde la teoría y perspectiva del investigador. En otras palabras, se trata de develar el texto y el contexto, desde la mirada de quienes lo producen. El sentido emerge del encuentro discursivo y simbólico con el otro desde la aceptación de su experiencia y singularidad. Algunas de las preguntas que guían el proceso de investigación son: ¿Qué elementos surgen a partir del texto o del contexto? ¿Cuál es la interpretación que puede darse de estos elementos con base en el texto o el contexto mismo? (Gadamer, 1993).

Así, hacer hermenéutica implica “entender al interlocutor desde su perspectiva y situación” (Sánchez y Sánchez, 2010, p. 44). En este caso particular, la hermenéutica permitió develar sentidos emergentes en los discursos de los actores de formación bioética (docentes, tutores de práctica, estudiantes y sujetos de cuidado), con relación a los sentidos encontrados en una revisión documental inicial respecto a cuatro categorías principales (*formación, bioética, enfermería e interculturalidad*). De esta manera, se amplió el horizonte de interpretación y se pudo llegar a la construcción de una categoría central (esta última desde la teoría fundamentada). Como señalan Sánchez y Sánchez (2010), el término “horizonte [implica] extender las capacidades de comprensión al ampliar el eje temático, sin olvidar que la búsqueda de sentido hace parte de esas condiciones de una hermenéutica que empieza a buscar más allá de los límites aparentes. Encontrando y encontrándose” (p. 44).

3.2. Investigación cualitativa

El diseño metodológico respondió al enfoque cualitativo de investigación, el cual busca entender fenómenos individuales y sociales desde el punto de vista de los participantes. Se planteó un estudio de tipo descriptivo, entendido como aquel que tiene el propósito de “describir la realidad objeto de estudio, un aspecto de ella, sus clases, sus categorías o las relaciones que se pueden establecer entre varios objetos” (Niño, 2011, p. 34).

Cabe recordar que los métodos cualitativos parten del supuesto básico de que el mundo social está construido de significados y símbolos. De ahí que la intersubjetividad sea una pieza clave de la investigación cualitativa y punto de partida para captar reflexivamente los significados sociales (Jiménez y Domínguez, citados en Salgado, 2007).

La escogencia de este enfoque se produjo por su carácter integrativo y holista, que permite un acercamiento al ser humano reconociendo la subjetividad. En la enfermería no solo se atiende el componente biológico, sino que también se tienen en cuenta los aspectos psicosociales que constituyen la integridad de la persona, lo que implica considerar tanto el objeto físico de la intervención como el contexto en el que subyacen los rasgos culturales, así como las creencias, la cosmovisión y las representaciones construidas por los individuos y comunidades (principalmente cuando el cuidado se realiza en un contexto intercultural).

Con relación a lo anterior, el enfoque cualitativo, como lo señalan Blasco y Pérez (2007), “se encarga de realizar un estudio de la realidad del contexto natural, de cómo suceden los hechos y somete a la interpretación esos fenómenos” (p. 25). En este sentido, el abordaje cualitativo desarrollado en la investigación permitió el reconocimiento de los discursos y narrativas de los participantes, desde la significación de experiencias y conceptos, posibilitando la emergencia de sentidos y su posterior interpretación desde el texto y el contexto.

3.3. La teoría fundamentada como metodología

Para la aplicación de la metodología se siguieron las pautas propuestas por la teoría fundamentada (Grounded Theory), identificando categorías iniciales a través de la codificación abierta, axial y selectiva (Strauss y Corbin, 2002), finalizando con el análisis de la información.

Este método pretende la revisión teórica, la recolección de información en campo y la triangulación de esa información para generar aportes teóricos.

Según Strauss y Corbin (2002), el propósito primario de la teoría fundamentada en los datos consiste en generar o descubrir modelos explicativos sobre determinados fenómenos sociales, lo que constituye una teoría que “denota un conjunto de categorías bien construidas, por ejemplo, temas y conceptos, interrelacionadas de manera sistemática por medio de oraciones que indican relaciones, para formar un marco teórico que explica algún fenómeno social” (p. 33).

Por medio de este tipo de método se busca extraer detalles complejos de los fenómenos, dando lugar a nuevos conocimientos a través de conceptos y relaciones entre las prácticas y los discursos, generando teorías y esquemas explicativos. El proceso implica la construcción de categorías y subcategorías, diferenciadas y relacionadas a partir de sus dimensiones y propiedades, procurando la obtención de una categoría central.

En la teoría fundada se genera una relación circular, donde los datos todo el tiempo oscilan, permitiendo que el fenómeno de estudio sea investigado a profundidad, con la finalidad de responder a las preguntas derivadas del tema central del área de estudio. Se produce, entonces, una estrecha relación entre la recolección de los datos, el análisis y la teoría que surge de los mismos. Como explica Galeano (2004), este método “no busca hallar la verdad o la moralidad, sino la comprensión detallada de las múltiples y diversas lógicas y perspectivas de los actores sociales” (p. 21). Adicionalmente, incrementa la posibilidad de “generar conocimientos que sean capaces de suministrar una guía significativa para la acción” (Strauss y Corbin, 2002, p. 14).

La teoría fundamentada articula la descripción y la teorización. De acuerdo con Strauss y Corbin (2002), “la descripción es la base de interpretaciones más abstractas de los datos y de construcción de teoría, aunque no necesariamente ha de ser así. La descripción, de por sí, incorpora conceptos, al menos de manera implícita” (p. 28).

Por otro lado, estos autores señalan que “teorizar es un trabajo que implica no sólo concebir o intuir ideas (conceptos), sino también formularlos en un esquema lógico, sistemático y explicativo” (Strauss y Corbin, 2002, p. 32). Esto resultó pertinente para abordar las temáticas que enmarcaron este trabajo, pues a través de este tipo de investigación se busca extraer detalles complejos de los fenómenos, detalles que son difíciles de lograr con otro tipo de metodologías, buscando obtener un nuevo conocimiento a través de conceptos y relaciones entre las prácticas y los discursos, generando a la vez esquemas explicativos teóricos.

3.4. Técnicas de recolección de información

Para el proceso de recolección de información se emplearon las técnicas de revisión documental (complementada con entrevistas semiestructuradas), observación no participante (complementada con diarios de campo) y grupos focales, los cuales fueron aplicados entre los años 2017 y 2018. Esta manera de recoger información se relaciona con los postulados de Flores (1993), quien afirma que la integración de diversas técnicas cualitativas permite indagar sobre las preocupaciones, sentimientos y actitudes de los participantes, sin que se vean limitadas por las concepciones previas del investigador.

Por otra parte, la escogencia de múltiples técnicas y diversos actores (docentes y directivos, tutores, estudiantes y sujetos de cuidado), respondió a la lógica de la triangulación (Denzin, 1970), la cual permite realizar un estudio riguroso que, sin pretender la validación numérica ni la generalización a una población mayor, favorece la profundización y comprensión de algunos elementos del fenómeno y su contexto.

3.4.1. Revisión documental.

El proceso de recolección de información implicó la revisión de documentos desde el nivel macro al nivel micro, relacionados con la formación bioética e intercultural, como lo son la ley general de la educación (Ley 115 de 1994), la ley en salud relacionada con la formación del talento humano (Ley 1164 de 2007), documentos de la Universidad del Cauca y del Programa de Enfermería, entre otros (el esquema de organización se presenta en el Anexo 1).

De esta manera, cada uno fue descrito en el apartado de los hallazgos paralelamente con los conceptos mencionados por los actores de formación (docentes y directivos, tutores de práctica, estudiantes y sujetos de cuidado) en torno a las categorías principales (*formación, bioética, enfermería, interculturalidad*). Los documentos consultados se presentan en la Tabla 6.

El acercamiento a los datos de los documentos institucionales fue distinto al acercamiento con los actores de formación (con los cuales se recogió un discurso desde la inmediatez en contexto), en la medida en que lo escrito no siempre revela la intención del autor y el sentido del texto (Valencia, 2010, p. 40), lo que puede dar lugar a errores de interpretación. Esto conlleva a centrarse solo en aquel contenido explícito del texto para evitar dicho error.

Tabla 6
Documentos institucionales

Código asignado	Descripción
01	Constitución Política de 1991.
02	Ley 30 de 1992 (se organiza el servicio público de la Educación Superior).
03	Ley 115 de 1996 (Ley General de Educación).
04	Acuerdo 096 de 1998 (Proyecto Educativo Institucional — PEI— de la Universidad del Cauca).
05	Acuerdo 036 de 2011(Estatuto Académico de la Universidad del Cauca).
06	Acuerdo 055 de 2015 (Plan Estratégico Bicentenario 2027).
07	Plan de Desarrollo 2013-2017, “Calidad académica con compromiso regional y nacional”.
08	Plan de Desarrollo 2018-2022, “Hacia una Universidad comprometida con la paz territorial” (Universidad del Cauca, 2018a).
09	Decreto 2566 de septiembre 10 de 2003 (por el cual se establecen las condiciones mínimas de calidad y demás requisitos para el ofrecimiento y desarrollo de programas académicos de educación superior y se dictan otras disposiciones).
10	Decreto 1101 de 2001 (por el cual se crea el comité intersectorial de Bioética).
11	Decreto 917 de 2001 (por el cual se establecen los estándares de calidad en programas académicos de pregrado en Ciencias de la Salud).
12	Resolución 2772 de 2003 (por la cual se definen las características específicas de calidad para los programas de pregrado en Ciencias de la Salud).
13	Acuerdo 004 de 2006 (por el cual se reglamenta la formación social y humanística como parte de la educación integral en la Universidad del Cauca).
14	Acuerdo 002 de 1988 (por el cual se implementó el Reglamento Estudiantil, actualizado en el 2016).
15	Proyecto Educativo del Programa de Enfermería (PEPE) de la Universidad del Cauca 2008-2012, actualizado en el 2014.

Código asignado	Descripción
16	Acuerdo 044 de 2008 (por el cual se reglamenta el Plan de estudios 2008).
17	Ley 1164 de 2007 (por la cual se dictan disposiciones en materia del talento humano en salud).
18	Decreto 2376 de julio de 2010 (por medio del cual se regula la relación docencia-servicio para los programas de formación del talento humano del área de la salud).
19	Documento de la reforma curricular de marzo de 2014.
20	Proyecto Educativo del Programa de Enfermería (PEPE) de la Universidad del Cauca, versión de julio 2018 (Universidad del Cauca, 2018b).
21	Acuerdo 004 de marzo 18 de 2014 (por el cual se reglamenta el Plan de Estudios 2014).
22	Informes de acreditación 2003-2006 (resolución 3422 del 29 de diciembre del 2003).
23	Resumen diagnóstico de innovación curricular 2008. Versión de mayo de 2007.
24	Renovación de acreditación 2008/2009-junio 2012 (Resolución 3572 de 2008, 4 años).
25	Proceso de re-acreditación 2013-2015. Informe de autoevaluación.
26	Informe de acreditación final de pares del Consejo Nacional de Acreditación — CNA—, septiembre de 2014.
27	Presentación Modificación parcial plan de estudios S/. Acuerdo 44 de septiembre 23 de 2008. “Ética empresarial a ética y derechos humanos”.
28	Lineamientos. Incorporación del enfoque intercultural en los procesos de formación del talento humano en salud, para el cuidado de la salud de pueblos indígenas en Colombia (Misterio de Salud y Protección Social, 2017).
29	Acuerdo 01 de 2018 (por el cual se actualizan los lineamientos para acreditación de alta calidad institucional y de programas de pregrado).
30	Acciones mejoradas 2008-2012.
31	Ley 266 de 1996 (por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones).

Código asignado	Descripción
32	Ley 911 de 2004 (responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia).
33	Decreto 2566 de 2003 (por el cual se establecen las condiciones mínimas de calidad y demás requisitos para el ofrecimiento y desarrollo de programas académicos de educación superior y se dictan otras disposiciones).

Fuente: Elaboración propia.

Considerando lo anterior, la extracción de la información de los documentos institucionales se enfocó desde las categorías principales, por lo que el sentido obtenido con relación a los mismos, resulta de la integración de la intención explícita del contenido y del significado subyacente otorgado por los actores de formación (a través de entrevistas semiestructuradas). Posteriormente, en el apartado de los hallazgos se presenta la información extraída de los documentos institucionales de acuerdo a las categorías principales, que se referencian en la Tabla 7. La guía utilizada para realizar la observación documental se presenta en el Anexo 2.

Tabla 7
Preguntas orientadas a las categorías

Categoría	Práctica Formativa	Bioética	Enfermería	Interculturalidad
Preguntas	¿Qué expresan los documentos institucionales en cuanto a los planes de práctica y su relación con el concepto de bioética?	¿Cuál es la concepción de bioética presente en los documentos institucionales?	¿Qué pretensión ontológica (ser) orienta la formación del enfermero? ¿Qué pretensión epistémica (conocer) orienta la formación del	¿Cuál es la concepción de interculturalidad contenida en los documentos institucionales?

Categoría	Práctica Formativa	Bioética	Enfermería	Interculturalidad
			enfermero? ¿Qué pretensiones pedagógicas fundamentan la formación del enfermero?	

Fuente: Elaboración propia.

3.4.2. Entrevista.

La entrevista implica un proceso de indagación (principalmente de carácter oral) que permite recoger las opiniones y puntos de vista de las personas, quienes aportan desde sus conocimientos, vivencias y experiencias particulares al tema sugerido por el investigador. De acuerdo con Sánchez, Martín y Canal (2017), las entrevistas aportan un “mayor y mejor acercamiento al discurso individual, favorecen la intimidad y la libertad de expresión” (p. 29).

Al interior de la entrevista se distinguen diferentes tipos, pero para el caso de esta investigación se emplearon individuales de tipo semiestructurado. Las preguntas surgieron de las precategorias teóricas, teniendo en cuenta que “los datos se recogen con base al muestreo teórico, el cual, a decir Glaser y Strauss, es el medio o sistema por el que el investigador decide con base analítica, que datos buscar y registrar” (Murcia y Jaramillo, 2008, p.75). Bajo esta lógica, se presentaron las mismas preguntas y en el mismo orden para todos los participantes, restringiendo la posibilidad de los mismos de desviarse de la estructura predefinida. Durante la aplicación, se acogió el principio que el entrevistador juega un papel neutral, sin involucrar sus opiniones sobre las respuestas del participante (Páramo, 2017).

Durante el desarrollo de la investigación se realizaron nueve entrevistas: dos de ellas a cuatro estudiantes, otras dos a cinco sujetos de cuidado, una a una profesional *misak* y cuatro entrevistas a cuatro docentes. Es necesario aclarar que, en el caso de los sujetos de cuidado, las preguntas en torno a la bioética, a la interculturalidad y a la formación se hicieron en torno a la categoría de manera no directa y de sus discursos se infirieron los conceptos.

Además de ofrecer un panorama general de las opiniones de los participantes sobre las categorías principales, las entrevistas también permitieron complementar el sentido extraído de los documentos consultados en la revisión documental. Los guiones utilizados para llevar a cabo las entrevistas se presentan en el Anexo 3.

3.4.3. Observación.

De acuerdo con Fernández (1992), “observar supone una conducta deliberada del observador, cuyos objetivos van en la línea de recoger datos en base a los cuales poder formular o verificar hipótesis” (p. 135). Desde una visión netamente cualitativa, Benguria, Alarcón, Valdés, Pastellides y Gómez (2010) proponen que “es un procedimiento por el cual recogemos información para la investigación; es el acto de mirar algo sin modificarlo con la intención de examinarlo, interpretarlo y obtener unas conclusiones sobre ello” (p. 10).

La observación que se realizó en la investigación fue no participante. La misma permitió captar el ser y estar de los participantes en la inmediatez de su discurso, el cual fue registrado y transcrito para el análisis posterior. De manera complementaria, se efectuó el registro de diarios de campo, con anotaciones de la investigadora producto del sentido original captado en determinadas situaciones desde la interlocución y en otros desde la observación pasiva. Las observaciones se realizaron en tres momentos durante la inducción, el desarrollo y el cierre de la práctica formativa.

3.4.4. Diarios de campo.

Los diarios de campo con los que se registró la información de la observación, se consideran instrumentos cualitativos, empleados principalmente en investigaciones etnográficas. Estas herramientas permiten dar cuenta de uno o varios aspectos de la realidad social, desde el registro de los acontecimientos y las anotaciones o memorandos que construye el investigador. Los mismos se registran en físico y pueden complementarse con relatos y fotografías.

En esta investigación, los diarios de campo se utilizaron para complementar la observación no participante, lo que permitió a la investigadora estar en el espacio donde se desarrollaron las actividades desde una posición pasiva, esto es, sin involucrarse directamente en ellas.

Los escenarios seleccionados para realizar los registros del diario de campo fueron las actividades de práctica formativa, las cuales consistieron en: inducción en la universidad, inducción en la IPS, observación del desarrollo de la práctica por los estudiantes en consulta externa, actividades educativas con la comunidad y salidas extramurales,¹⁰ observación de cuatro visitas de seguimiento realizada por los asesores de práctica, y observación de cierre de práctica y sustentación de proyectos. Lo observado en la investigación se plasmó en 17 diarios de campo (el formato empleado para realizarlos se presenta en el Anexo 4).

3.4.5. Grupos focales.

El grupo focal es un tipo de entrevista grupal directiva. Consiste en una conversación donde participan entre siete y diez personas representativas de su grupo de referencia y con características homogéneas (Valencia, 2010; Sánchez, Martín y Canal, 2017). Los individuos son convocados para ofrecer su opinión respecto a un tema específico. Aunque este número puede limitarse a tres participantes para los temas que requieren mayor sensibilidad, no puede extenderse más allá de las 12 personas (Creswell, citado en Sánchez, Martín y Canal, 2017). Los grupos focales o de enfoque permiten recoger información en profundidad sobre lo que las personas opinan y hacen, explorando los motivos de sus acciones. La información suministrada se registra audiovisualmente, para ser transcrita después, y así efectuar la respectiva codificación y análisis de la misma.

La participación en un grupo focal tiene innumerables ventajas tanto desde el punto de vista cognitivo como desde lo psicológico, educativo y preventivo. La oportunidad de ser parte de un proceso participativo, decisorio, de ser considerados como “conocedores” y, sobre todo, ser parte del trabajo investigativo favorece el compromiso con el producto de la investigación. (Sánchez, Martín y Canal, 2017, p. 43)

¹⁰ Hace referencia a actividades que desarrollan los estudiantes fuera de la institución prestadora del servicio de salud, en zonas donde vive la comunidad, y que dan cuenta de su territorio.

Para los fines que enmarcan este proyecto, se realizaron cinco grupos focales: uno a profesionales en salud, uno a directivos, y tres a estudiantes (dos de inicio y uno de cierre). Para ello se diseñaron cuatro instrumentos: dos para estudiantes, uno para directivos y uno para tutores. La guía utilizada para llevar a cabo los grupos focales se presenta en el Anexo 5.

Tabla 8
Técnicas e instrumentos utilizados

Técnica	Instrumento	Función	Número
Revisión documental	Mapeo sistemático	Clasificar información institucional relacionada con el tema central.	33
Entrevista (semiestructurada)	Guía de preguntas	Indagar las opiniones de los participantes respecto al tema central.	9
Observación	Diario de campo	Efectuar un registro de las actividades vinculadas con las prácticas formativas.	17
Grupos focales	Guía de preguntas	Develar percepciones y actitudes subyacentes al discurso de los participantes.	5

Fuente: Elaboración propia.

El diseño y estructura de la guía de preguntas en las entrevistas y grupos focales, se efectuó de acuerdo a las categorías y subcategorías, empleando grabaciones de audio, transcripciones textuales de las grabaciones y su respectiva codificación, lo que dio lugar al análisis posterior. Para la aplicación de las técnicas con los sujetos de cuidado, se utilizó un intérprete, teniendo en cuenta que la mayoría de los participantes no hablaba español.

3.5. Criterios de inclusión de los colaboradores de la investigación

Los criterios tenidos en cuenta en la investigación fueron:

- Se revisaron documentos de la normatividad en materia de salud y educación del país, además de los documentos institucionales de la Universidad del Cauca emitidos hasta julio de 2018.
- Que la institución de salud tuviera convenio con la Universidad del Cauca para realizar práctica formativa amparada bajo convenio no inferior a un año.
- Los directivos son el decano, la jefa de Departamento, la coordinadora del Programa y los miembros del Comité Académico del Programa que se encontraban en el cargo a la fecha de la realización del proyecto (2017-2018).
- Los docentes fueron aquellos profesores que habían orientado procesos de educación en el Programa, que han liderado el sistema de acreditación, que han guiado la formación bioética y los tutores de práctica formativa de último semestre del Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca.
- Los estudiantes fueron los alumnos de último semestre del Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca que ingresaron en el año 2012 y que realizaron su práctica formativa en un contexto de diversidad cultural, en el municipio de Silvia, departamento del Cauca (Colombia).
- Los profesionales fueron los tutores de práctica vinculados a la institución de salud y el equipo de trabajo que vinculó al menos un profesional de enfermería de otras universidades.
- Los sujetos de cuidado fueron personas que entraron en contacto con los estudiantes de práctica formativa en el municipio de Silvia.

3.6. Análisis de datos

Para realizar el análisis detallado de la información se plantearon tres fases que se fundamentan en el enfoque epistémico de la hermenéutica y el enfoque metodológico de la teoría fundamentada. Estas fases son: horizonte de realidad, horizonte de interpretación y fusión de horizontes.

3.6.1. Fase 1: Horizonte de realidad (recolección de datos empíricos).

Frente al propósito de interpretar y comprender el sentido de la interculturalidad en la formación bioética de los estudiantes que se encuentran en prácticas formativas, se utilizaron las técnicas de recolección de información ya descritas.

Previo al inicio de la práctica formativa de último semestre, los estudiantes fueron asignados a las IPS (Instituciones Prestadoras de Salud) del municipio de Silvia, así: cuatro estudiantes por cada rote, con un total de dos rote. De esta manera, se distribuyeron uno o dos en el área administrativa y uno o dos en el área de consulta externa. Las áreas de hospitalización y urgencias quedaban según demanda de la población. Se evidenció una dificultad durante el proceso de observación en el área extramural, en razón a que los estudiantes realizaron solo una actividad por rote al ser considerada una actividad riesgosa. Igualmente, se efectuó un acercamiento con el sitio de práctica, tanto para solicitar el permiso con el fin de desarrollar de la investigación, como para identificar las necesidades en la formación de los profesionales de enfermería en torno al sentido de la interculturalidad en la formación bioética, debido al enfoque intercultural de su sistema de salud propio. Esta fase constó de cuatro momentos:

1) En primera medida y como forma de acercarse a la realidad de los sujetos a investigar, se realizó una observación directa que fue plasmada en diarios de campo desde el inicio hasta el final de las prácticas formativas. Se utilizó registro narrativo, apoyado en grabaciones, fotografías y videos. Los datos fueron transcritos y agrupados según los momentos de la observación.

2) En un segundo momento de recolección de información se llevó a cabo la revisión documental. Es importante resaltar que, en el momento de la ejecución del proyecto, el Programa de Enfermería se regía bajo dos planes de estudio (2008 y 2014). Los estudiantes que hicieron parte de esta investigación fueron formados por el plan de estudios del año 2008.

3) En un tercer momento, los datos se recogieron por medio de entrevistas semiestructuradas, las cuales duraron entre 60 y 120 minutos. Esta actividad se realizó en diferentes lugares caracterizados por su privacidad. Las entrevistas fueron orientadas por el tema y la finalidad de la investigación. En ellas se recogen los significados individuales y colectivos subyacentes en los discursos. Con su aplicación se buscó promover el diálogo y la narrativa a través de una actitud de escucha y respeto. Todas fueron grabadas con autorización de los

participantes y se transcribieron en su totalidad. Las entrevistas se desarrollaron a través de ciclos, tratando de establecer procesos de saturación de la información, a partir de temáticas y su articulación con el trayecto de vida.

4) Por último y con el fin de obtener percepciones y actitudes, se hizo uso de los grupos focales como escenarios que permitieron consolidar identidades colectivas, así como reconocer sentires y posturas; escenarios donde la interpretación se hizo objeto de análisis, dando cuenta de la diversidad de formas o modos de legitimar. Al igual que en las fases anteriores, las actividades desarrolladas aquí fueron transcritas por participantes, teniendo en cuenta los siguientes ítems: apertura, preguntas orientadoras, papel del observador, descripción del lugar de reunión, descripción del grupo, sociograma, dinámica grupal, participación en la que se desarrollan cada una de las preguntas y las notas de observación teóricas y metodológicas. .

Para el uso de la información, se ejecutó un proceso de transcripción de las entrevistas, diarios de campo y grupos focales. La asignación de códigos se utilizó para favorecer la organización de la información, así como para beneficiar la lectura ininterrumpida durante la presentación de los resultados. En la Tabla 9 se muestran los códigos usados según la técnica.

Respecto a la utilización de estos códigos en el documento (Tablas 9 y 10), la presentación se realizó de acuerdo al siguiente orden: código del participante/código numérico de la frase/ código de la técnica/ pregunta de la técnica/año. Por ejemplo, el Tutor de Práctica 4 con una muestra de su frase 1, que participó en el primer grupo focal, cuya respuesta corresponde a la pregunta 2 de la guía del grupo focal, en el año 2017, quedaría así: P4-01. GFP1.P2.2017.

En el caso de los diarios de campo, las primeras letras se orientan por la referencia DC, seguida de su número, fecha dd/mm/aa y la identificación del número de participante, como se muestra a continuación: DC8. 241114.S16.

Tabla 9
Códigos asignados a las técnicas

Código asignado	Descripción
ESC	Entrevista sujetos de cuidado
ED	Entrevista docentes

Código asignado	Descripción
EP	Entrevista profesionales
GFP	Grupo focal profesionales
GFD	Grupo focal docentes
PGFES	Primer grupo focal estudiantes
SGFES	Segundo grupo focal estudiantes
TGFES	Tercer grupo focal estudiantes
DC	Diario de campo

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 10
Códigos asignados a los participantes

Código asignado	Descripción
D	Docentes
P	Tutores de práctica
E	Estudiantes
S	Sujetos de cuidado

Fuente: Elaboración propia.

Mientras tanto, en lo que respecta a los documentos consultados, el primer número indica el documento, y el número siguiente hace referencia al párrafo de la cita. Ejemplo: 32-01 para el primer párrafo del documento 32 y 32-05 para el quinto párrafo del documento 32.

En total se contó con un número de treinta y tres participantes (Tabla 11): ocho estudiantes (E), de los cuales seis eran provenientes de diferentes municipios del Cauca y dos se encontraban en movilidad académica provenientes del departamento del Huila; seis tutores de práctica institucionales (P), entre los que se encontraban tres enfermeras, dos médicos y un profesional de salud ocupacional, quienes son egresados de diferentes universidades del país. Es

necesario resaltar que una enfermera y un médico hacían parte de la comunidad *misak*, situación que tuvo que ser tomada en cuenta en el proceso de análisis de los datos para no alinear los conceptos; se contó además con catorce docentes y directivos (D) —cuatro asesores de práctica, seis directivos, cuatro profesores relacionados con la formación en bioética y procesos educativos, tanto de planta como ocasionales y jubilados—; y con cinco sujetos de cuidado de la comunidad *misak* (S).

La escogencia de los participantes se hizo buscando la heterogeneidad y su posibilidad de aportar desde los conocimientos, vivencias y experiencias a la comprensión del fenómeno.

Tabla 11
Segmentación

Actores	Perfil	Nº participantes	Código asignado
Docentes	Profesionales encargados de orientar la formación bioética en enfermería en la Universidad del Cauca.	14	D
Tutores de práctica	Profesionales responsables del seguimiento y acompañamiento de los estudiantes en los sitios de práctica.	6	P
Estudiantes	Hombres y mujeres que se encuentran cursando el último semestre del Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca y realizan su práctica formativa en el municipio de Silvia.	8	E
Sujetos de cuidado	Personas que durante su proceso de atención tuvieron contacto con estudiantes de enfermería.	5	S

Fuente: Elaboración propia.

3.6.2. Fase 2: Horizonte de interpretación (formación de los conceptos).

Durante el desarrollo de la investigación se siguió la metodología de la teoría fundamentada y la hermenéutica. De esta manera, se realizó la codificación de la información suministrada por las técnicas de recolección anteriormente mencionadas, bajo el microanálisis línea por línea, siguiendo las fases de manera secuencial, buscando conceptualizar los patrones (Figura 9).

Desde la teoría fundamentada se llevó a cabo un proceso de codificación abierta, axial y selectiva. Cabe recordar que el proceso de codificación da lugar a categorías y subcategorías, de las cuales se relacionan sus propiedades y dimensiones para obtener su categoría central. De acuerdo con Strauss y Corbin (2002), “las categorías son conceptos derivados de los datos, que representan fenómenos” (p. 124), mientras que las subcategorías “se desprenden de las características particulares de las categorías; las mismas se van aclarando a medida que continuamos con las explicaciones sobre la construcción de las categorías en la codificación axial” (p. 130). Las categorías pueden ser culturales o teóricas, siendo estas últimas aquellas de las que se valió la investigadora para describir el fenómeno.

3.6.2.1. Codificación abierta.

La codificación abierta es el proceso de descomponer los datos en partes discretas, con la intención de categorizarlas y conceptualizarlas. Los datos brutos son analizados inicialmente codificando línea por línea para descomponerlos. “Durante la codificación abierta, se identifican múltiples categorías. Algunas pertenecerán a un fenómeno; otras, (que más tarde se volverán subcategorías) se referirán a las condiciones, acciones/interacciones o consecuencias” (Strauss y Corbin, 2002, p. 134).

En este tipo de codificación existen dos tipos de códigos in vivo y constructos sociológicos. Los primeros están directamente relacionados al lenguaje de los datos y los segundos se derivan de la combinación de datos sustantivos del campo y del conocimiento y experiencia del investigador (Do Prado, De Souza y Carraro, 2008).

De esta manera, el análisis se realizó mediante la identificación de las ideas generales (categorías) a través de códigos nominales que las representan. Para agrupar se empleó una técnica de sublineado colorido, que garantizó la separación por categorías y facilitó el proceso de codificación. En este proceso, se asignaron colores para facilitar la comprensión y poder interpretar la información de acuerdo a temáticas o puntos de intereses identificados. Es decir, se empezó a construir una codificación abierta por medio de la cual se identificaron los conceptos y se descubrieron sus propiedades, significados y dimensiones en los datos (Tabla 12).

Tabla 12
Codificación abierta

Categoría	Código descriptor	Código nominal
Visión del cuidado en enfermería	“El cuidado de enfermería es un acto de dimensión ontológica, ética y existencial dirigido a movilizar recursos humanos y del entorno con la intención de mantener y favorecer la salud de las personas y/o reestablecer su equilibrio en caso de enfermedad” (Proyecto Educativo Programa de Enfermería 2008/2012, actualizado 2014, p. 21).	Cuidado

Fuente: Elaboración propia.

3.6.2.2. Codificación axial.

La codificación axial se basó en la relación de las categorías y las subcategorías para formar la explicación más precisa y completa sobre el fenómeno. Esta no necesariamente constituye el paso siguiente a la codificación abierta, sino un complemento. La codificación axial se define como el “proceso de relacionar las categorías a sus subcategorías” (Strauss y Corbin, 2002, p. 134). Es denominada así porque la codificación ocurre alrededor del eje de una categoría y enlaza categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones (Do Prado, De Souza y Carraro, 2008).

En esta fase los códigos nominales que surgen en la primera etapa son relacionados con los diversos instrumentos empleados. El análisis se hace a la luz de las categorías discursivas

emergentes, las cuales pueden ser analizadas con mayor profundidad. El proceso de codificación axial permite el surgimiento de paradigmas, siendo estos esquemas organizativos que permiten al investigador tomar una perspectiva frente a los datos, generando vínculos y conexiones entre las categorías (Strauss y Corbin, 2002).

La emergencia es la base de nuestro método de construir teoría, un investigador no puede comenzar una investigación con una lista de conceptos preconcebidos, un marco teórico que lo guíe, o un diseño muy bien determinado. A los conceptos y al diseño se les debe permitir que emerjan a partir de los datos. (Strauss y Corbin, 2002, p. 38)

Durante la investigación, la codificación abierta dio lugar a la construcción de cuatro categorías (Tabla 13), de las cuales emergieron múltiples subcategorías durante un proceso de codificación axial, como se muestra a continuación:

Tabla 13
Categorías y subcategorías

Categorías	Subcategorías
El sentido de las prácticas formativas en la bioética	<p>Currículo de formación bioética.</p> <p>Formación bioética para afrontar la vida.</p> <p>Práctica educativa y práctica formativa.</p>
El sentido del concepto de bioética en el campo de la práctica profesional	<p>Estimación del concepto de ética.</p> <p>Percepción de la bioética con una aproximación a una tendencia latinoamericana.</p>
El sentido de la interculturalidad para transformar la bioética en el campo prácticas formativas	<p>Cultura, algo propio de la humano y que genera identidad.</p> <p>Interculturalidad, la mirada de uno mismo desde donde uno mira al otro.</p>
El sentido de la visión del cuidado en enfermería para transforma la bioética en las prácticas formativas en un contexto intercultural	<p>Persona, contexto, cuidado y salud.</p>

Fuente: Elaboración propia.

3.6.3. Fase 3: Fusión de horizontes (codificación selectiva: establecimiento de relaciones).

En una fase final se realizó una codificación selectiva que permitió encontrar núcleos temáticos sobre los que versa la tesis. Caber recordar que la codificación selectiva es el “proceso de integrar y refinar la teoría” (Strauss y Corbin, 2002, p. 157). La misma también se puede definir como un proceso en el cual “las categorías se organizan alrededor de un concepto explicativo central. Una vez que se establece un compromiso con una idea central, las categorías principales se relacionan con ella por medio de oraciones que explican las relaciones” (Do Prado et al., 2008, p. 124). En este punto es posible realizar un análisis en profundidad de las categorías emergentes, generando teorías y relaciones con las categorías principales de la investigación. “El analista reduce datos de muchos casos a conceptos y los convierte en conjuntos de afirmaciones de relación que pueden usarse para explicar, en un sentido general, lo que ocurre” (Strauss y Corbin, 2002, p. 159).

Durante esta etapa se identificó la categoría medular o central, la cual condensó las relaciones, códigos y subcategorías encontradas en el proceso. Estas fueron descritas en un segundo momento, argumentando sobre el fenómeno estudiado, con el fin de captar la esencia de la investigación. Finalmente se realizó la conceptualización o teorización, generada a través del establecimiento de relaciones entre los códigos concebidos en las anteriores fases del proceso de investigación, produciendo los conceptos en relación al fenómeno de estudio.

En la codificación abierta, el analista se preocupa por generar categorías y sus propiedades, y luego busca determinar cómo varían en su rango dimensional. En la codificación axial, las categorías se construyen de manera sistemática y se ligan a las subcategorías. No obstante, sólo cuando las categorías principales se integran finalmente para formar un esquema teórico mayor, los hallazgos de la investigación adquieren la forma de teoría. (Strauss y Corbin, 2002, p. 157)

En esta última fase, se utilizó el microanálisis o análisis línea por línea para el tratamiento de la información, el cual, de acuerdo con Strauss y Corbin (2002), es una forma de codificación que exige un examen minucioso de los datos, frase por frase y a veces palabra por palabra:

El microanálisis es un paso importante en la construcción de la teoría. Por medio del escrutinio cuidadoso de los datos, línea por línea, los investigadores descubren nuevos conceptos y relaciones novedosas, y construyen de manera sistemática las categorías en términos de sus propiedades y dimensiones. (p. 79)

En la Figura 10 se puede observar como surge la categoría núcleo: iniciando de las precategorias y desde un proceso inductivo, siguiendo las fases planteadas por la teoría fundamentada, se van definiendo las categorías y subcategorías, a la vez que se muestran las variables centrales que se formaron de ellas y la categoría central en la cual se basó la teorización.

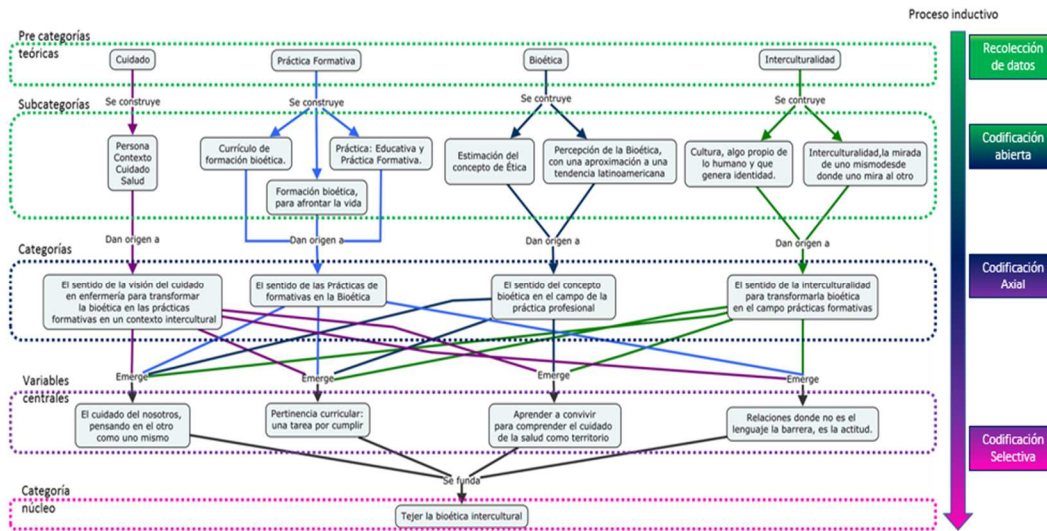


Figura 10. Surgimiento de la categoría núcleo. Fuente: Elaboración propia.

3.7. Rigor metodológico

Pensar en el rigor para este proyecto requirió definir los criterios por los cuales fue evaluada la calidad científica de esta investigación. En este caso, desde la perspectiva cualitativa y social, la evaluación se definió respecto a los propósitos investigativos, en los que se debe tener en cuenta la adecuación epistemológica, las bases teóricas-metodológicas y la coherencia de la metodología empleada para el abordaje del problema objeto de estudio (Cornejo y Salas, 2011). De este modo, tomando en consideración que se parte de un enfoque inductivo y deductivo, y que el propósito del trabajo gira en torno a conocer los sentidos de los actores de formación, se

optó por el empleo de la teoría fundamentada, como metodología que permite establecer una teoría con base al conocimiento que se adquiere con los datos obtenidos, trascendiendo lo descriptivo.

Strauss y Corbin (2002) señalan que una investigación realizada desde la teoría fundamentada, que cuente con rigor metodológico, debe considerar el proceso del muestreo teórico y la saturación teórica. Antes de continuar, cabe aclarar que el muestreo teórico consiste en la recolección de datos, guiada principalmente por el modelo teórico, y cuya obtención surge de todas las fuentes de información para ir nutriendo las categorías. Por su parte, la saturación teórica es producto de las relaciones bien definidas entre categorías y la teoría, donde ya no existen datos nuevos que emerjan para ellas (Arraiz, 2014).

Al comenzar, previo al muestreo teórico, se realizó la búsqueda y selección de los participantes, teniendo en cuenta los criterios de inclusión. Se siguió con la recolección de la información, haciendo uso de los instrumentos diseñados para tal fin, y de las grabaciones con su respectiva transcripción. Este proceso inicial de muestreo, selección de participantes y registro de información permitió cumplir con el criterio de auditabilidad o confirmabilidad, al tener disponible la información de origen de la investigación, a la vez que aportó al criterio de transferibilidad, al hacer una descripción precisa del contexto de la investigación, lo que permite a otros investigadores extender los resultados a otros estudios (Castillo y Vásquez, 2003). Luego, se empezó con las codificaciones abierta y axial, que permitieron, en primer lugar, descomponer la información recolectada en los diarios de campo, entrevistas y grupos focales, para luego ser organizada por categorías y subcategorías. Con el fin de evaluar mejor los hallazgos, se contó con la revisión y asesoría de pares externos que permitieron no perder el horizonte del proyecto y apoyar el proceso interpretativo.

Posteriormente se continuó con la agrupación de las categorías, en donde surgieron las variables centrales que se vislumbraron por sus similitudes en los componentes. Esta información se constató con lo planteado en otras investigaciones. Para finalizar, se hizo la teorización, que corresponde a la integración de las categorías en una categoría central, buscando la credibilidad de las relaciones establecidas.

Paralelamente, la saturación teórica en este estudio se llevó a cabo al encontrar las categorías, de manera recurrente, en los discursos de los actores de formación. El proceso se efectuó a través de la recurrencia de los significados en los códigos de los temas que surgieron en

la codificación de los diarios de campo, grupos focales y entrevistas que son el sustento para la descripción de las categorías. Dicho proceso también aportó a la credibilidad de la investigación al retomar los datos y contrastarlos con la voz de los actores. “Así entonces, la credibilidad se refiere a cómo los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado” (Castillo y Vásquez, 2003).

3.8. Consideraciones éticas

Respecto a los aspectos éticos, a los participantes de las técnicas se les transmitió información veraz sobre el ejercicio y sus alcances; no se solicitó información privada que no guardara estricta relación con el fenómeno de estudio. En todo momento se les respetó el derecho a la libre expresión, así como el derecho a la reserva de la información que pudiera afectarlos de manera negativa. Durante el proceso se preservó el anonimato de los participantes, los municipios y las instituciones.

Esta investigación se fundamentó en los principios de honestidad y compromiso social; estuvo sujeta a las normas que regulan el ejercicio investigativo en donde participan seres humanos y se acogió a los principios éticos bajo los cuales presta sus servicios educativos la Universidad del Cauca, como institución encaminada a entronizar nuevas opciones de desarrollo para la sociedad colombiana.

Igualmente, se asumió lo señalado por la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, que, con relación al tipo de estudio propuesto, refiere las siguientes categorías de investigación: “a) Investigación sin riesgo; b) Investigación con riesgo mínimo; y c) Investigaciones con riesgo mayor que el mínimo” (art. 11). De este modo, el trabajo aquí planteado se cataloga como una investigación sin riesgo, porque se adecúa a las siguientes características:

Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran:

revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. (Resolución 8430, 1993, art. 11).

Aunque para los sujetos informantes la investigación no implicó ningún riesgo, se establecieron tres principios éticos básicos, a saber: *respeto por las personas*, *beneficencia* y *justicia*. Dichos principios fueron tomados en cuenta al aplicar los instrumentos metodológicos, siguiendo las orientaciones de los artículos 14, 15 y 16 de la Resolución 8430 de 1993, referidos a la obligación de elaborar un consentimiento informado (Anexo 6) que debe ser explicado y luego firmado por los actores institucionales de la Universidad del Cauca considerados como informantes.

Por último, es necesario decir que se concedió gran importancia a la aplicación de elementos fundamentales desde la ética, relacionados especialmente con el respeto hacia las personas, donde prima la autonomía individual y la protección a quienes adolecen de ellas (Fracapani, Giannaccari, Bochaty y Bordín, 1999). De la misma manera, se protegió la privacidad de las personas que participaron en la investigación, manteniendo la confidencialidad y veracidad de los datos provenientes tanto de los participantes, como de los documentos revisados al interior de las instituciones objeto de estudio, al ser información conocida y tratada únicamente por la investigadora. La firma del consentimiento informado fue condición previa a la aplicación de las técnicas.

Capítulo 4. Hallazgos. Una mirada desde los documentos y la voz de los actores de formación en las prácticas respecto al proceso de formación bioética en un contexto intercultural

“La práctica formativa no sólo se dirige al desarrollo de habilidades o desempeños, es fundamentalmente la búsqueda de la condición humana desde la capacidad que tiene el ser de formarse y de hacerse, mediante el aprendizaje y la experiencia”.

(Chaverra, 2003, p.6)

Para comprender los sentidos presentes en la formación bioética de los estudiantes de enfermería, un primer momento implicó afrontar la regulación institucional que orienta 'el modo de ser' y el 'modo de conocer' del sujeto en formación, para luego confrontarlo con los hallazgos de entrevistas, observaciones y grupos focales realizados entre los años 2017 y 2018 a los actores de formación (en donde están incluidos los involucrados en el proceso de cuidado y quienes recibieron el cuidado en el contexto de práctica: docentes y directivos, tutores de práctica,¹¹ estudiantes y sujetos de cuidado.¹² Se destaca de estos últimos que los conceptos relacionados con las categorías presentadas son inferencias de sus discursos).

Por medio de la revisión documental, entrevistas, grupos focales y diarios de campo se revelaron una serie de significados en torno a esta formación durante la práctica formativa desarrollada en un contexto intercultural, y en cada uno de los componentes que intervienen en el acto educativo.

El tratamiento de los datos se hizo utilizando los pasos del proceso investigativo de la teoría fundamentada de Strauss y Corbin (2002): recolección de los datos empíricos; formación de conceptos; el desarrollo de los mismos; y el surgimiento de la variable central.

En consonancia con lo anteriormente expuesto, el presente capítulo aborda los resultados de los tres primeros pasos y un proceso de codificación y de categorización. La codificación

¹¹ Dos enfermeras. Una de ellas es miembro de la comunidad *misak*, situación que amplía su mirada en torno al cuidado y la salud, al contar no solo con formación occidental, sino que se reconstruye desde su propia cultura, lo que aporta a la formación de los estudiantes en el contexto de práctica.

¹² Los sujetos de cuidado pertenecen a la comunidad *misak*. Los estudiantes tuvieron contacto con ellos en su sitio de práctica.

sustantiva¹³ implicó un ejercicio de análisis a través del cual se identificaron conceptos y datos de las categorías. Bajo esta perspectiva, son las voces de los participantes quienes mostraron horizontes de sentidos y sinsentidos en la formación bioética de los estudiantes de enfermería. Con este tipo de codificación, se llegó al nivel uno o codificación axial que permitió relacionar las categorías a sus subcategorías, para formar explicaciones más puntuales y completas en torno al fenómeno investigado.

La información se agrupó en cuatro categorías, según su contenido, de la siguiente manera: 1) prácticas formativas en la formación bioética; 2) el concepto de bioética en el campo de las prácticas formativas; 3) la interculturalidad para transformar la bioética; y 4) la visión del cuidado en enfermería para transformar la bioética. Estas categorías dejaron ver que, para quienes imparten la formación (profesores y directivos del programa) en los estudiantes de enfermería y en las prácticas formativas desarrolladas en un contexto intercultural, la bioética es orientada desde los discursos institucionales de la universidad, bajo una tradición que concibe el currículo como planes de estudio, asignaturas y planeación de actividades. Mientras tanto, los demás actores (estudiantes, sujetos de cuidado y tutores de práctica), reclamaron su contextualización al lenguaje del otro como reconocimiento de su ser y saber cultural y particular; es decir, demandaron un currículo que esté leyendo la interculturalidad.

Sin embargo, los profesores y directivos manifestaron la necesidad sentida de la transversalidad en la formación bioética e intercultural en el currículo, y un compromiso de todos con la formación de los estudiantes, no solo desde los discursos y prácticas, sino desde la misma confrontación que emerge en el contexto y que pueda transformar el currículo permanentemente.

De acuerdo con lo anterior, la presente investigación plantea la idea de un currículo que descolonice el ser y conocer, porque no solo impone un sentido teórico en la formación bioética, sino que capacita al estudiante en modos de acción reflexiva, de deliberación y buen juicio para actuar de manera que ese saber adopte una forma concreta hacia una visión más recíproca del cuidado, hacia la construcción de la interculturalidad.

A continuación, en cada categoría se presentará una perspectiva general de los sentidos dados por los actores, para luego sustentarlos desde las distintas subcategorías que emergieron.

¹³ Códigos y constructos sociológicos que se derivan de una combinación de los datos sustantivos del campo y del conocimiento, y de experiencias del investigador (Do Prado, De Souza y Carraro, 2008, p. 124).

Después de cada subcategoría se presenta un cuadro que resume el sentido de los discursos de los actores y, al finalizar, se realiza una conclusión de los sentidos encontrados. La información que es citada, son apartados de lo manifestado por los actores de práctica o los documentos indagados. Estos se presentan en bloques de texto (al estilo de citas textuales) y al final de cada uno se relaciona, entre paréntesis, el código identificador que se describió en el capítulo 3 (sección 3.6.1.).

4.1. El sentido de las prácticas formativas en la bioética

Este proyecto concibe la práctica formativa como la acción que posibilita en los estudiantes de enfermería una transformación de su ser, más allá del desarrollo de habilidades contempladas desde la formación académica. De tal manera, cuestiona el ser desde lo vital, enfrentándolo a un contexto y a ese otro que es diferente y a la vez es igual. El sentido general sobre la práctica formativa evidenció que, para quienes imparten la formación y dirigen prácticas profesionales desarrolladas en un contexto intercultural (docentes y directivos), la bioética es orientada desde los discursos institucionales de la universidad, donde el currículo resulta descontextualizado y la formación tiende hacia lo técnico, llevando a una práctica que responde a lo normativo y no a la comunidad. Se encontró además falta de pertinencia, pues para los otros actores (tutores, estudiantes y sujetos de cuidado) esos discursos resultan insuficientes para atender las necesidades del contexto intercultural.

La agrupación de la información para su tratamiento se hizo a través de la codificación sustantiva y axial, relacionándola con tres subcategorías, de acuerdo a su contenido, de la siguiente manera: 1) currículo de formación bioética; 2) formación bioética para afrontar la vida; y 3) práctica educativa y práctica formativa, experiencias de desaprender para volver a aprender.

4.1.1. Subcategoría el currículo de la formación bioética, conexión entre conocimiento y contexto.

Esta categoría fue descrita desde la normatividad revisada a nivel institucional y nacional en materia de salud y educación, y desde las percepciones de los actores. Es así como a partir de los documentos oficiales de la Universidad del Cauca y del Programa de Enfermería, el currículo

es definido como un conjunto de criterios que guían la enseñanza de la enfermería, desde lo conceptual, procedimental y aplicado (práctico):

Proceso de construcción dialógica de experiencias (estudios, trabajos, prácticas, actitudes, actuaciones, expresiones, regulaciones, valoraciones, etc.), socialmente validado, mediante el cual se espera que el educando **apropie críticamente la cultura** asociada al nivel educativo en el que se inscribe. (05-07)

Se identifica, aquí, un primer sentido donde se concibe como algo flexible, susceptible de ser modificado por un proceso de construcción dialógica que debe articular los objetivos institucionales con los intereses de los estudiantes y las necesidades de la comunidad. En un segundo sentido, se presenta como un elemento que contribuye a la formación integral y permite establecer una conexión entre el conocimiento y el contexto:

Currículo integrado [...] cuando el aprendizaje se desarrolla bajo una red de relaciones que conectan algún elemento de “lo conocido” con elementos de lo “por conocer”, todo esto estimulado por un “aprendizaje situacional” que favorezca la **conexión entre el conocimiento y el contexto**. (20-01)

Los *docentes y directivos* lo perciben como un conjunto de estándares o actividades con los que deben cumplir en el proceso de enseñanza, que no siempre responden al contexto, ni presentan un referente claro desde el que se puedan enseñar los contenidos. Particularmente consideran que las asignaturas relacionadas con la enseñanza de la ética están orientadas hacia al saber y el hacer, dejando en segundo lugar el ser de los estudiantes.

Son evidencias para la universidad de que los estudiantes en sus ruralitos trabajaron en tal o cual cosa y que son **capaces** de hacerlo. (DC13. 251017.D3)

En este punto emerge un sinsentido, debido a que se les asigna la tarea de formar integralmente a los estudiantes, desde contenidos que son esencialmente teóricos y, hasta cierto punto, desarticulados de los intereses de los mismos. Esto produce que cualquier intento de conexión entre el conocimiento y el contexto, responda a la interpretación de cada docente. Los profesores asumen, entonces, la enseñanza de aspectos relacionados con la ética como una

sugerencia que se realiza desde el programa, como algo que debe presentarse en algún momento de la enseñanza y que todos los estudiantes tendrían que saber, aunque no exista claridad sobre el modo o la manera de enseñarla:

No se tiene totalmente en cuenta el **contexto**; lo que el programa está haciendo es **cumplir** con una normatividad, y unos **estándares** que le pusieron para lograr una acreditación. (D7-05. ED1.2018)

Usted (refiriéndose a los docentes) lo soluciona como a su buen parecer y entender. (D7-04. ED1.2018)

El currículo es concebido por los *tutores de práctica* como un esquema que contribuye a la formación conceptual y técnica de los estudiantes, pero que puede limitar el desempeño de los mismos en actividades extracurriculares (como recorrer el territorio, conocer a los sujetos de cuidado desde las prácticas cotidianas que realizan fuera del contexto de cuidado y apoyar procedimientos asistenciales que generalmente no guardan relación con su proyecto de práctica, el cual es de tipo administrativo). Ellos consideran que este tipo de actividades extracurriculares pueden contribuir con aspectos de su formación personal y que el currículo debe ser concertado, para identificar con claridad los objetivos que los estudiantes persiguen en el contexto de práctica:

Tanto de Enfermería como de Medicina no tienen claro a qué vienen ellos acá (refiriéndose a los estudiantes). Yo le decía (refiriéndose a una docente), yo necesito que nos sentemos todos, por eso yo necesito el acompañamiento, es para que miremos o sea ¿en qué nos vamos a enfocar todos? (P2-02. PGFES.P8.2017)

Por otro lado, sugieren modificar el tiempo destinado al desarrollo de determinadas actividades, teniendo en cuenta el tipo de competencias que se espera formar en los estudiantes y las características de las actividades requeridas, fundamentadas en el contexto de práctica:

Mientras ellos se van acoplando (refiriéndose a los estudiantes), ellos ya se tienen que ir, sí, o sea, estos niños tres semanas o cuatro semanas. (P7-01. PGFES.P2.2017)

Es necesario que la práctica formativa no dure solo un mes, sino como antes, tres meses, porque la continuidad en el tiempo les permite (refiriéndose a los estudiantes) adquirir mayor habilidad. (DC3. 070917. P2)

Finalmente, los *tutores de práctica* concluyen que los “choques” o conflictos que se presentan entre los estudiantes y los sujetos de cuidado responden a esta falta de tiempo que dificulta el encuentro con el otro diverso, además de su desconocimiento del territorio y la falta de orientación:

Ya no conocen el territorio (refiriéndose a los estudiantes), se quedan aquí encerrados. Realmente ahorita no están aportando. (P4-01.GFP.P2.2017)

Es importante que la asesora visite el sitio, conozca el contexto y concerte el proyecto que desarrollarían los estudiantes en su práctica formativa, como lo hacía la profesora anterior; además de orientarlos, porque en este momento los estudiantes cubren una necesidad del hospital, pero no sé si la orientación que [se] les impartió está acorde con el enfoque que pretende la profesora. (DC12. 251017.P2)

Hemos tenido estudiantes con choques grandes, no, entonces el choque es con la paciente, no están de acuerdo con lo que la paciente dice. (DC4. 110917.P2)

Para los *estudiantes* de enfermería, la formación bioética en un contexto intercultural debería orientarse desde los primeros semestres de la carrera, en razón a que tanto la enfermería como la bioética reflexionan en torno a la vida, pero esta última se amplía a toda forma de vida, incluyendo el contexto¹⁴ y el territorio.¹⁵ Por tanto, al llegar a último semestre, la percepción sobre el cuidado en un contexto intercultural es de desconcierto y en algunos produce un conflicto con sus conocimientos previos, así como una confrontación con sus prejuicios.

¹⁴ Para el presente proyecto el contexto es entendido como un espacio sociocultural lingüístico, de salud e histórico donde se desarrollan las prácticas de formación profesional. En enfermería el contexto hace alusión al entorno, un elemento que, junto a la persona, el cuidado y la salud, dan sentido a la enfermería como disciplina y práctica.

¹⁵ Los *misak* lo consideran como “el elemento más sensible de nuestra vida, en él se articulan todos los procesos culturales, ambientales, económicos y espirituales; es el elemento dinámico y articulador de los procesos vitales de nuestra cultura” (Tunubalá y Muelas, 2009, p.16).

Al no existir una verdadera formación bioética, el estudiante no reconoce la importancia del contexto y que el territorio es vida. Desde su perspectiva, lo que se enseña no es suficiente para abordar efectivamente la práctica en un contexto intercultural, ya sea porque el escenario práctico presenta situaciones desconocidas, o porque los conocimientos teóricos con los que fueron formados no aplican del modo esperado. Los estudiantes reconocen que lo que se plantea desde el currículo no siempre es lo que necesitan las comunidades, por lo que enfatizan en la necesidad de concertar los contenidos del mismo para aprovechar las posibilidades del contexto de práctica:

En la inducción a la práctica se debería contar más acerca de la cultura a la cual nos vamos a encontrar [*sic*], eliminar creencias y barreras culturales a las cuales a veces nos someten y con las que llegamos al lugar de práctica. (E3-01. SGFES.P2.2017)

Concertar previamente los proyectos entre tutor, docente y estudiante, porque además de responder a una necesidad del hospital, estos deben contribuir en la formación profesional y en el quehacer del enfermero. Teniendo en cuenta el **contexto cultural** de (menciona el nombre de un hospital), se podrían realizar proyectos que reflejen la gestión de los servicios de salud, vista desde una perspectiva intercultural y no únicamente desde el punto legal y administrativo. (DC8. 051017.E2)

Considero que lo que nos plantean hacer (refiriéndose a los docentes) es muy diferente de lo que deberíamos hacer allá, a las **necesidades de la población**. Nos plantean hacer un proyecto muy administrativo, muy de quedarse ahí en el hospital, pero yo considero que deberían plantearnos más un proyecto para la comunidad. (E3-01. PGFES.P6.2017)

Sería un poco empezar más abajo, independiente de la materia se debe meter algo [...] o sea, no necesariamente enseñarlo en una materia, sino que el profesor debe generarlo. (E5-03. PGFES.P6.2017)

Importante que desde que uno inicie la práctica lo vayan preparando [para eso], **que sea progresivo** y le den esa confianza desde pequeñitos (refiriéndose a los semestres iniciales de la carrera). (E7-02. PGFES.P6.2017)

Los estudiantes consideran además que los objetivos propuestos desde lo institucional no siempre guardan relación con sus intereses de aprendizaje, ni con las necesidades de la población. De este modo, identifican una incongruencia en el currículo, debido a que se les solicita realizar un proyecto comunitario en los semestres iniciales de la carrera, pero al llegar a último semestre, en lugar de salir a conocer diferentes culturas y permitir una mayor interacción con las personas, tienden a permanecer dentro de un hospital, cumpliendo funciones administrativas. Son ellos quienes ven si toman las oportunidades de conocer y crecer, mas no es una oportunidad garantizada en el sitio de práctica:

Tuvimos la oportunidad de ir a un encuentro de saberes, donde iban médicos tradicionales y parteras, entonces aproveche al máximo esa oportunidad pero en el proyecto simplemente va un informe de lo que se hizo. Yo aproveche porque dije: “¡quiero estar ahí!”, pero **mi proyecto no tiene nada que ver con eso**, entonces a mí me hubiese gustado, digamos, planear, ayudar en la capacitación, interactuar con las personas, irme a la zona, ver cómo trabajan, cosas así. [No poder hacer] eso a uno lo deprime un poco, porque uno también tiene que sentarse a trabajar en el proyecto para sustentar, por la nota y todas esas cosas. (E3-01. PGFES.P6.2017)

Deberíamos conocer otras comunidades **fuera del casco urbano** y este es el semestre en el que nos deberían dar la oportunidad, no irnos a meter al hospital a una oficina, porque ¡eso lo podemos hacer en el hospital de aquí! Entonces creo que **estamos perdiendo oportunidades** o desaprovechando oportunidades que podemos implementar de una mejor manera. (E1-02. PGFES.P6.2017)

Para los *sujetos de cuidado*, el currículo debería integrar visiones alternativas del cuidado, lo que implica que los estudiantes reconozcan otros saberes, y conozcan su cultura para hacer un acompañamiento desde elementos que les resultan familiares e identifican como propios:

Que aprendieran (refiriéndose a los estudiantes) lo oriental y occidental, sería bueno, porque a veces si lo oriental no lo ayuda a mejorar, lo occidental sí mejora, y si no es lo occidental, lo oriental sí lo mejora. Sería bueno eso, que se aprendieran las dos cosas. (S8-02.ESC.P3.2017)

La jefe ya nos dice, pues, por lo menos de planificación. Todo eso nos da a conocer según lo propio; faltaría para los pasantes que nos digan **más de lo propio**, eso sí. (S7-02.ESC.P2.2017)

Los mestizos (refiriéndose a los estudiantes) es importante que conozcan lo propio [...] ellos (refiriéndose a los estudiantes) dicen hagan tal cosa, brinquen o jueguen, ellos (refiriéndose a los sujetos de cuidado) no lo van hacer, porque **eso no es nuestro**; sí es importante que conozcan lo de aquí, para poder entender con ellos. (S9-04.ESC.P5.2017)

Por otro lado, estos actores consideran que los cambios constantes de los estudiantes en los sitios de práctica, dificulta construir una relación con ellos, lo que provoca desconcierto respecto al cuidado. Así, sugieren que el aprendizaje necesario para brindar un cuidado contextualizado, demanda un tiempo mayor al asignado en la práctica:

Cada un mes cambian ahí [*sic*], al otro (mes) llegan otros, ahora también acaban de llegar otros (risas) cambian mucho [...] a veces me pienso yo que no cambiarán [*sic*], pero ¿cómo será ahí en el hospital, que cambian cada nada? (S2-02.ESC.P3.2017)

Tabla 14
Definición de la subcategoría currículo según la percepción de los actores

Actores	Percepción sobre el currículo
Normatividad	Actividades educativas propuestas desde las expectativas e intereses personales y profesionales de los estudiantes, que tienen en cuenta los objetivos institucionales y las necesidades del contexto.

Actores	Percepción sobre el currículo
Docentes y directivos	La formación del ser del estudiante ocupa un lugar secundario frente al saber y el hacer en el currículo, debido a que, al momento de la evaluación, se sobrevalora el desempeño conceptual y procedimental sobre el desarrollo personal.
Tutores de práctica	El énfasis del currículo, en la formación conceptual y procedimental, impide que el estudiante tenga un verdadero acercamiento con la comunidad, conozca el territorio y realice trabajo de campo más allá de las actividades administrativas que involucran estar encerrado en un puesto de salud.
Estudiantes	Lo que se enseña no es suficiente para abordar efectivamente la práctica en un contexto de diversidad cultural, ya sea porque el escenario práctico presenta situaciones desconocidas o porque los conocimientos teóricos con los que los formaron no siempre aplican en el ejercicio práctico.
Sujetos de cuidado	Encuentran favorable que desde el currículo se enseñen diferentes visiones del cuidado a los estudiantes, aunque identifican que a los mismos les falta conocer más de su cultura para generar un verdadero entendimiento durante el cuidado que requiere tiempo.

Fuente: Elaboración propia.

4.1.2. Formación bioética para afrontar la vida.

El concepto de formación, como segunda subcategoría, se asume como el aprendizaje que los estudiantes realizan con base en los conocimientos enseñados desde la academia, los cuales se refuerzan en la práctica.

Desde la perspectiva de los documentos oficiales en materia de educación y de la normatividad general de la Universidad del Cauca, no hay mención explícita a la bioética, obviando por completo la importancia de esta temática en la formación del estudiante, aunque sí hay alusión a los aspectos éticos, existiendo una implicación débil de la bioética en los documentos. Hay aquí una diferencia con la normatividad en materia de salud y los documentos del Programa de Enfermería, en donde sí se hace referencia a la bioética.

Por otro lado, la Universidad del Cauca en sus documentos procura el desarrollo integral de los estudiantes, abordando elementos como la autonomía, la toma de decisiones, el

pensamiento crítico, la ética y la inteligencia emocional y social, de tal modo que la aplicación de conocimientos guarde relación (pertinencia) con las necesidades del contexto de práctica. Dicho de otro modo, se relaciona con el conocimiento de los estudiantes acerca de sí mismos, y con la construcción del ethos en el ejercicio de práctica:

Formación integral del ser humano, como un proceso permanente y participativo que busca desarrollar todas sus dimensiones: ética, espiritual, cognitiva, afectiva, comunicativa, estética, corporal y socio-política, a fin de lograr su realización plena en la sociedad. (20-07)

La Universidad ofrece ambientes y procesos que posibilitan a la comunidad académica estructurar y desarrollar sus proyectos de vida para actuar en diferentes contextos y en armonía con el entorno. Igualmente, se pretende propiciar el desarrollo intelectual, emocional, estético, ético y físico del estudiante, con miras a favorecer y ampliar su horizonte profesional como ser humano y ciudadano. (05-05)

[La universidad] tiene un compromiso histórico, vital y permanente con la construcción de una sociedad equitativa y justa en la formación de un ser humano integral, ético y solidario. (04-01)

Los nuevos contextos requieren formar profesionales de Enfermería cuyo desempeño esté en correspondencia con las necesidades y características de la sociedad en que desempeñará sus funciones. (20-02)

Los *actores de formación* la interpretan desde sus conocimientos, asumiendo un sentido más práctico que teórico. Así, desde la percepción de los *docentes* y *directivos*, la universidad debe preocuparse por brindar formación bioética en los estudiantes, formar seres humanos en una sociedad heterogénea, sin limitar el crecimiento personal del aprendizaje de conocimientos conceptuales o procedimentales que pueden estar descontextualizados o apartados de la vida. Ellos consideran que los estudiantes son autónomos, en la medida en que no se conforman solamente con adquirir los conocimientos que se les presentan desde la academia, sino que

procuran un aprendizaje para afrontar la vida; de este modo, relacionan formación con crecimiento, desde el ser hacia el saber y el hacer.

Creo que se está dando un vuelco distinto a la formación [...] la formación creo que es orientarlos (refiriéndose a los estudiantes) para **afrontar la vida** en determinado campo disciplinar. (D3-02. ED. P1.2018)

No tenemos que llenar a los estudiantes, como hacíamos al principio cuando uno entra a trabajar aquí. Solo estábamos preocupados por los conocimientos científicos y técnicos y, como seres humanos, creo que nos faltaba muchísimo para darles a los estudiantes. No se trata solamente de la trasmisión de conocimientos y el examen y la cosa dura [...] sin aportar absolutamente nada a la formación. (D3-01.ED1.2018)

En la práctica resalta que los estudiantes están en una formación académica, pero ellos hicieron otras cosas más; **aprendieron cosas para su vida**, para su persona y eso es muy importante. (DC15. 091117.D4)

Desde la perspectiva de los *tutores de práctica* se presentan tres sentidos. En el primero manifiestan que la formación debe promover en los estudiantes de enfermería el desarrollo de una actitud de apertura, así como de habilidades de comunicación¹⁶ (escucha), que favorezcan el encuentro con el otro, y permitan construir una relación de confianza, teniendo en cuenta las creencias y costumbres culturales al momento de brindar el cuidado, evitando choques o confrontaciones.

En el caso concreto de la comunidad indígena *misak*, los tutores de práctica, que son en su mayoría ajenos a la cultura (siendo dos de ellos perteneciente a la comunidad), consideran como algo indispensable que el estudiante conozca en qué consiste para el otro el ciclo de vida¹⁷

¹⁶ El acto de comunicar, aunque por lo general se lleva a cabo de forma oral, no es lo mismo que el lenguaje hablado. El acto de comunicar también puede implicar otras formas de expresión, como el lenguaje corporal.

¹⁷ Es “cada una de las etapas sucesivas de vida Misak, preconcepción, concepción, nacimiento, niñez, joven, adulto, mayor, viaje espiritual, regreso espiritual y su dinámica está en concordancia con los satisfactores. En el ciclo de vida están involucrados de manera inseparable e intrínsecamente relacionados, el territorio, la cosmovisión y la convicción Misak, por eso es soberana, libre y autodeterminada [...] Pero el ser humano sin territorio y sin cosmovisión existirá sin identidad, sin dignidad” (Tunubalá y Muelas, 2009, p. 47).

desde su cultura y sus prácticas tradicionales asociadas con el mantenimiento de la salud y el tratamiento de la enfermedad, para tender un puente de confianza. Es así como las enseñanzas se orientan desde el Nachak¹⁸ o fogón, identificando posibilidades de conocimiento y reconocimiento de algunos de estos saberes desde el cuidado en enfermería:

En el Nachak aprendimos que es la primera escuela, todo el comportamiento, y como prevenir las enfermedades y como comportamos en la juventud, en la adolescencia y en la pareja, no vamos a necesitar de psicología, y si en cualquier dificultad y en todo el proceso de ciclo vital, el ciclo de vida misak nos armoniza. (DC7. 300917.P3)

La escucha es una actitud mediante la cual se tiende un **puente para la confianza** en la relación con el otro. (DC3. 070917.P3)

En un segundo sentido, estos actores sugieren que la formación depende en gran medida de la responsabilidad y proactividad de los estudiantes, de manera que “sólo aprende el que quiere aprender” (ESC2P5-03. 201017.S9). Finalmente, en un tercer sentido, definen la formación como algo que se produce al momento de compartir conocimientos; de este modo, enfatizan que como tutores enseñan desde su experiencia y también aprenden de los estudiantes:

Es un proceso para **compartir** y que estoy muy dispuesta a aprender, porque los estudiantes traen todo lo nuevo. (DC3. 070917.P3)

Hay estudiantes que dicen: “a mí mándeme a la brigada que usted quiera”, “a mí mándeme a visita domiciliaria porque yo quiero conocer”, “precisamente vine acá porque yo quiero saber cómo es acá” [...] Tienen una actitud diferente. (P4-03. PGFES.P8.2017)

El que es proactivo está metido en el cuento y está metido en todo, por ende, el que está metido en todo, tiene **deseos de aprender**. (P6-02. PGFES.P7.2017)

¹⁸ Hace referencia al fogón. Es una dimensión que une y da vida como comunidad, al ser una estrategia pedagógica donde se transmite y aplica la concepción territorial y cosmogónica: es quien establece los quehaceres y el *misak* los asimila y los vivencia para ser *misak misak* (Tunubalá y Muelas, 2009).

Desde la percepción de los *estudiantes* de enfermería se identificaron tres sentidos. En un primer sentido, consideran la formación como el aprendizaje de los contenidos que han recibido a lo largo de su carrera, los cuales se refuerzan con la experiencia. Los mismos pueden estar en conflicto, en la medida en que perciben que son insuficientes para responder con las exigencias que presenta la práctica:

El proceso para tomar una decisión [al momento de brindar el cuidado], pues yo creo que lo primero que uno pensaba era en los conocimientos adquiridos acá en todos los **diez semestres**; después de eso, era como ver que se trataba de lo que la persona estaba pensando sobre la atención que uno le estaba brindando, de ese cuidado, qué era lo que quería, porque [sabía que] no se podía entrar a chocar. (E2-01. PGFES.P4.2017)

En un segundo sentido, la asumen como un elemento que promueve su crecimiento personal, y estimula el desarrollo de habilidades que les permite brindar un mejor cuidado. Este aspecto se considera responsabilidad de cada uno.

No solo aprendí y **reforcé conocimientos** adquiridos en la universidad, sino lo que considero más importante fue que aprendí a ser mejor persona y me sirvió para mi crecimiento personal. (E2-02. PGFES.P1.2017)

En un tercer sentido, los estudiantes entienden la formación como un producto de la relación que se establece de manera recíproca con y desde, a partir del otro (sujeto de cuidado), y que permite considerar visiones alternativas, llegando a un consenso con los sujetos al momento de efectuar el cuidado:

Debemos aprender y debemos respetar, llegando a un **consenso** para aprender de ellos (refiriéndose a los sujetos de cuidado), pero pues nosotros también enseñarles que hay cosas que los pueden afectar, fortaleciendo su cultura y nosotros fortaleciéndonos como personas. (E1-01. SGFES.P1.2017)

No hay un conocimiento absoluto de las cosas y a través de la interacción con la comunidad [uno] se da cuenta de [que existen] otros **conocimientos**. (E4-01. SGFES.P1.2017)

Tener mi mente abierta y mi disponibilidad a realizar las cosas me llevó a fortalecerme, a querer un pueblo, a dejar parte de mí en ese lugar. (E3-04. PGFES.2017)

Un mes es [un tiempo] muy corto para **aprender de ellos** (refiriéndose a los sujetos de cuidado). (E1-02. SGFES.P2.2017)

Desde los *sujetos de cuidado* se percibe que la formación bioética de los estudiantes está relacionada principalmente con la necesidad de involucrar valores como la amabilidad y el respeto, y actitudes como mostrar interés y tener paciencia al momento de brindar el cuidado. Estos actores consideran que lo ideal sería ser atendidos en su lengua propia, pero al no ser posible, aceptan que es suficiente recibir información detallada sobre los procedimientos para poder entenderlos:

Preguntar hasta que entienda y explicar bien; no es necesario que usted (refiriéndose a los estudiantes) aprenda el idioma, sino que usted **sea paciente**. (S9-02.ESC.P5. 2017.S9)

Mandan cualquier cosa (refiriéndose a las indicaciones para el tratamiento); **uno no entiende**, toca que preguntar otra vez (...) **hay que aprender misak** (refiriéndose al idioma) ustedes (refiriéndose a los estudiantes) como nosotros, aprenden poco a poco (risas). (S2-01.ESC.P5.2017)

Los sujetos de cuidado enfatizan en la necesidad que el personal conozca sus costumbres, con el fin de preservarlas durante el cuidado, y evitar someterse a procedimientos o situaciones que contradicen algunas de sus creencias:

Aquí nos dicen (refiriéndose a los estudiantes) que hay que darle computas durante los seis meses al año, y los niños de nosotros pues no son acostumbrados [*sic*] a comer eso. (S8-02.ESC.P5.2017)

Estos actores también establecen comparaciones entre el cuidado tradicional y el cuidado occidental, mencionando que para ellos el primero siempre es mejor, porque es algo que les resulta familiar o conocido:

La partera a mí me hizo caminar bastante cuando tenía muchos dolores, me hizo caminar, caminar [...] **En cambio aquí** dicen que lo acuestan y uno tiene que pujar y pujar; eso me dijo mi hermana, y uno se acuesta y ¡es horrible el dolor!; y es mejor uno andar caminado en el momento del parto y darle cosas calientes en el momento del parto, tener las yerbas para el baño [...] Mi hermana estuvo aquí y dijo que la bañaron con agua normal [sin emplear yerbas tradicionales]. (S8-03.ESC.P5.2017)

Tabla 15

Definición de la subcategoría formación según la percepción de los actores

Actores	Percepción sobre la formación
Normatividad	Procura el desarrollo integral de los estudiantes, abordando elementos como la autonomía, la toma de decisiones, el pensamiento crítico, la ética y la inteligencia emocional y social, de tal modo que la aplicación de conocimientos guarde relación con las necesidades del contexto de práctica (pertinencia).
Docentes y directivos	La universidad debe formar el ser de los estudiantes para enfrentar situaciones a nivel profesional, sin limitar el aprendizaje a conocimientos conceptuales o procedimentales que los hace buenos profesionales, pero no necesariamente aporta a su crecimiento personal.
Tutores de práctica	La formación representa una preparación para toda la vida. De los estudiantes esperan una actitud de disposición y apertura que permita escuchar a los sujetos de cuidado y establecer una relación de respeto y confianza.
Estudiantes	En la formación el aprendizaje se produce a través de un acercamiento con el otro, donde se comparten experiencias que nutren, de distinto modo, al otro y a uno mismo, pero esas experiencias también llevan a cuestionar lo aprendido y a confrontarse con los prejuicios propios.

Actores	Percepción sobre la formación
Sujetos de cuidado	La formación es lo que les han inculcado desde que nacieron, lo que ha sido transmitido por la tradición a través de la oralidad. Cuestionan los procedimientos del personal de salud cuando estos se apartan de sus creencias culturales, lo que los lleva a comparar la medicina tradicional (propia) con la medicina occidental (externa) y coincidir en que, aunque las dos son valiosas, la primera es mejor porque es más cercana (familiar) a ellos.

Fuente: Elaboración propia.

4.1.3. Práctica educativa y práctica formativa, experiencias de desaprender para volver a aprender.

Se describe desde lo normativo y desde las percepciones de los actores. Su significado, en el contexto educativo, da lugar a dos acepciones: práctica educativa y práctica formativa. Desde los discursos oficiales del Programa de Enfermería, la primera se relaciona con el desarrollo de actividades institucionales específicas propuestas para el contexto de práctica, mientras que la segunda implica la apropiación, por parte de los estudiantes, de conocimientos y habilidades que nacen en el contexto de práctica y aportan a su construcción personal y profesional:

Estrategia pedagógica planificada y organizada desde una institución educativa que busca integrar la formación académica con la prestación de servicios de salud. (18-01)

La forma de facilitar la aplicación práctica del conocimiento en función de la sociedad, teniendo como objetivos los intereses, las necesidades, las inquietudes y las aspiraciones de la comunidad. (15-01)

Es así como la noción de práctica se orienta en tres sentidos, desde la normatividad en educación en salud y desde el Programa de Enfermería. Estos tres sentidos son: 1) como un espacio para adquirir capacidades y establecer un vínculo entre la institución de educación superior y el contexto; 2) como un escenario de interacción y transformación del hacer clínico fundamentado bajo una visión humanista; y 3) como una estrategia pedagógica que permite al

estudiante la adquisición de capacidades desde un espacio de formación, en donde el docente no solo dota al alumno de aptitud, sino también de actitud, para que pueda desempeñarse en sociedad, efectuando una práctica responsable:

Deberán contar con escenarios de práctica universitarios que permitan desarrollar las áreas del conocimiento y desempeño profesional a través de convenios institucionales. (12-01)

Experiencias por **fuera del sistema educativo** que pueden contribuir al proceso de formación; de ahí que el educando se pueda **autoformar**, pero no autoeducar, educación y formación no son sinónimos, aun cuando están estrechamente relacionados. (15-03)

El propósito de fortalecer y generar competencias, capacidades y nuevos conocimientos en los estudiantes y docentes de los programas de formación en salud, en un marco que promueve la **calidad de la atención** y el ejercicio profesional autónomo, responsable y ético de la profesión. (18-02)

Su práctica se fundamenta en una visión humanística y una concepción de **cuidado integral** que permite al educando interactuar ante las necesidades de salud de la población, **respetar el contexto cultural** y transformar las condiciones de vida de los individuos, familias, colectivos y servicios de salud. (15-02)

Así, desde lo normativo, la práctica involucra experiencias adquiridas por los estudiantes fuera del aula de clase. Dichas experiencias contribuyen a su formación, generando posibilidades para el ejercicio de su profesión desde un saber ser y saber hacer contextualizados.

Mientras tanto, para los *docentes y directivos*, la práctica constituye un escenario donde se articulan los conocimientos orientados a lo largo de la carrera con el campo de aplicación; involucra el ejercicio ético de la profesión por parte de los profesionales y los estudiantes. Estos actores perciben que la formación ética se limita a conocimientos fundamentados, principalmente, desde la experiencia de vida de cada profesor, los cuales se presentan de modo ambiguo, sin una guía que permita la aplicación de dichos saberes a problemas específicos en la práctica:

No hay una construcción ética, la hemos subsumido totalmente [...] creemos que con la formación en valores que tenemos desde la casa es suficiente para formar a los estudiantes. (D7-02. ED. P2.2018)

¿Cómo desde una misma asignatura usted va a sacar a un estudiante con capacidad para defender la dignidad humana? Es una enunciación complicada; es distinto que yo en la formación [busque] al menos que ellos reconozcan que los otros tienen una dignidad que hay que respetar; eso es diferente. (D7-01. ED. P1.2018)

Por otro lado, docentes y directivos identifican que los estudiantes conceden mayor importancia a la ejecución adecuada de técnicas y procedimientos, que a la actitud ética subyacente al cuidado:

(Escucha decir a los estudiantes:) “¿Para qué me meto en ética?”, “a mí lo que me interesa es pasar una sonda nasogástrica y pasarla bien y **hacerlo correctamente desde lo técnico**, y explicarle al paciente el procedimiento”. ¿Lo estoy teniendo en cuenta a él como ser humano? ¡No! (D7-02. ED. P2.2018)

Esos son los modelos que muchos estudiantes siguen: “mira que él sabe cantidades (refiriéndose a algún docente), yo quiero ser como él”. El componente ético no importa, “yo quiero saber como sabe él”, o sea, lo demás no importaría. (D10-01.GFD.P2.2017)

En la práctica educativa, los profesores procuran la formación de habilidades (liderazgo, inteligencia emocional) y actitudes (proactividad, autonomía) en los estudiantes, orientadas al desarrollo exitoso de los objetivos del proyecto de práctica:

La profesora los motiva a ser **proactivos** y a apoyar las actividades que más puedan. Si sienten que algún tema no lo conocen, deben estudiarlo. (DC1.050917. D1)

El éxito de su práctica está en demostrar a los colegas lo “metelones” que son en el desarrollo de actividades. (DC2. 050917.D3)

Se espera sean **autónomos** y **propositivos**; no deben esperar una visita para asumir su rol de autonomía y **liderazgo**. (DC1. 050917.D4)

En las zonas donde se realizan prácticas formativas pueden existir **mitos, creencias y conflictos**, que ellos (refiriéndose a los estudiantes) deben **aprender** a manejar con su **inteligencia emocional**, que les provee un “caparazón” para que no se dejen afectar por una situación. (DC1. 050917.D1)

Desde la visión formativa, los *docentes y directivos* sugieren a los estudiantes que la formación no solo es tener conocimientos, sino también creer en sí mismos. Perciben que algunos educandos se limitan a diligenciar formatos o a cumplir actividades, esperando una calificación, sin mayor reflexión o profundidad:

La práctica formativa es un espacio para aterrizar la teoría a la práctica y, como profesionales, **nuestro deber es estudiar**, porque se evaluará todo lo visto en la carrera, siendo necesario **también creer en sí mismo**. (DC1. 050917.D1)

No es listar las **actividades** que hicieron en cada gestión, porque para mí no tiene sentido eso. Hay [un] formato donde registramos cada proceso y decimos que **hicimos** [...] Los estudiantes están acostumbrados a decir 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10, y con eso no han hecho nada. Se trata de tener justificación y **sopORTE teórico** para que sean competitivos. (DC13. 251017.D3)

Estos actores relacionan el desarrollo de habilidades con la profundidad que cada estudiante realiza. Reflexionar y profundizar son para ellos acciones necesarias para aprehender en el contexto de práctica. Sugieren que el encuentro con el otro diverso implica cierta tensión, pero conversar con ellos favorece la relación durante el cuidado:

El contacto con esas personas (refiriéndose a sujetos de cuidado), **con previo conocimiento** de que tienen ciertas tradiciones. **Al conversar** con ellos la relación es más amena. (D5-01 ED.2018)

Bajo la perspectiva de los *tutores de práctica*, este es un espacio donde los estudiantes ponen a prueba sus habilidades y aprenden desde la experiencia y el contacto con la población.

La práctica representa el campo de dominio de los tutores, por lo que asumen con propiedad el desarrollo de las actividades y confían en su experiencia para resolver las situaciones que se presentan. Quienes ejercen esta labor se muestran abiertos a responder las preguntas de los estudiantes, admitiendo que, aunque no lo saben todo, poseen habilidades que les permiten desenvolverse en el contexto de práctica:

Yo les digo (refiriéndose a los estudiantes) hay que preguntar, no teman preguntar, porque tal vez nosotros no lo sepamos [sabemos] todo, pero **tenemos la experiencia suficiente** de lo que aquí necesitan saber para que se pueda atender al paciente de la mejor manera posible, entonces para mí es muy gratificante que interrumpan la consulta [para preguntar]. (P6-01. GFP1P2.2017)

Desde este punto de vista, los conocimientos conceptuales y procedimentales son importantes, pero es el ejercicio de valores como el respeto, la honestidad y la amabilidad, lo que permite el encuentro con los sujetos de cuidado. Los tutores asumen como una responsabilidad personal el acompañamiento de los estudiantes, que consiste en la verificación del cumplimiento de los objetivos planteados en sus proyectos, pero también en la generación de espacios que faciliten la adaptación y bienestar de los mismos durante el proceso de aprendizaje. En este sentido, valoran la inquietud e interés de los estudiantes por hacer preguntas e intentar participar en las actividades, especialmente en aquellas que no hacen parte del proyecto de práctica, en donde no obtienen una calificación, pero se realizan desde el deseo, desde la autoformación:

Uno es el responsable: uno está mirando su actividad cada día, les pregunta a los estudiantes [...] También le informan a uno las dificultades que presentan y todo eso, uno les dice ¿cómo te fue en la brigada? ¿Cómo te fue en la visita domiciliaria? (P4-03.GFP.P8.2017)

Estos actores perciben la práctica educativa como un escenario que demanda la participación activa de los estudiantes, el acompañamiento de los docentes y el apoyo institucional, con el objetivo central de aportar o contribuir a la comunidad durante la ejecución del proyecto de práctica. Lo primero se relaciona con el perfil de los estudiantes (prefieren aquellos que tengan vocación hacia lo comunitario):

Debemos exigir que los rurales que nos envían [...] tengan un enfoque comunitario y eso es lo que nosotros necesitamos como pueblo y como IPS; que si van a trabajar [en] una comunidad indígena, tengan esas bases de que hay sitios donde hay una condición diferente y que no tienen que llegar a chocar, sino llegar a **ser un apoyo**. (P4-02.GFP.P2.2017)

Lo segundo (acompañamiento de los docentes) garantiza la verificación en el cumplimiento de los objetivos:

La experiencia que yo tuve en mi práctica, mi docente estaba ahí [...] estaba ahí constante, entonces nos dejaban solos, sí, pero la docente estaba ahí mirando qué estaba haciendo. En la práctica comunitaria había alguien que nos coordinaba, entonces, al estar pendiente, yo tenía que responder con todos los objetivos a cumplir, y cumplir **es dejar algo a la comunidad** por pequeña que sea. (P3-01.GFP.P8.2017)

Con este grupo fue muy diferente (refiriéndose a estudiantes que no recibieron acompañamiento docente); salen los muchachos tristes. Como yo les dije: “miren, ustedes estuvieron sueltos”, entonces al estar “sueños”, ellos pensaron que esto venía era como de paseo [*sic*] (DC7. 300917.P3)

Y lo tercero (apoyo institucional) promueve el aprendizaje de los estudiantes, reduciendo el miedo al fracaso durante la ejecución de determinados procedimientos, favoreciendo la iniciativa personal y la toma de decisiones:

En esta institución (menciona el nombre de un hospital) se fortalece y practica el conocimiento [asistencial]; si uno se equivoca por el temor, **la gente lo apoya**. (DC3. 070917.P3)

Damos esa **oportunidad de arrancar**, “si tú no lo has hecho nunca, arranque, yo estoy aquí, deje el miedo” (refiriéndose a los estudiantes). Entonces [ellos dicen] como que “¡ahh listo! (P3-02.GFP.P7.2017)

Los tutores asocian la perspectiva formativa como un proceso que requiere desaprender conocimientos, para aprender otros nuevos, en el contexto de práctica.

Para nosotros son un apoyo grandísimo (refiriéndose a los estudiantes); a nosotros nos enseñaron nuestros mayores, pueda que nosotros nos aprendamos todo y ellos saben mucho. Nos dijo un mayor: “**hay que desaprender para poder aprender**”, ¿si me entiende? Eso no quiere decir [que deje de lado] lo que usted aprendió y que en algún momento lo puede aplicar; pero cuando vienes a (menciona el nombre de un resguardo indígena), tienes que empezar [a entender] cómo es la salud acá, cómo es que se maneja en (menciona el nombre de un hospital), que no es de pronto como en los otros hospitales, es un poquito diferente, entonces ellos (refiriéndose a los estudiantes) empiezan a conocer y hay algunos que se meten en el cuento. Para mí las ruralitas son mi mano derecha, porque nosotros aquí somos solo dos; cuando ellas están, yo tengo más espacio. (E8-03. PGFES.P3.2017)

Desde el punto de vista de los *estudiantes*, la práctica constituye un escenario de construcción de experiencias que contribuyen con su formación profesional y personal; a través de ella entran en contacto con situaciones propias del cuidado en un contexto intercultural, como la idiosincrasia de los sujetos de cuidado y la importancia de considerar visiones alternativas en el cuidado, evitando confrontar determinadas creencias y prácticas culturales. El encuentro de los estudiantes con los otros (tutores de práctica y sujetos de cuidado) en la práctica, los lleva a reflexionar sobre su formación académica, la confrontación de sus prejuicios y la búsqueda del desarrollo de habilidades que consideran importantes para brindar un cuidado más ético:

La experiencia me permitió darle un enfoque al cuidado desde un aspecto intercultural, que se basa en el **reconocimiento** del otro, en el respeto y en la empatía. Además, reconocer que existen otros saberes igualmente validos que no solo ayudan a la salud física, sino al fortalecimiento espiritual. (E2-01.SGFES.P1.2017)

No solamente es como brindar, como todo eso que le enseñan en la universidad, sino que también tener la mente abierta para recibir **otros conocimientos** que me pueden aportar a mí para dar un mejor cuidado a aquellas personas o aquel sujeto que lo necesite; que no siempre va a ser porque su parte física está deteriorada, sino también su parte espiritual, su parte emocional [...] Es decir, es una experiencia que me recuerda y me reitera que la enfermería siempre debe tener esa parte humana y cada vez que trate con un sujeto de cuidado debo de ponerme en su lugar. (E7-01. SGFES.P1.2017)

La práctica educativa supone reforzar la formación académica, pero también desarrollar aquellas habilidades relacionadas con su formación personal. Los educandos identifican que los docentes aportan a su construcción como seres humanos desde las explicaciones que realizan, cuando son pacientes con ellos. El ejemplo que observan de los profesores y de los tutores de práctica determina, en gran medida, la manera como se acercan a los sujetos de cuidado, adquiriendo elementos éticos sobre lo que deben y no deben hacer en el ejercicio profesional:

No todos aprendemos de la misma manera, digamos que por eso tenemos con [algunos] profesores más empatía, porque **se toman el tiempo** para estar ahí con uno, de explicarle. (E6-02. PGFES.P6.2017)

Los profesores nos han inculcado esa parte; a veces para ellos más importante que hacer algo, es la interacción con ese paciente, que la gente se pueda sentir cómoda, que le podamos hablar, que le podamos explicar qué vamos hacer con cada persona. (E8-01. PGFES.P5.2017)

Yo tuve dos experiencias diferentes, por lo menos en el (menciona el nombre de un sitio de práctica) me queda a mí, de **cómo es una enfermera**, de un liderazgo y una parte integra, una parte líder; con ese amor, con esa identidad que tiene hacia su trabajo, su profesión y los demás, me dejó impactado. Por otro lado, en (menciona el nombre de un resguardo indígena) aprendí **cómo no debe ser una enfermera** por las situaciones que tuvimos; pues que, por tener un cargo, una posición frente a otras personas, pasar por encima de los demás sin tener presente

las razones y no saber escuchar, sabiendo que la misma comunidad nos enseña a escuchar, entonces [...] eso nos marca. (E5-01. PGFES.P3.2017)

La práctica educativa conlleva un distanciamiento; también un cambio de perspectiva de los estudiantes respecto a los docentes. Se experimenta un cambio abrupto sobre el acompañamiento y supervisión a la que estaban habituados, lo que supone afrontar las dificultades y retos por sí mismos:

En la carrera **los profesores están ahí siempre** [...] Ellos tienen que revisar, tienen que ver, uno no puede hacer un procedimiento sin que ellos observen. (E7-01. PGFES.P6.2017)

Después de venir de quinto para arriba que el profesor este todo el tiempo con uno, de qué hace, que no hace y ahora que lo dejan solo [...] le **toca defenderse**, si tiene problemas con cualquier cosa, “hágale que usted puede”. (E6-03. PGFES.P6.2017)

Muchas veces uno como que no logra articular todo y, entonces, pues **estando solos es más difícil**, porque de alguna manera **uno hace lo que le digan a uno que haga**. (DC10. 121017.E6)

Ya uno empieza a mirar que siempre **el docente no va a estar ahí** para acompañarlo, para decirle qué tiene que hacer, para verificar que uno ha organizado de manera correcta; o sea esa parte que siempre nos han venido acompañando [*sic*] y acá en décimo lo mandan a uno con la carta y “usted verá que hace por allá. (E8-03. PGFES.P6.2017)

Es muy complicado cuando la persona que te está guiando (refiriéndose al docente) no está muy clara en el asunto, entonces uno ¡está perdido!, porque pues uno no sabe, entonces **necesita esa persona que lo guíe** para hacer el trabajo. (DC6. 290917.E1)

Durante la práctica educativa los estudiantes aprenden la importancia de informar y llegar a acuerdos con las personas al momento de brindar el cuidado, evitando poner una barrera al imponer sus conocimientos. De este modo, identifican las posibilidades y limitaciones de sus acciones en el contexto de práctica:

Primero está la decisión del paciente y, si realmente ella no quiere, pues por más de que yo le diga, por más de que sabe que le va afectar si se va así, pues es la decisión de ella. (E5-01. PGFES.P4.2017)

Creía que eran personas con las cuales no iba a poder entablar una conversación (refiriéndose a los sujetos de cuidado), con las cuales no iba a poder tener empatía. Entonces pensaba: ¿yo que voy hacer? ¿Cómo hago para que me quieran? (risas). Pero todo cambio en el momento en que empecé hablar con las personas; me sentí acogida, sentí que dieron mucho cariño, me enseñaron mucho. (E3-08. PGFES.P4.2017)

[Debemos] tratar de **no poner barreras** para que ellos (refiriéndose a los sujetos de cuidado) se sientan más cómodos. (DC13. 251017.E7)

Para los estudiantes la práctica formativa implica responsabilizarse de su formación (autoformación). Cuestionan la que recibieron en la universidad, descubren habilidades e incrementan la confianza en sí mismos. Se espera de ellos el desarrollo de la autonomía e iniciativa personal, pero también existe la posibilidad de que mantengan una actitud pasiva y dependiente; la diferencia entre una actitud y otra reside en darse cuenta de que los principales responsables del éxito o el fracaso en el proceso de práctica son ellos mismos:

Realmente es el terreno, siendo estudiantes, de cómo nosotros nos desempeñamos, de como **nosotros mismos** empezamos a resolver ciertas situaciones. (E5-01. PGFES.P6.2017)

[Debemos] empezar a absorber las cosas como una esponjita, porque el hecho de que nos formaron así (refiriéndose a la educación en la universidad), no quiere decir que sea la realidad. (DC10. 121017.E5)

En otro sentido, indican que favorece la apropiación de conocimientos propios de una cultura, articulados al cuidado desde la enfermería, pero que su responsabilidad ética depende del contexto, como mencionan:

Es muy diferente a como uno brindaba la atención por ejemplo en (menciona el nombre de un hospital), es que uno allá [...] uno sabe que tiene que tratar a las personas desde todo su contexto y de forma holística, pero de pronto uno no lo hace como lo hace acá (refiriéndose al sitio de práctica), porque acá uno tiene que tener en cuenta todo. En (menciona el nombre del hospital) si vino [la persona] es porque necesita ayuda y tiene que dejarse hacer lo que le hagan, en cambio acá, vino porque necesitaba ayuda, pero pues si eso va en contra de lo que consideran bien o mal, entonces pues se le respeta, se apunta así: que “se negó”, pero **se le respeta**, en cambio allá no. (DC6. 290917.E2)

Así, se atisba un sinsentido donde parece que lo ético se asume como cambiante, dependiendo del sitio donde se ejerce. Lo anterior es producto de una formación que los estudiantes señalan como insuficiente respecto a lo ético, sin que logre la transversalidad esperada. Así mismo, los *docentes y directivos* reconocen la necesidad de formar a los estudiantes como personas, pero esto no se logra, porque no hay inversión en el tiempo de clase, se ha relegado a que sea la experiencia de vida la formadora, pero donde los profesores no aportan. Así la formación ética al final no es transversal al currículo. Otro sentido de esta práctica se relaciona con validar la profesión y la vocación a través del reconocimiento que ha recibido y el impacto generado:

Uno muchas veces tiene dudas de lo que si uno está haciendo está bien y si es lo que quiere uno para su vida, y tener **la experiencia me confirmo** que sí quiero como esa parte, o sea, quiero brindar un cuidado, pero desde una parte del contacto directo con la gente y pues contribuir a que todas las personas estén mejor. (E2-04. PGFES.P4.2017)

Desde la perspectiva de los *sujetos de cuidado*, la práctica se concibe como una oportunidad para que los estudiantes entren en contacto con su cultura y aprendan elementos

propios que permitan brindar un cuidado desde sus necesidades. Ellos se preocupan por el trato que reciben del personal de salud, por lo que sugieren que una buena atención (más allá de saber lo que están haciendo) involucra la presentación, el saludo y la paciencia al momento de dar las indicaciones durante el cuidado:

Considero importante el buen trato y amabilidad, así usted no entienda, ellos entienden también, ¡así sea por señas! (risas); si uno quiere aprender, aprende, **si usted desea aprender se puede aprender**, pero con su amabilidad es suficiente. (S9-03.ESC.P5.2017)

Hay niños que son miedosos cuando la gente es toda seria y, entonces, cuando los que están pesando son amables, de pronto ellos también le cogen confianza, porque los chiquitos cuando uno los traía y ellos ya no le cogió miedo [*sic*] a los que estaban pesando, porque ellos eran **amables**, le daban jugueticos cuando iba a llorar, le inflaban bombas y eso; ya con eso, ya con eso se calmaban, pero cuando los que están pesando ahí son fríos, ni los saludan, pues ahí con mucha razón que ellos lloran. Amable es trasmitirles algo. (S7.ESC.P3.2017)

En la práctica educativa, estos actores valoran que los estudiantes emplean elementos propios de su cultura, lo cual despierta su interés y facilita el aprendizaje; así, consideran que el cuidado debe articular lo propio con lo de afuera:

Una vez me tocó con una pasante, pero sí me explicaron: “usted dele esto y esto y si no le funciona dele juguitos de esto, cámbiele esto”; y sí, sí nos enseñan [...] nos dan **educación con lo propio y lo de afuera**, las dos cosas; nos dicen: “usted puede utilizar esto y sino pues usted que sabe haga esto, coladita de esto”, así. (S7.ESC.P2.2017)

La presentación que hicieron me gusto más, porque llevaron material, y enseñaron en la pared eso (refiriéndose a la utilización de un proyector o video beam). Enseñaron cómo criar a los niños, eso estaba bueno en la escuela y [...] pues ahí era la enseñanza más que todo en las niñas cuando empiezan a crecer por medio

del **ciclo de vida**; nos gusta con imágenes propias y con el lenguaje misak. (S7-04.ESC.P5-04.2017)

En lo formativo, los sujetos de cuidado identifican una barrera relacionada con el lenguaje, no solo porque no hablan el mismo idioma, sino porque los profesionales emplean lenguaje técnico que incrementa la complejidad. Para ellos, la falta de entendimiento se relaciona con una falta de respeto, lo que puede provocar tensión durante el cuidado:

Casi las personas (refiriéndose a los sujetos de cuidado) no entienden las palabras que utilizan (refiriéndose al personal de salud). Utilizan palabras técnicas; en cambio acá las personas no entienden bien o entonces yo pienso [sugiero], que hablen de manera cómo con palabras más entendibles. (S4-02.ESC.P3.2017)

Escuchamos, pero nosotros no sabemos cómo hablan, escuchar escuchamos (risas); en consulta a veces no entendemos como hablan, pues a ustedes pasa así mismo, nosotros hablamos y ustedes no [entienden] (risas). (S2-02.ESC.P5.2017)

Tabla 16
Percepciones sobre la práctica, la práctica educativa y la práctica formativa

Actores	Percepción sobre la práctica	Percepción sobre práctica educativa	Percepción sobre práctica formativa
Normatividad	Espacio para adquirir capacidades y establecer un vínculo entre la institución de educación superior y el contexto; como un escenario de interacción y transformación del hacer clínico fundamentado bajo una visión humanista.	El desarrollo de actividades institucionales específicas propuestas para el contexto de práctica en función de la sociedad y de los intereses de la comunidad.	Como acción que posibilita en los estudiantes una transformación de su ser más allá del desarrollo de habilidades.
Docentes y directivos	Constituye un escenario donde se entrelazan los conocimientos técnicos con	La consideran como el escenario donde los estudiantes pueden	Escenario donde se aplica la teoría y se desarrollan

Actores	Percepción sobre la práctica	Percepción sobre práctica educativa	Percepción sobre práctica formativa
	<p>los aspectos prácticos de la profesión. Para ellos, en muchos casos dista de los conceptos sobre la ética en las asignaturas, revistiendo dificultad lograr que los estudiantes se apropien (más allá de la memorización y repetición) de aspectos que son sumamente teóricos, para los cuales no se presenta una manera específica sobre cómo y cuándo enseñar.</p>	<p>aplicar los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera, por lo que los docentes y directivos incentivan el desarrollo de habilidades y actitudes orientadas a la realización exitosa de las actividades planteadas en el proyecto de práctica.</p>	<p>habilidades que serán empleadas en el ejercicio profesional posterior. El desarrollo de estas habilidades se relaciona con la autoformación de los estudiantes.</p>
Tutores de práctica	<p>Asumen con propiedad el desarrollo de las actividades y confían en su experiencia para resolver las situaciones que se presentan en el contexto intercultural. Los tutores se muestran abiertos a responder las preguntas de los estudiantes, admitiendo que no tienen todo el conocimiento conceptual, pero a nivel procedimental su experiencia les permite resolver problemas propios del sitio de práctica.</p>	<p>Identifican que gran parte de la posibilidad de desarrollar un proyecto exitoso reside en la actitud de los estudiantes, en elementos que no se aprenden en la cátedra teórica como la manera de saludar o el contacto visual que se establece con el sujeto de cuidado.</p>	<p>La conciben como un escenario lleno de posibilidades para los estudiantes interesados en aprehender del contexto. Consideran que el proceso de aprendizaje implica desaprender.</p>
Estudiantes	<p>Constituye un escenario de construcción de experiencias que contribuyen con su formación profesional y personal; en ella vivencian física y emocionalmente (no solo a nivel intelectual)</p>	<p>Supone la puesta en marcha de habilidades distintas a las adquiridas durante la carrera, relacionadas con su formación como personas, la</p>	<p>Permite establecer una relación con su profesión y consigo mismos; es el escenario donde validan sus conocimientos, pero</p>

Actores	Percepción sobre la práctica	Percepción sobre práctica educativa	Percepción sobre práctica formativa
	elementos relevantes para el cuidado desde la interculturalidad.	cual requiere del acompañamiento institucional y docente.	también donde cuestionan su formación y redefinen su proyecto de vida.
Sujetos de cuidado	Concede una oportunidad para que los estudiantes aprendan sobre la cultura propia. Afirman que el buen trato por parte del personal de salud minimiza el padecimiento que tienen y facilita el entendimiento que permite la aceptación del procedimiento/tratamiento.	Es un espacio que permite la articulación del conocimiento de afuera (occidental) con el conocimiento propio, lo que permite construir una relación con el personal de cuidado.	Oportunidad para que los estudiantes se apropien de aspectos culturales (creencias, costumbres y lenguaje) brindando un mejor cuidado.

Fuente: Elaboración propia.

4.1.4. Los sentidos y sinsentidos sobre el concepto de práctica formativa en la bioética enunciado por los actores.

De lo planteado anteriormente, se muestra que los *documentos* de la Universidad del Cauca propenden por una formación ontológica que promueva el pensamiento crítico y reflexivo en el estudiante, a través de la investigación y la proyección social, y que suscite una formación integral a través del conocimiento del contexto y de los intereses de los estudiantes:

Conjunto de criterios, planes de estudio, programas, metodologías, y procesos que contribuyen a la formación integral y a la construcción de la identidad cultural nacional, regional y local. (03-01)

Deberán garantizar el desarrollo de las **competencias esperadas**. (12-02)

Sin embargo, desde los discursos de los *docentes y directivos*, y de los *tutores de práctica*, se señala un sinsentido, en razón a que tal articulación no existe, al presentarse el

currículo de manera procedimental, enfocado en el contenido, dejando a un lado la formación del ser. La mencionada situación impide el encuentro con el otro. Esta dificultad en el encuentro también la señalan los *estudiantes*, planteando además que se presenta un choque por el conocimiento previo y los prejuicios con el contexto cultural. Estudiantes y tutores indican, entonces, la importancia de que exista una planeación concertada que responda a las necesidades del contexto y los alumnos. Los *sujetos de cuidado* consideran necesario que el estudiante conozca la cultura y que permanezca más tiempo en los sitios de práctica, para mejorar la relación de confianza en el proceso de cuidado.

Esta última situación no es permitida por el currículo, pese a que es orientado por documentos institucionales que contemplan una formación ética basada en principios y valores de buen comportamiento en la relación con el otro y el respeto por la cultura. Falta claridad en cómo se articulan los currículos y el contexto, existiendo un sinsentido en la formación que reclama el contacto con el otro como favorecedor de la apertura a otras miradas de cuidado de la salud.

Para *docentes y directivos* la formación bioética debe centrarse en el ser del estudiante; sin embargo, reiteran un sinsentido en esta formación enmarcada en lo técnico, donde la universidad enfatiza en un perfil cognoscitivo de los futuros profesionales en enfermería que se vincularán con la sociedad, esperando que sean fieles a ese propósito y que se forjen en lo que es permitido, lo que se practica y que tiene prestigio socialmente. Se vislumbra, de esta forma, que la bioética que se deriva bajo esta mirada no es una experiencia formadora del ser y conocer, puesto que no cuestiona nada y se asume una actitud pasiva frente a las responsabilidades sociales y personales. Se reconoce que la formación no solo circunda al ámbito institucional, sino que además emerge de los procesos que se dan en los diferentes contextos sociales.

Los *tutores de práctica* resaltan que la formación bioética debe enfocarse en una actitud de apertura al otro, con habilidades comunicativas, conocimiento de la cultura del contexto de práctica y actitud de compartir conocimiento para poder construir un puente con el otro en el proceso de cuidado. Así mismo, se perciben responsables del proceso de formación de los estudiantes, no solo desde la reorientación del componente teórico a través de su experiencia en el ejercicio del rol asistencial, educativo y administrativo, sino en la iniciación al diálogo con otras miradas en torno al cuidado de la salud. Lo anterior puesto que su actuar está inmerso en el marco de una tradición cultural de pensamiento colectivo, donde el fin no es tratar una

enfermedad, sino la armonía de la persona, y cuyo medio es el *ciclo de vida misak*, a través del cual se forma a los individuos desde los valores culturales, para que puedan comportarse, quererse, respetarse, cuidarse, tomar decisiones responsables y así promover la salud.

La mencionada situación dota de sentido existencial al currículo, porque se transforma desde la vivencia de quien forma y quien se forma, como una posibilidad de formación desde el convivir con otras formas de pensar, de ser y de existir. Se trata de una manera de reaprender que no queda reducida a la iniciativa de una persona, sino a una comunidad que la acoge.

En concordancia con lo expuesto, los *estudiantes* consideran que el proceso formativo bioético se potencia no solo desde la enseñanza de la palabra y la acción por parte del profesor, sino desde la interrelación con otros actores como la familia, la comunidad, los tutores de práctica y los otros profesionales de la institución:

Yo creo que fueron todos los docentes que de una u otra manera aportaron a que en la formación se tuviera esa parte del cuidado diferencial. (E7-01. PGFES.P5.2017)

A veces pues de pronto quiero conocer lo que la otra persona quiere expresar y sentir; eso va desde mi casa. (E8-03. PGFES.P3.2017)

El sentido para ellos se constituye por medio de un saber obtenido a partir de experiencias que emergen en las diferentes situaciones de la vida, lo que lleva a pensar en las múltiples interacciones que se generan y que posibilitan una nueva actitud de la persona, en relación con el otro, en el proceso de cuidado. Se trata de formar a los estudiantes a través del acercamiento con el otro, en un contexto de práctica diverso culturalmente, donde surgen experiencias que les ofrecen elementos para subsanar carencias del saber con el que fueron formados y que orientan su actividad. Pero desde lo universitario, la formación bioética se ha enfocado en los aspectos relacionados con un cuidado de salud encaminado a la aplicación de conocimientos técnicos en el ámbito clínico y administrativo, y no como espacios que puedan construir el ser. Falta claridad y coherencia en los currículos y los documentos institucionales, pues no se orienta ni se exige articular los contenidos con temáticas éticas y, mucho menos, con bioéticas e interculturales.

Los *sujetos de cuidado* perciben que la formación de los estudiantes debe enfocarse principalmente en actitudes de amabilidad y paciencia, en términos de que el otro entienda las orientaciones para el cuidado de su salud. Por tanto, señalan que la barrera no es el lenguaje, sino la capacidad de escucha cuando entra el profesional en enfermería en contacto con el otro diverso, convirtiéndose la actitud en un puente para poder comunicarse en el acto de cuidado:

Hay gente (refiriéndose a los estudiantes) que son pacientes y le preguntan: ¿qué le duele?, ¿cómo le duele?, hasta [que] ellos puedan entender. ¡Son pacientes! **Paciente es el que pregunta y pregunta hasta que el otro entiende**, así ella no hable bien, pero usted entiende, y ya le dice que le duele, cuál es el problema y se sabe que es. (S9-01.ESC.P1.2017)

Es así como la práctica se convierte en un escenario de formación bioética en un contexto intercultural que dona sentido a la profesión, al favorecer el reencuentro del que hacer a través del contacto y la escucha del otro. Los *documentos institucionales* la relacionan principalmente con el desarrollo de habilidades, al establecer un vínculo entre la institución de educación superior y el contexto, situación que contribuye a la transformación del cuidado del hacer clínico a una visión más humana.

Los *docentes y directivos*, por su parte, se alejan en sus discursos de este concepto, en la medida en que plantean una práctica educativa que se reduce a un deber ser y un deber hacer inmerso en unas tradiciones de inclusión y aceptación del saber hegemónico. Es un planteamiento para dar cumplimiento a la institucionalidad, que se reproduce de forma mecánica, y que en ningún momento requiere pensamiento crítico y reflexivo, porque la formación bioética queda reducida a una experiencia de formación ética del docente, pero no desde una formación epistémica.

Por otro lado, estos actores reconocen la práctica como un puente para construir otras miradas en torno al saber y el ser, que es capaz de reinterpretar la tradición educativa a través del diálogo, la reflexión y la discusión. Es decir, el proceso de reflexión de su práctica de forma privada conlleva a ser más consciente del proceso público del desarrollo de sus actos, donde se reconocen como sujetos activos en el proceso formativo bioético de los estudiantes, punto inicial para establecer diálogo con el otro en un contexto diverso.

En los discursos de profesores y directivos se vislumbran dos acepciones de práctica formativa: la primera se refiere al desarrollo en el estudiante de habilidades y desempeños que contribuyan a la competencia profesional; la segunda se relaciona con la capacidad que tiene el estudiante de formarse, a través de su aprendizaje y experiencia, en contacto con los sujetos de cuidado, pares y profesionales de salud, durante el desarrollo de las prácticas de formación profesional. Es así como, para ellos, el contexto de práctica profesional juega un papel fundamental en la formación bioética del estudiante, en la medida en que confronta su proceso formativo con la realidad.

Docentes y directivos plantean un cuestionamiento permanente de su praxis en medio de la dificultad de las limitaciones institucionales; su responsabilidad como formadores genera una oportunidad para trabajar desde su consciencia. Para algunos, sus disertaciones denotan sinsentidos y vacíos porque, aunque hay una actitud por de-construir su práctica a través de las experiencias que emergen en el acto educativo, la conducta desdibuja la intención del discurso oficial, al reconocer que, en la manera de enseñar, aún prevalece el modelo conductista, porque perpetúan en su quehacer metodologías basadas en la instrucción. En este sentido, consideran que, en el currículo, la relación docente-estudiante reproduce formas de dominio y pasividad, en donde priman más los conocimientos técnicos que el aprendizaje reflexivo:

Para hacer, usted no necesita pensar, usted no necesita analizar, usted no necesita criticar. ¡Usted tiene que hacer!, y lograr que le pongan cinco (refiriéndose a la calificación). (D7-06. ED. P1.2018)

Por otra parte, directivos y profesores hacen referencia a que el currículo sitúa la enseñanza bajo el desarrollo de competencias transversales, orientadas al vínculo entre la universidad y el mundo del trabajo, con el fin de desarrollar habilidades adquiridas en el proceso de formación bioética. Proceso que involucra no solo un saber, un hacer, un ser, sino un convivir y un comunicar. Sin embargo, esto no resulta cierto a la hora de enseñar, pues las mismas evaluaciones se encargan de denotar que no hay en realidad una prioridad por el ser y lo vivido.

Uno observa un valor de 10 % en la evaluación del ser [...] La evaluación es un punto de referencia y si yo observo que es del 10 %, con respecto a un 90 %

(refiriéndose al hacer), ¿eso significa que es menos importante? Eso genera un cuestionamiento supremamente grande. (D9-01.GFD.P2.2017)

Los *tutores de práctica* señalan que el concepto de práctica no solo se refiere al desarrollo de habilidades en el estudiante, sino que se trata de un escenario que brinda la posibilidad para formarse en bioética, mediante los procesos de aprendizaje que emergen de las experiencias de cuidado. En ese momento, los sujetos de cuidado reclaman actitudes de amabilidad y respeto para crear un ambiente de confianza. Del mismo modo, señalan que los espacios de práctica en un contexto intercultural generan en el estudiante el reencuentro con la profesión, a través del reconocimiento de sí mismos en el encuentro con el otro, lo que supone posibilidades que pueden descubrir y potenciar, no solo en lo que tiene que ver con habilidades y destrezas, sino en cómo comportarse y cómo relacionarse durante el acto de cuidado.

La práctica para los tutores presume una tensión en la relación entre educación y sociedad, al no contar con prácticas formativas que aporten, desde el quehacer enfermero, a la construcción social desde una perspectiva cultural. Se acusa falta de actividades que faciliten un mayor acercamiento con el territorio y que les permita identificar sus necesidades de cuidado de la salud. Además, sugieren mayor tiempo de los estudiantes en los sitios de práctica, con el fin de potenciar el respeto por la visión *misak* y mejorar su actitud en la atención.

El tiempo de la práctica debe ser más continuo, porque de esta forma pueden conocer más el contexto *misak* en terreno. (DC4. 110917.P2)

Los *estudiantes* manifiestan que la práctica se observa como un espacio que les permite el reencontrarse con ellos mismos y la profesión, a través de las relaciones con personas que tienen otras miradas en torno al cuidado de la salud. Piensan que generan un aprendizaje en la formación bioética desde la práctica, a partir del desarrollo de capacidades que van más allá de la aplicación de una teoría previamente conocida, hacia una posibilidad de aprendizaje significativo y reconocimiento del otro, a través del contacto y la escucha, dando sentido humano al cuidado.

Se percibe que este sentido existencial emerge del vínculo que se genera entre los estudiantes y su afinidad con los actores de formación y el contexto, situación que potencia la acción ética en su actuar y la tensión en el sinsentido de la formación, que desconoce otras miradas en torno al cuidado.

Así, se evidencia la necesidad de una formación bioética desde las prácticas, porque permite el encuentro con otras miradas en torno al cuidado de la salud y comprende el cuidado desde y con el otro, no solo desde el discurso. Esto apoya la construcción de una mirada más recíproca de la enfermería, al considerar al ser humano como único en un contexto intercultural, revelando que las principales ideas de la bioética se incluyen en la formación de manera superflua, pero que al mismo tiempo los *actores de formación* reclaman un currículo flexible, que oriente la formación bioética y que escuche el contexto de práctica.

De la articulación de las subcategorías emerge un sinsentido del concepto de práctica formativa en la formación bioética, enunciada por los actores, en cuanto se espera desde el currículo que el cuidado responda a las necesidades de nuestra realidad. Se busca así la *pertinencia* desde lo institucional, pero los actores señalan que el proceso formativo bioético, en la práctica, queda rezagado a *una tarea por cumplir*, porque se reduce a lo técnico, desdibujando al ser objeto del cuidado en la enfermería y las distintas miradas en torno a la salud.

Los mismos actores identifican a la práctica como generador de sentidos en la formación bioética, orientada no solo desde el discurso de un currículo, sino que se construye desde las experiencias de aprendizaje en el contacto con el otro, en un contexto intercultural. Dicha situación permite avanzar hacia una visión más recíproca del cuidado, que otorgue relevancia a las particularidades del sujeto de cuidado y del contexto, que en este caso es *misak*.

4.2. El sentido del concepto de bioética en el campo de la práctica profesional

“La bioética debiera ser vista como la búsqueda continua de la sabiduría, la que yo he definido como el conocimiento de cómo usar el conocimiento para la supervivencia humana y para mejorar la condición humana. En conclusión, les pido que piensen en la bioética como una nueva ética científica que combina la humildad, la responsabilidad y la competencia, que es interdisciplinaria e intercultural y que intensifica el sentido de la humanidad”.

(Potter, 1998, p.32)

De acuerdo a los hallazgos encontrados respecto a la categoría bioética en el campo de la práctica profesional de enfermería, esta disciplina busca la reflexión sobre problemas éticos

relacionados con la vida humana y no humana, constituida por el conocimiento biológico y de los sistemas de valores, de manera que los discursos de los actores de formación señalan que es un término inacabado que se forma y completa en la medida en que nos relacionamos con otros y sus contextos, porque confronta nuestro ser con otras miradas en torno a la vida en el acto cuidado.

Por tanto, esta categoría suscita un espacio de reflexión y crítica frente al que hacer como profesionales en enfermería y frente a las decisiones asumidas en los espacios donde se tiene contacto con los sujetos de cuidado, sea en un contexto clínico o comunitario. Sin embargo, se sigue observando un sinsentido en su formación bioética, según los hallazgos mencionados anteriormente, en cuanto el currículo privilegia lo técnico sobre el ser, sustentado en los discursos de los *docentes* y *directivos*. Ellos señalan que hay un desconocimiento teórico en torno a la bioética que deja en evidencia un trasfondo de sentido ligado a la falta de fundamentación disciplinar, donde el cuidado brinda el fundamento moral y la bioética permite el análisis de las condiciones que hacen posible ese cuidado, máxime en contextos interculturales de práctica donde se tienen distintas visiones del cuidado de la salud.

Así mismo, es importante señalar que en este proyecto se tiene en cuenta a la Universidad del Cauca como fuente secundaria de socialización, por tanto, la institución tiene la responsabilidad social, como formadora, de fortalecer el área humana en sus estudiantes y de propiciar espacios que susciten una reflexión sobre la ética en el quehacer profesional. Ello es importante, sobre todo, en los escenarios de práctica formativa que además toman en consideración el contexto, en la medida en que este interviene directamente en la salud de los sujetos de cuidado, como es en el caso de la cultura *misak*, que aún concibe la salud desde su ciclo de vida.

De esta manera, una postura bioética favorece dilucidar si la conducta del profesional en salud responde al código deontológico o si los actos responden a un compromiso voluntario guiado por la consciencia ética, considerando el contexto intercultural donde se brinda el cuidado. Aunque emergen sentidos sobre la bioética en la práctica profesional, los discursos de los actores de formación, y de los documentos, no profundizan. La concepción presente en la mayoría no es explícita. En el caso de los sujetos de cuidado, no se realizaron preguntas directas en torno a la categoría, sino que desde sus discursos se infieren los sentidos en torno a ella.

Para comprender mejor las posturas de los actores de formación, estas se delimitaron en dos subcategorías nominales: ética y bioética con tendencia latinoamericana. De esta forma se facilita la comprensión de los sentidos semánticos, a partir de los significados y conceptos que orientan la formación bioética en la práctica profesional.

4.2.1. Estimación del concepto de ética: un comportamiento para la convivencia.

El concepto de ética, como primera subcategoría, se asume *desde lo normativo* como un elemento obligatorio en la formación. Aquello implica el aprendizaje y ejercicio de principios y valores que permitan una adecuada convivencia en el ámbito académico, así como una articulación con el contexto, y la realización de actividades que aporten al desarrollo socioeconómico del país:

La formación ética profesional debe ser elemento fundamental obligatorio de todos los programas de Formación en las instituciones de Educación Superior. (02-01)

La Universidad forma personas con integridad ética, pertinencia e idoneidad profesional. Demócratas comprometidos con el bienestar de la sociedad en armonía con el entorno. (04-02)

La formación de valores éticos, estéticos, morales, ciudadanos y religiosos, que le faciliten la realización de una actividad útil para el desarrollo socioeconómico del país. (03-01)

Con relación a la formación en enfermería, se busca que los estudiantes se apropien de los principios éticos, articulando al cuidado, esencialmente, los que son afines con la vida, la dignidad y la inclusión. Principios como la autonomía, la beneficencia, el mal menor y la no maleficencia, se asumen como requisitos de la profesión. Estos deben ser aplicados para sí mismo y para los otros (individuos, comunidades e instituciones):

Artículo 1°. El respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distingos de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura,

condición socioeconómica e ideología política, son principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de la enfermería. (32-01)

Artículo 2°. De los principios generales. El Talento Humano del área de la Salud se regirá por los siguientes principios generales: ética. La formación y el desempeño del Talento Humano en Salud, debe estar enmarcado en el contexto cuidadoso de **la vida y la dignidad** del ser humano. (17-01)

Artículo 35. De los principios Éticos y Bioéticos. Además de los principios rectores consagrados en la Constitución Política, son requisitos de quien ejerce una profesión u ocupación en salud, la veracidad, la igualdad, la autonomía, la beneficencia, el mal menor, la no maleficencia, la totalidad y la causa de doble efecto. (17-04)

Artículo 36. De los valores. El ejercicio de la profesión u ocupación se realizará teniendo en cuenta los siguientes valores: humanidad, dignidad, responsabilidad, prudencia y secreto, aplicándolos a sí mismo, a las otras personas, la comunidad, la profesión u ocupación, y las instituciones. (17-05)

Los *docentes y directivos* plantean el concepto como una expresión del comportamiento del ser humano y su relación con la vida, y su entorno; es decir, una vivencia de unos valores que son inculcados desde la familia, resaltando primero la importancia de reflexionar, introyectar, sentir, tomar consciencia sobre las actitudes del ser, para luego poderse relacionar con los demás, porque se debe dar ejemplo:

Es la relación cotidiana que la vida misma tiene con su entorno; eso debe fundamentarse en unos principios y unos valores que son inherentes a la vida misma, porque en últimas estamos hablando del valor esencial que los seres vivos tenemos, llamémoslos humanos, animales o plantas, cierto, la razón de ser desde que nacemos hasta que morimos es la vida misma. (D13-02. GFD1P1.2017)

Y para ello tiene que pasar primero por uno mismo: introyectarlo, sentirlo, tomar consciencia; sí, entonces de esa manera lo podrán transmitir como aquí se ha

planteado, como más de la vivencia misma, desde la convicción misma y generando cada espacio, cada oportunidad, precisamente para generar el modelo o la reflexión en torno a lo que significa esta formación bioética en este tipo de profesiones y, además de las profesiones, esta esencia de ser docente. (D12-02. GFD1P2.2017)

Si en una familia pues no les das tú sus valores básicos a un niño, en la universidad no los va aprender tampoco; si no se los dio la familia, no se los va a dar el colegio, menos la universidad. (D6-04. ED1P2.2018)

Así mismo, profesores y directivos resaltan una ética orientada bajo los principios profesionales, donde el docente debe ser el modelo para el ejercicio profesional, lo que comienza en las relaciones con los estudiantes. En su discurso, se reitera un sentido metafísico en la ética, cuyo referente es la familia:

Cuando yo escucho esa palabra siento que tengo que dar ejemplo de bioética desde mi profesión, cuando estoy con los estudiantes de enfermería o medicina o con los que esté, siento que debe ser así; desafortunadamente es más un sentir y un vivir que un conocer [...] Desde la vivencia, desde el sentir, me parece que es tan amplio, tan profundo que se puede dar tanto; es decir que es una vivencia que los estudiantes tienen que sentir esa vivencia de la bioética mía, para yo poder entrar y hacer una interacción con ellos. Y si él no es una persona responsable frente a lo que estamos viviendo educativamente, entonces yo poderle llamar la atención sobre eso y decirle: “Mira, tienes que ser responsable, tienes que ser puntual, tienes que tratar a las personas con respeto, tienes que saludar; en fin, una serie de cosas, de actitudes, que los lleven a los principios, que fundamenten su componente ético. Yo lo veo así. (D10-01. GFD1P1.2017)

Un proceso de reflexión de lo que nosotros estamos siendo como docentes para poderles transmitir a los estudiantes lo que nosotros queremos que ellos sean. Yo creo que la salida, en muchos aspectos, es la educación y la justicia en términos de darle a todas las personas lo que se merecen, en términos de no hacer daño, de no

ser mal intencionado, de dejar en libertad a las personas; es decir, de respetarles su autonomía; respeto por la dignidad humana, sus valores y principios, y la capacidad de comprensión que uno tenga con respecto a eso. (D3-05. EDP1.2018)

La Constitución Política nos dice: “estos son los principios éticos”, que fue lo mismo que hizo la ley de enfermería y el código 911: coger los principios éticos y decir “con base en esos principios vamos hacer ese desarrollo”. Si, ahora digo yo, la ética pienso yo que en la universidad no solo se debería abordar en la parte académica, sino en la parte de la relación con el estudiante, y eso no existe aquí, y creo que eso no lo cumplimos. (D6-03. ED1P1.2018)

El comportamiento ético del profesional de enfermería se veía proyectado de docentes a estudiantes; uno veía en su docente esos principios éticos que quisiera y que debía además conservar durante su profesión, o cuando fuera profesional. Cuando fui estudiante no había desarrollo de ninguna asignatura de ética, ni de bioética; teníamos desarrollos en algunos contenidos. (D6-01. ED1P2.2018)

Desde la percepción de los *tutores de práctica* que hacen parte de la comunidad *misak*, la ética se concibe como una expresión del comportamiento del ser humano en todos los espacios, guiado a través de valores culturales que confieren identidad a la persona y son orientados desde la familia. Ellos relacionan que el aprendizaje de la ética se produce a partir de la práctica de tradiciones y costumbres culturales, las cuales giran en torno al ciclo de vida:

La **familia** es quien da los primeros valores culturales que dan **identidad**. (DC3. 070917.P4)

De todas las formas y estrategias de prevención, está el **ciclo de vida** [...] ¿Dónde nos enseñan a comportarnos? En la casa. (DC7. 300917.P3)

A mí no me hicieron el ritual de la primera menstruación [...] pero nosotros hicimos consciencia y sabiendo todo lo que significa esto (refiriéndose al ritual), a mis hijos ya lo empezamos hacer, y esa es la tarea ahora. (DC3. 070917.P4)

Bajo la perspectiva de los *estudiantes*, la ética se entiende como una expresión de la conducta del ser y actuar de una persona, orientada bajo unos principios (respetar, saber escuchar, y don de servicio) que se estructuran en función de la convivencia con los otros. Esos principios son orientados inicialmente por la familia:

Concepto que abarca desde **el ser** de una persona hasta la forma de actuar, sin dejar de lado el respeto hacia el otro. (E1-01. PGFES.P1.2017)

Es el **actuar de cada persona**, respetando sus costumbres y todo su ser. (E4-01. SGFES.P2.2017)

La parte ética [...] el saber respetar, no pasar por encima de las otras personas, el saber escuchar, que hay otra visión (...) Si uno ya entiende los principios, ya los ejecuta; hace parte de la **filosofía de vida** de uno como los principios. (DC13. 251017.E7)

Eso (refiriéndose a la formación ética) lo aprendí en la casa. Mis papás me dicen que uno tiene que ser servicial [...] Uno tiene que estar siempre dispuesto a hacer las cosas para los demás, porque uno no se crea solito, siempre **necesita del otro**. (DC6. 290917.E1)

Los *sujetos de cuidado*, por su parte, consideran la ética desde el comportamiento del ser humano, dentro y fuera del territorio. Aquel comportamiento está guiado por unos principios éticos en razón al ciclo de vida *misak*:

En la casa [nos] enseñan a nosotros a comportarnos (refiriéndose al ciclo de vida como estrategia de prevención en salud) a ser responsables, el respeto, dignidad, educación, honestidad, sinceridad, amabilidad [...] Nos enseñan a cómo comportarnos afuera y adentro (haciendo referencia a su hogar). (DC7. 300917.S7)

Por tal motivo, los sujetos de cuidado reflexionan sobre la ética como una expresión de un modo de actuar de los estudiantes o profesionales de salud en la relación que establecen con ellos durante la atención, y señalan que esto se aprende en la casa, con sus familias. Resaltan,

igualmente, la amabilidad como un rasgo importante, observado en los profesionales cuando saludan, explican los procedimientos con paciencia y detalladamente, y resuelven las dificultades en salud recurriendo a elementos que les resultan familiares desde su cultura, favoreciendo su entendimiento. En este sentido, más allá de los conocimientos que un profesional pueda tener, evalúan la atención de acuerdo al trato que reciben:

Hay unos que [se] **presentan**, hay otros que no, uno entra, los **saluda** y medio **contestan**. (S7. ESC1P1.2017)

De mi parte cada vez que vengo yo acá me atienden bien, les pido un favor (refiriéndose a los estudiantes) y **ellos me solucionan**. (S6. ESC1P1.2017)

Hay unas personas **buena gente** (refiriéndose a la amabilidad) y otras no (risas) (...) [Con la persona que] me atendió el niño, entendí **más o menos** todo. (S5. ESC1P1.2017)

Tabla 17
Concepto de ética

Actores	Percepción sobre ética
Normativa	Se relaciona con la formación desde el conocimiento y aplicación de principios universales orientados al cuidado.
Docentes y directivos	Formación desde el hogar que permite el establecimiento de valores y principios suficientes para formar en este campo a los estudiantes.
Tutores	Acciones que se realizan en pro del bienestar del individuo y la comunidad, que implican disposición, compromiso y servicio. La formación ética desde el hogar orienta el buen comportamiento.
Estudiantes	Orientada bajo principios comportamentales desde el hogar, que se estructuran y modifican en función de las relaciones establecidas con los otros a lo largo de la vida.
Sujetos de cuidado	Es lo que se aprende desde el nacimiento en torno a la familia y el fogón. Las conductas son orientadas desde el <i>ciclo de vida</i> ; la conducta que se encuentra en armonía (armonizada) con el ciclo, se asocia con el mantenimiento de la salud; mientras la conducta que se aparta, implica

Actores	Percepción sobre ética
	enfermedad.

Fuente: Elaboración propia.

4.2.2. Percepción de la bioética de lo abstracto en una vivencia, aproximación a una tendencia latinoamericana.

Los discursos de todos los actores de formación y los documentos institucionales, como se mencionó inicialmente, no definen concretamente a que hace referencia el concepto de bioética, cuál es la manera de enseñarlo más allá de lo conceptual (en el caso de los docentes y directivos) o de qué modo llevarlo a la práctica (en el caso de los estudiantes). Plantean una concepción de bioética que no es explícita. Sin embargo, hay sentidos que emergen en torno a ella hacia una mirada con tendencia latinoamericana, tal vez en razón a que el contexto de práctica es particular en cuanto a su visión en torno al cuidado de la salud, lo que genera un choque en los estudiantes al confrontar su formación y las experiencias de aprendizaje que emergen del contacto con las personas en su territorio.

Desde los *aspectos normativos*, para la recolección de la información se tuvo en cuenta la Constitución Política de Colombia (1991), la ley general en educación, reglamentaciones en materia de la formación del talento humano en salud (TSH en adelante), el código deontológico en enfermería, la bioética en investigación y el convenio docente-asistencial. Emergieron distintas posiciones en torno al concepto de bioética, encontrándose algunas enfocadas al estudio de valores, ética de principios, ética de responsabilidades, ética del cuidado, ética de intervención, de protección, y de derechos humanos.

Se encontró que la bioética tradicional o anglosajona, centró su análisis solo desde la *normatividad*, enfocándose en los cuatro principios universales para la toma de decisiones ante dilemas ético-clínicos, principalmente en los problemas relacionados con la investigación en seres humanos y la aplicación a la tecnología en salud. Aquello reduce su estudio en lo individual, dejando a un lado la bioética aplicada a situaciones y problemáticas propias de

nuestro contexto latinoamericano, donde se tienen visiones diferentes de salud permeadas por la cultura. De este modo, su concepto básico radica en que la actuación profesional incluye no solo los principios éticos, sino que estos deben estar ligados a los deberes establecidos en los códigos deontológicos de cada profesión:

Artículo 2°. De los principios generales. El Talento Humano del área de la Salud se regirá por los siguientes principios generales: ética. La formación y el desempeño del Talento Humano en Salud, debe estar enmarcado en el contexto cuidadoso de la vida y la dignidad del ser humano. (17-01)

Análisis sobre los interrogantes éticos que plantean los avances científicos y tecnológicos cuando involucra a seres humanos y formule recomendaciones que concilien la libertad de investigación con el respeto a la dignidad humana [...] Propondrá un marco normativo que desarrolle los principios éticos que deben orientar la investigación en seres humanos. (10-01)

El Proyecto Educativo del Programa de Enfermería 2018 (Universidad del Cauca, 2018b) incluye esta visión tradicional, como una competencia necesaria en la formación de los estudiantes para resolver problemas relacionados con la ética al momento de brindar el cuidado.

Competencia bioética y legal... proporciona elementos de juicio a los futuros profesionales de enfermería, para comprender los debates en ética y bioética que se producen en la sociedad, como producto de los avances tecnológicos, cuando peligra la vida y bienestar de la persona enferma sujeto de cuidado del enfermero. (20-02)

Igualmente, en la *normatividad* se observa la perspectiva latinoamericana, al entender la bioética como reflexión ética en torno a los problemas del macrocontexto de América Latina, como la desigualdad social. Esos problemas afectan a los derechos humanos, incluida la salud, lo que es compatible con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia:

[El] enfoque de derechos surge de la aproximación de los Derechos Humanos y el Desarrollo Humano, como orientador de las políticas para el bienestar, la libertad,

la dignidad e igualdad de las personas. Este implica considerar a las personas sujetos de derechos que debe garantizar el Estado, dentro de ellos el derecho a la educación y a la salud. (28-01)

En la normativa los problemas se construyen desde lo particular a lo general, a partir de situaciones concretas. No se aparta de la identificación de los principios éticos universales de las prácticas de salud, pero incorpora otros elementos, como el de interculturalidad, que no se refiere exclusivamente a lo étnico, sino que se concibe como el contacto e intercambio con otras culturas en condiciones de igualdad.

Desde los *documentos* se observa que el concepto de bioética ha ido evolucionando, debido a que su enfoque teórico ha dejado de reducirse al estudio de problemas éticos relacionados con la vida, planteados por la ciencia y la tecnología, y ha ampliado su mirada a los problemas o situaciones sociales y culturales propios de nuestro contexto latinoamericano, rebasando lo individual. Por tanto, en la toma de decisiones no solo se debe tener en cuenta la visión de mundo del profesional, sino la del sujeto de cuidado y su contexto.

Enfoque diferencial en la formación en salud, como aporte al cuidado de la salud que tiene como fin último el goce del derecho fundamental a la salud de la población indígena. (28-02)

Desde la mirada de la formación, la tendencia epistemológica en bioética parece estar bajo una visión latinoamericana. Se presenta, además, una concordancia entre el código deontológico, el Proyecto Educativo de la Universidad del Cauca y el Programa de Enfermería 2008-2012, al establecer que:

La práctica de enfermería se fundamenta en general en los Principios éticos y morales y en el respeto de los Derechos Humanos. (31-01)

En este sentido, no se hace referencia a que la bioética latinoamericana se reduce al ejercicio de principios éticos y derechos humanos, sino que desde los códigos deontológicos se guían las actuaciones de los profesionales en torno a los dilemas morales de base cultural, al brindar una pauta ética para el diálogo.

Los *docentes y directivos* conciben la bioética desde el sentir y el vivir, y no desde el conocimiento; reconocen que no han logrado entender la profundidad del tema como para considerarlo un contenido agregado que debe enseñarse en una asignatura de ética o bioética. Interpretan el concepto desde sus vivencias, y son conscientes de que los estudiantes no necesariamente se apropian de este, aunque, al igual que ellos, son capaces de abordar los aspectos más amplios y ambiguos del mismo. Es decir, la concepción se reduce a la aplicación de un código que no implica capacidad de reflexión durante el proceso formativo:

Bioética es una palabra que comienza a distorsionarse, en el sentido de lo que entendemos [...] La comenzamos a entender como un valor agregado y ese valor agregado se asimila a una asignatura, a una materia, a **un elemento más que hay que enseñarle** al estudiante para que alguna vez lo utilice. (D13-01. GFD1.P1.2017)

Para mí la palabra bioética no me trae el conocimiento en el sentido de que yo sepa lo epistemológico, todo lo que concierne a la bioética desde lo conceptual [...] Me **atemoriza no tener lo conceptual**. (D10-01. GFD1.P1.2017)

El temor de hablar sobre ética por el **desconocimiento** de la rama. (D6-01.ED1.P2.2018)

No nos interesa porque creemos que es un tema tedioso y porque **no entendemos** la importancia que eso tiene. (D7-02. ED1.P2.2018)

Para los profesores y directivos la formación en bioética en el campo de la práctica profesional se relaciona con las vivencias (con la vida) y no con la adquisición de conocimientos; reconocen que los títulos que un profesional pueda alcanzar no garantizan un ejercicio de la bioética:

La responsabilidad nuestra, entre otras, a partir del modelo espejo es: ¿cómo recordarle al estudiante de que cuando hablamos de bioética, no le estoy hablando de la asignatura que debe cumplir para graduarse? O no le estoy hablando de aquel aspecto que usted debe cumplir para aprobarle su investigación, ¡no! Es su

propio valor interno; que usted como estudiante, sin importar en dónde esté, lo está desarrollando [...] Pensaríamos que entre más profesional y entre más especialista, más bioética debería tener y no es así; absolutamente ¡no es así!, porque estamos hablando de la vida misma. (D13-01.GFD.1P2.2017)

De este modo, el significado de bioética va acercándose a una ética aplicada a la vida, donde el profesional de salud debe actuar bajo unos principios éticos para buscar el bien del otro. Sin embargo, uno de los docentes resalta la necesidad de considerar la enfermería como una profesión social, que debe tener en cuenta el contexto y la búsqueda del bien del otro en términos de respeto sobre las distintas visiones en torno a la salud. Lo anterior, en razón a que se asume una postura reflexiva sobre el lugar desde el que se piensan las problemáticas y el modo de resolverlas. El profesor considera que el cuidado debe involucrar el contexto y que el contexto nacional dista considerablemente de los norteamericanos y europeos, quienes presentan dificultades y posibilidades distintas a las propias para brindar el cuidado, siendo este el acercamiento que se presenta a la bioética con tendencia latinoamericana.

Tiene que ser **desde nuestro contexto**, con las condiciones de nuestro contexto y no lo que nos están diciendo desde Europa, y Norteamérica [...] **Los problemas de allá no nos sirven acá** y desde la práctica misma. Cuando yo estoy en una práctica y encuentro que la paciente ni siquiera tiene plata para comprar una jeringa, que no tienen dinero para pagar el bus que los traiga al hospital en un momento de crisis, ¿cómo voy hablar yo de que el problema que tengo que trabajar es la fertilización in vitro? (D7-01. ED1.P2.2018)

En esta dirección, docentes y directivos señalan la necesidad de velar por el bien del otro desde el reconocimiento de su diversidad en costumbres y pensamientos; de cuidar a las personas al tener en cuenta aspectos biológicos y espirituales, lo que permite atisbar un sentido que tiende al *respeto por la cosmovisión*.

Respeto a la diversidad [...] a partir del pensamiento, a partir de los criterios, a partir de las costumbres o de los propios tabúes que el otro tenga; ahí aparece mi

relación con ese otro y es una relación del orden de la bioética. (D13-02.GFD.P2. 2017)

Cuidar bien a las personas es tenerles en cuenta toda su parte biológica, su parte espiritual, su apoyo psicológico y poder estirar una mano amiga. (D3-01. ED. P2.2018)

Estos actores también piensan que la formación bioética en el campo de práctica profesional, exige de los estudiantes unas *competencias* relacionadas a su actitud al momento de brindar la atención; esperan que ellos actúen bajo un código ético que les permita ser respetuosos, autónomos y propositivos (ser líderes) en el ejercicio de su profesión:

Se espera que los estudiantes actúen bajo el código de ética. En algunos sitios de práctica hay diversidad cultural y de género, por tanto se solicita respeto como seres humanos. Se insiste en el trabajo en equipo tanto con los pares como con otros profesionales, además de ser líderes. (DC1. 050917.D1)

En la concepción de los *tutores de práctica*, el concepto de bioética se transforma de lo abstracto a una vivencia, una experiencia cercana con el otro, algo vivencial que se da a través de la escucha. Así, la bioética desde el discurso (y la cultura) de uno de los *tutores de práctica misak*, se asume como el cuidado de la salud, que es también territorio, porque se relaciona con mantener un sentido de pertenencia frente la familia y la comunidad a partir de su ciclo de vida:

[Es que] el concepto de salud para nosotros va más allá de solo mirar la enfermedad; es pensar en el territorio, en el territorio, lo que dicen los mayores, es lo que vivenciamos diariamente, lo que nos han enseñado. Y a partir de esto nosotros podemos prevenir todo, por eso podemos hablar de salud mental, de salud sexual y reproductiva, de salud de todo. (P3-03. GFP1P12017)

Así mismo, los tutores esbozan que el conocimiento sobre la vida proviene de las creencias culturales, las cuales se perciben como suficientes para resolver problemas propios del ciclo de vida *misak*:

Las dificultades (refiriéndose a los problemas de pareja y crianza de los hijos) se pueden prevenir en el Nachak; no es necesario la psicología, ¿pa qué? (DC7. 300917.P3)

La salud se preserva desde la enseñanza del comportamiento del ser humano en su familia, lo que genera identidad y capacidad del individuo para afrontar las dificultades, para decidir apoyado en el diálogo, la escucha y el acompañamiento de una comunidad:

El trato humanizado debe ser en toda parte (haciendo referencia a la atención y al cuidado brindado por los enfermeros). Es volver a escuchar al otro, es volver al fogón [...] es poner por delante las necesidades del paciente y la comunidad a las propias (haciendo referencia al profesional), y esas son las cosas que hoy en día a las culturas occidentales les cuesta terrible trabajo. (P6-02.GFP.P1.2017)

Esta situación dona un sentido diferente a la formación bioética del estudiante, porque permite ampliar la mirada del cuidado del profesional de enfermería desde lo ético y lo humano, teniendo en cuenta que en el contexto de práctica emergen miradas del cuidado de la salud permeadas por la cultura, requiriendo aptitudes y actitudes del proceso formativo de bioética del estudiante de enfermería. Por esta razón, los tutores de práctica consideran que la construcción del ser del estudiante implica: 1) entrega al otro, producto de su vocación y de la preparación en la universidad; 2) disposición al **observar a la persona y no a la enfermedad, “ir más al fondo”**; 3) empatía en términos de respeto por el otro diverso; y 4) escucha del otro, porque es una persona que no solo es un cuerpo físico, sino que es también espíritu. Como lo señala uno de los *tutores de práctica* que no hace parte de la comunidad:

El concepto de salud es totalmente diferente; tal vez dentro del concepto de salud occidental uno está tratando de hacer hasta lo imposible por mantener la vida del paciente, pero entonces el concepto de **salud acá es diferente** [...] porque los familiares se niegan completamente a que se haga una reanimación, algún procedimiento invasivo o que sea remitido. (P4-03. GFP1P1.2017)

Parece que la aproximación al otro culturalmente diferente se hace a partir de su propia cultura, donde se ha formado, procurando la humildad, responsabilidad y competencia. Así, se

deben tener en cuenta distintas concepciones, como la del nacimiento, que plantea que hay unión entre la tierra. Los rituales relacionados con la tierra favorecen el sentido de pertenencia de los sujetos de cuidado con su comunidad:

El cordón umbilical tiene un gran significado [...] Te hace regresar (refiriéndose a los jóvenes que salen de la comunidad) [...] Me gané una beca y me fui al exterior, pero ese cordón que quedo ahí (menciona el nombre de un resguardo) debajo del fogón, te hace regresar. Esa es la importancia del cordón y si lo boto, no sabemos si vuelva o no. (DC7. 300917.P3)

De esta manera se plantea un *respeto por la cosmovisión*, que asume la búsqueda del bien del otro a partir de una atención en salud que reconozca las necesidades de las personas y la comunidad, que fortalezca su identidad y su autonomía, aunque no siempre estén de acuerdo con las creencias de los sujetos de cuidado, siendo una visión similar a la planteada por los *docentes y directivos*:

El temor de los pueblos indígenas es a los métodos invasivos; **todo lo que sea invasivo es letal**, por eso a los abuelos no les gusta venir aquí a que les tomen una muestra de sangre, no les gusta porque eso es atentar contra el cuerpo. (P3-02. GFP1.P1.2017)

Todo es un ciclo y se van cerrando ciclos, entonces, supongo yo, que en los momentos en que los familiares ya no están de acuerdo (refiriéndose a la reanimación de un familiar), es porque ya quizás ese paciente terminó su ciclo y al terminarlo, por ende, ya no debe continuar. Por ende, yo **no puedo juzgarlo** [...] Es un paciente de que de pronto, pues me lo han dicho, “ya vivió lo que tenía que vivir”; ya **llegamos a un acuerdo**, entonces eso se vuelve algo que es totalmente respetable, por ende, yo respeto eso. (P4-5. GFP1.P1.2017)

De este modo, la formación bioética en el campo de práctica profesional en los estudiantes debe considerar *las competencias* relacionadas con lo planteado por los *docentes y directivos* en términos de actitudes requeridas para establecer un encuentro con el otro, como aprender a escuchar a las personas y aprenderse a relacionarse con el equipo de salud. Los

tutores enfatizan en que parte de su responsabilidad en el proceso de formación bioética, reside en fomentar el desarrollo de actitudes en los estudiantes, las cuales, desde sus creencias, se construyen haciéndolos sentir cómodos y buscando su bienestar en el sitio de práctica. Finalmente, refieren que no siempre logran fomentar esto en ellos debido a lo que denominan “normatividad implantada”, que se relaciona con la actitud de seguir reglas institucionales por encima de las necesidades de la comunidad en el contexto de práctica:

Uno puede fomentar en los estudiantes una actitud de que rompan esas reglas y entiendan que vinieron a tener un espacio distinto. (P7-02.GFP1.P2.2017)

Siempre trato de fomentarles eso: la proactividad y el trabajo en equipo, pero entonces a veces uno ha intentado generar esa proactividad, o esa visión de trabajo en equipo en los estudiantes (hace referencia a medicina y enfermería), y a veces no funciona. Cuando de pronto hay una normatividad que ya está implantada desde la parte de la universidad, ellos van a venir acá con esa normatividad (hace referencia al convenio docencia-servicio) Por ende, ellos tienen el poder de decir: “a nosotros no nos pueden obligar”, porque ya me han dicho: “qué pena, mi turno va hasta las doce, hasta aquí llego”. (P6-03. GFP1.P2.2017)

Aquí estamos nosotros, estamos ahí para ayudarle, lo que no hicieron con nosotros. [A nosotros] nos soltaron y “defiéndose como usted pueda”; la ventaja que tenemos acá (refiriéndose al sitio de práctica) es que los chocholeamos mucho (refiriéndose a consentir o tratar con cariño a los estudiantes). Nosotros acá los rurales el trato es igual con los profesionales. (DC15. 091117.P3)

Desde la percepción de los *estudiantes*, la bioética, más que un discurso académico, se configura como una praxis (no una práctica), porque busca el bien del otro a través del respeto por la cosmovisión de las personas que se encuentran en un contexto de diversidad cultural:

La bioética es la ética de la vida; las capacidades de respetar las diferencias y aceptar que no todos son iguales y valen por igual en pro de la vida. (E6. PGFES.P1.2017)

Se hace necesario conocer la cultura para tratar de mediar con situaciones en las cuales pueden existir choques, por la manera como cada una concibe las diferentes formas de vivir; por ejemplo, en cuanto a la planificación familiar, la alimentación, el parto en casa, etc. Nunca se debe pasar a juzgar los comportamientos sin conocer los significados que tienen para las diferentes culturas. (E7-02. PGFES.P3.2017)

Es así como, al igual que en los discursos de los *tutores de práctica*, en los *estudiantes* se identifica una tendencia a la bioética latinoamericana, en el sentido de que intentan orientar el cuidado desde el respeto a cualquier otra forma de vida, así como a las creencias, valores y costumbres distintas a las suyas. Se requiere del *respeto a la cosmovisión* como una parte fundamental del ser humano; se debe reconocer la dignidad por cualquier forma de vida; se deben respetar las creencias, valores y costumbres culturales, destacando el papel del ciclo de vida para planificar la vida y prevenir la aparición de enfermedades:

Es la relación que se tiene con todo lo que rodea a las personas, seres vivos e inertes; a partir de esa relación tomar decisiones que benefician a todos. (E2-01. PGFES.P1.2017)

El respeto por el otro, de sus costumbres, valores y que son iguales a nosotros [...] No somos los únicos que sabemos, **hay otras realidades**, pero es porque es solo lo que hemos conocido; nosotros podemos empezar a **abrir miradas**. (E6. SGFES.P2.2017)

O sea, para nosotros, el **ciclo de vida** siempre es nacer, crecer, reproducirse y para todos es igual. Para ellos no, para ellos el ciclo tiene un significado y en cada ciclo tienen que hacer unas actividades diferentes para que cuando lleguen a su vejez, estén plenos [...] El ciclo de vida misak es el proceso de planificar la vida, de escuchar los consejos de los mayores, de tener aspiraciones. (DC10. 161117.E6)

Los estudiantes aceptan las decisiones de los sujetos de cuidado de poder rechazar aquellos procedimientos o tratamientos que contradicen sus creencias. También conceden

libertad para preservar sus costumbres durante el proceso de cuidado (siempre y cuando las mismas no afecten drásticamente los objetivos del mismo):

Uno **respeto su cosmovisión**; por ejemplo, dicen (refiriéndose a los sujetos de cuidado); “yo lo empecé a vacunar y se enfermó, entonces decidí no vacunarlo”. Uno no le va a decir: “¡llévelo a vacunar!”, porque le van a responder: “¡no, es que mi hijo se enferma!” Así le responden a uno, [entonces] ¿para qué uno llega a chocar con esa persona? Lo que uno dice, por ejemplo, si esta pequeño es: “la vacuna le cayó mal” o cosas así; pero uno les dice: “puede seguir vacunándolo”. Pero niños de 5 años de edad están reacios a que no, [entonces] nosotros **no les decimos nada** [...] Es respeto por sus creencias. (DC6.290917.E1)

Una muchacha indígena (en trabajo de parto) nos manifestaba si se podía arrodillar en la cama, entonces nosotras [respondimos]: “sí, tranquila, hágalo”. No le recomendábamos que se baje de la cama, porque ya estaba en 8 de dilatación, pero si quería arrodillarse “tranquila, arrodílese”; si podía entrar la mama... Acá hay mucha **libertad** respecto a eso, entonces también los hace sentir **cómodos** [...] Trata uno de **no poner barreras** para que ellos se sientan más cómodos. (DC13. 251017.E7)

Sin embargo, estos actores reclaman al proceso formativo bioético en las prácticas en contextos interculturales, el desarrollo de competencias tales como: conocimiento sobre la cultura del otro, saber comunicarse, escuchar, la tolerancia,¹⁹ y la capacidad de relacionarse para no llegar a chocar con el otro, sino, por el contrario, crear un ambiente de confianza y contribuir a garantizar sus derechos como personas. Los estudiantes enfatizan en que esas competencias no se aprenden en la universidad, sino en la práctica:

Uno aquí (refiriéndose al sitio de práctica) viene no solo a practicar, sino a aprender y aprender a escuchar. (DC15.091117.E5)

¹⁹ En el sentido de no reclamarles a los sujetos de cuidado, a modo de regañón, cuando cometen acciones que afectan la salud y al brindar un cuidado dependiendo del contexto.

Creo que los conocimientos que uno recolecta en **la universidad le sirven a uno para realizar un trabajo bien hecho, pero no le sirven para entablar una relación efectiva con la otra persona** y llegarle a la otra persona, para que se pueda autocuidar. Y creo pues que en enfermería, que es una de las profesiones que se relaciona más con el paciente, con el sujeto de cuidado, debería haber más como un modelo de aprender a llegarle a las personas, de ser un poco más sensibles al tratarlas; **no solo enfocarse en el conocimiento de salud**, sino ir un poco más allá, y eso no se aprende con ir a clase, eso se aprende con convivir, con el respecto desde la casa. (E1-02. PGFES.P3.2017)

De los anteriores discursos se observa que el concepto de bioética en las prácticas sigue bajo una visión reducida, tal vez como consecuencia de una formación fragmentada y orientada bajo un currículo que, como se mencionó anteriormente, privilegia la mirada del ser humano en torno a la enfermedad y con prácticas de cuidado medibles (orientado a la técnica). Lo cual supone ignorar que la realidad es holística y diversa, llevando a un análisis de los problemas éticos de base cultural fuera del contexto de donde emergen y donde finalmente encuentran significado y explicación del cuidado:

En el lado de los hospitales uno hace como el “**acto de sumisión**”; o sea, si usted va, jefe, y por ejemplo, si necesita el paciente un examen y no quiere, uno le dice: “no, es que **lo tiene que hacer**”, por ende, tiene que dejarse. **En cambio aquí si ellos no quieren, no quieren y ya.** (DC6. 290917.E2)

Desde la percepción de los *sujetos de cuidado*, al igual que para los *tutores de práctica misak*, se infiere que la bioética en el campo de práctica profesional se encuentra ligada al ciclo de vida como una forma de mantener la salud y de vivir bien.²⁰ Se resalta que la salud es territorio, lo que implica mantener relaciones de armonía con todo, producto del equilibrio de

²⁰ Para los pueblos indígenas el vivir bien es la vida en plenitud. La preocupación por mantener la armonía y equilibrio con todo lo que existe, es pensar en comunidad, pero no solo limitado a lo humano. A diferencia de vivir mejor, perspectiva occidental, que busca a través de la acumulación material, un progreso ilimitado, motivando la competencia entre individuos para ganar y privilegiar el mérito de un individuo y no de la comunidad. Esto genera una sociedad individual y consumista (Huanacuni, 2010).

signos y símbolos que orientan la vida; si alguno no está armonizado, aparece la enfermedad. Para ellos cada ciclo es armonizado por una ritualidad que tiene un propósito:

El ciclo de vida fortalece la identidad de la comunidad misak. Es así como la vida debe ser planeada, nada es al azar porque afecta el futuro; cada etapa del ciclo de vida genera un cambio que debe ser armonizado mediante un ritual para limpieza y purificación. Se evidencian, entonces, significados y símbolos en torno a la vida.

Significados: desde el nacimiento hay unión entre la tierra y el sujeto para generar pertenencia y autonomía con su población; la familia en torno al fogón enseña a ser persona, se dota de valores, se enseñan cuidados y el valor del trabajo; mediante el trabajo la persona adquiere responsabilidad e independencia. Hombre y mujer son seres diferentes, se les dota de habilidades para el trabajo que genera estabilidad económica y moral. En los hombres “el arte de la agricultura”, y en las mujeres “el arte de cocinar y tejer” y el cuidado de la familia. Hay identidad con lo propio mediante el ejercicio de su lengua y el arte del tejer; la persona es formada y cuidada por personas con autoridad, con su sabiduría y experiencia como los mayores, las madres, las mamas, los médicos tradicionales. La familia acoge y acompaña cada ciclo. La sociedad trabaja en conjunto en comunidad, no en la individualidad. No hay pensamiento individual sino colectivo y siempre con una actitud de escucha.

Símbolos: en el fogón se enseñan todos los valores; baño con plantas medicinales y purificación; placenta enterrada para generar pertenencia; lana de ovejo para dotar de fortaleza; tierra para labrar su trabajo; los mayores son los que enseñan; tejer y su lenguaje generan identidad con lo propio; ritual de la menstruación para purificar a las mujeres; tejido de mochilas para enseñar el valor del trabajo y acompañamiento de la mama (“mujer digna de procrear”); ritual de la voz para los hombres; enfermedades del frío y calor; estado de alteración; embarazo y estado de cambio; cocina; lugares; maíz; la espiral; su cultura se basa en el complemento de los espíritus macho y hembra; signos de muerte manifestada en animales.

De la misma manera se indican los sinsentidos señalados por las personas, principalmente sobre la falta de escucha en la familia, lo que causa dificultades en el ciclo. Es decir, la salud es producto del equilibrio de los signos y símbolos que orientan la vida y, si alguno no está armonizado, viene la enfermedad. (DC15.091117)

En ese ritual de la primera menstruación, y ahí hablamos que sí hacemos ese ritual, no nos vamos a embarazar antes de, no se va a buscar un chico y una chica antes de. Aquí nos armonizaban, ese es el propósito de la ritualidad de la primera menstruación; empieza la vida y para nosotros es responsabilidad. (DC7.300917.S3)

Los sujetos de cuidado demandan del proceso de formación bioética de los estudiantes en la práctica, conocimientos de su cultura para no entrar en conflicto o “chocar” con el otro. Así, la relación estudiante-sujeto de cuidado se construye en la medida en que haya paciencia, amabilidad y reconocimiento de las costumbres que desarrollan como comunidad. No obstante, este respeto también se representa en la articulación del cuidado de la salud en enfermería, desde lo que consideran propio a nivel cultural:

Una vez me tocó con una pasante, pero sí me explicaron: “usted dele esto y esto y si no le funciona dele juguitos de esto, cámbiele esto” y sí, sí nos enseñan [...], nos dan educación con lo propio y lo de afuera, las dos cosas; nos dicen: “vuste [usted] puede utilizar esto y, sino, pues haga coladita de esto” y así. (S7-01.ESC.P2.2017)

Ser amable pues es hablarle bien al niño, como ustedes hacen (refiriéndose a los estudiantes): pasarle juguetes, distraerlo con algo, pa [para] que él se deje atender. (S8.ESC.P1.2017)

Ella ya nos dice pues (refiriéndose a una enfermera *misak*), por lo menos de planificación, todo eso **nos da a conocer según lo propio**; faltaría para los pasantes (refiriéndose a los estudiantes) que nos digan más de lo propio, eso sí. (S7-02.ESC.P2.2017)

Sus discursos se acercan al concepto de bioética con tendencia latinoamericana, debido a lo que plantean desde el contexto de práctica, donde la visión de salud está permeada por su cultura, ligada al ciclo de vida y al vivir bien; donde la formación bioética permitiría mejorar la convivencia en la relación con los estudiantes, al demandar de ellos el respeto de sus creencias, valores y costumbres culturales, al momento de brindar el cuidado.

Tabla 18

Percepción de la bioética con una aproximación a una tendencia latinoamericana

Actores	Percepción de bioética con tendencia latinoamericana
Normativa	Reflexión en torno a los problemas del macrocontexto latinoamericano, que conlleva un trasfondo reflexivo, crítico y social.
Docentes y directivos	Principios orientados a las prácticas de salud que tienen en cuenta el contexto propio. Sin embargo, se exigen en el estudiante competencias relacionadas con el cumplimiento de códigos deontológicos en la práctica.
Tutores	La bioética se estructura desde el conocimiento, reconocimiento y apropiación del ciclo de vida <i>misak</i> , exigiendo a los estudiantes competencias como escuchar y saber relacionarse.
Estudiantes	Implica respetar cualquier otra forma de vida (equidad), reconociendo la diversidad de creencias, valores y costumbres de los otros, sin perder la identidad. Reclaman de su proceso formativo competencias frente al conocimiento de la cultura del contexto de práctica, escucha y tolerancia para saber relacionarse.
Sujetos de cuidado	Se relaciona con la atención o el tratamiento (armonización) que realizan de las enfermedades. Los problemas y las enfermedades trascienden lo individual, siendo necesaria una intervención familiar y comunitaria desde lo tradicional (propio) y/o lo occidental (externo). Exigen de los estudiantes competencias como amabilidad y saber relacionarse.

Fuente: Elaboración propia.

4.2.3. Los sentidos y sinsentidos enunciados por los actores sobre la bioética en el campo de práctica formativa.

Las percepciones de los actores permiten vislumbrar coincidencias y a la vez resaltar los sinsentidos presentes en la formación de enfermeros con respecto a la bioética. Las subcategorías descritas, ética y bioética, entrelazadas con el cuidado, muestran como los conceptos se tejen a partir de las experiencias desde las prácticas y entrevén perspectivas que pueden ser críticas, pero que en muchos casos resultan alienadas a lo normativo.

Sobre la ética, desde los *documentos* se esboza una formación que orienta al futuro profesional de enfermería, desde el aprendizaje de principios éticos y valores para una adecuada convivencia. Planteamiento acorde a los señalados por los *docentes y directivos*, quienes además consideran la incorporación de elementos como la responsabilidad y la competencia; igualmente, señalan a la familia como eje fundamental para la adquisición de competencias éticas.

Entre tanto, los *tutores de práctica* exponen que el significado de la ética es dotado de sentido en la medida en que contribuye a la construcción de identidad de la persona, marcada por una diferenciación cultural de quien forma y a quien se forma en los contextos de práctica formativa. Reiteran un sentido metafísico en la ética, cuyo referente es la familia, al revelar su proyección de mundo que asume la forma de un “saber moral”.

Para los *estudiantes*, en concordancia con lo expuesto por los tutores de práctica (que hacen parte de la comunidad *misak*), es fundamental el papel de la familia en la formación ética. Porque la ética es más una expresión del ser y es parte de la persona, no se crea espontáneamente, se requiere tener en cuenta las experiencias de vida. Los *sujetos de cuidado* también consideran la familia como eje central para la formación en este sentido.

Pero el hablar de ética en el acto de cuidado y en la formación de profesionales en enfermería, remite a indagar sobre la bioética. La diferenciación de los sentidos y sinsentidos de los actores sobre estos conceptos, aporta significativamente al trabajo que se realizó y no solo apoya la formación de las variables centrales y la categoría central, sino que muestra cómo la formación sobre estos temas permite construir los conceptos en los actores de formación.

De este modo, desde los *documentos*, se nota que el concepto de bioética ha evolucionado hacía una tendencia latinoamericana que tiene en cuenta el contexto diverso culturalmente, que reconfigura la mirada en torno al cuidado de la salud, al tener en cuenta la cosmovisión cultural.

Sin embargo, el Proyecto Educativo del Programa de Enfermería 2018 (Universidad del Cauca, 2018b) muestra un sinsentido, al seguir planteando una formación bioética anglosajona y principalista como una competencia de tipo inductivo que deben desarrollar los estudiantes, donde los juicios morales se dan a partir de la experiencia con casos particulares en contextos clínicos. Ello desvela una formación orientada desde un currículo donde prima lo técnico y, de alguna forma, obvia el contexto de práctica, revelando una visión de cuidado de corte determinista, al no considerar que el ser humano se constituye no solo desde lo físico, sino también desde lo cultural.

Esta situación ha polarizado una discusión en cuanto a cuál debe ser el propósito real de la bioética y si alguna de estas corrientes es más importante que otra. Hecha esta salvedad, desde los *documentos* se puede considerar que los principios bioéticos fundamentales son un puente para conectar el mundo de la vida y su papel en el orden de convivencia social. Máxime en el contexto del departamento del Cauca, que es diverso culturalmente, y donde los profesionales de la salud en sus sitios de práctica, se ven abocados a dilemas morales de base cultural. Es lo que los estudiantes señalan en cuanto a problemas relacionados con la comunicación y el choque en torno a otras miradas sobre el cuidado de la salud.

En este sentido, la bioética podría guiar las actuaciones de los profesionales alrededor de los dilemas morales de base cultural, porque brinda una pauta ética para el diálogo y la mediación intercultural, al considerar la cultura humana, y su papel, en la defensa de las diferentes culturas.

No obstante, la perspectiva de los *docentes y directivos* dista de lo planteado a nivel *normativo*, señalando un sinsentido, ya que reducen el concepto de bioética en el campo de práctica profesional solo a la aplicación de unos principios éticos, con la incorporación de aspectos deontológicos. Destacan que el concepto queda reducido debido a su desconocimiento y desinterés por formarse en este campo, dado que se carece de fundamentación disciplinar sobre el cuidado de la salud como fundamento moral y obvia la bioética como el análisis de las condiciones que hacen posible dicho cuidado:

No nos interesa porque creemos que es un tema tedioso y porque **no entendemos** la importancia que eso tiene. (D7-02. ED. P2.2018)

Se da por hecho que la conceptualización ya está dada, que todo el mundo lo entiende y que hay unos consensos sobre eso, que todo el mundo conoce sobre deontología, las leyes de enfermería y sobre bioética; se está dando por sentado cosas que están muy cojas y nadie dice nada [...] Lo colocan como una actitud. (D7-02. ED. P1.2018)

Por esta razón, los profesores y directores no encuentran importancia a la formación bioética en el campo de la práctica profesional, de ahí que mencionan un proceso de enseñanza en el que no se necesita adentrar en aspectos teóricos y conceptuales en este campo, porque se continúa privilegiando el quehacer técnico del futuro profesional enfermero. Ellos suponen que su formación personal en valores (desde su casa), es suficiente para formar en este campo a los estudiantes.

A pesar de esto, en sus discursos se confiere un sentido a la formación bioética al reconocer que nuestro contexto es desigual socialmente y la función del docente requiere avanzar en la formación bioética no solo desde lo conceptual, sino desde su ejemplo, en relación con la responsabilidad que desarrollan con la vida y en la vivencia de su quehacer profesional. Teniendo en cuenta que el contexto de práctica abre un espacio para reflexionar sobre las problemáticas específicas del cuidado de la salud, permeadas por la cultura, se requiere que el actuar de los estudiantes sea guiado bajo un código de ética.

De esta forma, el contexto de práctica como espacio de reflexión en la formación bioética, resulta ser un punto de encuentro con los discursos referidos por los *tutores de práctica*, quienes consideran la necesidad de tener presente la cosmovisión *misak*, conocer sobre las enseñanzas en el fogón y su impacto en la vida. Desde dicha cosmovisión, los valores se enseñan en el fogón, siguiendo la perspectiva del ciclo de vida, dotando de significados a las experiencias del ser humano en cada etapa (infancia, adolescencia, adultez y adulto mayor) para que aprenda a comportarse, a afrontar las dificultades y decidir en los diferentes momentos de la vida. Esto se apoya en el diálogo, la escucha y el acompañamiento de la comunidad, como se mencionó anteriormente.

La tarea implica, entonces, según los discursos de los *tutores de práctica*, transmitir a los estudiantes desde la cosmovisión *misak* el sentido de la responsabilidad por la vida, identificar

cuáles son las pautas comunes del territorio que hacen posible la armonía con ella, articulada a este, como una sola.

Por tanto, para lograr una comprensión integral de la salud es importante entender la visión integral de la vida. Luego, se infiere que la bioética asume una forma menos abstracta en la medida en que es vivenciada desde diferentes escenarios en la práctica. Aquello revela un sentido al proceso formativo bioético, al reconocer cómo los docentes y directivos son responsables de la formación bioética de los estudiantes, desarrollando en el proceso formativo actitudes de escucha y saber relacionarse, a partir del conocimiento de la cosmovisión *misak*. Igualmente, por medio del respeto hacia ellos (los estudiantes), *los tutores de práctica* buscan ser ejemplo en las relaciones que se establecen en el acto de cuidado, porque se encuentran en un contexto particular, donde hay miradas en torno al cuidado de la salud permeadas por la cultura, que no solo requieren conocimiento técnico, sino también apertura hacia lo humano. Esto último señala un sinsentido en el proceso formativo bioético, generado por la resistencia de algunos estudiantes, que refleja una formación donde prima lo institucional por encima de las necesidades de la comunidad.

Sin embargo, desde la perspectiva de los *estudiantes*, la bioética en el campo de la práctica profesional se configura desde la praxis (no una práctica), debido a que el contexto les dona un sentido a través de la cultura y el ciclo de vida *misak*, pues los sensibiliza en valores comunitarios localizados y mirados desde espacios contextuales, lo cual se expresa como una exigencia de las instituciones, pero también de responsabilidad individual:

La beneficencia buscando siempre hacer el bien a los demás y no causarles daño; respeto por las personas y justicia procurando siempre que se les brinde una atención con calidad y sin discriminación. (E2-02. SGFES.P1.2017)

Con el proyecto se busca contribuir a la institución y a los pacientes, con el fin de brindar una atención de calidad, maximizando los beneficios y minimizando los riesgos. (DC8. 051017.E1)

Si bien en los discursos de los estudiantes se reconocen algunos elementos del concepto de bioética en el campo de práctica profesional, referidos al respeto por la cosmovisión de las personas en el contexto donde desarrollan sus prácticas, su proceso formativo aún no los ha

dotado de un conocimiento y actitudes que les permitan relacionarse con las personas en ambientes interculturales, a través de saber comunicarse y escuchar para no chocar. Es pertinente incorporar en el acto de cuidado otros saberes y prácticas igualmente valiosas a las dominantes, como otras formas de afrontar la vida, la muerte y los procesos de salud-enfermedad.

Desde su voz no se evidencia un análisis del modo como la formación bioética transforma su práctica de cuidado en un contexto intercultural, aspecto fundamental para poder constituirse como agente de cambio; de manera que no existe extensión a otros contextos de práctica. En ocasiones se denota una bioética contextualizada solo para la cultura a la que están atendiendo, pero sin respeto a las diferencias que pueden encontrar en personas que pertenezcan a una cultura similar a la propia.

A su vez, los *sujetos de cuidado* demandan del proceso de formación bioética en las prácticas de los *estudiantes*, paciencia, amabilidad y un conocimiento de su cosmovisión y cultura, o al menos que ellos entiendan que es necesario contemplar esto a la hora de atenderlos:

A buscar el bien del otro a partir del respeto de las creencias, valores y costumbres de las personas en un contexto determinado (haciendo referencia al proceso formativo de los estudiantes). Esto, pues antes uno en la academia pues es como hay un conocimiento, hay una ciencia, entonces, nosotros a veces en la práctica se tienen otras concepciones; a veces como que choca eso (haciendo referencia a la visión de salud de su cultura). (S3.ESC.P1.2017)

Cuando nos remiten nos toca ir [a Popayán]; la atención es diferente, porque ahí hay unos más profesionales [...] Ellos allá hablan como nosotros, como entendemos nosotros, también ¡en castellano entendemos nosotros allá! Hay veces sino entendemos hay que preguntar. (S2.ESC.P2.2017)

Los sujetos de cuidado consideran el ciclo de vida como fundamental para la preservación de la salud, generando un sentido a la formación bioética del estudiante en el contexto de práctica, desde el vivir bien para mejorar la convivencia con todo lo que les rodea, ampliando una mirada del cuidado de la salud, donde el protagonista no es solamente el ser humano, sino su armonía con el territorio.

Por consiguiente, se evidencia desde los discursos de los *actores de formación* una búsqueda de formación enfatizada por un cuidado ético y bioético, planteando que la ética se cimienta principalmente en la familia. Los *sujetos de cuidado*, los *estudiantes* y los *tutores de práctica* destacan cómo el ciclo de vida genera sentido al concepto de bioética, al permitir reconfigurarlo desde la cosmovisión *misak*. Esto considerando que la salud es territorio, donde la persona es y convive en comunidad para vivir en armonía con todo lo que le rodea. Lo anterior muestra que estos actores tienen una visión aproximada a la propuesta de bioética latinoamericana, donde el concepto es inacabado y se construye desde adentro en las relaciones que se establecen con el otro en el territorio.

En síntesis, en el discurso de los *documentos*, *docentes* y *estudiantes* se percibe un distanciamiento de la propuesta latinoamericana, en la medida en que ellos reconocen algunos elementos relacionados al respeto por la cosmovisión en el cuidado de la salud, pero no hay un análisis de cómo estos elementos permean, cuestionan o transforman los saberes y prácticas, sustento fundamental para constituirse en agentes de cambio hacia una visión más recíproca del cuidado en un contexto intercultural. Lo anterior en razón a un currículo que orienta la formación bioética hacia lo técnico y carece de procesos reflexivos. Es por falta de esta reflexión que los estudiantes fácilmente cambian su comportamiento cuando rotan de contexto de práctica. Los mínimos aprendizajes entorno a la bioética que logran adquirir, quedan atrás, atisbándose un sinsentido del concepto de bioética en el campo de práctica profesional, donde el contexto de práctica dona un sentido a la formación bioética a través del *aprender a convivir para comprender el cuidado de la salud como territorio*.

De este modo, desde la cosmovisión de los sujetos de cuidado, se permite reconfigurar el concepto del cuidado de la salud como territorio, entendiendo la bioética como un concepto inacabado que incita a la reflexión y que tiene como herramienta el diálogo para dirimir los dilemas morales en la salud. En este caso particular, esos dilemas están permeados por la cultura del contexto de práctica, lo que exige ser conscientes de que hay puntos de desacuerdo y acuerdo, en razón a las diversas miradas en torno al cuidado de la salud. De esta manera, la categoría intercultural nos puede referir si existen o no procesos de diálogo, en el acto de cuidado, que consideren la cultura y que puedan aportar a la formación bioética. Para ello es necesario indagar sobre la participación activa de los *actores de formación*, contemplando las

relaciones más allá de lo interpersonal e incluyendo los aspectos formativos en bioética que permitan el respeto a la individualidad.

4.3. El sentido de la interculturalidad para la transformación de la bioética en las prácticas formativas de enfermería

“La interculturalidad crítica es una estrategia, acción y proceso permanente de relación y negociación en condiciones de respeto, legitimidad, simetría, equidad e igualdad”.

(Walsh, 2010, p. 78)

La interculturalidad en salud implica, en el acto de cuidado de enfermería, considerar el entorno cultural, la diversidad y el respeto, respecto a diferentes miradas relacionadas con la salud y la enfermedad. En la presente investigación se asume un concepto de la interculturalidad más amplio que el encontrado en el contenido de los discursos oficiales, los cuales la reducen al reconocimiento y aceptación de la diversidad, sin procurar una verdadera apropiación de los saberes tradicionales desde una postura crítica, y desde una actitud de apertura epistémica, ontológica y ética, que permita un encuentro con el otro al momento de brindar el cuidado.

Así, los *sujetos de cuidado, estudiantes y tutores de práctica* reconocen que el sentido del contexto intercultural, como un espacio para la formación bioética, es resultado del choque de su ser con la realidad, lo que despierta los sentidos a otras miradas del cuidado de la salud, donde la barrera no es el lenguaje sino la actitud. Se reclama de la orientación curricular, entonces, una articulación entre la universidad y el contexto de práctica desde inicio de la carrera de los futuros profesionales, para aportar a la comunidad, reiterando la importancia de la formación del ser en habilidades de escucha, conocimiento de la cultura, saber relacionarse y el lenguaje. A partir de la enseñanza de un modelo que brinde capacidad afectiva y respetuosa efectiva en contexto, se expresa un sentido, en la medida en que, como se mencionó anteriormente, el concepto de bioética en la práctica formativa se construye en la relación con el otro, integrando el saber técnico con una visión humana sensible, donadora de autonomía.

El asunto previamente mencionado cobra significado en la relación entre educación y cultura, orientada bajo una normatividad que pretende garantizar a la comunidad diversa del territorio colombiano, el derecho a una educación inclusiva y a una salud con enfoque

diferencial. Es así como la idea de “interculturalidad”, aplicada al acto pedagógico, no solo ocupa un lugar discursivo coherente con el proyecto político de sociedad en materia educativa, sino en la praxis del futuro profesional con la sociedad, al ser desarrollada como un proyecto personal de actitud de apertura al otro diverso, que reconstruye e interpela su identidad.

Cabe aclarar que dicha visión tiene en cuenta saberes en torno al cuidado de la salud que permiten la construcción desde el contexto, abriendo un camino a partir de lo ontológico, donde el contexto nos muestra la necesidad de tomar acciones que permitan el diálogo y el acercamiento, llevando a una redefinición del ser del estudiante y yendo más allá del reconocimiento de la cultura del otro.

Para identificar los sentidos de la interculturalidad que transforman la formación bioética en el campo de las prácticas formativas, se describieron dos subcategorías teóricas. En un primer momento se realiza un acercamiento a la visión de cultura de los actores, para, en un segundo momento, indagar sobre su visión de la interculturalidad. Finalmente, el último apartado presenta una síntesis de los sentidos evidenciados en los actores en torno a la interculturalidad, con el fin de comprender hacia qué tipo se orienta la formación bioética en las prácticas formativas (interculturalidad funcional/interculturalidad crítica).

4.3.1. Cultura.

La cultura ha sido explorada por diversas disciplinas, ópticas particulares y, en algunas ocasiones, redefinida a partir de viejos conceptos. Sin embargo, desde la mirada educativa, los *documentos* de la normatividad del proceso de formación del TSH en Colombia, la consideran como un hacer y un saber construido por el sujeto histórico en armonía con su contexto.

La dimensión cultural que representa “la **manera en la que hacemos** las cosas”, esto es, el entramado de **acciones y representaciones** construidas históricamente en relación a la naturaleza, la espiritualidad, el medio, la familia y la sociedad.
(28-04)

Bajo esta concepción cobra importancia lo estipulado en los documentos oficiales de la Universidad del Cauca, donde se considera a la cultura como un principio que orienta la construcción de identidad del futuro profesional, al promover espacios de vinculación con el

entorno. Lugares institucionalizados o no, donde el estudiante puede acercarse al otro diverso en su contexto y apropiarse de rasgos culturales que le parezcan buenos para el fortalecimiento de su identidad:

Apropiación cultural: la Universidad concurre al proceso de formación de quienes la integran, mediante la educación, entendida como proceso socio-cultural de apropiación crítica y dialógica de las culturas en los diferentes ámbitos en los que se participa, para recrearlos y contribuir a su mejoramiento, transformándolos y transformándose. (05-01)

A su vez, el estatuto académico de la Universidad del Cauca señala a la cultura como una dimensión del currículo, al contemplar el contexto como parte fundamental de la formación y la forma como se dan los procesos formativos, mirados desde una perspectiva de competencias:

Pertinencia cultural: el currículo de los programas académicos que ofrece la Universidad se articula con las características y necesidades del medio, la dinámica social y el desarrollo individual en concordancia con los propósitos establecidos en el Proyecto Educativo Institucional (PEI). (05-02)

Entonces, se puede inferir que el Programa de Enfermería, en consonancia con los procesos académicos de la Universidad del Cauca, redefine el concepto de cultura, encaminado a fortalecer un sistema de relaciones de sentido que identifica tensiones y encuentros que orientan la construcción y deconstrucción del ser del estudiante, al apropiarse y reinterpretar su contexto en el acto de cuidado.

Dimensión Cultural. Su propósito es aportar al estudiante elementos que le posibiliten atribuir sentido y reinventar el mundo y su propia vida, desde el reconocimiento de la interacción y la tensión entre instituciones y subjetividades “Socio-humanísticas: Fundamentos de Antropología y Cuidado cultural de la salud”. (21-01)

Aunque desde los discursos de *los docentes* no se define directamente qué es *cultura*, hay una relación con los sentidos de los *documentos* en razón a que la reducen, en la formación

bioética, a una competencia en términos del respeto por el otro y el conocimiento de su cultura. Los profesores manifiestan que es importante que los estudiantes se acerquen a los sujetos de cuidado con la sensibilidad suficiente para entender que poseen pensamientos, creencias y costumbres distintas de las suyas en torno al cuidado de salud. Ser respetuosos se asocia con tener en cuenta estos elementos al momento de brindar el cuidado:

Tenemos que respetar la dignidad humana y tenemos que respetar las otras culturas, lo que piensan y sienten y que solo así podemos aportar al proceso de formación de los estudiantes. (D3-04. ED1.P1.2018)

Se van a encontrar con diferentes culturas (dirigiéndose a los estudiantes), entonces la importancia de que ustedes cuando lleguen, se tomen el **trabajo de conocer**, de conocer todas esas cosas, porque si no, si uno llega a querer hacer su trabajo como estamos acostumbrados a hacerlo, como lo entendemos, pues vamos a **chocar**; entonces, para que ustedes tengan en cuenta, es importante que conozcan la cultura, todas esas cositas que, de pronto, **a nosotros nos parecerán extrañas**, para ellos tienen un fundamento y eso hace parte del **respeto** que nosotros debemos tener con todas las culturas, porque ustedes no saben a dónde les va a tocar ir. Pueden **enfrentarse** con población indígena, población afro. (DC17. 161117.D4)

Lo descrito anteriormente por estos actores, implica la realización de actividades que permitan que los estudiantes adquieran mayor autonomía, pues a través del contacto con la comunidad, se encuentran con el aspecto social y humano de su profesión, contribuyendo a su formación bioética:

Buscar un equilibrio o por lo menos eso es lo que se procura en los sitios de práctica de décimo semestre, porque el estudiante ya está próximo a egresar y se da un poco más de **autonomía**, tanto para el estudiante como para la IPS [en la] que él va estar realizando su práctica. (D9. GFD1.P4.2018)

No obstante lo aquí expuesto, se genera un sinsentido en la transformación en el campo de prácticas formativas, en la medida que los *docentes y directivos* reconocen que la cultura se

debe tener en cuenta en la relación que se establece con el otro durante el cuidado, aceptándolo a pesar de las diferencias. Pero este aspecto no lo asumen como un elemento conceptual, sino como algo que se aprende a través de las experiencias de vida, y que el mismo representa un reto para ellos, lo que provoca vacíos en los estudiantes a nivel conceptual que evitan una mejor orientación a nivel práctico. Ello porque, al igual que lo señalado en los hallazgos sobre la formación bioética, se reconoce que no se cuenta con bases epistémicas:

En las prácticas formativas se confronta nuestra formación y nuestro sistema de salud; se han identificado prácticas culturales en el programa como la forma vertical del parto, el acompañamiento de las personas, pero en el trabajo de gestión no lo han articulado, solo presentan el informe de prácticas culturales y cuáles riñen con estas. Pero además de cosas demasiadas generales, se trabaja mucho la parte de la entrega de la placenta, también como una práctica cultural que se respeta con el MIAS (hace referencia al Modelo de Atención Integral en Salud). De esto se está tratando que, en los protocolos, se incluyan un poco las prácticas de ellos, además que a nuestra mirada nos parece como bien involucrar (risas); pero yo sí creo que falta mucho desarrollo, mucho desarrollo y mucha formación (haciendo referencia a la parte cultural) estando en un departamento tan diverso como puede ser este [...] Yo creo que nosotros debemos empezar (haciendo referencia a la parte cultural) desde la parte humana, dentro de lo que es el currículo,; yo creo que hay que tocarnos más profundamente en lo humano a nosotros mismos y a los estudiantes como seres humanos y yo creo que la formación en lo intercultural debe iniciar en los primeros semestres, porque ya tarde nosotros no les vamos a enseñar nunca a interactuar con ellos, tenemos dificultades en la comunicación [...] Yo creo que a los mismos profesores nos falta formación [...] para saber con quién estamos trabajando (haciendo referencia a la cultura), y a los estudiantes [también]. Si nosotros no somos sensibles, nosotros no podemos enseñarles a los estudiantes eso mismo, porque se necesita mucho compromiso interno. (D3. GFD1.P4.201)

A diferencia de los *docentes y directivos*, los *tutores de práctica*, en sus discursos, muestran un mayor acercamiento al concepto de cultura. Plantean que esta implica el

conocimiento de creencias, costumbres, tradiciones, rituales y cosmovisión, de los sujetos de cuidado, al momento de brindar la atención:

Les gusta que les atiendan acá porque **se sienten seguros en su resguardo** (refiriéndose a los sujetos de cuidado), pero no les gusta que los remitan [...] Respeto esa parte cultural, pero a veces dentro de esa parte hay algo que uno debe reconocer y es que a nosotros prácticamente nos formaron, **nos educaron y nos metieron un chip**: de que uno debe hacer lo posible por tratar de ayudarle a la salud del paciente que uno tiene en ese momento a cargo. He tenido muchos conflictos; como ya lo dijo la jefe, **me ha tocado lidiar bastante con la cultura**, en la cual, ha habido momentos en que han llegado pacientes a la madrugada; pacientes pediátricos, muy complicados, en la cual aun sabiendo que están tan complicados, los padres no dejan que sean remitidos. (P6-01. GFP1.P6.2017)

Las diferencias respecto al concepto de salud en la cultura propia y externa producen choques en el momento del cuidado. Culturalmente los sujetos de cuidado acuden a la medicina tradicional, primero, y luego van a los centros de atención externos; toman decisiones fundamentadas en sus creencias y no se adhieren a procedimientos que contradigan las mismas:

Primero son valorados por medicina tradicional; medicina tradicional intenta primero mejorar dentro de su parte homeopática y todo lo que ellos tienen a nivel de las creencias ancestrales; mejoran todo a nivel de las energías del paciente y todo lo demás. Cuando ya definitivamente, dentro de la parte tradicional, se les escapa a ellos de las manos, es cuando llega el paciente a la institución. (P6-02. GFP1.P6.2017)

En algunas instituciones de salud, al no comprender la lengua del pueblo misak, los especialistas no los entienden, los gritan, situación que genera en el pueblo misak distancia de la medicina occidental. (DC3. 070917.P2)

En vacunación hay barreras para realizar este procedimiento porque para el pueblo misak las vacunas causan enfermedad [...] Morbilidad por desnutrición en niños; para el pueblo misak no hay inconveniente que un niño muera por esta causa,

porque **la muerte hace parte del proceso de la vida:** es un “ángel que va al cielo” [...] Quien acompaña al recién nacido es la abuela y no la madre, porque para el pueblo misak la mujer en la dieta debe cuidarse 40 días y no puede salir. Las instituciones de salud en Popayán colocan barreras, al no entregar a la abuela al menor cuando egresa, porque solicitan que debe estar presente la madre. (DC3. 070917.P2)

Los tutores de práctica reiteran, al igual que lo planteado en la formación bioética, que la actitud del profesional es indispensable para el acercamiento al otro en un contexto intercultural.

No es el lenguaje la barrera, también es la actitud de los profesionales de salud en la atención, en la forma del saludo: no los miran o no responden. (P6-02. GFP1.P6.2017)

Dado que se requiere construir una relación de confianza con el otro pensando en su bienestar, teniendo en cuenta su cultura, los tutores asumen que esta relación con los estudiantes favorece la formación bioética. Enfatizan que esta debe generarse desde actitudes como humildad, la responsabilidad, la proactividad y el trabajo en equipo:

Yo no me las sé todas, pero dentro de lo poco que sé, trató de enseñarlo, porque realmente me gusta de pronto explicar lo que sé; entonces les digo (refiriéndose a los estudiantes): “bueno, lo que ustedes no sepan pregúntelo”. Por ende, cualquier duda que tengan, si no me la sé, la estudiamos juntos y la **resolvemos juntos.** (P6. GFP1.P4.2017)

Es buscar la oportunidad, o sea ¡yo quiero aprender! A todas les he dicho (refiriéndose a las estudiantes): “los médicos acá (refiriéndose al sitio de práctica) son muy sociables; [con] ellos se puede; con el doctor (menciona el nombre de un médico) se pueden sentar toda la noche y les puede explicar toda la noche” (risas). ¡Sí! absorban eso, porque **es la única forma para que ustedes aprendan;** por eso yo le digo, hay unos que llegan como con esa [actitud] y hay otros que les da igual y vienen: “jefe, présteme la evaluación que ya me voy” y ya; entonces yo pienso que es más de **compromiso** y de **actitud.** (P2. GFP1.P4.2017)

Los *estudiantes*, al igual que los tutores *de práctica*, conciben la *cultura* como algo propio y característico de cada pueblo. En el caso de su contexto de práctica, como se mencionó anteriormente, es eje fundamental el conocimiento del ciclo de vida *misak*, en razón a que amplía la mirada en torno al cuidado de la salud, y por ello es importante conocerlo. Los alumnos consideran que el contacto con una cultura distinta los enriquece y les ofrece la posibilidad de aprender, principalmente a nivel personal, fortaleciendo su formación bioética:

Es una comunidad que su cultura se basa a partir de un ciclo de vida que explica todo: su familia, economía, sociedad, sus enfermedades y si no se sabe escuchar, se pierde la armonía y ahí es donde empiezan las fallas (E5-01. PGFES.P11.2017)

Aquí (refiriéndose al sitio de práctica) es la experiencia cultural; más que la gestión, es el enriquecimiento personal, porque pues uno aprende de muchas cosas [...] **Este espacio es enriquecedor culturalmente.** (E6. PGFES.P12.2017)

Cada cultura tiene diferentes pensamientos de los cuales **podemos aprender, debemos respetar.** (E1. PGFES.P8.2017)

Es necesario conocer las culturas para brindar el cuidado basado en el respeto. (E2. PGFES.P8.2017)

Contribuimos a que su cultura no se pierda respetando, porque nosotros **no llegamos a imponer**, al contrario, llegamos a aprender de ellos. (DC5. 140917.E1)

De lo descrito por los estudiantes se infiere que, cuando la cultura se constituye en un sistema cerrado, donde en ocasiones no se comparte su conocimiento, los desencuentros entre culturas se presentan y son percibidos por ellos como choques, al confrontarlos ante dilemas éticos de base cultural, relacionados con la cosmovisión y la barrera del lenguaje:

Cada comunidad tiene una **cosmovisión diferente**. Tiene prácticas diferentes que para nosotros, dentro de la universidad, pueden ser no válidas, pero ya dentro de las comunidades indígenas son prácticas que se realizan a diario, que muchas veces, como le digo, los médicos tradicionales **no comparten todo ese**

conocimiento, pero que más sin embargo, hay cosas en las que uno puede acceder y que uno puede conocer y aprender a respetar; porque muchas veces, creo yo, que una persona llegue y diga: “¡No! Yo voy primero al médico tradicional, que me haga una armonización” Y después [diga]: “Sí voy a ir al médico”. [Es] como poder entender que eso es importante para las personas y pues poder respetar eso. (E3-02. SGFES.P2.2017)

Inicialmente sentimos cierta **impotencia en cuanto a la comunicación** con la madre del niño y aunque existía gran deseo de brindar educación, y conocer más a fondo la situación, se dificultaba por que la madre poco hablaba. [Desde] nuestra percepción, ella no se sentía cómoda con tantas preguntas. Siempre su mirada era hacia el piso y se limitaba solo a decir sí o no. (E7-01. PGFES.P2.2017)

Los alumnos también reconocen que, aunque reciben una inducción para evitar estos “choques” con los sujetos de cuidado, en ocasiones es difícil comprender concepciones diferentes sobre la salud y la enfermedad:

Aunque acá (refiriéndose al sitio de práctica) uno de pronto no choca porque le han dado la inducción de que las personas acá son diferentes, de que no hay que juzgarlas porque lo que uno hace es alejarlas, [...] pero si es complicado como [...] que a veces comprender la **visión de salud y de enfermedad** que tienen ellos. (DC5. 140917.E2)

La cultura puede generar en los estudiantes un cambio de actitud, basados en la experiencia durante la práctica. Cabe resaltar que el concepto que construyen a partir de esta dista considerablemente de los prejuicios que poseen antes de iniciarla. De modo que la cultura se convierte en una oportunidad para modificar dichos prejuicios y construir un vínculo con el otro. Esto posibilita la construcción de una formación bioética que les permita la confrontación de su ser con las exigencias de su sitio de práctica, las cuales son particulares:

Lograr borrar esa barrera cultural y esas creencias sobre otras culturas que muchas veces se tienen [...] Aprender de los saberes tradicionales con los que los otros

(refiriéndose a los sujetos de cuidado) se sienten más seguros que con los nuestros y **crear un vínculo de saberes**. (E3-02. PGFES.P13.2017)

Ser más tolerante ante diferentes conocimientos, **tener la disposición** para aprender y compartir. (E1-01. PGFES.P13.2017)

[Antes de entrar a la práctica] Más que prejuicios fue imaginar cómo era esa comunidad; pensaba que era una comunidad cerrada al mundo occidental; pensaba que al hablar con ellos no iban a aceptar las sugerencias que le podían brindar porque para ellos son más importantes los saberes ancestrales. (E5-01. SGFES.P10.2017)

[Después de haber realizado la práctica] Es una comunidad con grandes saberes y tradiciones que quieren compartir sus conocimientos y aprender de los nuestros también. Además, son personas muy cálidas, amables. (E8-01. SGFES.P11.2017)

Es así como el encuentro con el otro, es percibido por los *estudiantes* como una actitud que se desarrolla principalmente a través de la práctica y no sólo con la teoría:

No sabía cómo manejar la situación; “si digo tal cosa de pronto los ofendo” (refiriéndose a los sujetos de cuidado). Uno sabe lo de interculturalidad o multiculturalidad, pero estas cosas son más de práctica que de teoría. (E5-03. SGFES.P12.2017)

Los alumnos perciben la práctica como la oportunidad para encontrarse con el otro diverso y aprender de él. Sin embargo, al igual que *los tutores de práctica* y los hallazgos del currículo que orienta la formación bioética, las funciones administrativas (en oficina) limitan otros elementos que podrían aportarles a las posibilidades de encontrarse con el otro y construir una visión mucho más recíproca del cuidado en enfermería:

La práctica administrativa se debería hacer en noveno y terminar con práctica clínica. Uno quiere estar en estas situaciones, uno quiere estar en contacto con las personas, aprender más de ellas, conocer, salir extramural [...] en lugar de estar en una oficina. Créame que sí [...] mi experiencia con ellos fue maravillosa [...] Uno

aprende tantas cosas de ellos y uno quiere tener tanta relación con ellos, pero a la vez se lo impide una barrera que es la administración. (E1-01. PGFES.P12.2017)

Lo asistencial lo subvaloran y lo importante es lo administrativo, pero uno lo administrativo lo aprende mucho más fácil que lo asistencial. (E2-01. PGFES.P12.2017)

Indican además que el encuentro entre culturas se subordina a la actitud de cada uno de ellos (estudiantes), para interesarse por conocer a los sujetos de cuidado desde el contexto de práctica y no solo desde la enfermedad, sinsentido señalado también por los *tutores de práctica*:

Prefiero estar en contacto con las personas, salir a jornadas, irme por allá. Para mí la satisfacción quedó en que a pesar de que seguro hice mal ese proyecto (refiriéndose al proyecto de práctica), pero aprendí muchas cosas y nadie nos va a quitar lo bailado. Mi experiencia con ellos (refiriéndose a los sujetos de cuidado) me dio felicidad, lo máximo. Hay tantas cosas que uno quería hacer para la comunidad, el hospital [...] pero lo frenaba el proyecto. (E3-02. PGFES.P12.2017)

De esta manera, el encuentro de culturas²¹ en las experiencias construidas en el sitio de práctica fortalece el rol como profesionales de enfermería en el proceso de formación bioética:

Para mí fue una experiencia tan significativa que **marco mi vida**, puede sonar exagerando, pero es tan hermoso compartir con personas tan bellas de corazón que pareciera no ser desconocido sino **estar en familia**. (E1-01. TGFES.P5.2017)

Ellos (refiriéndose a la comunidad en el sitio de práctica) significan una familia, porque siempre buscan protegerse los unos con los otros. No [es] solo el beneficio personal, sino que es de comunidad el sentimiento y a nosotros nos hicieron sentir como parte de esa familia, aunque fuéramos unos extraños. (E2. SGFES.P5.2017)

²¹ Encuentro entre la visión del cuidado de la salud en la que fueron formados los estudiantes y la que genera el contexto.

Este encuentro con el otro es, a su vez, un encuentro consigo mismos, que además de fortalecer su rol favorece la toma de conciencia sobre su identidad cultural como profesionales y que aporta a la transformación de la concepción de bioética:

Experiencias que me llevaron a **tomar conciencia sobre mí**, sobre mi cultura, mis raíces. [Ayudaron] a derribar esa barrera cultural que al inicio había puesto. (E4-02. TGFES.P5.2017)

Yo he tenido intercambios culturales, pero no intercambios culturales de este tipo. Yo he salido del país y he viajado fuera del país y he tenido intercambios culturales con otro tipo de culturas; uno muchas veces se desliga de su origen por pretender ser mejor [...] Entonces, si tú quieres ser bueno, tienes que ser como ellos (refiriéndose a las personas de otros países); uno se olvida que tiene orígenes que son igual de importantes que los que ellos tienen y que su cultura abarca muchísimas cosas, pero las nuestras nos hacen a nosotros, entonces es muy importante. Eso fue un aterrizaje de que uno no es europeo, que uno es indígena y me siento orgulloso de serlo. (E6-01. TGFES.P5.2017)

Los *sujetos de cuidado*, por su parte, conciben la cultura como el conjunto de creencias, costumbres, idiomas y actitudes propias. Consideran que la enseñanza desde el fogón (estructurada desde las normas y autoridad de los padres) previene la aparición de enfermedades, así como el afrontamiento de distintos problemas a lo largo de la vida. Para ellos esto dona un sentido a la formación bioética, como ya se mencionó, al ampliar la mirada del cuidado de la salud e implica trascender la asistencia individual, para considerar las necesidades y preocupaciones comunitarias:

El fogón era el centro de mi organización social, el centro [...] en este momento se ha transformado, por eso pasa lo de las enfermedades de transmisión sexual, porque hay mamás solteras y papás irresponsables también [...] Como **no hay autoridad**, no hay quien controle en la casa, no hay quien esté pendiente, entonces ¿qué pasa? [...] Más de uno por ejemplo acá vive solo; **no tienen quien les enseñe**, quien les aconseje, quien les guíe. (DC7. 30092017.S11)

Pienso que tanto el médico como la enfermera; no solamente se medica y se cura de acuerdo a un sitio específico de su cuerpo. La salud implica muchas cosas a nivel de la comunidad: las dificultades, las angustias, las preocupaciones. (DC3. 070917.P3)

Para los sujetos de cuidado, el encuentro entre culturas se produce cuando construyen una confianza con el otro, en el momento en que reciben atención por parte de los estudiantes de enfermería. Esto es difícil de lograr considerando que al momento de recibir el cuidado habitan un espacio distinto al propio, con instrumentos que a veces están relacionados con el dolor y que producen temor. A ello se suma la pérdida de autonomía, que los lleva a aceptar las decisiones del equipo de salud, aunque no siempre entiendan lo que les dicen y los procedimientos contradigan sus creencias culturales. En este sentido, estas personas identifican que determinados procedimientos, como las citologías, les corresponde realizarlas exclusivamente a las mujeres, independientemente de si son estudiantes o egresadas:

Tenía **miedo** de las agujitas, de las inyecciones. Si detectan alguna enfermedad grave, lo mandan para Popayán [...] La gente de acá dice que “uno está pues un poquito enfermito”, y lo llevan y como dice, los llevan desde allá y a veces los traen muertos [...] Por eso es que tienen miedo acá, por eso los adultos dicen que ¡no! Aunque está doliendo mucho, prefieren quedarse en casa. (S1. ESC1.P4 2017)

En la toma de citologías es cuando están los pasantes; más que todo no importa que sea un pasante, sino que sea mujer. (S7. ESC2.P4.2017)

El tiempo escapa de su control al momento de ingresar al centro de salud, por lo que deben adaptarse a los horarios, los retrasos y la atención rápida sin mayor profundidad, los cuales perjudican el encuentro:

Se demoran (refiriéndose a la atención). Pido permiso dos horas, uno va dos horas ahí, pero uno sale en tres horas o cuatro horas [...] Puede venir usted a primeras horas o bien puede venir por la tarde, entonces ellos en la tarde, o sea después de las tres así, es lo que he estado haciendo [...] Claro, entiendo,

pacientes algunos hay que atenderlos otro poquito, pues de todas maneras se pasa el tiempo; eso es lo que de pronto he visto. (S3. ESC1.P4.2017)

A veces **toca esperar** mucho. A veces uno viene a crecimiento a las nueve de la mañana y toca estar toda la tarde entre semana, y [si] uno viene a médico, igual, toca esperar. Llega a las nueve, va saliendo a las dos de la tarde [...] Aquí uno a veces trae esos chiquitos (refiriéndose a los niños) y empiezan a llorar por hambre. Uno no puede pasar, más que todo con los chiquiticos. (S7. ESC2.P4.2017)

Algunas personas **hacen por encima la consulta**. (S5. ESC1.P4.2017)

Los sujetos de cuidado consideran, desde su cultura, que la comunicación es lo que permite el encuentro con el otro. Sin embargo, resaltan, al igual que los *estudiantes*, que esta va más allá del conocimiento de la lengua propia: implica darse a entender, y brindar un “buen trato” durante la atención, lo que contribuye al proceso formativo bioético en el contexto de práctica. Identifican la amabilidad como señal de respeto, y el respeto como algo que favorece el encuentro. En este sentido, el buen trato involucra la presentación, saludo, explicación detallada de los procedimientos y la posibilidad de participar en la toma de decisiones junto al equipo de salud:

La gente mestiza (refiriéndose a las personas fuera de la comunidad) es como **más amable**: habla bien al niño y se deja atender, y la gente guambiana **habla solo en lengua, pero no son tan cariñosos**, digo yo [...] La calidad de la atención, ser más amable, hay unos que no son tan amables. (S8. ESC2.P4.2017)

Uno cuando trae a los niños a control también, hay unos [...] que si **se presentan** (refiriéndose a los estudiantes) y dicen, cuando no está la jefe: “venimos por esto y estamos en esto”; pero hay otras personas que uno hasta **los saluda y medio contestan**. (S7. ESC2.P4.2017)

Entré y medio saludó (refiriéndose al profesional). No me puso atención al niño y **lloró todo el tiempo** y él (refiriéndose al profesional) estaba ahí tranquilo, pero

hay unos doctores que no son así, tratan de calmarlo [...] Casi que no me le dieron bien la atención al niño, por lo que yo salí azarada, [y] recibí los medicamentos casi llegando a la casa. Era hidróxido de aluminio para la gastritis y no para los granos. **Yo no volví a traerlo**, yo me lo llevé a Silvia, particular. Yo no volví a traerlo porque dije: “pues **vuelvo a venir y pasa lo mismo**”. (S7. ESC2.P4. 2017)

Tabla 19
Subcategoría cultura

Actores	Percepción de cultura
Documentos	Es una construcción de conocimiento en razón a la historia y al contexto del sujeto, que permite interpretar las experiencias y da paso a la formación de la identidad, que, en este caso, es profesional.
Docentes y directivos	Consideran importante respetar lo que piensan las personas, teniendo en cuenta sus experiencias particulares. Se plantea el contexto de práctica como una oportunidad de formación en los estudiantes.
Tutores de práctica	Conocimientos que representan las creencias, costumbres, tradiciones, rituales y cosmovisión de los sujetos de cuidado. Consideran que al existir diferentes visiones del cuidado de la salud, se producen choques en el acto de cuidado. Para superar esto se requiere de una actitud abierta de parte del profesional, que sea comprometida y que no se base solo en el lenguaje para enfrentar las barreras comunicativas.
Estudiantes	La definen como algo que es propio y característico de cada pueblo. En el caso de sus prácticas, resaltan la necesidad de conocer el ciclo de vida <i>misak</i> para poder brindar un mejor cuidado. No obstante, manifiestan choques relacionados con la cosmovisión. Consideran los sitios de práctica y sus experiencias con los sujetos de cuidado como enriquecedoras.
Sujetos de cuidado	Creencias, costumbres, idioma y actitudes propias. Para ellos la comunicación es un eje fundamental para establecer una relación con el otro, pero esta no es limitada al lenguaje. Se requiere construir confianza y, por tanto, los profesionales en enfermería deben tener en cuenta sus percepciones y expectativas del acto de cuidado.

Fuente: Elaboración propia.

4.3.2. Interculturalidad, la mirada de uno mismo donde uno mira al otro.

La subcategoría de cultura, desde los discursos de los *actores de formación*, señala que en el proceso formativo bioético se generan desencuentros, catalogados como choques en torno a la visión de cuidado de salud, la actitud del profesional y la comunicación. Estos desencuentros son una oportunidad de reconocimiento y aceptación como profesionales de enfermería y la apertura a otras visiones en el cuidado de la salud. Lo anterior no implica que se dé prioridad a la cultura del otro, ni que se deje en segundo plano, sino la necesidad de una formación bioética que permita armonizar el saber con el ser, mediante la articulación de la universidad con el contexto de práctica. Es en ese escenario donde la interculturalidad puede ser un puente en la dimensión cultural de esta relación, para comprender y transformar la formación bioética hacia una visión del cuidado que considere al ser humano, su contexto y al profesional de enfermería como agente de cambio.

Los documentos, como la Constitución Política de Colombia (1991), plantean que la interculturalidad parte de una concepción que se refiere a lo étnico, debido a nuestra realidad latinoamericana de pluralidad étnica y cultural:

Artículo 7: que se “reconoce y protege la diversidad étnica y cultural”. (01-01)

Esta situación conlleva a promover en el proceso formativo bioético, desde la ley general de educación, actitudes en la relación entre grupos o personas de diversa cultura, que requieren formas de convivencia de acuerdo con los valores universales de la democracia y el respeto hacia los derechos humanos, como base para fortalecer la identidad y la continuidad de la cultura propia.

Artículo 5. La educación se desarrollará atendiendo a los siguientes fines: el estudio y la comprensión crítica de la cultura nacional y de la diversidad étnica y cultural del país, como fundamento de la unidad nacional y de su identidad. (03-01)

La interculturalidad, así entendida, es una cuestión de relaciones entre distintos, sea por su cultura, género, identidad, política, etc. Estas relaciones suponen procesos de formación bioéticos en los futuros profesionales de enfermería, donde todos deben aprender, desaprender y

reaprender, sin dejar de ser lo que son. Es así como la interculturalidad se contempla como un rasgo constitutivo de la educación superior del país y promueve, desde ella, su mejoramiento continuo, reconociendo la naturaleza o enfoque particular de cada institución:

Artículo N° 2. Principios. [...] Identidad. Es la naturaleza jurídica y el carácter académico de las instituciones de acuerdo con la ley, y en consonancia con su misión, visión y con las declaraciones contenidas en sus planes institucionales [...] Diversidad es el **reconocimiento**, a partir de dinámicas locales, nacionales y globales, de la **pluralidad** de instituciones y programas como un rasgo constitutivo de la educación superior del país y promueve, desde ella, su mejoramiento continuo, reconociendo la naturaleza o enfoque particular de la institución y el lugar de desarrollo de su oferta académica. (29-01)

Al mismo tiempo, *los documentos* sobre la normatividad en materia de Salud, estiman la interculturalidad como el reconocimiento y protección a la diversidad, lo cual suscita una actitud de respeto por la diferencia y de acercamiento, mediante el diálogo, en condiciones de asimetría social y epistémica:

En el contexto de la multiculturalidad y lo pluriétnico, la interculturalidad promueve la **relación**, el **reconocimiento**, la **colaboración** y el **diálogo** respetuoso entre grupos de **diversas culturas** [...] La interculturalidad se da en el contexto de la formación en salud, entre la visión de salud de los pueblos indígenas y las culturas no indígenas, dentro de ellas la visión convencional, alopática u occidental de la salud. (28-01)

Desde el Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca, en su proyecto educativo 2008-2012, se concibe como una estrategia de cohesión social, donde se pretende acrecentar en el estudiante competencias específicas de orden actitudinales, relacionadas con el respeto y la tolerancia, así como valores que fomentan la armonía con lo diverso.

Dicha perspectiva guarda cercanía con lo manifestado por los *docentes y directivos*, quienes asumen la interculturalidad como un asunto más vivencial y actitudinal que conceptual; sugieren que el acercamiento en la práctica permite el conocimiento del otro diverso, reiterando

lo que han expuesto en la categoría bioética y la subcategoría cultura. Esta postura los acerca al concepto intercultural:

El cuidado cultural **no puede ser teoría**; el cuidado cultural hay que ir a hacer unas prácticas en los asentamientos, en el área rural, ir a convivir con ellos, a ver qué comen, cómo viven, cómo son sus relaciones, sino ¿cómo los conoces? E integrar otros profesionales del área social. (D6. GFD1.P4.2018)

Los profesores y directores aceptan desconocer muchos aspectos sobre la interculturalidad y que la misma no puede reducirse a la enseñanza desde una asignatura, sino que debe ser una actitud permanente en ellos para ser orientada en los diferentes cursos. Sin embargo, no definen concretamente el concepto, limitándose a pensar en el mismo como una “actitud”:

Hay que mirar cómo pequeñas cosas de la interculturalidad deben ser **relacionadas a cada asignatura**, en actitudes, [...] Generar la competencia cultural [...] no involucra que yo tenga que introducir contenidos, porque los contenidos los da la asignatura, entonces lo que yo voy es **aplicar** [...] Eso implica capacitación docente. (D5. GFD1.P4.2018)

En un sentido distinto, los educadores sugieren que la interculturalidad, para transformar la bioética en las prácticas formativas, involucra el reconocimiento de sí mismos, desde la apropiación de lo que los diferencia, y no en la búsqueda de familiaridad con los otros:

La interculturalidad es el mismo **reconocimiento de nosotros como diferentes** y que no dependemos de lo que nos digan los gringos, los europeos, nada de eso [...] Entonces, ¿cómo así que no incursionan en estas cosas diferentes y siguen con lo mismo? Que lo que dice la Organización Mundial de la Salud [...] Que eso, que lo otro [...] Interculturalidad **centrada desde la mirada de uno mismo**, desde donde uno se sitúa, desde **donde uno mira al otro**. (D7. ED1.P4.2018)

Desde la percepción de los *tutores de práctica*, es un puente que permite la articulación de lo propio con lo externo, priorizando las necesidades de la comunidad; situación a considerar

en la formación bioética, para poder transformarla desde la práctica formativa. Al igual que los *docentes y directivos*, estas personas reconocen la importancia de lo propio para la atención en la salud y prevención de la enfermedad. Por otro lado, el cuidado implica construir una relación de confianza con el otro, procurando el conocimiento del mismo en su contexto natural (sin reducirlo a la enfermedad); conociendo sus formas particulares de entender el mundo e integrando algunos de estos rasgos culturales al cuidado en enfermería:

La interculturalidad está dada por la inevitable integración con el sistema de salud del país que corresponde a la medicina occidental [...] Se comprende la existencia de enfermedades que son propias de las culturas indígenas y requieren un abordaje diagnóstico y terapéutico, desde la lógica de un sistema médico propio, para lograr restablecer la salud. (DC3. 070917.P2)

Implícitamente en la interculturalidad aparece una primera situación, para **acercarse al otro**, que implica la **apropiación** selectiva de ciertos rasgos culturales, de los diversos saberes y prácticas que parezcan buenos para el fortalecimiento del “yo”, mediante el conocimiento de la cosmovisión. (DC3. 070917.P4)

Los *estudiantes* van más allá de lo que se acaba de mencionar, al concebirla como un proceso de integración de creencias culturales al proceso de cuidado. Aquí la preservación de la identidad cultural se enmarca en dar continuidad a la práctica de costumbres culturales durante el cuidado de la salud, así como llegar a acuerdos (que implican compartir la responsabilidad en el cuidado) y respetar la toma de decisiones (autonomía) de los sujetos de cuidado durante los procedimientos, evitando entrar en conflicto con sus creencias:

Si yo **escucho** al paciente, sus dolores y sus falencias, puedo **entender** su pensamiento, su punto de vista y **llegar a acuerdos** sin llegar a irrespetar sus creencias. (E5. PGFES.P14.2017)

Comprender su forma de vida (refiriéndose a los sujetos de cuidado) para actuar no como yo pienso, sino como el otro y yo pensamos, tras compartir una opinión. (E7. PGFES.P8.2017)

La comunicación, escucha de las opiniones de los sujetos de cuidado, el respeto por la cosmovisión y los **conocimientos adquiridos durante la formación académica**. (E2. PGFES.P14.2017)

[Al momento de brindar educación] utilizar el ciclo de vida misak para la socialización y adaptación de la cultura. Entender la cosmovisión para poder orientar el autocuidado que permita un adecuado empalme e interiorización de estos temas. (DC17.161117.E6)

Ellos (refiriéndose a los sujetos de cuidado) necesitaban sus dientes como las herramientas del trabajo, entonces nosotros articulábamos que las herramientas del trabajo son muy importantes, porque sin esas herramientas nosotros no podemos hacer, digamos, un buen sembrado; entonces lo mismo con los dientes. Si nosotros no teníamos los dientes, no podíamos realizar un adecuado procesamiento de los alimentos [...] La importancia que tenían los dientes para nosotros, como las herramientas de trabajo para ellos. (DC17. 161117.E6)

Respecto a los *sujetos de cuidado*, no se evidenció una conceptualización suficiente que permitiera extraer sentidos de la misma, motivo por el cual, en este apartado, solo se presentan los sentidos otorgados por los actores de formación restantes (normatividad, docentes y directivos, tutores y estudiantes).

Es así como desde la perspectiva de los *actores de formación*, la interculturalidad es vista como una relación, ya sea entre personas o grupos, que tienen culturas diversas, lo que requiere una actitud de apertura en torno al cuidado de la salud. Parece entonces que la interculturalidad ayuda a transformar la bioética en el contexto de prácticas formativas, a partir de la deconstrucción de las miradas de cuidado de la salud, no solo vista hacia el otro, sino hacia sí mismo. Se resalta, de esta manera, que las relaciones no son simétricas, como se observó en las subcategorías cultura, práctica formativa y formación bioética, en razón a que sigue imperando una visión técnica del cuidado, lo que conlleva a choques.

Por ello, el significado de interculturalidad desde los discursos de los *actores de formación*, da lugar a dos acepciones: *identidad*²² y *alteridad*. Ambas permiten ampliar la mirada sobre la interculturalidad que orienta la formación bioética en el campo de las prácticas formativas y la visión de cuidado que asume el profesional en enfermería.

En primera instancia, la *identidad* es relacionada en los *documentos* como el reconocimiento y aceptación del yo, el sentirse parte de un grupo social, para lo cual es necesario la construcción de un ethos a través del conocimiento propio y una actitud crítica que se da en los procesos de formación de la *identidad profesional*, donde esta es permeada por la *identidad cultural*:

Artículo 6. Objetivos: **Conservar y fomentar** el patrimonio cultural del país. (02-01)

La región requiere de profesionales que **conozcan** sus **procesos culturales**, su historia y su entorno y una **actitud crítica** frente a los problemas que viven el país y el mundo. (13-01)

Los *docentes y directivos* destacan que las experiencias previas son las que los han convertido en las personas que son, evidenciando un concepto de *identidad* que es propio y duradero en el tiempo. No obstante, señalan también que algunas de las características de su propia identidad, como es la *identidad profesional*, pueden cambiar en la medida en que se confrontan con nuevas situaciones durante el proceso de enseñanza, bien sea por las exigencias y necesidades de los estudiantes o por los retos que supone el contexto de práctica:

Uno muchas veces tiene dificultades y estos estudiantes vienen con otra carga, otra formación, exigiendo mucho más. Siempre he sido honrada en mi preparación de clases, uno se cuestiona y dice: “¡Eh! ¿Qué me está pasando?” Parecería que **me tengo que cuestionar** en lo que yo les estoy dando, porque los estudiantes no lo están asumiendo bien, pero, definitivamente, creo que el haber transitado por

²² La identidad hace referencia a diferentes identidades que se influyen entre sí, pero que pueden ser vistas como independientes. La identidad “es echar raíces hacia adentro. Inicia por el reconocimiento y aceptación de la propia personalidad y tiene su expansión social natural al sentirse parte de un grupo social de referencia, de un nosotros compartido entre varios” (Albo; citado en Fernández, 2004, p. 65).

tanto tiempo en la docencia me ha madurado muchísimo más y hoy veo las cosas diferente [...] Cuando inicié, por ejemplo, yo era capaz de pensar en que ese estudiante —el estudiante que creía que no tenía las capacidades para pasar inmediatamente—, yo le ponía su nota de “no aprobado” y, en este momento, ya lo pienso dos veces; ya pienso que los estudiantes y sus familias están haciendo unas inversiones [...] y que no es posible frustrarles esas posibilidades. (D13. GFD1.P4.2018)

Los profesores piensan que los estudiantes requieren acompañamiento para articular lo que conocen conceptualmente en el proceso formativo bioético, con lo que se les solicita implementar desde la práctica, procurando mantener una actitud ética congruente con su rol como profesionales de enfermería. Ello promueve identidad profesional en su práctica, ayudándolos a formar bioéticamente en el proceso de cuidado y en el encuentro con el otro, pasando de lo teórico a la experiencia. En este sentido, intentan relacionar ambos conocimientos (teórico y práctico), sin desconocer que aquello que enseñan en determinado semestre puede haberse olvidado en el último:

Siempre les decía (refiriéndose a los estudiantes): “**Atendemos personas primero y no cosas**” (refiriéndose a las patologías); entonces eso sí lo tenía claro y yo se los anunciaba: “Miren, cuando lleguemos a noveno, **ustedes se van a olvidar de eso**”, pero en todo, en absolutamente todo, desde que llegábamos al servicio (salas de pediatría), desde la forma como se relacionaban con los niños, con los padres, siempre en los análisis que se hacían de los niños, de casos clínicos, siempre, todo el tiempo les estaba llamando la atención: “cuidado es esto...”, “cuidado es esto...”, “¿**se acuerdan de lo que hablábamos?**” Entonces todo el tiempo se los estaba recordando para que lo implementaran en noveno; ellos caían en cuenta, muchos de ellos se reían [y] decían: “Es que la profe siempre está en todo, la profe siempre está en todo”, [...] pero nadie más que yo hacía eso. (D7.ED1.P3.2018)

En el proceso formativo bioético, los *tutores de práctica* exponen que la *identidad profesional* se constituye desde las vivencias. Señalan que los estudiantes llegan con conocimientos suficientes desde lo normativo, lo que les permite dar prioridad al ser,

promoviendo actitudes necesarias para brindar un cuidado intercultural, evitando el choque con las creencias de las personas. Esbozan que esto no lo enseña la universidad:

La normatividad vigente la tienen muy clara (refiriéndose a los estudiantes). [Me dicen:] “jefe mira que los procedimientos no se hacen así, porque no sé qué; ya cambió el protocolo, entonces si quiere se lo actualizo”. O sea, lo tienen claro [...] Entonces lo que yo hago acá es enfocarlos en ¡no vamos a chocar! ¡Vamos a tratar de educar al paciente! No es gritar. (P2. GFP1.P5.2017)

No se forman personas para llegar a terreno y hacer lo que tiene que hacer; es por la actitud; **la actitud hace la diferencia** de los médicos y enfermeros ruralitos. (P4. GFP1.P4.2017)

Como se planteó en la categoría práctica formativa, los tutores reiteran que asumen la responsabilidad de ser modelos de la formación bioética en un contexto de práctica intercultural, y se identifican a sí mismos por su actitud de disposición y apertura hacia los estudiantes. Su ejercicio permite un diálogo horizontal que favorece el encuentro y los hace sentir cómodos durante su proceso de práctica formativa, reconociéndolos como iguales al valorar sus aportes, lo que fortalece la *identidad profesional*.

Aquí (refiriéndose al sitio de práctica) se puede hacer para el estudiante la parte administrativa, la parte asistencial, la parte comunitaria, hay mucho por hacer. Desafortunadamente a veces aquí somos pocos, tal vez por muchas situaciones, y yo les digo a mis ruralitas (refiriéndose a los estudiantes), les digo: “este es su espacio, esto es de ustedes, ustedes vinieron aprender, yo también quiero aprender, aquí es compartir, tú aprendes y yo aprendo” [...] **Todos somos importantes**. (P3. GFP1.P5.2017)

Estos actores sugieren que es necesario desaprender algunos de los parámetros institucionales para responder con las necesidades propias del contexto de práctica, siempre pensando en el modo de aportar a la comunidad; mirada que está permeada por su *identidad cultural*:

Cuando vienes a (menciona el nombre de un resguardo indígena), tienes que empezar a [entender] cómo es la salud acá, cómo es que se maneja en (menciona el nombre de un hospital), que no es como de pronto en los otros hospitales, es un poquito diferente. Entonces ellos (refiriéndose a los estudiantes), empiezan a conocer y hay algunos que **se meten en el cuento** y recrean ese cuento y ese es mucho el apoyo. (P3. GFP1.P4.2017)

Los tutores enfatizan también en la importancia de conocer, en el proceso formativo bioético, la esencia de lo que es el cuidado en el sitio de práctica de los estudiantes, antes de realizar los procedimientos. De acuerdo a lo anterior, exteriorizan que debe existir un conocimiento de lo que son, para evitar hacer cosas distintas a lo que ellos denominan su “esencia” (*identidad profesional*) permeada por la cultura. Así, reiteran que los estudiantes necesitan claridad sobre la identidad cultural de los sujetos de cuidado, al momento de iniciar su proceso de práctica formativa:

Esa inducción que se hacía así antes era hasta el 2011. El mismo gerente de la institución, cuando llegaban los médicos rurales, generales, internos, las enfermeras ruralitas, explicaban algo muy sencillo [...] Aquí, con ese cuadro, ahí explicaba todo: el ciclo de vida, la cosmovisión, con eso el ser de (menciona el nombre de un hospital) está ahí. Entonces, digamos, de ahí lo podía explicar y como que les quedaba muy claro. Cuando regresé el año pasado aquí, lo que me di cuenta fue que no les dieron esa inducción. A los otros no les dieron. Entonces yo decía: ¡Ay Dios mío! Porque los compañeros que yo tenía, pues claro, todos ellos entendían eso y yo le entendía a mis compañeros el año pasado [... Entonces] dije: “no, pues él no tiene la culpa, porque el que estuvo ahí para darle esa inducción, no se la dio”. Pero hay que volverlo hacer, porque si no se nos va a perder otra vez **la esencia de lo que somos**. (P4. GFP1.P5.2017)

Desde la percepción de los *estudiantes*, la interacción con la comunidad en contextos interculturales fortalece su *identidad* como enfermeros en el proceso formativo bioético, en el sentido de que el espacio de práctica permite la aplicación de conocimientos adquiridos durante su formación académica. Por otro lado, también los enfrenta con situaciones para las cuales no

poseen una preparación previa, donde se reitera lo señalado en la subcategoría cultura, y que tiene que ver con las barreras de la comunicación. Es por ello que la vivencia en la práctica se convierte en el principal medio de aprendizaje:

Como barrera más importante que identifiqué es el temor de las personas hacia los servicios de salud. Piensan que no se les va a comprender sus diferencias y en muchas ocasiones esto crea una barrera más grande que la del lenguaje [...] Barreras de comunicación, de lenguaje, y algunas creencias culturales hacia la población indígena. (E3-01. TGFES.P6.2017)

Los alumnos reconocen que el cuidado trasciende la aplicación de conocimientos hacia una articulación con las necesidades de la comunidad y el desarrollo de habilidades personales. Sin embargo, continúan pensando que la teoría es lo que les permite reflexionar acerca del cuidado y la humanización del mismo:

Cuidado diferenciado **acorde a las creencias y costumbres** de la comunidad, conocimiento educativo, destrezas, habilidades clínicas y habilidades comunicativas. (E8-01. SGFES.P13.2017)

El **conocimiento que hemos adquirido en la formación** y la formación ética durante la carrera, porque son espacios que nos permiten reflexionar acerca del cuidado con las personas y la humanización del cuidado. (E5-01. SGFES.P13.2017)

Los *sujetos de cuidado* asumen, por su parte, la *identidad* como *identidad cultural* y como a partir de ella se establece la relación con el profesional de enfermería, aportando a su construcción de identidad profesional en el proceso formativo bioético. Ellos consideran que su *identidad* cultural se preserva en la medida en que sus creencias y costumbres son tenidas en cuenta durante la atención:

Yo pienso que esa profesional de enfermería en esa comunidad fortalece la identidad (haciendo referencia a la identidad cultural), la familia, el respeto, porque si tenemos una familia bien educada, bien orientada en la limpieza, en la

organización, en preservar el respeto, la identidad, la responsabilidad y la autoridad, esa familia va estar bien con sus vecinos. (S7.GFP.P2.2017)

La *identidad*, desde los *documentos*, se reconoce como un elemento de la interculturalidad, lo que abre paso a una actitud crítica frente a la formación bioética, a partir del conocimiento propio. En este caso, los *estudiantes, tutores y docentes y directivos* se acercan a un concepto de identidad profesional, mientras que los *sujetos de cuidado* la referencian como una identidad cultural. No obstante, se reitera lo planteado en la categoría de formación bioética, al observarse en los discursos que es necesario volver a la esencia de lo que somos, para poder establecer un diálogo o actitud de apertura hacia otras visiones del cuidado de la salud.

Por otra parte, la *alteridad*, desde los *documentos*, se refiere a la actitud de apertura hacia lo otro y los otros distintos a mí, lo cual implica relaciones de acogida, de respeto, de tolerancia y de “armonía en la diferencia”:

Respeto a los demás. Es un principio básico que induce al reconocimiento de la **igual valía de cada ser humano** como persona, independientemente de sus creencias, condición social, cultural o maneras de pensar [...] Tolerancia. Consiste en el respeto, la aceptación y el aprecio de la rica diversidad de las culturas de nuestro mundo, de nuestras formas de expresión y medios de ser humanos, en otras palabras, es la **armonía en la diferencia**. (19-06)

Los *docentes y directivos*, en sus discursos, no referencian qué es alteridad; sin embargo, perciben que se forma desde la relación que establecen con los estudiantes durante el proceso de enseñanza, entendiéndolo que estos tienden a reproducir dichas relaciones con los sujetos de cuidado. Estiman que los alumnos no solo reproducen los conocimientos, sino también las actitudes que evidencian en los profesores, perspectiva que fue señalada por ellos en la categoría práctica formativa. De ahí la importancia que la alteridad inicie desde los docentes, pues se argumenta que los estudiantes pueden comenzar por reconocer y aceptar las diferencias que existen entre ellos:

No es solamente dar el discurso de cómo relacionarse con el paciente o con el sujeto de cuidado, sino que **parte desde nuestra relación con los estudiantes**;

creo que ese es el punto inicial. Todas las necesidades y dificultades que surgen de los estudiantes [... se debe] tratar de buscar el punto de equilibrio entre lo que la norma le pide y la necesidad del estudiante. Creo que es un punto que se debe tener presente, es algo que en algunos momentos ha sido mencionado por los estudiantes: “¿Es que si a nosotros no nos tratan así?”. No es solo la cultura externa, sino **la relación con el otro**. Pienso que es uno de los puntos de partida. (D9. GFD1.P5.2018)

Los educadores y directivos sugieren que es importante promover el reconocimiento y la aceptación de los mismos estudiantes que provienen de culturas diversas, situación que para ellos contribuye a la transformación de la bioética en el campo de las prácticas formativas:

Una de las cosas que ayudaría a manejar la interculturalidad sería la aceptación de los estudiantes de diferentes culturas [...] Me ha funcionado el trabajo en equipo y entonces empiezan a conocerse (refiriéndose a los estudiantes), a comentarse entre ellos; entonces se van volviendo amigos, se dan confianza. Eso ha sido muy bueno, me ha funcionado en enfermería. Entonces ellos se liberan, más que todo los que vienen de la Costa Pacífica y de los pueblos, como que se liberan, empiezan a interrelacionarse con los demás que están en la ciudad; entonces ha sido efectivo. (D11. GFD1.P5.2018)

Los docentes reiteran, como lo sugirieron los *tutores de práctica* en el proceso de formación bioética, que el acercamiento a los otros debe producirse desde los primeros semestres de la carrera en distintos ámbitos, sin limitarse a los contextos hospitalarios, donde generalmente la única relación que se establece con el paciente es en torno a la enfermedad:

Uno de los elementos claves **debería ser el contacto muy temprano y permanente** del estudiante con esos medios culturales; eso implica unas transformaciones curriculares muy fuertes, que, por ejemplo en medicina, son tremendamente críticas, porque entre otras el contacto con el otro se hace muy tarde y se hace muy cerrado; porque el contacto con el otro es el paciente hospitalizado y ese no **es el verdadero contacto con el otro**, porque sigo

reduciendo mi acción y mi accionar a la enfermedad. Cuando hablo de interculturalidad y de bioética, lo que esencialmente estoy valorando es la vida y la salud misma y eso se mueve en entornos diferentes. (D13. GFD1.P5.2018)

No obstante, los *tutores de práctica* desde sus discursos se acercan al concepto de alteridad, planteándola como el reconocimiento de los otros en una situación que implica un cambio en la actitud propia, principalmente relacionada con la humildad:

Uno llega acá y empieza como a chocar; yo estaba en un tercer nivel, donde todo era occidental nada más y llegar a (menciona el nombre de un hospital) y encontrarme con otra cultura [...] Yo llegué a chocar con todo el mundo, hasta que me llamó la jefe de personal y me dijo: “acá las cosas se hacen de esta manera”. Entonces **me tocó ir bajándole a los humos** (refiriéndose a su ego). (P2. GFP1.P6.2017)

Estos actores perciben que la alteridad no puede presentarse si al momento de brindar el cuidado, no existe una actitud de apertura desde el equipo de atención en salud. Así, la confianza que ellos tienen con los *sujetos de cuidado* se ha construido a lo largo del tiempo, situación a considerar en la transformación de la concepción de bioética en el campo de las prácticas formativas:

Los abuelos (refiriéndose a los sujetos de cuidado) me comentan que ellos mismos presenciaron, en algún momento, que los rechazaron (refiriéndose al equipo de salud) y no los dejaban entrar en el (menciona el nombre de un centro de atención); o que cuando los dejaban entrar los hacían esperar mucho tiempo, lo cual prácticamente se evidenciaba como un elitismo, en el que **atendían primero al mestizo y finalmente atendían al paciente indígena**. También porque evidencio que todavía hay rezagos de eso, porque es muy común y muy notorio que **algunos abuelos dentro de su costumbre cultural incitan a los jóvenes a que no vengán al hospital** y eso es complicado, porque los abuelos tratan de transmitir esa costumbre. Todo se basa a través de costumbres ancestrales y las costumbres ancestrales priman. (P6. GFP1.P6.2017)

El misak casi nunca era dado para ir al hospital. Los abuelos, ancianos, hasta ahora, casi nunca les gusta venir al hospital; ahorita porque este lleva más de diez años y la gente ya conoce, ya viene, quiere que le atiendan acá; primero el médico tradicional y [la] partera. (P4. GFP1.P6.2017)

Los tutores consideran que las relaciones de alteridad aportan a transformar la bioética en el campo de las prácticas formativas, al tener cuenta que el cuidado involucra no sólo sanar al paciente sino “hacerlo sentir bien”. Reiteran que este paso hacia el respeto inicia con la aceptación de que los sujetos de cuidado tienen otros saberes, otras medicinas, otras alternativas soportadas en sus creencias (subyace una actitud de humildad, reconociendo que como médicos o enfermeras no lo saben todo):

Tratamos que los pacientes en lo posible se sientan [bien]; que salga de la consulta, que diga: “Qué médico tan chévere”, “Qué jefe, qué enfermera tan chévere”; porque a veces la empatía no es la que debe ser, porque a veces los profesionales se creen, digamos, los dioses que “nosotros podemos”, pero a veces **no aceptamos que acá tenemos otras medicinas**, otras alternativas, entonces: “No, eso que usted está tomando, ¡eso no lo haga!”, “eso que usted está haciendo, ¡eso no sirve!” [...] [En lugar de esto decir:] “¿Qué estás tomando?”, “¿qué has hecho?”, “¿qué te está ayudando?”, “¿te ha beneficiado en algo?”, “puede ser esto”; o sea, [evitar] llegar a chocar. (DC15. 091117.P3)

Los *estudiantes*, al igual que los *tutores de práctica*, consideran la alteridad como el reconocimiento del otro, el cual se produce a través del acto de escucharlos desde la vivencia de su enfermedad y respetar las creencias que desde su cosmovisión poseen sobre la misma, sumado al conocimiento que han adquirido durante la carrera. Esto permite establecer una relación de confianza con el sujeto de cuidado, sin dejar de lado la formación académica. Insisten, como lo manifestaron en la categoría bioética, que para transformar la bioética en la práctica formativa se requiere de una relación de apertura, que se genera al reconocer diferentes saberes, sin priorizar unos sobre otros:

Ponerse en los zapatos de la otra persona y **entender** sus problemas y manera de pensar, sin crítica alguna, **solo pensando en su bienestar**. (E1. PGFES.P14.2017)

El reto más grande es poder relacionarse con los demás y aceptarlos como son, sin imponer nuestros (conocimientos) sobre los de ellos. (E2. PGFES.P8.2017)

El reto más importante es lograr que se respete a las comunidades indígenas, su cultura, sus costumbres, de tal manera que se logre **llegar a ellos sin imponerles** nuestro conocimiento, pero tratando de cuidar su salud. (E3. PGFES.P8.2017)

Los *sujetos de cuidado* no dan una definición precisa de alteridad, sin embargo, la asocian con las relaciones que establecen en el proceso de cuidado de la salud y la necesidad de preservar su identidad cultural, continuando con la enseñanza y práctica de costumbres y tradiciones fundamentadas en sus creencias, orientadas desde el ciclo de vida *misak*.

Para ellos, las enfermedades se relacionan con desviarse del camino; señalan que enfermedades como las de transmisión sexual se producen por falta de autoridad, control y enseñanza desde el hogar, en torno al fogón. En este sentido, el fogón permite transformar, en las relaciones de alteridad, la bioética en las prácticas formativas de los estudiantes de enfermería. No obstante, también cierra sus acciones al ciclo de vida, evitando que los sujetos de cuidado asuman visiones diferentes a este y se dificulte la reciprocidad característica del cuidado en un contexto intercultural:

El fogón era el centro de mi organización social, el centro [...] en este momento se ha transformado, por eso pasa lo de las enfermedades de trasmisión sexual, porque hay mamás solteras y papás irresponsables también [...] Como no hay autoridad, no hay quien controle en la casa, no hay quien esté pendiente, entonces ¿qué pasa? [...] Más de uno por ejemplo acá vive solo; no tienen quien les enseñe, quien les aconseje, quien les guíe. (DC7. 30092017.S11)

De este modo, la alteridad, desde los *documentos, tutores de práctica y estudiantes* es planteada como el otro, que es un ser humano diverso culturalmente y, por tanto, tiene su propia visión acerca del cuidado de la salud. Para ellos, el otro es el sujeto de cuidado, con quien se establecen relaciones y es necesaria una actitud de respeto, apertura y humildad. Así se reconoce

a la persona durante el acto de cuidado más allá de la enfermedad y se respetan sus creencias, sin dejar de lado su formación, construyendo su identidad profesional.

Por otra parte, los *docentes y directivos* y los *sujetos de cuidado* no plantean una definición clara de alteridad, pero se infiere desde sus discursos que el otro es el estudiante. Para los primeros, en el proceso de formación bioética se requiere reconocerlos como personas diversas culturalmente, lo que influye en su *identidad profesional*; y, para los segundos, los alumnos universitarios deben tener apertura a su visión del cuidado de la salud, situación que contribuye a transformar la bioética desde la práctica formativa.

Se destaca que, desde los discursos de los *actores de formación*, la interculturalidad es entendida a partir de las relaciones donde se conjuga la *identidad* y la *alteridad*, vista como un encuentro de culturas. En este caso, ese encuentro es formado por miradas de cuidado de la salud diversas, donde la bioética permite reflexionar sobre él y poder aprender a convivir.

No obstante, como se mencionó en las categorías prácticas formativas y bioética, en el proceso formativo se siguen generando choques de base cultural al seguir considerando a la persona como un ser biológico y desconociendo sus saberes en torno al cuidado de la salud. Por tanto, resulta importante destacar, en torno a la educación, las perspectivas que muestran los *actores de formación* sobre interculturalidad y su relación con los hallazgos anteriores, para de esta forma vislumbrar la visión de interculturalidad que están manejando cada uno. Ello puede transformar la bioética en el campo de las prácticas, en la medida en que permite avanzar en una visión de la enfermería que permea la actitud, el comportamiento y la perspectiva; en cómo se conoce y cómo hay un acercamiento al otro en el cuidado de la salud.

Tabla 20
Subcategoría interculturalidad

Actores	Percepción sobre la interculturalidad
Normatividad	Reconocimiento de la diversidad étnica y cultural, así como al conocimiento de la cultura propia que permite consolidar una identidad como profesionales de enfermería.
Docentes y directivos	Reconocimiento de los otros como diferentes, una actitud que demanda más aplicación que teoría.

Actores	Percepción sobre la interculturalidad
Tutores	Puente que articula lo propio con lo externo; conlleva el reconocimiento de la diversidad cultural, la integración con lo institucional y la apropiación selectiva de rasgos culturales desde el cuidado en enfermería.
Estudiantes	Articulación de la cosmovisión con los conocimientos adquiridos en la formación académica, buscando la preservación cultural y el respeto a la autonomía de las personas, al momento de brindar el cuidado en enfermería.

Fuente: Elaboración propia.

4.3.3. Los sentidos y sinsentidos enunciados por los actores sobre la interculturalidad para transformar la bioética en el campo de prácticas formativas.

Desde los *documentos*, la cultura se concibe como el conocimiento que las personas han alcanzado por su contexto y desarrollo histórico. Este es usado para interpretar sus experiencias y forjar sus comportamientos, observándose que el concepto de cultura aporta un sentido a la formación bioética a partir de la construcción del ser. Así mismo, se atisba un sinsentido, porque al igual que lo planteado en la formación bioética, no es claro cómo se desarrolla en el acto formativo esta competencia en el currículo.

Lo previamente descrito puede ser consecuencia de los vacíos epistémicos que reconocen los *docentes y directivos* acerca de la cultura, al igual que los señalados en la formación bioética. Se infiere de sus discursos que no hay un concepto claro de ella, pero la relacionan con una actitud de respeto al otro diferente, y al conocimiento de las creencias y costumbres sobre el cuidado de la salud de las personas que se encuentran en los sitios de práctica formativa, al momento de estar en contacto. Consideran, en este caso, que algunos elementos confrontan su proceso formativo bioético, al parecerles extraños desde un currículo que privilegia lo técnico. Emerge, entonces, un sinsentido en la medida en que se destaca la necesidad de conocer la cultura, pero en el discurso no se evidencia entendimiento y apropiación del concepto o de la cultura de quienes son los sujetos de cuidado:

Tener en cuenta las costumbres y la cosmovisión de los otros (haciendo referencia a la cultura) y en esa medida los estudiantes han carecido de toda esa formación. Yo creo que ellos no diferencian entre de dar un cuidado a un usuario campesino que a un indígena, que a un usuario de la ciudad. Entonces creo que sería muy importante reforzarlo. Yo creo que apenas estamos hablando del tema, está en pañales todavía y nosotros como docentes tenemos mucho por formarnos en él (D3.GFD.P4.2018)

Como estudiantes de enfermería y como docente nos falta muchísimo. Creo que a los mismos profesores **nos falta formación**. Nos falta formación para saber con quién estamos trabajando y a los estudiantes [...] ¿Si nosotros no somos sensibles? Nosotros no podemos enseñarles a los estudiantes eso mismo, porque se necesita mucho **compromiso interno**. (D3.GFD.P4.2018)

Los educadores destacan que la visión de salud en el cuidado es parte de la cotidianidad y tiene un fundamento desde las creencias de los sujetos de cuidado, siendo relevante en la medida en que hace parte de su salud y bienestar. Así, emerge un sinsentido del concepto de cultura, pues no se reconoce que en los contextos de práctica interculturales se generan experiencias de aprendizaje, a través del intercambio de conocimientos en torno al cuidado de la salud, permeadas por la cultura y que pueden transformar su formación bioética.

Lo social, lo disciplinar, lo humano, son vitales para que el enfermero pueda hacer un ejercicio ético en los procedimientos; sería transversalizar la ética. (D12.GFD1.P4.2018)

Por otro lado, los discursos de los *tutores de práctica* dejan ver un sentido de cultura que incluye aquello que es propio para una comunidad, como es la cosmovisión. Resaltan la necesidad de conocer las visiones de su cultura en torno al cuidado de la salud, para no generar choques en el momento de la atención. Ellos reiteran la necesidad de fomentar en el proceso formativo bioético, condiciones para acercarse al otro, no solo respecto al lenguaje, sino con la actitud para generar confianza y mejorar la relación con el equipo de salud.

Los tutores resaltan que este encuentro depende en gran medida de la disposición e iniciativa personal (compromiso) que tengan los estudiantes, para buscar oportunidades de aprendizaje, más allá de lo institucional. En este sentido, subrayan que el acercamiento al sujeto de cuidado debe ir, más allá de la atención de la enfermedad, al ser de la persona, lo cual puede verse afectado por el cumplimiento de normas institucionales:

Cuando uno va a un sitio porque uno **quiere**, porque **tiene las ganas** de ir allá es diferente; cuando [...] nos llegaban rurales decían: ¡Qué pereza estar acá! Entonces esas recomendaciones se las hemos hecho [...] Aquí antes a los rurales mandaban los mejores estudiantes y porque ellos querían, pero cuando empezaron a hacer las rifas, pues acá vino el que le tocó (refiriéndose a la obligatoriedad) y esa es la dificultad. (DC15. 091117.P3)

Los *estudiantes* señalan que la cultura hace referencia a las características que diferencian a una comunidad de otra, como es la cosmovisión y las prácticas. El concepto es cercano al planteado por los *tutores*, reiterando que el ciclo de vida genera un sentido al proceso formativo bioético, al ampliar la mirada del cuidado de la salud desde un contexto particular de práctica:

Es una comunidad estructurada, organizada, que tiene todo articulado [...] Su ciclo de vida es una proyección hacia el futuro de sus orígenes, desde la concepción, y pasa por muchas etapas, y como que siempre ven las cosas más importantes de la vida, los puntos más determinantes. (E5. PGFES.P10.2017)

Pese a lo anterior, los discursos de los alumnos orientan un sinsentido al proceso formativo bioético, al señalar desencuentros de base cultural que son percibidos como choques, al confrontar su formación con la cosmovisión de los *sujetos de cuidado*. En estos términos, reconocen que algunas de las principales barreras que dificultan el encuentro con el otro residen en ellos mismos y en su manera de aproximarse con las personas que atienden. El desconocimiento de la lengua también provoca incomprensión al momento de la atención:

Las principales barreras están en nosotros, [en ocasiones no se realiza] la pregunta adecuada. (E7. PGFES.P12.2017)

Creo que si uno pudiera hablarles en su lenguaje, la conversación sería más amena, y ellos pues soltarían un poco más (refiriéndose a los niños en la consulta). También a veces en la atención de urgencias, con los pacientes ellos hablan su idioma y decíamos con (menciona el nombre de una compañera): “A veces uno siente como que [...] ellos hablan el español, pero prefieren hablar su idioma”. Cuando uno está haciéndoles el procedimiento y están hablando su lengua, (piensa) ¿será que están hablando mal de uno? (Risas). (E8. PGFES.P12.2017)

De algún modo, si los *sujetos de cuidado* no entienden o acogen lo que se les dice, esto no solo produce impotencia, sino que es percibido como un fracaso personal y en algunos casos un fracaso profesional que les produce malestar:

Hay un choque cultural, de verdad que sí, en esa parte (refiriéndose a la comunicación con los sujetos de cuidado). Se siente que uno no les entiende. Ellos le dicen que sí, es una impotencia grande, porque es que uno siente que no está brindando la mejor atención, o sea que en realidad **lo que uno hace no es suficiente**. (DC13. 251017.E7)

La cultura desde los discursos de los *estudiantes* transforma el concepto de bioética en el campo de las prácticas formativas en un contexto intercultural, al llevar primero a los educandos a reconocerse como seres humanos, donde la principal barrera en el acto de cuidado son ellos. Cuidar de la salud implica tener visiones diferentes desde el reconocimiento de la cultura del otro. El diálogo con otras personas permite reconocer con conciencia reflexiva y crítica su formación bioética. Se trata de experiencias de aprendizaje donadoras de sentido para encontrarse con su identidad profesional:

Me permitió comprobar que lo que quiero en mi vida es contribuir a que las personas estén mejor y poder ayudar a los demás [...] La oportunidad (hace referencia a su práctica) en Mama Dominga fue una luz, por eso dibujé la estrella que me iluminó ese momento de mi vida; entonces (llanto) de pronto uno muchas veces tiene **dudas** de lo que si uno está haciendo está bien y si es lo quiere para su vida, y tener la **experiencia** ya me confirmó que sí quiero brindar un **cuidado**,

pero desde una parte del **contacto directo** con la gente y pues contribuir a que todas las personas estén mejor. (E2-02. PGFES.P4.2017)

En los discursos de los *sujetos de cuidado*, el concepto de cultura guarda cercanía con lo planteado por los *tutores de práctica* y los *estudiantes*. Así mismo, se resaltan los choques culturales durante las prácticas formativas, que fueron planteados también por los *tutores de práctica* y los *estudiantes*, quienes los relacionaron con la comunicación y con el hecho de que no se refieren solamente al lenguaje en el momento del cuidado de la salud, sino a la actitud del profesional. No obstante, *los sujetos de cuidado* van más allá, subrayando otros choques de base cultural vividos en experiencias previas en la atención en salud, como lo es el miedo a los procesos invasivos, el tiempo dado a la atención en salud y la remisión.

De este modo se señala un sentido para la transformación del concepto de bioética en el campo de la práctica formativa, a partir del reconocimiento de las percepciones y expectativas propias de los sujetos de cuidado en los encuentros de cuidado de la salud, que también influyen en la construcción de puentes de confianza.

Los anteriores hallazgos muestran que la cultura, cuando se constituye en un sistema cerrado, donde en ocasiones no se comparte su conocimiento (sujetos de cuidado-estudiantes), genera desencuentros que son percibidos por ellos (estudiantes, tutores de práctica y sujetos de cuidado) como choques que emergen en el proceso de formación bioética.

Se observa que los *tutores de práctica*, *estudiantes* y *sujetos de cuidado*, en sus discursos, se acercan al concepto de cultura presente en los *documentos*. Entre tanto, los *docentes* y *directivos* no plantean una definición, reconociendo que faltan fundamentos teóricos y claridad sobre la subcategoría, situación similar a la esbozada con respecto a la bioética, donde el currículo orientado bajo una mirada técnica no abre espacio para lo humano y obvia otras miradas en torno al cuidado de la salud. Además, se hace evidente un sinsentido, relacionado con el vacío que se presenta desde la formación bioética en cuanto a competencias tales como: saber relacionarse, comunicación más allá del lenguaje, apertura cultural, conocimiento y mirada hacia otras visiones de cuidado, que es lo que reclama el contexto de práctica.

Así, los sentidos del concepto de cultura otorgan bases para describir los sentidos de la interculturalidad, a partir de los discursos de los *actores de formación*, teniendo en cuenta que, en el currículo, la cultura se integra desde la pertinencia cultural, entendida como la relación

entre las necesidades del medio y los propósitos académicos. La misma se articula a la formación bioética a partir de la dimensión cultural, la cual tiene como propósito que el estudiante atribuya sentidos, desde el reconocimiento de la interacción, entre sus conocimientos académicos y su desempeño en un contexto intercultural. Aquello provoca el acercamiento al otro diverso, pero también la redefinición del ser del estudiante como profesional y como persona. Este es el punto de partida para hacer posible la construcción de una relación intercultural, que apoye la transformación de la bioética en las prácticas formativas, y las formas para acercarse en el acto de cuidado a las personas culturalmente diversas, con el fin de comprender los significados que ellos dan a la experiencia del cuidado de la salud.

Dicho lo anterior, en la revisión documental emergen sentidos donde se identifican dos grandes tendencias que orienta la interculturalidad en la formación de los estudiantes de enfermería. Estas tendencias son: interculturalidad funcional e interculturalidad crítica. Desde ellas se sustenta la visión de cuidado.

La primera no se refiere exclusivamente a lo étnico, sino que se concibe como un principio donde se reconoce y respeta la diversidad y las relaciones que emergen entre los diferentes grupos (educación y salud con contexto de práctica) en condiciones desigualdad, para el caso particular de orden epistémico:

Formación integral con cultura y bienestar [...] Coadyuvar a la formación, el desarrollo de las capacidades humanas y la construcción de la comunidad a través del diseño y puesta en marcha de estrategias de intervención, desde el sistema de cultura y bienestar, mediante el componente de diversidad cultural y paz [...] Mediante generación de procesos formativos que permitan el reconocimiento de la diferencia, la formación ciudadanía y mejoren la cultura institucional. (08-04)

SISP: entiende por enfoque intercultural el conjunto de procesos que orientan el reconocimiento integral de las diferencias étnicas y culturales de la población colombiana, en este caso, en todos los componentes del modelo integral de atención en salud; así como la construcción conjunta y el diálogo de saberes con grupos poblacionales que se diferencian por razones étnicas y culturales. (28-03)

Ese reconocimiento en educación se da mediante estrategias de inclusión y diálogo, pero donde se observa que las acciones se dan desde la universidad al contexto y no desde el contexto hacia la universidad:

Lineamientos de Política de Educación Superior inclusiva [...] Conjunto de relaciones entre diferentes grupos culturales que conduce a un proceso dialéctico de constante transformación, interacción, diálogo y aprendizaje de los diferentes saberes culturales en el marco del respeto. Se asume este término como el reconocimiento de aprender del que es diferente a cada persona y de la riqueza que se encuentra implícita en la misma diversidad que conforma el grupo social. (28-06)

Ahora vemos como la interculturalidad, concebida desde el Programa de Enfermería en su proyecto educativo 2008-2012, guarda coherencia con el discurso oficial, en la medida en que es asumida como una estrategia de cohesión social. Con dicha estrategia se pretende acrecentar, en la formación bioética de los estudiantes, competencias específicas de orden actitudinales, relacionadas con el respeto y la tolerancia como valores que permiten fomentar la armonía en la diferencia:

Artículo 8. Condiciones de calidad, 2. Gestión curricular [...] Característica 5: Desarrollo de competencias interculturales en los estudiantes [...] El programa demuestra a partir de la evaluación de sus estrategias para el desarrollo de las competencias integrales e interculturales de los estudiantes, los logros y los resultados de estas. (29-02)

Al mismo tiempo se observa que tanto en el Proyecto Educativo del Programa de Enfermería 2008-2012, como en el de 2018, no es explícita la noción de interculturalidad en el currículo, pero si la de transculturalidad, basada en la teoría del cuidado cultural de origen antropológico en la disciplina de enfermería. En ella los cuidados de los profesionales de esta área deben considerar la visión de mundo del sujeto de cuidado. Se señala, además, al cuidado cultural como propósito de la formación bioética del profesional en enfermería, debido a la diversidad étnica de nuestra región, relacionándolo únicamente como una estrategia de inclusión:

El programa acoge también el Modelo MADELEINE, por cuanto plantea la importancia de brindar un cuidado de enfermería según sea la cultura del individuo [...] siendo de extraordinaria importancia para fijar una base sustancial de conocimiento y convertir la enfermería en una disciplina y una profesión transcultural [...] Cobran una importancia excepcional para poder descubrir y obtener un conocimiento basado en la cultura o sustentado en el mundo de la persona. (15-02)

Esta visión está presente en algunos de los actores de formación, como en el caso de los *docentes y directivos*, desde cuyos discursos emerge un sinsentido, puesto que señalan que en materia de políticas de educación y salud, se ha avanzado en el reconocimiento de la diversidad y las diferencias culturales existentes en los contextos de práctica, planteándola como una estrategia de inclusión, donde manifiestan que se busca promover en los estudiantes actitudes de diálogo, convivencia y tolerancia en el acto de cuidado. Sin embargo, reconocen que aún no aportan a reducir la asimetría presente en la relación universidad y contexto de práctica, en razón a que aún les falta mucho por conocer sobre el tema y encaminar acciones hacia la práctica:

En la formación en salud estos elementos de interculturalidad sí que se hacen mucho más evidentes, ¿cierto? Y al fin las políticas en salud comienzan a hacer ese énfasis y como traducir ese énfasis en la formación [...] Me dice que esa persona cuando va a ejercer su profesión debe tener en cuenta toda esa diversidad y esa interculturalidad para que **adecúe su profesionalismo** a esas circunstancias; en últimas eso es lo que me están pidiendo. Pero si yo con la formación no lo fomento, no lo propicio, no lo fortalezco, pues va a ser mucho más complicado. Por eso uno de los retos nuestros tiene que ser: ¿cómo el nivel comunitario y nivel I de atención debería primar? Y por eso creo que es una de las defensas de la atención primaria en salud, porque la atención primaria, entre otras, dentro de sus valores, tiene la interculturalidad, la diversidad, la intersectorialidad y ahí es donde se supone que el estudiante comienza a desenvolverse en ese medio. La pregunta es: ¿nosotros curricularmente qué tanto lo estamos favoreciendo? ¿Qué tanto lo estamos desarrollando? ¿Qué tanto lo estamos implementando? ¿Cierto? Y eso pues es un debate que está ahí; que necesariamente tiene que seguir y a

algún lado tiene que llevar, pero que **distamos mucho de la realidad.** (D13. GFD1.P5.2018)

Tener en cuenta las costumbres y la cosmovisión de los otros (haciendo referencia a la cultura) y en esa medida los estudiantes han carecido de toda esa formación. Yo creo que ellos no diferencian entre de dar un cuidado a un usuario campesino que a un indígena, que a un usuario de la ciudad. Entonces creo que sería muy importante reforzarlo. Yo creo que apenas estamos hablando del tema, está en pañales todavía y nosotros como docentes tenemos mucho por formarnos en él (D3.GFD.P4.2018)

Así mismo, se evidencia una tendencia similar en los *estudiantes*, quienes destacan que la interculturalidad para la transformación bioética en el contexto de práctica formativa, se basa en el reconocimiento e integración de saberes tradicionales como la visión sobre la vida, la salud y la enfermedad de una determinada cultura, con los conceptos con los que han sido formados desde la universidad, priorizando los últimos, lo que mantiene una perspectiva asimétrica en la relación:

Articular ambas culturas de manera que se logre el mayor beneficio para la población, sin tener que llegar a choques culturales sino a un acuerdo. (E4. SGFES.P13.2017)

En contextos de diversidad cultural, la concepción que tienen los alumnos acerca del cuidado no solo se amplía, sino que les permite indagar la manera como otros entienden el mundo, y esto influye sobre la percepción de su rol profesional y sus actitudes frente al otro. Por otro lado, comprender la cosmovisión de los sujetos de cuidado les permite construir un puente entre sus conocimientos académicos y las necesidades de la comunidad a la cual le prestan su servicio. Aquello para brindar un cuidado que reconozca saberes alternativos, sin desconocer o dejar de lado los saberes propios:

Su ciclo de vida (refiriéndose a los sujetos de cuidado) es una espiral, no tiene fin. Simplemente ellos afirman que nacen y en el momento de morir no se mueren, porque es una energía que traspasa. Para ellos el fogón es fundamental en su vida,

en su comunidad; mediante el fogón se transmiten los saberes, los conocimientos, los consejos hacia los niños, hacia la pareja que va a casarse, hacia su familia; entonces si no se sabe escuchar, ahí va a generar las afecciones, ahí se van a generar las diferentes enfermedades. (E5. PGFES.P11.2017)

Por ejemplo, el parto: para ellos (refiriéndose a los sujetos de cuidado) es algo “caliente” y el hospital es un lugar frío, entonces las personas que tienen artritis la relacionan con un parto frío, por eso mismo, porque se alteró ese equilibrio [...] Creo que para ellos la (falta de) salud sería un equilibrio de energías. (E5. PGFES.P11.2017)

Hay espacios en los cuales se pregunta al menor por actividades diarias y él no responde, momento en el cual **la madre nos apoya**, preguntándole en lengua misak. De esta forma el menor responde acorde a la pregunta. La madre resalta que en la escuela están tratando de recuperar el lenguaje propio, por eso el niño habla más misak que español. (DC5.140917.E2)

Los estudiantes reiteran un sentido en la interculturalidad respecto a que la formación bioética se da a partir de las vivencias personales, de las experiencias que otras personas comparten con ellos en el sitio de práctica, y del acercamiento a las nociones sobre salud y enfermedad que subyacen en las prácticas culturales de los sujetos de cuidado dentro y fuera del contexto hospitalario, articulándolas a su formación académica. Pero este respeto se da en la búsqueda de minimizar los conflictos, lo que mantiene la asimetría en las relaciones que se dan en el acto de cuidado. Sigue prevaleciendo, entonces, la orientación curricular, en donde lo importante es lo técnico, como ellos lo señalaron en las categorías de práctica y bioética:

[En otros lugares] lo que diga el enfermero eso se hace, acá no, porque hay que entrar a mediar, a dialogar y como **llegar a un acuerdo con ellos**, que yo les estoy brindado la atención, pero [...] tengo que saber cuál es el límite que tengo con ellos [...] **Respetar la autonomía** de ellos. (DC5.140917.E2)

La teoría intercultural aporta herramientas de gran utilidad para la comunicación entre la cultura occidental y la tradicional, nos dan esas herramientas para poder

articular [...] Partiendo del sujeto de cuidado, no hay que verlo como una persona que es como nosotros, como ver la enfermedad como una enfermedad, sino ver las posibilidades ilimitadas que tiene la cultura [...] Esto es permitido gracias a la formación adquirida en el pregrado. (DC17. 161117.E6)

Los alumnos señalan un sentido desde la interculturalidad para transformar la bioética en las prácticas formativas, que implica estrategias para brindar un cuidado contextualizado desde las necesidades, preocupaciones e intereses de los sujetos de cuidado, como son hablar despacio, realizar dibujos, mirarlos a los ojos, apoyarse en la educación desde su cosmovisión. Todo ello considerando las posibilidades del lugar de práctica y las limitaciones que como profesionales de enfermería poseen respecto a las diferencias con las personas que están bajo su cuidado, a la vez que guardan coherencia con la formación bioética que han recibido en su carrera:

Hay madres que en consulta de crecimiento y desarrollo no me entienden la educación que les oriento, por tanto, con ellas trato de **hablar muy despacio y realizar dibujos**. (DC5. 140917.E1)

El contacto visual, la explicación pausada en un tono de voz adecuado, sumado a la presentación de estímulos que resultan familiares para los sujetos de cuidado, favorece el entendimiento al momento de brindar educación en el cuidado. [La estudiante] **mira a los ojos** a la madre y con un tono de voz suave, le brinda educación frente al estado de salud del menor, la importancia del lavado de manos para evitar la presencia de diarrea, signos de alarma por los cuales debe traer al menor a urgencias, cita de próximo control y la alimentación complementaria. Para este punto **se apoya del libro “recetas para la alimentación Misak”**, y le explica a la madre frente a cómo preparar la colada a base de maíz. Ante lo cual se observa la madre muy interesada. (DC10.121017)

La segunda tendencia (interculturalidad crítica) que se infiere de los *documentos*, trata de penetrar y transformar las relaciones, estructuras, condiciones y dispositivos de poder que mantienen la desigualdad epistémica, política, ontológica, etc., de tal manera que se logre en el sistema educativo y de salud, el encuentro entre los diversos grupos (educación y salud con

contexto de práctica), donde se fortalece la identidad, se da apertura a la otredad mediante procesos de negociación, sin que ello implique la pérdida de la individualidad:

La interculturalidad está basada en el **diálogo** de saberes, donde ambas partes se escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que **puede** ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer, de avasallar, sino de reconocer, respetar y concertar, en este sentido pretende: favorecer no solo el contacto, sino también el encuentro, incidir en las discriminaciones personales, familiares e institucionales del conjunto social, promover el conocimiento y el reconocimiento de las distintas culturas que conviven, aceptando las diferencias culturales como algo positivo, favorecer la toma de conciencia de un mundo global e interdependiente. (28-05)

Es así como la Universidad del Cauca, en su misión y proyecto educativo, se reconoce como una comunidad heterogénea, donde la interculturalidad es vista como proyecto de construcción de identidad a través del encuentro con el otro, mediante el diálogo y la inclusión social:

Al considerar la diversidad de los contextos del departamento del Cauca, la Universidad constituye un escenario propicio para el diálogo intercultural [...] Es importante que tal escenario facilite crear, reconocer y fortalecer los vínculos entre las diferentes expresiones culturales, así como los actores sociales a partir de estrategias de INCLUSIÓN Y RECONOCIMIENTO SOCIAL. (08-01)

Dicho lo anterior, se deduce de los *documentos* que ese diálogo se debe basar en los principios de convivencia, tolerancia, honestidad, responsabilidad y valoración del ser, como una apuesta para superar la discriminación e inequidad. Es decir, que la interculturalidad que posibilita la transformación de la bioética en las prácticas formativas, aboga por el respeto de los valores culturales de los sujetos de cuidado.

Principios que orientan el diálogo intercultural. La honestidad y la responsabilidad, dentro de la pluralidad ideológica y el respeto a los derechos

individuales y sociales. La valoración integral del ser humano, superando toda forma de discriminación e inequidad. (08-02)

De esta manera se atisba que la formación de los futuros profesionales es orientada bajo un currículo pertinente culturalmente, al considerar la diversidad del contexto, adaptarlo a sus necesidades y que contribuya al buen vivir:

Proyecto Educativo Institucional [...] su construcción gira alrededor de ejes fundamentales tales como la búsqueda del conocimiento, el ejercicio de la democracia, la autonomía, la recuperación y la valoración de la propia identidad, reconociendo al mismo tiempo la interculturalidad, la flexibilidad y apertura en los procesos como metodología de trabajo y aprendizaje. (04-01)

Objetivo general: aportar estrategias para la formación del talento humano en salud, incorporando el enfoque intercultural en salud, para fortalecer competencias que favorezcan el diálogo y la armonización permanente entre saberes y prácticas de diversas culturas, como aporte al buen vivir y al derecho fundamental a la salud. (28-07)

Los *tutores de práctica* se anclan en esta perspectiva en razón a que ellos empiezan a construir condiciones de diálogo en los contextos de práctica más simétricos, lo que les ha implicado el desarrollo de estrategias desde el sistema de salud, para brindar una atención contextualizada desde las necesidades de la comunidad, considerando las creencias culturales. Ellos resaltan la importancia de dar a conocer a los estudiantes, en su proceso formativo en el sitio de práctica, que la interculturalidad, más que un discurso, es una acción, señalando un sentido que ayuda a la transformación de la bioética en la práctica formativa. Igualmente, destacan acciones tales como la construcción del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), adaptación del espacio físico y un acto de cuidado que integre las costumbres culturales:

Las políticas en salud han favorecido que se apoye su propia medicina mediante la construcción del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) [...] El carácter de propio está dado por la consulta previa, que es un derecho fundamental

de los grupos étnicos de participar y ser consultados cuando se toman medidas legislativas o administrativas que afecten a su comunidad o cuando se decide con respecto a su territorio. (DC3. 070917.P2)

De pronto en otras comunidades indígenas se habla (haciendo referencia al SISPI), se propone, se dice, ta, ta, ta. **Nosotros casi no hablamos, nosotros hacemos**, entonces así, hablamos de lo hecho, de las experiencias. (P3.GF1.P6. 2017)

Con respecto a la adaptación del espacio físico donde se produce el cuidado, los tutores procuran la comodidad y preservación de la identidad cultural de las personas:

Las paredes tienen los colores institucionales: blanco, azul, fucsia, negro y dan sentido de identidad y familiaridad a las personas que ingresan a la institución. Además [hay] dos pictogramas con forma de espiral que representan el ciclo de vida misak [Figura 11]. (DC3.070917)



Figura 11. Hospital Mama Dominga: Pictograma en patio interior. Fuente: Adriana Valdez.

Estos actores reiteran que la interculturalidad se basa en las relaciones, a partir de un cuidado de la salud que integre las creencias, rituales y costumbres culturales.

En estos espacios puede atender el médico tradicional y/o la partera; que esta labor se da por un don, que se manifiesta a través de una visión. Son ellos quien

van a la comunidad y definen si lo atienden es estos sitios, diferente a la medicina occidental, donde el paciente va a buscar al médico. (DC3.070917.P4)

La placenta en (menciona el nombre de un hospital) ¡se entrega! Se pregunta a la mamita: “¿Usted va a llevar la placenta?”. Algunos me dicen con tiempo: “Me la entregan porque yo voy a hacer todo el proceso del ritual”. Pero algunos [me dicen:] “Yo no voy a llevar ¡eso tan feo!”, “¿eso pa qué?”, siendo un misak [...] Ahí uno les dice: “Por favor la placenta para nosotros significa mucho”. Nosotros como (menciona el nombre de un hospital) la entregamos, pero muchas mamitas dicen “no me la llevo”. [También] lo hacen en el (menciona el nombre de un hospital), entregan la placenta, en la (menciona el nombre de una clínica), si uno habla lo entregan, pero si uno no habla no la entregan, al menos hemos hecho conciencia [...] El deber de (menciona el nombre de un hospital) es entregar como **política institucional**. (DC7. 300917.P3)

En consecuencia, los discursos de los *actores de formación*, en su mayoría, tienden hacia una perspectiva funcional de la interculturalidad, evidenciada en lo descrito hasta aquí, pues supone que la noción de interculturalidad que orienta la formación bioética de los profesionales de enfermería, exalta la diversidad, considera otras visiones de cuidado de la salud, propende por formar un pensamiento crítico y genera actitud de diálogo. No obstante, esto se da bajo un contexto donde se invisibilizan otras formas de pensar, de vivir y existir, porque en el fondo se pretende domesticar y alienar al saber imperante, donde la formación bioética del cuidado está orientado desde lo técnico:

Repensar la universidad incorporando al análisis la realidad latinoamericana y no exclusivamente el modelo tradicional eurocentrista [...] a emergencia de un movimiento latinoamericano que busca la recuperación de la identidad, en un mundo donde la homogeneidad, promovida por la visión occidental, **invisibiliza** los procesos locales que son la base de la pervivencia en un mundo globalizado. (06-01)

Lo anterior implica un sinsentido, en razón a que se observa en los discursos de los *documentos, estudiantes, docentes y directivos*, que la interculturalidad queda reducida al desarrollo de competencias en la relación y reconocimiento del otro diverso, pero no se suscita una perspectiva crítica que motive el diálogo entre la universidad y el contexto de práctica.

Se sigue viendo que la formación está orientada desde una perspectiva biologicista que, para los *tutores de práctica*, requiere trascender hacia una construcción de interculturalidad que considere a los seres humanos con miradas distintas del cuidado de la salud, y que contribuyan a la transformación de la bioética en la práctica formativa, a través de la escucha y contacto temprano, en espacios de práctica comunitarios concertados, para disminuir la asimetría en las relaciones universidad y contexto. En estas relaciones el obstáculo en la interculturalidad no *es el lenguaje, es la actitud*. Así, la categoría *el sentido de la visión del cuidado en enfermería para transformarla bioética en las prácticas formativas en un contexto intercultural*, abre paso a la comprensión de la forma como el futuro profesional se acerca a la realidad del cuidado desde la práctica. De este modo, la formación bioética dona sentido a la concepción de ser humano, y la interculturalidad permite comprender el tipo de relación entre el profesional en enfermería y el sujeto de cuidado en el contexto de práctica. Estas dos categorías permiten la de-construcción del currículo.

4.4. El sentido de la visión del cuidado en enfermería para transformar la bioética en las prácticas formativas en un contexto intercultural

“Si se parte del principio ético de que todas las culturas son dignas y merecedoras de respeto, estaremos en una posición de igualdad frente a la persona quien recibe los cuidados”.

(González y Noreña, 2011, p. 58)

En relación con la evolución de la enfermería, es necesario señalar que ha avanzado tanto en su indagación científica como en los aportes de las ciencias humanas, en los aspectos ontológicos (ser) y epistemológicos (saber de la disciplina), de donde emergen las visiones sobre esta área. Dichas visiones tienen que ver directamente con la filosofía de los conocimientos que la enfermería considera pertinentes para su desarrollo.

Por consiguiente, al indagar por la pretensión ontológica que orienta la formación bioética del enfermero, surge la necesidad de centrarse en la importancia de la influencia filosófica y educativa en el quehacer del profesional. Este asunto cobra significado en la medida en que la universidad orienta las visiones de mundo de las disciplinas, a través de las cuales los profesionales pueden fortalecer su identidad, las diversas maneras de acercarse al otro y comprender, así, las múltiples miradas que las personas atribuyen a la experiencia de cuidado.

No obstante, el cuidado que proporciona el profesional en enfermería depende desde qué visión vea el conocimiento (reacción, reciprocidad y acción simultánea) y cómo se acerca a la persona, teniendo en cuenta que el quehacer del profesional en esta área ha girado epistemológicamente en torno a la experiencia del cuidado de la salud de las personas, las familias y la comunidad. Por tanto, se caracteriza por ser un conocimiento práctico que requiere de un sustento teórico en la formación. Este tipo de conocimiento debería guiar la formación curricular. Empero, desde los discursos de los *actores de formación*, la formación bioética ha sido orientada bajo un currículo de conocimiento hegemónico que privilegia lo biológico antes que el ser, como se señaló anteriormente, lo que puede ser consecuencia de la falta de sustento disciplinar.

Se evidencia entonces un sinsentido, al considerar que el cuidado da fundamento moral a la práctica del profesional de enfermería. Este fundamento moral en la bioética permite el análisis de las condiciones que hacen posible el cuidado de la salud, el cual cobra sentido desde el contexto de práctica, en este caso *misak*, al ampliar la mirada de la salud concebida como territorio, donde en el territorio se vive y se es, y la interculturalidad es la que permite el diálogo entre las miradas del cuidado de la salud.

Esta situación da un giro a la formación bioética de los profesionales de enfermería hacia una visión de cuidado que de relevancia al ser humano, al contexto y su cultura, reclamando aproximaciones reflexivas y prácticas a partir de la interacción con el otro, por medio de la escucha y el contacto. Ello permitiría la de-construcción de las barreras de formación y construcción de un cuidado del nosotros, donde el profesional sea y se sienta parte del contexto intercultural.

La categoría *sentidos sobre la visión del cuidado en enfermería para transformar la bioética en las prácticas en un contexto intercultural*, se describe desde los documentos (Constitución Política de Colombia de 1991, la ley general de educación y la normatividad de la

Universidad del Cauca) y desde las *percepciones de los actores de formación (docentes y directivos, tutores de práctica y estudiantes de enfermería)*. De los discursos se trabajaron cuatro subcategorías: 1) Persona, distintos e iguales que nosotros; 2) Contexto, sitios de práctica en condiciones especiales de multiculturalidad; 3) Cuidado como interacción armónica; y 4) Salud, armonía entre todas las dimensiones que el ser humano puede desarrollar. A partir de estas subcategorías se construye la visión de cuidado de la salud para, en el último apartado, presentar una síntesis de los sentidos inferidos de los actores con relación a las visiones de mundo en el cuidado en enfermería, con el fin de entender la posibilidad de transformar la bioética de estas visiones.

4.4.1. Visión de mundo en el cuidado de enfermería desde los actores.

Los conceptos centrales que soportan la visión de cuidado desde el punto de vista ontológico (ser) y epistémico (conocer de la disciplina de enfermería), se originan en la legislación que reglamenta la profesión, el código deontológico y los proyectos educativos del Programa de Enfermería (2008 y 2014). A su vez, estos guardan coherencia con los propósitos de formación ontológica consagrados en la Constitución Política de Colombia (1991), y la legislación en materia de educación y formación del TSH.

Dicho lo anterior, desde los *documentos* se resaltan los aspectos normativos en la Constitución, en la ley general de la educación y en la Universidad del Cauca, en donde se enfatiza la importancia de la formación ontológica de los estudiantes, en la medida en que brinda elementos que le permiten la adaptación a los cambios sociales y económicos del contexto:

Educación según la cual el Estado debe velar por el cumplimiento a sus fines y por la mejor formación moral, intelectual y física de los educandos. (01-01)

Eticidad e idoneidad: los programas académicos de la Universidad promueven en la comunidad académica una formación ética e idónea que los haga personas autónomas, ciudadanos responsables, críticos y profesionales competentes. La universidad debe garantizar las condiciones para que los estudiantes cumplan en su formación estos propósitos. (05-01)

La oportunidad para crecer, proponer y construir una mejor universidad, desde la provincia para el mundo [...] La universidad se define por ser una institución profundamente humana, [...] fortalecer el sentido de pertenencia y [permitir] a la gente trabajar con alegría y compromiso. (06-02)

4.4.1.1. Subcategoría persona, distintos e iguales que nosotros.

Es claro que en los diferentes discursos se empieza a vislumbrar el concepto de *persona* desde dos visiones: 1) desde lo educativo (los documentos lo refieren a los *estudiantes*); y 2) desde el acto de cuidado (*docentes y directivos, tutores de práctica y estudiantes* consideran al sujeto de cuidado). Lo anterior no significa que se esté reduciendo el concepto, sino que depende de la mirada del *actor de formación*.

Los *documentos* contemplan al futuro profesional (*estudiantes*) como un ser humano biopsicosocial que, a través del empoderamiento del conocimiento y desarrollo del pensamiento crítico, es capaz de desarrollar e interactuar, transformando las dificultades en oportunidad de diálogo con las personas, en un ambiente diverso culturalmente, situación que siguen reclamando los *estudiantes* en su proceso formativo:

La Educación Superior, sin perjuicio de los fines específicos de cada campo del saber, despertará en los educandos un espíritu reflexivo, orientado al logro de la autonomía personal, en un marco de libertad de pensamiento y de pluralismo ideológico que tenga en cuenta la universalidad de los saberes y la particularidad de las formas culturales existentes en el país. (02-01)

Principios. La Universidad del Cauca se rige por los siguientes principios: [...] La Valoración Integral del Ser Humano, superando toda forma de discriminación e inequidad. (04-01)

En lo concerniente a la visión del acto de cuidado, los *docentes y directivos* consideran que la *persona*, como un individuo o comunidad que es distinta a ellos, tiene una historia, pertenece a un contexto específico (marcado en muchos casos por la desigualdad) y que poseen capacidad de decisión (autonomía) durante la atención. No obstante, subyace un sinsentido al significado de persona, en tanto en el proceso de enseñanza se tiende a considerarla como un

medio y no un fin, o a reducir la atención al tratamiento de la enfermedad y el mantenimiento de la salud desde lo biológico:

Estamos trabajando para seres humanos que son **distintos e iguales que nosotros** [...] Iguales dentro de la desigualdad. (D3-03. ED1.P1.2018)

Ese otro es un ser vivo; ese ser vivo está ya caracterizado por unos componentes, unas variables específicas. (D13-02. GFD1.P2. 2017)

No puedo desconocer la **historia personal o colectiva** de las personas a las que yo estoy atendiendo, eso necesita incorporar otro tipo de elementos. (D7-01. ED1.P2.2017)

El discurso previo es compartido por los *tutores de práctica*, quienes ven a la persona y su entorno más allá de lo asistencial; es decir, lo que subyace a la humanización del otro, considerándolo como un ser que desarrolla una vida más allá de la enfermedad, con creencias, saberes y capacidad de reflexión desde su vivencia. Esto lo dota de autonomía al momento de tomar decisiones que involucran su salud, las cuales deben respetarse durante el cuidado:

¡Mirarlos como personas! (refiriéndose a los sujetos de cuidado) no como un paciente que necesita algo y ya no más, sino mirar además su entorno. (E2-01. SGFES.P1.2017)

Los *estudiantes* consideran a la *persona* como un sujeto activo que siente, vive y reacciona. El encuentro con los otros en la práctica permite que ellos aprecien a la gente más allá de los diagnósticos, intervenciones y estudios de laboratorio, desde la idea que los mismos poseen sobre estos procedimientos, lo cual repercute sobre la adherencia o no a los mismos:

Desdibujar al paciente como un “objeto de trabajo” y decir: ¡es una persona!, ¡es un sujeto!, un sujeto que siente, que vive, que reacciona como las demás personas. (01. PGFES.P5.2017)

En ocasiones hay personas que llegan al hospital para que las escuchemos y eso los hace sentir bien, entonces siempre nos preocupamos por un **diagnóstico**, por

un **tratamiento**, por un **laboratorio**, pero nunca nos preocupamos por ¿qué es lo que está pensando esa persona?, ¿por qué él no quiere tomar su tratamiento?, ¿qué problema le aqueja?, ¿está preocupado por sus hijos, por su mamá, por su papá? Bueno, en fin, muchos problemas que pueden tener otro trasfondo y que se pueden ver desde otra perspectiva y que son, en ocasiones, ¡tan fáciles de corregir y que eso los hace feliz! (E2-01. SGFES.P1.2017)

Los alumnos sugieren que es necesario modificar la concepción que se tiene sobre el cuidado, evitando que las obligaciones propias del ejercicio de la enfermería, desdibujen al sujeto de cuidado como persona:

Tenemos que hacer un turno de 7 a 1, de 1 a 7, de 7 a 7, pero nunca vamos con la perspectiva de que ¡vamos a encontrar personas, no pacientes! Entonces creo que debemos cambiar eso. (E2-01. SGFES.P1.2017)

4.4.1.2. Contexto, sitios de práctica con posibilidades ilimitadas que tiene la cultura.

Dicho lo anterior, bajo esta visión la formación bioética en enfermería en un contexto intercultural parece insistir en la comprensión de las necesidades de las personas, comunidades y familias en relación a su salud, en el vínculo con el contexto de práctica, dado que el acto de cuidado no solo se brinda en el ámbito hospitalario, sino también desde la aproximación a las comunidades. Por tanto, en los *documentos* se concibe al *contexto* como los espacios donde se realiza el acto de cuidado:

Del contexto ético de la prestación de los servicios. Los principios, valores, derechos y deberes que fundamentan las profesiones y ocupaciones en salud, se enmarcan en el contexto del **cuidado respetuoso de la vida** y la **dignidad de cada ser humano**, y en la **promoción** de su desarrollo existencial, procurando su integridad física, genética, funcional, psicológica, social, cultural y espiritual sin distinciones de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, y de un medio ambiente sano. (17-01)

Idea que mantienen los *docentes y directivos*; sin embargo, ellos resaltan que estos sitios de práctica tienen unas condiciones especiales de multiculturalidad, que desde la experiencia no se ha tenido en cuenta para la formación bioética de los profesionales:

Bueno yo digo que tenía en cuenta el **contexto** nacional, pero el **contexto** particular no; [si] de algo hemos adolecido en nuestro programa es que no hemos sabido aprovechar la pluri y multiculturalidad que tenemos aquí en el departamento (haciendo referencia a los sitios donde se desarrollan las prácticas) [...] Más bien que formamos para el contexto de los normales, de los demás, pero no de las condiciones especiales de multiculturalidad como los afrodescendientes o los de razas étnicas indígenas. (D6-01. ED. P2.2018)

Para los *tutores de práctica*, el *contexto* se entiende también como el sitio de práctica, pero se va más allá al plantear que es importante conocer la cultura que está ligada a ese contexto, a ese territorio. Situación que es demandada también por los *docentes y directivos*:

La práctica enfocada en el contexto, enfocada en la dinámica de la comunidad y además es que vengan y conozcan la forma en la cual ustedes ven y viven su cultura, primero que todo, para que entiendan porque ustedes trabajan así. (P7. GF1.P7.2017)

Porque de esta forma pueden conocer más el contexto misak en terreno. [En] las prácticas en otros espacios como la Secretaría de Salud Departamental del Cauca aprenden cuestiones administrativas, pero no como conocer al sujeto de cuidado en el contexto. (DC4. 110917.P2)

Los *estudiantes* guardan coherencia con lo planteado por los otros actores, reiterando que es importante conocer el contexto (necesidades e intereses de la comunidad, así como el conocimiento de sus rasgos culturales) antes de plantear los proyectos de práctica, evitando la desarticulación de los mismos respecto a las necesidades de la población:

Creo que antes de asignar un proyecto, la persona que lo asigne debería **conocer** antes el contexto; o el coordinador de la asignatura debería saber que no es lo

mismo en (menciona el nombre de un resguardo), no es lo mismo en (menciona el nombre de un municipio); entonces que no nos pueden exigir a todos el mismo proyecto administrativo sabiendo que las necesidades de la comunidad son diferentes. (E2-02. PGFES.P6.2017)

Perciben que cuando un proyecto de práctica se restringe a la gestión administrativa, se limitan otras acciones, desde las cuales se podría aprovechar mejor el contexto diverso. En sus discursos relacionados a este problema se atisba un sentido de apropiación de su rol, en razón a que infieren que al tener la práctica un énfasis administrativo, para aprender la parte asistencial, deben buscar espacios distintos a los designados institucionalmente, desde su autogestión y proactividad:

Creo que se está desaprovechando mucho el contexto de la práctica a la hora de realizar proyectos, porque nos exigen que tienen que ser muy administrativos y de gestión. (E2-02. PGFES.P6.2017)

Si desea aprender en el área asistencial, requiere de disponibilidad sobre todo en las noches, porque en el día hay baja consulta. (DC3. 070917.E1)

Los alumnos indican que aprovechar el contexto intercultural *misak* implica ver más allá de la enfermedad y al sujeto como paciente, para considerar las posibilidades culturales que se presentan:

El sujeto de cuidado de manera transcultural, no hay que verlo como una persona que es como nosotros, como ver la enfermedad como una enfermedad, sino ver las posibilidades ilimitadas que tiene la cultura. (DC17. 161117.E6)

4.4.1.3. Cuidado como interacción armónica.

De lo previamente narrado se infiere que los programas de enfermería en la formación bioética en un contexto intercultural, deben estimular en los estudiantes una mirada del *cuidado* más allá de lo físico. Desde los hallazgos no hay un concepto unificado que dé cuenta del

cuidado como tal, solo se mencionan aspectos diferentes de este, generando un sinsentido al proceso formativo.

En los *documentos*, como los lineamientos del enfoque intercultural en los procesos de formación del THS, lo definen como armonía y equilibrio, en el sentido en que las personas, familias y comunidades se reconocen como seres humanos biológicos, espirituales y culturales y que los diversos componentes interactúan inagotablemente:

El cuidado de salud propia e intercultural hace referencia a las **acciones en salud propia y complementaria** que se realizan con las personas, las familias, la comunidad y con el territorio, que tiendan a promover y proteger la salud, y a prevenir y tratar la enfermedad con el propósito de promover, recuperar y mantener la **armonía y el equilibrio**. (28-01)

Se da a partir de la **comunicación y relación interpersonal humanizada** entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno. (32-02)

En consonancia con lo anterior, la normatividad, a partir del código deontológico de enfermería y la reglamentación de la profesión en Colombia, plantea el cuidado como objeto de la disciplina, y apunta a que se debería acrecentar la interacción positiva persona y entorno. Es decir, el acto de cuidado se piensa en términos del bienestar de la salud tal y como la persona lo entiende, luego la intervención profesional bajo esta visión estaría encaminada a resolver inquietudes acerca de las necesidades de las personas desde una mirada holística, particular, respetando su cosmovisión, valores culturales y creencias, para la satisfacción tanto del sujeto de cuidado como del profesional:

El acto de **cuidado de enfermería es el ser y esencia** del ejercicio de la profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas. (32-01)

Integralidad. Orienta el proceso de cuidado de enfermería a la **persona, familia y comunidad** con una **visión unitaria** para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual. (31-01)

El cuidado en el plano profesional incluye **reflexión, crítica, intuición, habilidades, conocimiento y calidad emocional** [...] El cuidado de enfermería es un acto de dimensión ontológica, ética y existencial dirigida a movilizar recursos humanos y del entorno con la intención de **mantener y favorecer la salud de las personas** y/o restablecer su equilibrio en caso de enfermedad. Se realiza de manera competente, concreta, creativa e instrumental; sustentado en un **conocimiento científico y técnico** dentro del marco de atención en salud y del contexto social, cultural, económico y político en que se practica. (15-01)

Al abordar el concepto de cuidado como objeto de la disciplina, se destaca en los documentos el *deber ser del profesional de enfermería*. De modo que la reglamentación de calidad para los programas de pregrado en Ciencias de la Salud y TSH, indica que la enfermería se considera agente de cambio en relación con la prevención de las enfermedades, mantenimiento y promoción de la salud.

Para el programa de pregrado de formación académica profesional en enfermería:
2.1. Competencias: promoción de procesos educativos tendientes a mejorar las condiciones de vida y salud; promoción del auto cuidado en diferentes contextos sociales y en beneficio del individuo, la familia y la comunidad; cuidado integral de la salud; promoción de prácticas de vida saludables; investigación para el desarrollo y mejoramiento del campo de la enfermería; solución de problemas de la salud y la búsqueda de nuevos modelos de cuidado y atención; gerencia de servicios y proyectos de salud y los demás propios de la enfermería. (12-01)

En el discurso de los *docentes y directivos* no se define el cuidado, pero estos actores si reiteran que el *deber ser del profesional de enfermería* trasciende el tratamiento de la enfermedad, e involucra elementos como la escucha para atender algunos de los conflictos emocionales subyacentes a la dolencia:

Uno se pone a **mirar más a fondo** qué pasa con esos pacientes; es que vienen donde el médico u otro profesional porque no tienen con quien más **hablar**.
(DC15. 251017.D4)

Por su parte, los *tutores de práctica* enfatizan en que el *cuidado* en salud como profesional en enfermería, implica trascender la asistencia individual, con el objetivo de considerar las necesidades y preocupaciones comunitarias. Sostienen que atender el entorno familiar del paciente es indispensable para brindar el cuidado. Cuando se logra esto, según ellos, se produce la armonización:

Pienso que tanto el médico como la enfermera; no solamente se medica y se cura de acuerdo a un sitio específico de su cuerpo. La salud implica muchas cosas a nivel de la comunidad: las dificultades, las angustias, las preocupaciones. (DC3. 070917.P3)

Cuando alguien de la comunidad requiere un refrescamiento, no es solo para el individuo, es también para toda la **familia**. En la cultura misak no solo está enfermo el individuo, sino la familia; por tanto, es necesario **armonizarlos**. (DC3. 070917.P4)

Estos actores reconocen que existen otras perspectivas en torno al cuidado, como en el caso de la medicina tradicional, donde las visiones de personas que poseen un don determinan si un sujeto necesita los cuidados en los sitios propios:

En estos espacios (menciona el nombre de un sitio de práctica) pueden atender el médico tradicional y/o la partera. Al respecto señala que esta labor se da por un **don**, que se manifiesta a través de una **visión**. Son ellos quienes van a la comunidad y **definen** si lo atienden es estos sitios, diferente a la medicina occidental, donde el paciente va a buscar al médico. (DC3. 070917.P4)

En otro sentido, los tutores tienen en cuenta en el cuidado elementos metafísicos como el alma y el espíritu, los cuales, desde su perspectiva, piensan que deberían incluirse y enseñarse desde la formación académica:

Yo sé que uno estudia por vocación, pero desde la universidad (sugiero) que lo vayan **preparando** [...] El **escuchar** es muy importante, porque si tú ves al enfermo, no porque realmente te duela algo, sino porque tienes un problema del

alma y en el **espíritu** y solo con desahogarte con alguien se te quita. (DC15. 091117.P3)

Así mismo, estas personas exteriorizan que el *deber ser del profesional de enfermería* se encuentra sometido a lo institucional, aunque debería preocuparse más por el cuidado integral del sujeto en tanto persona. Apuntan que el ejercicio se vuelve mecánico a causa del poco tiempo para estar más pendiente del cuidado, y por la implementación de sistemas de registro digital:

Todo se volvió sistemas [...] Últimamente no nos alcanza el tiempo. (DC15. 091117.P3)

Los *estudiantes* sostienen que el cuidado en un contexto intercultural requiere asumir que los procedimientos no serán recibidos del mismo modo en todos los pacientes; entienden que existen diferencias culturales. Indican que se debe tener en cuenta elementos como el reconocimiento, el respeto y la empatía. Así mismo, el cuidado desde lo intercultural requiere ponerse en el lugar del otro, indagando en lo que realmente necesita, sin imponer lo que como profesional de enfermería se piensa que se requiere. Esto demanda apertura para reconocer los distintos saberes, de modo que el cuidado involucra aspectos biológicos, emocionales (mentales), sociales y culturales, los cuales afectan la calidad de vida de los sujetos de cuidado:

Uno no puede mirar a todos como si fueran lo mismo, porque todos tienen sus creencias religiosas, sus costumbres y a todos no les va a gustar. (E2-01. SGFES.P1.2017)

El cuidado, desde un aspecto intercultural, se basa en el **reconocimiento** del otro, en el **respeto** y en la **empatía**. (E2-01. SGFES.P1.2017)

Te pones en la posición de la otra persona y cuidas desde la percepción de la otra persona (desde lo que necesita), no imponiendo lo que sabes. (DC6. 290917.E1)

El cuidado es a partir de todo [...] Es aprender de lo propio y de los saberes que han funcionado desde siglos. (E7-04. PGFES.P4.2017)

El resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida. (DC17. 161117.E6)

Así, los estudiantes desde su visión de *cuidado* relacionan el *deber ser del profesional en enfermería* a partir de su vivencia en la práctica en un contexto intercultural; lo perciben como una preocupación por el otro, y su entorno familiar.

El rol de enfermería no solo es limitarse a la atención, sino también **preocuparse** por ellos (refiriéndose a los sujetos de cuidado), por la familia. (DC6. 290917.E1)

4.4.1.4. Salud, armonía entre todas las dimensiones que el ser humano puede desarrollar.

Desde los *documentos* el concepto de salud ha evolucionado, no solo significa ausencia de enfermedad, sino que recoge la noción del buen *vivir o vivir bien* que trasciende a la persona.

Su perspectiva de salud, además de estar cimentada en la perspectiva ancestral, se fundamenta en la práctica, las experiencias sistemáticas, y en la mirada sistémica, holística, familiar, colectiva e integral de la realidad. (28-01)

La aproximación al concepto de salud está recogida en la noción del “buen vivir/vivir bien”, la cual trasciende a la persona y más aún a la enfermedad. (28-02)

Los *docentes y directivos* no plantean un concepto de *salud*, pero los *tutores de práctica* guardan cercanía con el concepto que se esgrime en los *documentos*, al concebir que las conductas del ser humano están unidas al territorio. Según ellos, al existir dicha relación se genera salud y se previene la aparición de enfermedades, porque toda forma de vida es energía que va y vuelve en forma de espiral. Aquello implica trascender la asistencia individual, para considerar las necesidades y preocupaciones comunitarias:

El concepto de salud [...] es pensar en el territorio, en lo que dicen los mayores, lo que vivenciamos diariamente y lo que nos han enseñado. A partir de eso nosotros podemos prevenir todo, y a partir de eso podemos hablar de salud mental, de salud sexual y reproductiva y nutrición. (P3-03. GFP1.P1.2017)

Desde que nacemos cada etapa de la vida genera experiencias que se enrollan a través de un espiral y en la vejez empezamos a desenrollarlas. (DC3. 070917.P4)

Pienso que tanto el médico como la enfermera; no solamente se medica y se cura de acuerdo a un sitio específico de su cuerpo. La salud implica muchas cosas a nivel de la comunidad: las dificultades, las angustias, las preocupaciones. (DC3. 070917.P3)

Los *estudiantes* conciben la salud más allá del padecimiento de la enfermedad, enfatizando en la influencia que tienen las emociones en ella; en este sentido, se infiere que no basta curar la enfermedad física, si emocionalmente la persona no se siente bien. La armonía se considera un equilibrio entre los factores físicos y emocionales:

Para mí salud es felicidad. Si uno no es feliz esta triste porque algo le preocupa; si a uno le preocupa algo no se encuentra bien, así físicamente no esté enfermo, pero si mentalmente no se encuentra bien, no tiene salud total. (E1-02. SGFES.P1.2017)

Para mí salud es armonía, es decir equilibrio entre lo físico, entro lo emocional, lo psicológico, lo cultural porque a veces se choca y eso lo afecta a uno; o sea como en todas las dimensiones que uno se puede desarrollar. (E2-02. SGFES.P1.2017)

Tabla 21
Visión de mundo en el cuidado de enfermería

Actores	Visión de mundo en el cuidado de enfermería
Documentos	Necesidad de formación ontológica, que reconozca al carácter holístico e irreductible del ser. Se debe promover el pensamiento crítico para realizar un cuidado contextualizado y transformador.

Actores	Visión de mundo en el cuidado de enfermería
Docentes y directivos	El cuidado y el rol del profesional en enfermería requiere ir más allá de la enfermedad, incluir la escucha y una perspectiva que reconozca el papel de las emociones en la enfermedad.
Tutores de práctica	Trascender de la asistencia para considerar lo comunitario, para procurar un cuidado integral, incluyendo aspectos metafísicos.
Estudiantes	El cuidado como más que lo físico; se requiere considerar lo emocional. Reconocen la importancia del cuidado asistencial, pero señalan que esto no garantiza un servicio de calidad, puesto que se requiere de otros aspectos como la escucha y la preocupación.

Fuente: Elaboración propia.

4.4.2. Los sentidos y sinsentidos enunciados por los actores sobre la visión del cuidado en enfermería que transforma la bioética en las prácticas formativas, en un contexto intercultural.

Desde los *documentos* en materia de educación, salud y universidad se resalta la importancia de una formación ontológica de los estudiantes de enfermería, en la medida en que esta brinda elementos que les posibiliten la adaptación a los cambios sociales y económicos del contexto, señalado como diverso culturalmente y con un alto pluralismo ideológico.

Bajo esta mirada, se encuentra que *estudiantes, docentes y directivos* deben compartir y comprender los valores que dan sentido a la responsabilidad con la vida, además de promover un análisis crítico y reflexivo del contexto sociocultural y público del sistema de salud. Esta formación es la que permite poder brindar el adecuado cuidado a las personas. Luego, parece importante que en la formación bioética del futuro profesional de enfermería, se integren otras disciplinas que amplíen la mirada en torno al cuidado del enfermero.

Se infiere así un sentido de la visión de cuidado que orienta la formación y que transforma la bioética desde las prácticas formativas en un contexto intercultural, estimulando en los estudiantes una mirada del cuidado más allá de lo físico, como lo señalan los lineamientos de incorporación del enfoque intercultural en los procesos de formación del TSH. Allí, el cuidado es armonía y equilibrio, en el sentido en que las personas, familias y comunidades se reconocen

como seres humanos biológicos, espirituales y culturales, y que los diversos componentes interactúan inagotablemente, noción que plantea una visión simultánea del cuidado.

Teniendo en cuenta que el cuidado es la esencia de la profesión de enfermería y en la práctica emergen experiencias de relación humana (enfermera-sujeto de cuidado-contexto) en torno a la salud, puesto que se cuidan personas, es importante comprender que a quien se cuida es un ser humano que no es homogéneo, que es particular, es único, holístico, irreductible a partes, en un ambiente que no se puede separar del ser, en un contexto diverso, donde el cuidado es el punto de encuentro con la bioética. Esto dona sentido al proceso formativo de los profesionales de enfermería, dado que el cuidado como experiencia de transformación constante, confronta su proceso formativo con otras miradas acerca a la atención en salud y fomenta avanzar en el conocimiento disciplinar desde un paradigma comprensivo. Aquel paradigma incluye la interculturalidad, al encontrar múltiples formas en el acto de cuidado para aproximarse de manera respetuosa al “otro” diverso y así comprender los posibles significados que las personas dan a las experiencias y realidades del cuidado de la salud.

Por su parte, *docentes y directivos*, en sus discursos, se alejan de la visión de cuidado planteada en los *documentos*, ya que no identifican puntualmente como asumir el cuidado, situación que causa dificultad para explicarlo y enseñarlo. Aunque consideran a la *persona* como alguien diverso y distinto a ellos, al momento de la práctica esto se invalida, en razón a que se forma al estudiante más en el hacer que en el ser, en describir puntualmente hechos prácticos, posicionando una sola mirada del cuidado. La formación del ser lo relegan más al vivir que el conocer. Es así que el sentido de visión de cuidado de enfermería que orienta la bioética en las prácticas formativas en un contexto intercultural, parece darse bajo una mirada causa efecto de reacción. Por esta razón, la bioética, como se señaló anteriormente, queda reducida a un deber hacer, pero no permite reflexionar en cómo acercarse al otro que es diverso y que también forma parte activa en el acto de cuidado.

Por otro lado, los *tutores de práctica* resaltan que en el acto en mención se da relevancia al ser humano autónomo, el cual tiene una interacción continua con el territorio. Este territorio hace referencia al contexto, donde los estudiantes desarrollan las prácticas formativas y se da el acto de cuidado. Para ellos dicho acto es una interacción entre la persona, el profesional de enfermería y el contexto, donde se requieren acciones humanitarias en la medida en que se

comprenden las necesidades de la gente, teniendo en cuenta la visión del cuidado de la salud desde su cultura, que se define como territorio.

Esta visión de cuidado es más recíproca y dona sentido a la transformación de la bioética en las prácticas formativas en un contexto intercultural, puesto que considera que el territorio es salud, lo que contextualiza el cuidado y amplía su mirada, porque el protagonista no es solamente el ser humano. Como se señaló en la categoría bioética, el cuidado se da desde el vivir bien para mejorar la convivencia del ser humano con lo que le rodea, resaltando la importancia de conocer su cultura acerca del cuidado de la salud para poder establecer el diálogo. Es ahí, entonces, donde se puede construir interculturalidad, que para ellos implica relaciones de confianza y actitud de apertura.

Sin embargo, los tutores destacan un sinsentido al evidenciar que falta avanzar en la relevancia del ser humano en el acto de cuidado, visto desde el estudiante como actor de su aprendizaje y en la voz del sujeto de cuidado como corresponsable de su salud, además de superar las barreras institucionales de formación que en ocasiones impiden el encuentro con el otro.

Los *estudiantes*, en cambio, definen el cuidado como un rasgo diferencial que implica capacidad de escucha, porque se atiende a una persona que no solo es un cuerpo físico, sino que es también espíritu. Para ellos no se puede considerar a los sujetos de cuidado como si fueran iguales; se requiere ponerse en la posición del otro, respetar sus costumbres, conocer su entorno (con el fin de comprender las necesidades personales) y tener un mayor tiempo de contacto para generar confianza. Se busca aprender de lo propio y de los saberes que han funcionado durante siglos.

Así mismo, los alumnos reclaman una práctica formativa más contextualizada, que dé respuestas a las necesidades y les permita estar en contacto con las personas. Se trata de una enfermería más cercana al sujeto de cuidado, que no solo se limite a la atención, sino que en el acto de cuidado se preocupe por la persona y su familia a través del contacto y la comunicación.

De lo anterior se infiere que los estudiantes están en un tránsito de visiones: de la visión de reacción a la visión recíproca. La primera dada por su proceso formativo, al señalar que sus prácticas deben ser más objetivas y dar cuenta de situaciones observables, situación que ellos relatan al relacionarlo con lo exigido por la institucionalidad frente al cumplimiento de un proyecto de gestión que genera un sinsentido en la práctica, por cuanto debería aprovecharse más

el contexto para el contacto con las personas. La segunda está relacionada con el impacto del contexto de práctica, en cuanto les permite avanzar en su concepto de ser humano en el acto de cuidado, donde este ser humano debe estar en armonía y equilibrio con todo lo que le rodea. Por tanto se señala que el campo de práctica genera un sentido, al ampliar la visión de cuidado en enfermería que permita transformar la bioética en un contexto intercultural.

A modo de reflexión se plantea que el cuidado desde enfermería en un contexto intercultural y que transforme la formación bioética, implicaría desde la voz de los actores no solo evidenciar una postura de cambio de visión de mundo y justificar que existe una educación profesional con una propuesta innovadora y pertinente a las demandas del contexto, sino también asegurar la inclusión disciplinar en diversos campos de acción y de diálogo de saberes que construyan la identidad. Lo anterior puesto que se forma al estudiante con un pensamiento crítico y reflexivo de su quehacer ontológico, epistémico y político.

Se parte del supuesto de que no se orienta lo ontológico solo desde el terreno racional, sino también desde la disponibilidad y confianza, a través de mecanismos de comunicación y diálogo que emergen en las experiencias de aprendizaje en la práctica formativa. Son espacios donde no hay lugar solo para tolerar, porque supondría superioridad, en el sentido que prima un saber y un hacer hegemónico, sino donde se propende por una relación dialógica del reconocimiento del otro, basado en la búsqueda de denominadores comunes que favorezcan la enseñanza, el aprendizaje, el reconocimiento y la responsabilidad compartida por todos los actores acerca del *cuidado del nosotros*. Así, se establece esta como variable central, en la medida en que los actores reclaman el acercamiento al otro y el reconocimiento de los saberes propios, lo que implica la construcción en las relaciones que se establecen en el acto del cuidado. De esta manera, el aporte de la visión del cuidado que se vislumbra desde los discursos de los *actores de formación* hacia la transformación de la formación bioética, implica un currículo más pertinente que trabaje sobre la forma de acercarnos al otro desde una visión más humana, que reclame identidad desde lo profesional como una forma de construir relaciones con los otros, y cuyo origen parece ser los docentes como modelos de formación bioético.

Capítulo 5. Análisis e interpretación de los sentidos que otorgan los actores de formación bioética a las prácticas en un contexto intercultural

Teniendo en cuenta la información extraída de los discursos de los *documentos*, de los *docentes* y *directivos*, de los *tutores de práctica* y de los *sujetos de cuidado*, respecto a las categorías de *prácticas formativas en la bioética*; *el concepto de bioética en el campo de la práctica profesional*; *la interculturalidad para transformar la bioética en las prácticas formativas en enfermería*; y *la visión del cuidado en enfermería para transformar la bioética en las prácticas formativas en un contexto intercultural*, se evidencia que los sentidos de la bioética desde las prácticas en este tipo de contexto, muestran una gran complejidad, con múltiples aristas a tener en cuenta.

A partir de los hallazgos planteados en el capítulo anterior, se obtienen de las relaciones de las categorías descritas, cuatro variables centrales que corresponden a: 1) *la pertinencia curricular, una tarea por cumplir*; 2) *aprender a convivir para comprender el cuidado de la salud como territorio*; 3) *relaciones donde no es el lenguaje la barrera, es la actitud*; y 4) *el cuidado del nosotros, pensando en el otro como uno mismo*. Establecidas estas categorías centrales, se inició el proceso de modificación e integración de conceptos, por medio del empleo de códigos teóricos del marco conceptual y de los antecedentes, donde se instiga a pasar de un nivel descriptivo a uno interpretativo.

Finalmente, siguiendo los pasos de la teoría fundamentada, se recurrió a una retroalimentación con dos pares externos afines a la problemática, con el propósito de dar apertura al proceso interpretativo de la información obtenida, buscando triangulación de miradas acerca del fenómeno de investigación. Se ha optado por tener en cuenta aquellas que mostraron una mayor relevancia en el proceso de ponderación, realizado por la investigadora. Esto con el fin de fundamentar en ellas una propuesta teórica (ver Figura 12) que se desarrolla en el siguiente capítulo.

De esta manera, estas variables centrales señalan la necesidad de repensar el quehacer práctico de la profesión de enfermería, aprovechando la escucha y el contacto como potenciadores de la relación de cuidado que valore el ser y el saber del otro. Se permite así construir un lenguaje común entre los actores que participan en los procesos formativos y que donan sentidos a lo pedagógico, en torno a la instrumentación técnica del currículo, donde *tejer*

la *bioética intercultural* como categoría central, podría contribuir a reconfigurar y dar tejido a lo pedagógico, lo curricular y lo disciplinar, al admitir contar con las lecturas desde el interior de las realidades de las comunidades. Lo anterior porque a través de los actores de formación, sujetos de cuidado y estudiantes, se reclama por el valor de la reflexión y de la trayectoria formativa. De esta forma se infiere que se otorga valor a lo pedagógico sobre la instrumentación técnica, se aboga por una fundamentación disciplinar que posibilite el cuidado en su dimensión moral y que la bioética posibilite la comprensión de las condiciones que hacen posible el cuidado en un contexto de práctica intercultural, que amplía la mirada acerca del cuidado de la salud hacia una visión más recíproca del mismo.

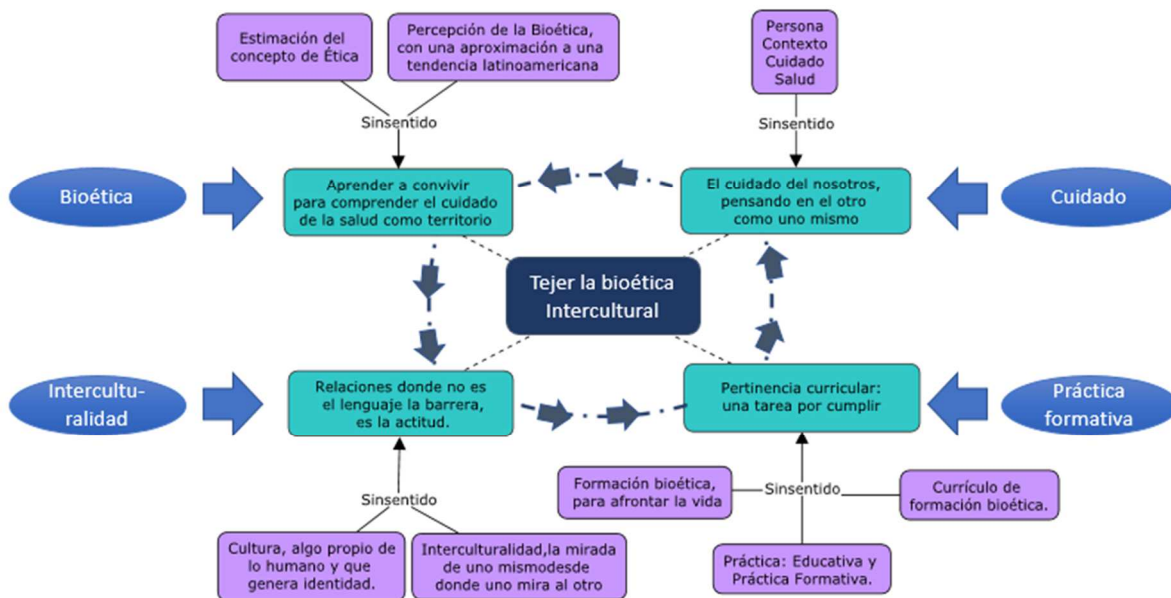


Figura 12. Relación de la categoría central con las variables centrales. Fuente: Valdez-Fernández y Bohórquez (2020).

5.1. La pertinencia curricular, una tarea por cumplir

Desde los sentidos y sin sentidos reflejados en los testimonios de los actores indagados, se evidencia la demanda de un currículo pertinente que responda a las necesidades del contexto cultural, que dé lugar al acercamiento entre culturas y que resulte al menos suficiente para

abordar las realidades a las que se enfrenta el profesional en formación bioética e intercultural al momento de realizar sus prácticas. De este modo, la pertinencia es planteada por los actores como una noción que garantice que la formación bioética responda a las necesidades de nuestra realidad, que es diversa culturalmente. El currículo debe entonces tener disposición de cambio de acuerdo al contexto, que es el punto de partida para resignificar la profesión de enfermería, al ser un espacio de reencuentro con el quehacer disciplinar a través del contacto y escucha con el otro que tiene miradas diferentes en torno a la salud.

Todo parece apuntar a que la práctica provee elementos de sentido para reconfigurar el currículo que teje la bioética intercultural, en razón a que replantea la formación: no solo es lo teórico y lo que se construye desde los discursos académicos, sino que la bioética se forma en un encuentro con el otro, un reconocimiento de la otredad y un concepto de vida que cambia en el contexto. Como plantea De Zubiría (2016): “Una educación es pertinente si se pueden describir de manera más nítida sus objetivos y si estos se hallan plenamente adaptados a las características socioculturales de la población y su contexto medio ambiental” (p. 38).

5.1.1. Desaprender para volver a aprender a partir de las experiencias.

Ante lo descrito en los párrafos precedentes, se muestra una primera vertiente discursiva, planteada por estudiantes, asesores de práctica y sujetos de cuidado, quienes aproximan sus ideas a un enfoque curricular crítico, desentrañando las dificultades que se presentan al seguir currículos descontextualizados. Aquello concuerda con la crítica planteada por Díaz Barriga (2015), quien menciona que para los currículos es importante “atender las necesidades institucionales del sistema educativo [...] la selección de contenidos y la formación de habilidades como un problema del conjunto de la sociedad, no como un aspecto que corresponda dilucidar a una escuela en particular” (p. 15).

De este modo, estos actores demandan un cambio hacia una vivencia de lo ético y lo bioético en contexto, donde la experiencia permite aprender a través de la reflexión y el cambio de perspectivas lleve a desaprender los conceptos que dificultan las relaciones. No obstante, esto lo realizan desde una visión instrumental, porque consideran que facilita su trabajo. Así, lo anterior no significa obviar lo teórico, pero se exige lo práctico y comprometido con el contexto,

porque al parecer el problema no parte de la diversidad o diferencia en sí, sino que parte del problema estructural-colonial de un saber y de un ser homogéneo:

Acá te enseñan todo lo teórico (refiriéndose a la Universidad), pero una cosa es lo teórico y otra cosa es la práctica y más cuando las culturas son tan diferentes. Allá (refiriéndose a la práctica realizada en el hospital mamá Dominga) se mira de una cosmovisión diferente a la salud y va más ligada al ser como tal, no solamente a la enfermedad, sino lo que sienten, lo que piensan y pues eso uno no lo aprende de todos los docentes. Hay docentes que te enseñan a ser persona, hay otros que solo se limitan a enseñarte la teoría y la teoría no es siempre lo que uno necesita en estos casos. Nosotros en la práctica sí necesitamos mucha teoría; bueno para hacer el control, hacer la citología, necesitábamos el conocimiento, pero más necesitábamos es ser personas: ¿cómo llegarle a esa persona para que se dejara tomar la citología de mí? ¿Cómo llegarle a ese niño para que me hiciera caso? ¿Cómo llegarle a esa persona y decirle, no mire, es que usted tiene que hacer vacunar a su hijo? Entonces no necesariamente uno tiene que tener el conocimiento de salud; uno tiene que ir más allá y eso no se aprende con ir a clases; eso se aprende con convivir, con el respeto desde la casa. (E1.02. PGFES.P3.2017)

En el estudio de Villegas (2013) se muestra que este no es un problema de formación bioética particular, debido a que es determinante tener claro lo que se va a aprender y a enseñar, y no solo establecer cómo se realizará el proceso formativo. El autor concluye lo siguiente:

El principal problema de la bioética en el currículo está en la disociación entre la importancia discursiva que se le otorga a la formación en ese campo y el desarrollo de la práctica curricular. La tríada paciente-estudiante-profesor proyectada a la familia y la comunidad, emerge como fundamento del currículo, en tanto sujetos protagónicos de sus vidas, orientados a desarrollar su capacidad de agencia; así se posibilita superar la marginalidad del paciente y la comunidad cuando se los considera solo como objetos de estudio en el currículo. (Villegas, 2013, p. 63)

En este sentido, Sánchez, Segura, Gallardo y Alemany (2018) plantean que el análisis curricular realizado muestra que no existe un compromiso sobre la formación, señalando la importancia en la reorientación de la educación hacia las necesidades que han surgido; por tanto, se requiere que los docentes estén comprometidos con esta nueva orientación.

Esto último es una de las problemáticas a enfrentar, surgiendo la segunda vertiente discursiva. La de los documentos recolectados respecto al currículo y la de los profesores y directivos de la academia, se centran en describir lo curricular desde lo técnico y lo oficial. Para ellos “los planes de estudio constituyen la proyección de una utopía educativa, a través de la cual se pretende ofrecer algún elemento de concreción a un proyecto institucional que aspira a impulsar la formación integral de un grupo de estudiantes” (Díaz Barriga, 2015, p. 11).

Así, los docentes reconocen la necesidad de ajuste, siendo mejor contextualizar las temáticas para las prácticas. Sin embargo, lo teórico, lo legal, lo deontológico se instituye para los profesores como un velo que los aprisiona, los atrapa, los inmoviliza y dificulta comprender otras formas, otras lógicas alternativas de la realidad en torno al cuidado que construyan la formación bioética e intercultural. Estas lógicas pueden generarse, justamente, en las experiencias de aprendizaje que emergen en los sitios de práctica:

Yo creo que hay que hacer trabajo con los docentes; en docencia hay que incluirlo definitivamente (refiriéndose a la bioética). Dentro del currículo y microcurrículo debe estar inserto siempre en la mayoría de las asignaturas como una forma de operacionalizarlo más. (D3-01.ED1.P1.2018)

En relación al contenido de las asignaturas que orientan la bioética e interculturalidad (Ética del Cuidado y Ética de los Derechos Humanos)²³ los *docentes* y *directivos* muestran una tendencia a continuar con la postura hegemónica, que se centra en lo teórico y legal, donde se posiciona al estudiante en una sola visión del mundo, complejizando su experiencia al encontrarse con la diversidad en un entorno real y con otras miradas sobre el cuidado de la salud permeadas por su cultura.

²³ Asignaturas dentro del plan de estudios 2008 que orientaron la formación de los estudiantes que hicieron parte de la presente investigación. En el actual plan solo se orienta ética del cuidado.

Lo anterior dista de la postura de bioética e interculturalidad que demandan los *estudiantes*, en razón a que desde la mirada hegemónica no se reflexiona en torno a la vida y la salud desde el contexto, se obvian otras miradas y se desconoce la cultura. Estudios realizados sobre la pertinencia de los contenidos curriculares plantean que las visiones y modelos de cuidado no resultan prácticos para la aplicación de los profesionales en enfermería, debido a que su vaguedad y amplitud no generan compromiso de aplicación y no se ajustan a la realidad contextual del que hacer profesional (Pérez y Carrasquilla, 2018). Esta situación cobra sentido en el proceso formativo bioético, puesto que la universidad orienta a través del currículo las visiones de mundo de esta disciplina, mediante las cuales el estudiante forma su identidad profesional, la manera de acercarse al otro y comprende sus miradas en torno a la experiencia de cuidado.

Aunque a nivel institucional en la Universidad del Cauca se ha intentado superar esta problemática, aún falta mucho por lograr en los componentes bioéticos. En el año 2002, el Programa de Enfermería inició su proceso de acreditación y tímidamente asumió una posición crítica frente a la visión de mundo que orienta la formación epistémica del futuro enfermero. Si bien en el momento había un cambio en el paradigma, donde el rasgo humano y lo ético empezaban a ganar espacio en el discurso de formación, todavía había un camino por desarrollar en la práctica.

De los documentos institucionales se infiere que los estudiantes eran formados ontológica y epistémicamente desde una visión de mundo de reacción y bajo una pedagogía clásica-conductista. La formación estaba orientada en un quehacer técnico, con un enfoque biomédico muy marcado y orientando al que hacer de la curación de enfermedades en los contextos hospitalarios. El cuidado no era considerado en el currículo, la intervención era caracterizada por una planeación de actividades técnicas que no requerían un pensamiento crítico ni reflexivo; se trataba de un ethos pasivo y eficaz en las tareas que se asignaban (Figura 13).

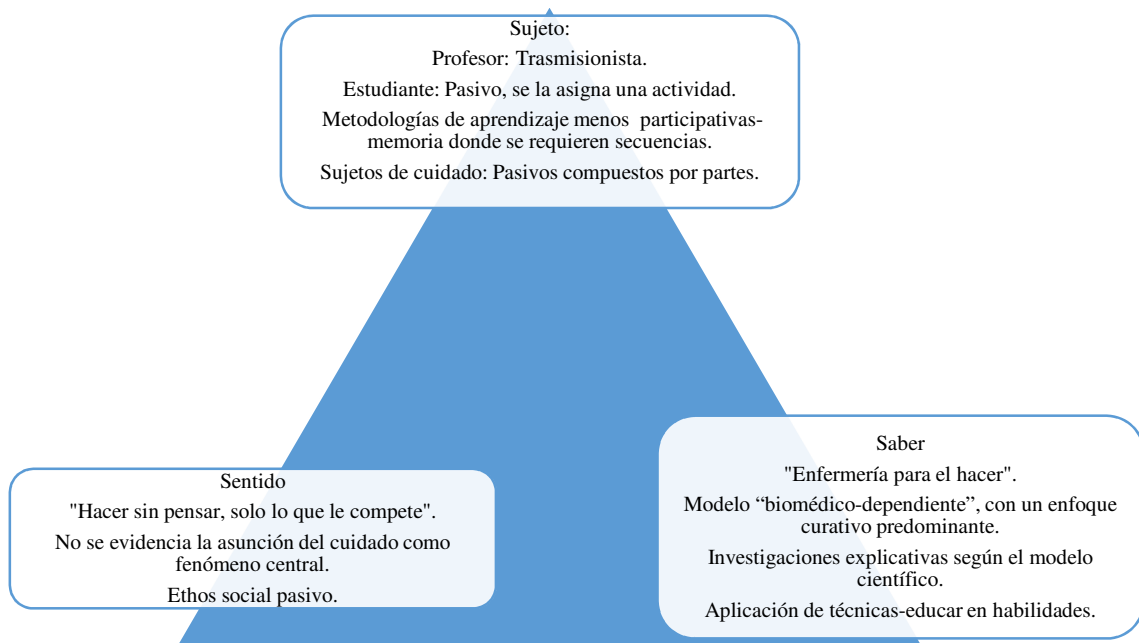


Figura 13. Triángulo educativo²⁴ del plan de estudios 2002 del Programa de Enfermería: Pedagogía clásica-conductista vs. Visión de mundo de enfermería de reacción. Fuente: Elaboración propia.

En los años 2006 y 2008, con las sugerencias del Consejo Nacional de Acreditación (CNA) dadas al Programa de Enfermería, la formación bioética es orientada bajo un currículo que empezó a dar relevancia al ser y al conocer del estudiante, bajo la visión de mundo de interacción recíproca y pedagogía socio-crítica. Ello debido a que se buscaba que los futuros profesionales valoraran a los sujetos de manera bio-psicosocial y teniendo en cuenta su cultura, lo que teóricamente abriría paso a la interculturalidad.

Si bien se reconocía al cuidado como el objeto de conocimiento de los profesionales enfermeros, seguía existiendo una fuerte tendencia hacia el enfoque curativo. El profesional en enfermería se consideraba agente de cambio, quien valoraba al sujeto de manera bio-psicosocial a través de patrones, necesidades y teniendo en cuenta la cultura del sujeto de cuidado. La salud estaba circunscrita al respeto por cualquier forma de vida con enfoque curativo y preventivo; la

²⁴ Para poder comprender la visión con la cual se estaban formando los futuros enfermeros, fue necesario recurrir al triángulo educativo y la visión de mundo, teniendo en cuenta que en el acto educativo tenemos como actores al docente y al estudiante, al cuidador y al ser cuidado, lo que permite evidenciar la visión de mundo.

enfermería se consideraba como práctica social; y el cuidado como interacción. La experiencia del profesor era experimento, porque se reiteraba el objetivo de producir conocimiento que contribuyera al desarrollo científico de la enfermería, desde enfoques explicativos y comprensivos (Figura 14).

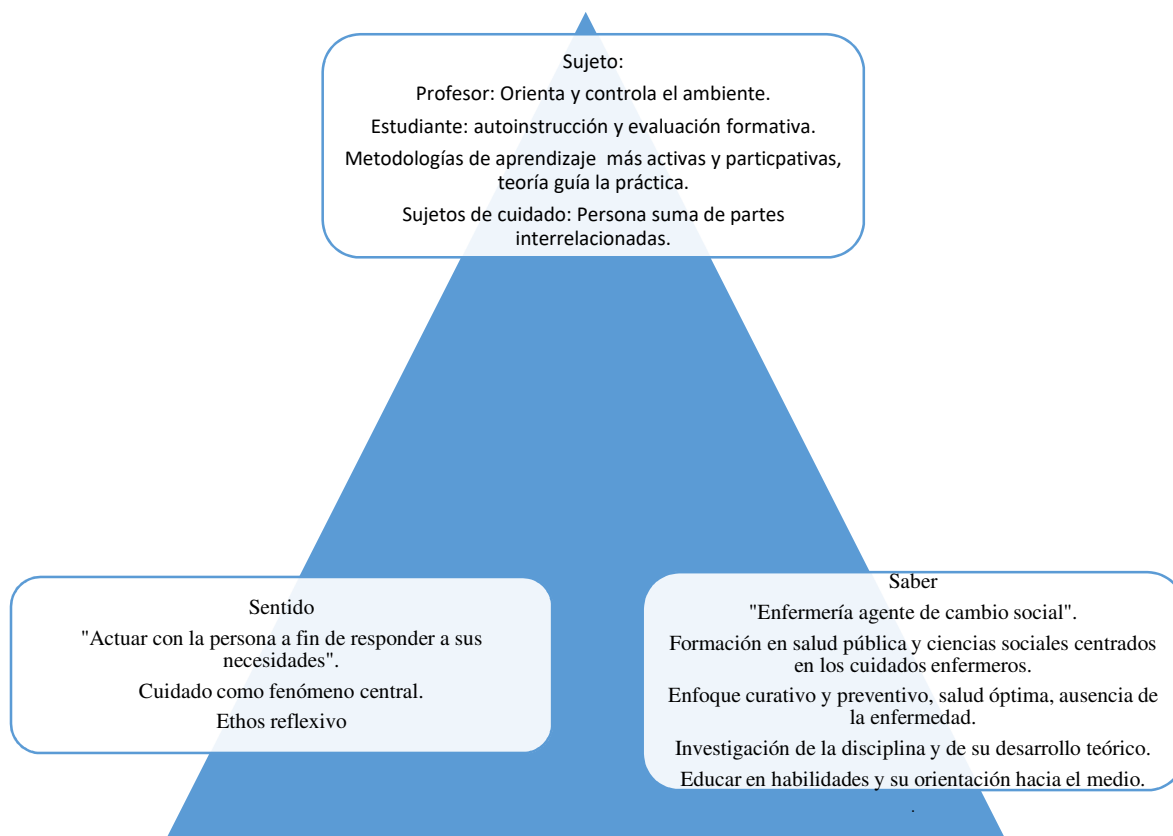


Figura 14. Triángulo educativo del plan de estudios 2006 del Programa de Enfermería: Pedagogía socio crítica vs. Visión del mundo de enfermería de reciprocidad. Fuente: Elaboración propia.

El profesor era entonces un ayudante o facilitador (Figura 15) para que el estudiante desarrollara habilidades necesarias, donde el pensamiento crítico resultaba fundamental para el cumplimiento de lo estipulado en el currículo. Bajo esta perspectiva se pretendía desarrollar un ethos más reflexivo. Se educaba a un profesional regido por competencias para dar respuesta a las necesidades del mercado global.

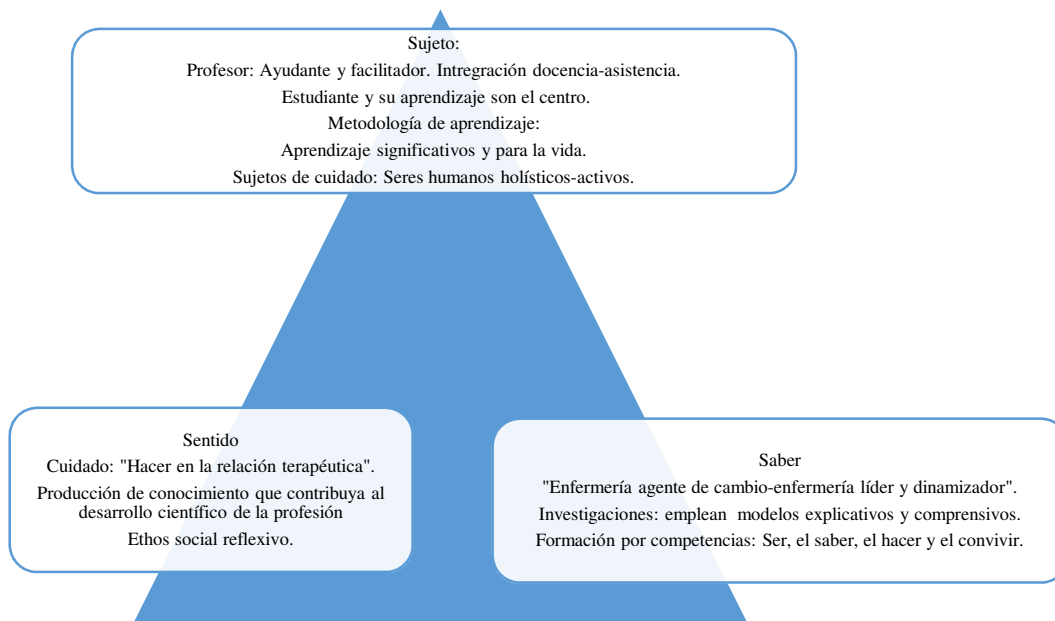


Figura 15. Triángulo educativo del plan de estudios 2008 del Programa de Enfermería: Pedagogía sociocrítica-Visión del mundo reciprocidad. Fuente: Elaboración propia.

Con la reforma curricular del año 2014 (que es la que se encuentra vigente en el momento), se agregó a las exigencias formativas la pertenencia social, articulación y diálogo de saberes con el «equipo de salud», teniendo en cuenta las metodologías propias y el espíritu crítico. Desde entonces los estudiantes comenzaron a adquirir un papel más activo, que considera su propia cultura y enfatiza en el respeto a la subjetividad (incluida la propia). Aquí el rol del profesor debe ser el de acompañar y fomentar la adquisición de competencias en el contexto de práctica, entorno que juega un papel importante como espacio de aprendizaje debido a la diversidad cultural propia del departamento del Cauca. Se expresa que bajo esta visión el ser humano es único, inseparable de su entorno. El cuidado se percibe como una experiencia transformadora, un imperativo moral, con rasgo humano, donde el profesional en enfermería construye nuevos conocimientos a partir de la interacción. La salud se asocia al propósito de promover la vida y prevenir la enfermedad. El ambiente de cuidado tiene en cuenta diferentes contextos (Figura 16).

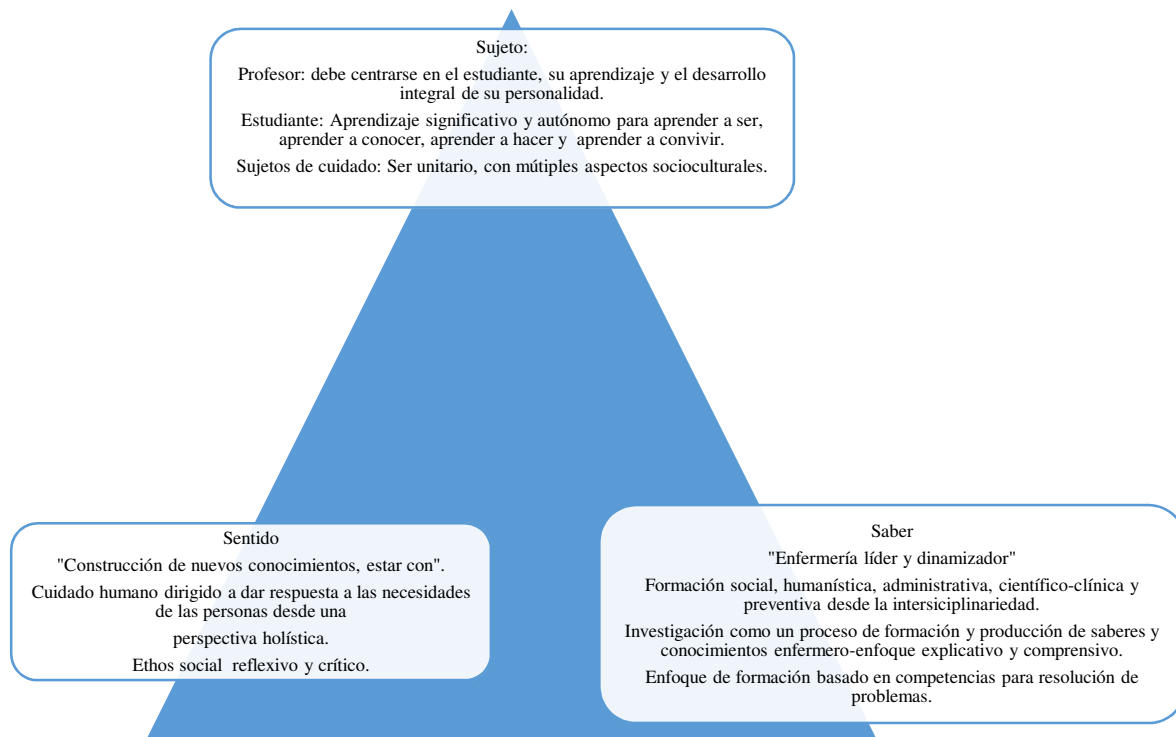


Figura 16. Triángulo educativo del plan de estudios 2014 del Programa de Enfermería: Pedagogía del modelo integrador vs. Visión de mundo de enfermería de acción simultánea. Fuente: Elaboración propia.

Sin embargo, aunque en la propuesta vigente hay una clara pretensión de lograr un ethos responsable, con acercamiento cultural y disciplinar, no es clara la forma como el estudiante puede lograr la adquisición de estas competencias, o cómo el docente puede mediar para fomentar la adquisición, exacerbado por un énfasis teórico legal aún presente. En el currículo se privilegia el ser más que el hacer, orientado a formar un pensamiento crítico en los estudiantes. La teoría no da cuenta de todo lo que pasa en las prácticas, y estas desbordan toda intención teórica. La experiencia ya no es aplicación de verdades, ni experimentación de hipótesis. El centro de aprendizaje es la cultura. Los estudiantes se consideran seres humanos culturalmente situados y deben ser respetados a partir de su “subjetividad” individual y comunitaria. El profesor acompaña el desarrollo integral de su personalidad, mediante el fomento de competencias.

En este sentido, en el proceso de formación bioética e intercultural sería pertinente fortalecer la identidad propia disciplinar y del ejercicio docente, de manera que se construya una visión alterna a aquella con la cual se han formado los profesionales de enfermería durante mucho tiempo y que es hegemónica sobre lo que es la enfermería y su esencia. Es necesario,

entonces, partir sobre una base sólida de conocimientos y actitudes, para poder establecer relaciones con el otro en su contexto.

De hecho, a nivel curricular se puede observar (Tabla 22) que en el 2008 la bioética aparecía tímidamente como un “enunciado de formación”, en términos de una “competencia del ser” u “objetivo de asignatura” en las áreas básicas, socio humanísticas y disciplinar. Igualmente, la interculturalidad era considerada como una “competencia del saber” en las áreas disciplinar y socio humanísticas. No obstante, en los contenidos expresados en los microcurrículos estos conceptos no son abordados. Al respecto, un docente señala:

Nuestro syllabus no tiene la evidencia de la parte ética, por consiguiente, tampoco somos conscientes los profesores de que eso debemos fomentarlo y esperamos que cuando lleguen a los semestres superiores, la asignatura de ética sea quien le dé el conocimiento al alumno relacionado con eso, y uno dice: ¿Pero el resto qué? Eso es lo que yo he visto en todo este tiempo. (D5-01. ED1P2.2018)

Mientras tanto, en el 2014, aunque el planteamiento supone un mayor énfasis en lo bioético, articulando distintos saberes, la bioética simplemente aparece como un enunciado de “competencia transversal” solo en el campo de fundamentación disciplinar y como “competencia específica” en problemática social (ética). Las otras dimensiones no la declaran. Igualmente, la interculturalidad no es abordada, sino que se toma la categoría cuidado cultural como competencia transversal y específica en la dimensión cultural-estética, situación que entra en concordancia con los discursos de los *tutores de práctica y estudiantes*. Ellos mencionan que, en la práctica, los futuros profesionales no tienen las herramientas para hacer frente a los dilemas éticos de base cultural. Pese a que en el proyecto educativo se declara una formación ontológica del estudiante, desde la disciplina (bajo una visión de mundo simultánea) y desde la educación (bajo una pedagogía integrativa), en ambas prima la formación “del ser integral” (Tabla 23).

En consecuencia, la bioética y la interculturalidad como conceptos han evolucionado en el ejercicio curricular y ganado espacio desde lo oficial; no obstante, son categorías que se reducen a un discurso que no permea la práctica del currículo. Es así como el discurso del cuidado y su enfoque pedagógico queda desmentido con su práctica, porque se conservan modelos hegemónicos ontológicos y epistémicos que la han mantenido como una profesión subordinada y con el reto de-construir su identidad, lo que requiere en últimas el desaprender

para, en la experiencia, construir su aprendizaje. Esta situación repercute directamente en la construcción de un ethos social responsable, con pensamiento crítico y con actuar de manera autónoma como cualquier otra profesión.

Tabla 22

Comparación de las categorías bioética e intercultural con asignaturas del plan de estudios 2008 del Programa de Enfermería.

	C	Asignatura	Bioética y/o ética											Interculturalidad					
			Competencias en el ser (Valores)/ Objetivos											Competencias en el saber (conocimientos) y en el saber hacer (habilidades)					
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
I	Introducción al cuidado de Enfermería				X		X					X			X	X		X	
III	Fundamentos para el cuidado de Enfermería				X								X	X	X				
V	Cuidado de Enfermería I al adulto				X							X						X	

		y al anciano																	
VI I	Cuidado de Enfermería III al adulto y al anciano				X														X
VI II	Cuidado de Enfermería a la mujer y a la pareja	X	X		X												X		
IX	Educación y Gestión del cuidado I	X										X	X						
X	Educación y Gestión del cuidado II				X	X						X	X						
I	Sicología			X	X								X						
I	Lectura y escritura						X		X	X	X								
II	Socio antropología				X											X			
VI II	Ética y cuidado	X	X	X	X		X			X									
X	Ética y Derechos Humanos						X	X	X	X					X	X	X		
II	Morfología	X	X				X												

	IV	Farmacología I				X												
	VI	Epidemiología					X			X	X						X	
	VI II	Investigación II				X				X			X	X				

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 23

Comparación de las categorías bioética e intercultural con asignaturas del plan de estudios 2014 del Programa de Enfermería.

Dimensión curricular		Asignatura	Bioética y /o ética									Interculturalidad						
			Competencias específicas y/o transversales									Competencias específicas y/o transversales						
			Respeto por la vida	Defender Dignidad Humana	Promover aspectos bioéticos	Principios éticos y normas legales	Tolerancia con la diversidad cultural	Resolución de problemas	Dimensión ética-moral y afectiva	Multiculturalidad	Cuidado cultural	Diversidad cultural	Creencias y valores					
Campo de formación específica	Histórico	I	Historia del Cuidado y Modelos de Enfermería				X											
	Fundamentación Básica	II	Morfología*															
		IV	Farmacología				X											

	Fundamentación Disciplinar	III	Fundamentos para el Cuidado de Enfermería				X						
		VI	Cuidado de Enfermería al adulto y anciano II				X						
		VI I	Cuidado de enfermería en salud sexual y reproductiva				X				X		
		IX	Educación y Gestión del cuidado de la salud				X						X
		X	Gestión del cuidado de la salud				X						
	Complementario	VI II	Profundización I Cuidado de enfermería en terapia farmacológica				X						
Problema Cultural -estética		I	Antropología*					X		X		X	
		II	Cuidado Cultura*					X			X	X	
		VI	Electiva I Seguridad y Salud en el Trabajo				X						
		VI I	Electiva II Investigación Cualitativa				X						
Problema Social		I	Psicología										

		general*											
	VI II	Ética del Cuidado	X	X	X	X						X	
Científico tecnológico	III	Informática*			X								
	V	Epidemiología						X					
Innovación, emprendimiento e investigación	VI	Metodología Investigación I				X			X				
	VI I	Metodología Investigación II			X	X							

*No es explícita la ética o bioética dentro de las competencias.

Fuente: Elaboración propia.

5.1.2. Enseñanza de la bioética para afrontar la vida.

A pesar de que la Universidad del Cauca propende por una formación ontológica que promueva el pensamiento crítico y reflexivo en el estudiante, a través de la investigación y la proyección social, en el desarrollo de los microcurrículos se observa que perpetúa una formación bajo la tradición institucional de corte técnico. Parece que se invisibilizan situaciones y acciones mediadoras entre lo exigido, lo vivido y lo alcanzado por los futuros profesionales en su experiencia formativa. Bajo esta visión, el ethos social propende por no cuestionarse nada. Tal y como lo mencionan Corchuelo, Catebiel y Cucuñame (2006):

Es característica de la perspectiva técnica la planeación curricular independiente del contexto en el cual se desarrolle. En su afán por el control genera planes y programas estandarizados para que en cualquier sitio se desarrolle el modelo, independientemente de la etnia, el clima, las costumbres y demás variables propias del contexto sociocultural (p. 42).

De esta manera, mientras no se tenga claridad frente a la postura epistémica y ontológica que orienta la formación y contribuya a la construcción de identidad profesional en los estudiantes de enfermería, difícilmente se podrá establecer una relación con la otredad y configurar la interdisciplinariedad como un diálogo de saberes. Diálogo que debe estar basado en la búsqueda de denominadores comunes, de acuerdo y mediador, donde soy mediador con el otro y por esa mediación soy yo mismo.

De modo que “una educación es pertinente si se puede describir de manera más nítida sus objetivos y si estos se hallan plenamente adaptados a las características socioculturales de la población y su contexto medio ambiental” (De Zubiría, 2016, p. 38). Es así que el concepto de pertinencia desde una finalidad social otorga relevancia a la formación ciudadana en valores, a la responsabilidad social de la universidad y brinda mayor consciencia social crítica. También se destaca desde el pensamiento educativo latinoamericano, la preocupación ética de nuestra educación: la necesidad de enseñar siempre con la praxis y el ejemplo (De Zubiría, 2016).

En concordancia con lo anterior y desde la disciplina de enfermería, una enseñanza pertinente debe incluir la praxis, pues esta implica acción y reflexión crítica de pensamiento emancipatorio donde se conjugan el ser y el conocer. Sobre la praxis, Chin y Kramer (2008) indican que:

Es un proceso motivado por valores que cambian las prácticas de enfermería y los ambientes políticos y sociales mayores, para poner fin a las injusticias e inequidades. La praxis crea condiciones en las que todas las personas puedan lograr un bienestar máximo y un total potencial integrado con el conocimiento ético, estético, personal, empírico y con el saber en la práctica de enfermería. (p. 302)

Lo anterior es muy acorde con la crítica realizada por uno de los docentes, sobre los cambios en la malla curricular, para responder a las necesidades del contexto:

Se hizo el cambio de nombre y se creyó que con eso se saldaba la deuda y que eso iba a ser un giro completo; pero no, porque al cambiarle el nombre a la asignatura, pero los contenidos no se replantearon nunca, entonces son cuidados que siguen siendo totalmente instrumentales, técnicos y operativos. (D7-05. ED1.2018)

Sobre el tema, Becerra (2014) señala que:

Los currículos se evidencian demasiado procedimentales y para los docentes, al no identificar exactamente como asumir el cuidado, es difícil explicarlo y menos enseñarlo [...] Cuando el estudiante no realiza conexiones de aprendizaje profundas mediante la formación de ideas de anclaje cognitivas, y a su vez, no puede ver ese aprendizaje evidenciado posteriormente en su experiencia práctica, es difícil que pueda recuperar la información adquirida en periodos pasados. (p.173)

5.1.3. Prácticas formativas, conexión entre el texto y el contexto.

Una formación bioética e intercultural que desde el currículo considera el contexto particular diverso y el encuentro con el otro, como lo señalan Gordon, Potter y Ford (1998) en uno de sus últimos postulados, involucra el encuentro entre la vida y los valores; valores atravesados por la cultura cuyos conflictos de base son de orden también cultural; situaciones a las que se ven enfrentados los estudiantes en sus sitios de práctica y en su formación.

De esta manera, un currículo puede construirse permanentemente, a través de una bioética intercultural, como un camino que puede armonizar la praxis y la poieses²⁵ en la formación de los estudiantes, en razón a que la contextualización del aprendizaje dota al educando de un nuevo conocimiento, que es particular de él, y que resulta relacionado pero no es independiente a la teoría.

En el contexto es donde se puede llegar a la reflexión para transformar el conocimiento; “Gadamer insistió en que la auténtica fuente de enseñanza, que irradia de los encuentros humanos, se encuentra en serio riesgo de ser arruinada por la técnica moderna, particularmente por el uso que hacen de ella los medios de información” (Aguilar, 2003, p. 17). Así, en lugar de seguir criterios rígidos de medición sobre distintas habilidades, es mejor dar paso a la escucha de las necesidades del contexto con el fin de transformar la formación.

²⁵ En realidad la praxis difiere de la poiesis precisamente porque el discernimiento del “bien”, que constituye su fin, es inseparable del discernimiento de su modo de expresión. La “práctica” es, por tanto, lo que nosotros llamaríamos una acción moralmente informada o moralmente comprometida (Lobkowicz, 1967; citado en Carr, 2002).

Por tanto, la praxis no es entendida como una forma de poiesis regida por fines prefijados o reglas determinadas, sino que considera también criterios éticos inmanentes a la misma práctica educativa; situación que conlleva a repensar una formación bioética intercultural del estudiante que tenga en cuenta también un razonamiento de tipo práctico. Este razonamiento debe ser entendido como el que emplean los profesionales cuando tienen que decidir un modo de acción en el que solo es posible respetar un valor a costa del otro en medio de la diferencia, donde no se reduzca a una actitud, sino a la responsabilidad frente a su actuar. Díaz Barriga (2015) manifiesta que:

Se requiere de la formación de una serie de actitudes de interrogación y de búsqueda de comprensión de lo diferente por parte de la sociedad en su conjunto, [y] de los docentes en particular, para que se pueda reflejar adecuadamente en el trabajo cotidiano con los estudiantes. (p. 172)

En este sentido, desde los hallazgos, la práctica fue concebida como un espacio de formación bioética de los estudiantes, en razón a que no se reduce a la aplicación de los conocimientos, sino que requiere de un actuar y pensamiento reflexivo que les permita interactuar con los otros en su contexto. Los estudiantes señalan que la formación bioética parte de la enseñanza de los docentes y de los tutores de práctica como ejemplos a seguir. Además, los mismos profesores reconocen su responsabilidad en la formación bioética de los alumnos, situación que comienza a dar un giro hacia un cambio de noción de práctica a praxis: “Hay docentes que **te enseñan a ser persona**, hay otros que solo se limitan a enseñarte la teoría y la teoría no es siempre lo que uno necesita en estos casos”. (E1-02. PGFES.P5.2017)

Al respecto, Díaz Barriga (2015) considera que la formación en valores depende de “la participación que tengan los docentes para su establecimiento y, finalmente, se materializa en el trabajo del aula. En este sentido, los docentes constituyen, como ha sido a lo largo de la historia de la educación, un modelo a seguir” (p. 150).

Por su parte, Sánchez et al. (2004) concuerdan con lo planteado anteriormente. Los hallazgos de su investigación indican que tanto los estudiantes como la literatura ven al profesor como modelo de formación bioética intercultural, que requiere ser formado en este campo y que esta formación guíe su práctica educativa.

Tal vez una forma de empezar a de-colonizar el currículo en una formación bioética intercultural, que brinde los elementos para tejer la formación ontológica y epistémica de los estudiantes de enfermería,²⁶ implicaría dar un giro de la concepción que los docentes tienen de la práctica, pasando a la praxis. De esta manera se plantea una articulación entre elementos cognoscitivos y actitudinales, porque no solo basta con mostrar, entender o reconocer un contenido bioético intercultural para homogenizar,²⁷ sino que se requiere cambiar el papel que se le asigna a los contenidos en los planes y programas de estudio. La idea es partir de una formación ontológica y epistémica desde la acción reflexiva, para transformar la teoría en la cual se forma el estudiante en los contextos de práctica particulares, entendiéndolos como espacios que permiten la búsqueda de la comprensión del otro en lo que nos hace iguales y comprender a ese otro al cuestionar nuestra identidad. Sobre el tema, Zaror et al. (2014) plantean que es pertinente

ahondar en el papel del profesor universitario como ente formador ético; es necesario considerar que el docente, como individuo en primer lugar, tiene una moral personal que no puede quedar "fuera de la sala" cuando ejerce su rol como profesor; esto implica entonces que, de manera inevitable, su actividad docente se llevará a cabo desde su propia dimensión moral, desde la que podrá abordar su función educativa en torno a la ética profesional de los estudiantes. (p. 141)

De modo que para la formación bioética e intercultural un buen punto de partida sería el trabajo con los docentes, quienes en el acto pedagógico constituyen el modelo a seguir para los estudiantes. Así, son ellos el trasfondo de sentido en la construcción de la relación con los otros, iniciando en cómo se trata al estudiante para mostrar respeto y humildad en el conocimiento y en la construcción del mismo, para poder llegar a la transformación de la mirada del cuidado de la salud y de la enfermedad más humana. Esto involucra un proceso de apropiación y capacitación

²⁶ Cuya pertinencia se traduzca en una escucha permanente del otro en contexto.

²⁷ Al homogenizarlos, dichos contenidos quedan reducidos a una actitud, a lo cultural, a un concepto "folclórico", que se incluye solo por la responsabilidad y la necesidad de constituir sujetos que cumplan aceptablemente las normas sociales (Díaz Barriga, 2015).

de los profesores como formadores en la bioética intercultural, ya que el currículo los ha instrumentalizado, lo que se evidencia en sus discursos que dan más prioridad al contenido y lo técnico que a las experiencias de los estudiantes en contexto.

Lo descrito previamente es precisamente lo que reclama el contexto intercultural: un cambio de la pedagogía que se abre como un espacio para la reflexión desde la praxis, donde el estudiante se forme no para responder a modelos anglosajones, sino por medio del ejemplo de los docentes y tutores de práctica en su quehacer profesional y de las relaciones que emergen en el acto pedagógico en el contexto de práctica.

5.2. Aprender a convivir para comprender el cuidado de la salud como territorio

Al leer y comprender la realidad desde la lógica de las cosmovisiones de los sujetos de cuidado y desde la percepción de los estudiantes, es posible reconfigurar el concepto de la bioética hacia el *tejer una bioética intercultural*, que se construye a partir de las experiencias de aprendizaje en los contextos de práctica con la lógica local y el territorio. Se entiende así que es un concepto inacabado que se edifica desde adentro, porque implica un proceso de desaprender para volver a aprender, en razón a que los estudiantes destacan que, en la práctica, no pueden ir formados con una sola mirada del ser y el conocer en el cuidado de la salud; es decir, se trata de abandonar prejuicios, los cuales deben ser descargados durante el proceso de formación mediante teorías contextualizadas en el territorio.

Esta situación reclama una pedagogía que construya el currículo, porque el contexto brinda la oportunidad de ampliar la mirada en torno al cuidado de la salud, entendiendo que en las relaciones hay que iniciar con el reconocimiento propio. Dicho reconocimiento es volver hacia “mi identidad profesional”, que pueda ser reconstruida en el acto de cuidado, en los choques que surgen al confrontar esa identidad con las diferentes visiones que existen acerca del mencionado acto (el cuidado) y que permitan finalmente llegar al reencuentro con el cuidado, razón de ser de la disciplina.

5.2.1. Relaciones con los otros diversos en contexto.

Se evidencia que tanto los sujetos de cuidado como los estudiantes reconocen que la formación bioética no se limita a lo orientado en el aula de clase, sino que involucra también el

recorrido de la vida y la confrontación con la realidad. Es decir, la formación bioética intercultural equivale al choque del ser con la realidad en un contexto situado, el cual les genera experiencias que los cuestiona desde lo vital. En este caso particular, esto se da puesto que en la cultura *misak* se cuida de un territorio, porque el territorio es salud, y en el territorio es donde las personas viven y conviven en comunidad. Aquello dona un sentido moral al cuidado de la salud, en la forma en cómo se produce el acercamiento y se comprende al otro, asumiendo una responsabilidad no solamente con un individuo, sino con la comunidad que lo acoge.

De esta manera, el proceso de enseñanza, como plantea Kemmis (1993), se da a partir de la interacción entre los actores, donde ninguno debe tomarse como un agente pasivo y sin injerencia, más bien todo lo contrario, pues son las relaciones las que permiten el proceso educativo.

5.2.2. Sentidos por el cuidado de la salud.

El cuidado ante la dinámica social representa un reto en la formación bioética intercultural de profesionales en enfermería, en un contexto pluriétnico y pluricultural, en la medida en que debe cuestionarse sobre el quehacer profesional para considerar y respetar al sujeto de cuidado, sus creencias, valores y costumbres (Ibarra y Siles, 2006). Es así como cuestiones relacionadas con el significado de la vida, de la salud, la manera de relacionarse con los demás, la forma de comportarse, las expectativas vitales, la manera de entender la enfermedad y la muerte, están sumamente influenciadas por los valores culturales, tanto de quienes se forman como de quienes forman. Lo anterior motiva a la reflexión, al considerar dichas cuestiones culturales para fomentar mejores relaciones e integración de las variaciones en la comprensión de la perspectiva del ciclo vital (en el caso de la comunidad *misak* el ciclo de vida), por parte de otros que no pertenezcan al grupo cultural (Turner, 2005).

Se resalta que este entendimiento se refiere a que “el respeto de la diversidad se apoya sobre un concepto de igualdad real que rechaza el trato igualitario para los desiguales” (Bigot, 2010, p. 157). Así, “si el enfermero(a) no es consciente de estas diferencias de perspectiva y valores, es posible que, aunque haya un intercambio comprensible de palabras, no exista comunicación efectiva porque el contexto y los significados son diferentes para cada uno” (Delgado y Expósito, 2012, p. 59). Es precisamente lo que manifiesta un estudiante al narrar un

hecho donde el choque cultural en la práctica es evidente, al definirse como la confrontación del ser con la otredad, dándose principalmente en la forma como se comunica y como se relaciona:

A veces para indagar con ellos (refiriéndose a los sujetos de cuidado) [es] complicado, o sea, no sé si uno no se hace entender, pero tratamos durante todo el proceso antes del parto de preguntarle que si se había tomado todo el medicamento y entonces ella nos decía que sí. Le decíamos a la mamá si sabía de qué pastillas le estábamos hablando, pero no, las pastillas que ellas nos decía, no eran, y le preguntábamos [que] por qué no se había tomado todo el medicamento. Nos decía que muchas pastillas tomadas, que no, pero al final no se pudo concretar, saber cuánto fue el medicamento. Ellas nos dijeron 90, pero no nos entregaron 90 sino 60, y les preguntamos: “De esas 60, ¿cuántas se tomó?” “No sé, pues se tomó como 3”. Y le dijimos: “¿Se tomó 3 pastillas nada más?” Y después decía: “No, se tomó como tres de esos”. Complicado. ¡No pudimos entender al fin! Intentó el médico y nosotras, pero tampoco. (DC13. 251017.E7)

En este encuentro (o choque) se habla de un verdadero aprendizaje, pues “el contacto cultural provoca modificaciones, intercambio y adopción de elementos y patrones culturales en mayor o menor medida, en todos los grupos que entran en relación” (Chamorro, 2001, p. 2). Sobre esto los *tutores* señalan que los espacios de práctica abren paso a una formación bioética intercultural desde las experiencias de cuidado, que también dependen de la actitud del estudiante, lo que facilita el acercamiento al otro:

Se piensa desde la colectividad (haciendo referencia a la cultura *misak*) [que] nunca es una cosa individual y por eso para **nosotros la salud** no es una cosa mía no más; **es mi territorio**, está bien mi territorio porque mi territorio contiene todo [...] Cuando vienen aquí (haciendo referencia a los estudiantes) yo les explico desde la parte cultural que van a tener dificultades, [por ejemplo] cuando vienen abuelos que no hablan español y que van a necesitar asesoría de alguna auxiliar o los del SIAU (porque hablan misak). Que si yo no estoy pues que llamen a otra persona para que puedan hacer su consulta bien, apropiada, entonces ellos, yo he visto que si se preocupan por hacerlo y lo hacen así [...] Tratan de

atender bien al paciente, ellos tratan en lo posible de hacer bien su trabajo y poder llegarle bien a la comunidad. Que de pronto **cada uno tiene diferentes capacidades y actitudes**, ¡sí! Hay unos que llegan más fácil que otros, pues sí, es de pronto la personalidad que tiene cada uno de nosotros, eso no lo podemos modificar, entonces hay enfermeras que tienen más capacidad de **comunicación**. (P4.GF1.P1. P6.2017)

5.2.3. Priorizar el ser sobre lo técnico.

La tensión que se genera por las relaciones que emergen en el acto de cuidado y en el contexto permiten un aprendizaje que pasa del saber al comprender (Díaz Barriga, 2015). Situación que cuestiona la pertinencia de la aplicación del conocimiento solo occidentalizado, en razón a que “sólo si se aborda la asistencia sanitaria desde una perspectiva intercultural podrá ser satisfactoria” (Chamorro, 2001, p.2). Aquello implica, en el *tejido de la bioética intercultural*, la comprensión y conciencia de los elementos culturales propios y ajenos de los contextos de práctica, como territorios que promueven la comunicación efectiva y un mejor acercamiento en el acto de cuidado.

Aquí es donde podemos articular lo que sabemos, una cosa que decía un médico tradicional, que es muy importante. Él decía que [de] nada servían las acciones de promoción y prevención, sino se realizaba un acercamiento espiritual a la persona. Entonces digamos que la persona tenía hipertensión; por más de que yo le diga tómese el tratamiento, vea que no coma sal, vea que siga una dieta saludable, si yo no le revisaba la parte espiritual, las intervenciones que yo le iba a realizar no servían de nada. Por eso es muy importante ese acercamiento intercultural. (DC17. 161117.E6)

Como se puede deducir de la narración anterior, estos elementos culturales son importantes y complejizan la relación profesional enfermería-sujeto de cuidado, situación evidenciada también en el estudio de Mastrapa y Gibert (2016), quienes consideran que esta relación es difícil por la misma naturaleza humana y por las particularidades que se presentan a nivel social y comunicacional. Así mismo, se plantea en la formación bioética intercultural para

aprender a convivir y comprender el cuidado de la salud como territorio, mejorar las habilidades comunicativas, pues el trabajo del profesional en enfermería radica en el establecimiento de las relaciones de ayuda, dándole una posición de importancia en el proceso del que hacer enfermero (Fornet, 2001).

Esto no implica dejar a un lado el conocimiento, sino, como se ha señalado previamente, formar desde procesos que generen reflexión y crítica en los momentos en que se debe tomar una decisión responsable y autónoma. Como plantean Ibarra y Siles (2006), el manejo de la creencia o práctica cultural en el ámbito de la intervención será diferente, dependiendo del tipo de consecuencia en la salud del sujeto de cuidado:

Si la creencia o práctica es benéfica o no representa daño para la vida del paciente, se podría preservar. Sí por el contrario, puede llegar a ser un riesgo para la salud o propicia la enfermedad, se debería negociar un acuerdo posiblemente apoyando la creencia, pero sugiriendo o reacomodando una práctica más benéfica. Y, finalmente, si la práctica o creencia es potencialmente dañina, la enfermera debe tomar una posición más firme en la explicación de los riesgos y ayudar a la persona a sustituirla por una práctica más sana, reconociendo siempre la autonomía y decisión del propio individuo (p. 45).

Así, al aceptar que “cada ser humano tiene una perspectiva acerca del mundo que los rodea y una perspectiva a través de la cual se perciben, se comprenden e interpretan las situaciones de la vida” (Meleis, 2005, p. 9), se reconoce la otredad. Lo anterior está “soportado por la autenticidad de cada representante cultural, de su autonomía en el grupo étnico y de la representación identitaria (aspectos esporádicos); siendo constructores sociales en la medida que somos y nos identificamos heterogéneos para un mínimo común intercultural” (Sánchez y Rondón, 2013, p. 152).

Pero definir al otro desde las voces de los actores del estudio no fue un asunto sencillo. La otredad es reconocer que soy humano y que, al encontrarme con el otro, se interpela al cuestionamiento sobre el yo, en un diálogo que no es simétrico porque somos diferentes, pero compartimos aspectos que nos hacen iguales.

Una persona diferente a mí pero que **comparte aspectos** con uno. El hecho de ser un ser humano, de tener sentimientos, de pensar, de sentir, eso nos hace **iguales**, pero entonces cada forma de pensar y de cómo se hace, eso nos va a hacer **diferentes**. (E7-02. SGFES.P1.2017).

En este sentido, Gadamer (1990), respecto a la pregunta de quién es el otro, no plantea una respuesta definitiva; para él equivale a responder:

¿Quién soy yo y quién eres tú? En lo sucesivo intenté dominar con el pensamiento la cuestión de que esta pregunta no se contesta nunca y es, sin embargo, como pregunta, su propia respuesta. [...] Así aprendí, mucho más que cualquier otra idea filosófica, que el diálogo platónico nos enseña que no es otro sino uno mismo a quién cuestionamos a través de los otros (p. 152).

En concordancia con lo anterior, Levinas (2006) no habla de la otredad sino de la alteridad, cuya filosofía permite mirar al sujeto de cuidado como un ser del que se necesita para encontrar el *yo* en la propia realización del otro, que a su vez es uno mismo: “La alteridad es la presencia del Otro en el Yo; una presencia que se conforma como relación entre libertades; [...] una relación con lo infinito que, a través del pensamiento, desborda el pensamiento y llega a ser relación personal” (Levinas, 2006, p. 225). Finalmente, Fernet (2001) resalta la necesidad de que nuestro pensamiento bloquee la percepción del otro, no buscar desde nosotros mismos, sino dejarnos interpelar por él; es decir, encontrar al otro en su horizonte.

De esta manera, en el cuidado de la salud se debe ser capaz de aspirar a encontrarse con el otro diverso, tejer una bioética intercultural en donde el otro hace parte de un nosotros, porque se cuida no solo de la salud desde una visión biologicista, sino que se amplía a una visión de salud como territorio, que designa una responsabilidad colectiva. Esta responsabilidad es una labor tanto de las universidades e instituciones de salud, como de los profesionales del área y, especialmente, de los enfermeros y enfermeras. Ellos deben priorizar el papel central del cuidado, respetando no solo las diferencias, sino también las acciones que los acerquen a los sujetos desde su perspectiva cultural, asumiéndola como una posibilidad de que el futuro profesional de enfermería pueda volver a ser, leer y comprender otras miradas en torno al cuidado de la vida. En el caso particular de esta investigación, uno de los estudiantes señala:

El ciclo de vida misak [...] hacía que tú pudieras elegir cuando querías tener hijos y cuando no; de ahí de recordar que los niños no eran azar que había que planearlos, porque en el momento que tú lo planeabas, el niño vivía. Así no estuviera fecundado, el niño estaba ahí, entonces por eso es importante la planificación de ahí. (DC10. 161117.E6)

Sobre el tema, Muñoz (2014) agrega: “los estudiantes identifican la importancia del reconocimiento del otro como principio básico en la construcción de confianza y posterior afianzamiento de las relaciones de ayuda con los sujetos de cuidado que incluyen a los pacientes y cuidadores” (p. 64).

5.2.4. Estrategias de autoconocimiento.

El contexto de práctica situado en una cultura propia genera un sinsentido al proceso de formación bioética de los estudiantes de enfermería, al generarles un choque del ser con la realidad. Esto se da porque los cuestiona desde lo vital; en palabras de Mignolo (2007): “decoloniza su ser”. Un buen punto de partida para de-colonizar el ser a través del *tejido de la bioética intercultural* en los procesos formativos bioéticos de los estudiantes de enfermería, implicaría:

Sensibilidades y conocimientos que nos ayuden a trascender lo propio y a saborear lo diferente, a reconocer lo propio en lo ajeno, a apreciar y a respetar las claves de la felicidad de otros. Y, también a ser críticos respecto de aquello que no favorece la exaltación de la vida o que inhibe o niega la dignidad humana. (Fornet, 2007, p. 8)

Desde la educación, en la disciplina de la enfermería, trascender lo propio y reconocerse en lo ajeno involucraría un currículo que considere estrategias de autoconocimiento que le permitan al estudiante el tránsito de una visión de enfermería del ser humano como objeto, en medio de una relación causal, a otra donde ellos se reconozcan y miren al otro como un ser humano holístico. Un humano que no se puede desligar de su contexto y realidad, ni puede ser reducido. Todo esto en medio de una relación que refleje el cuidado mutuo y recíproco,

reconociendo la influencia del uno en el otro. Al respecto, Ayala, Alvarado y Cuevas (2010) plantean:

Creemos que se hace necesario diseñar estrategias de autoconocimiento que haga de éste un proceso consciente, que permita una reflexión sobre el aprendizaje y las formas de aprender, como también de reflexionar sobre la propia práctica del cuidado en base a la educación emocional. (p. 98)

Dicha situación posibilitaría armonizar, tanto en los estudiantes como en los profesores, su rol de cuidadores, al relacionar el aprendizaje con la necesidad de reconocimiento de la cultura del otro y las necesidades reales del contexto. No obstante, para los sujetos de cuidado este conocimiento debe centrarse principalmente en el buen comportamiento y en una actitud de apertura mediante la escucha y la tolerancia. Como señala Fonet (2007):

Hoy nuestros sistemas educativos deben abrirse a esta dimensión de la interculturalidad Proactiva y pro-positiva, acciones de formación interinstitucional cuyo diseño pedagógico nos exija articular tanto las coincidencias como las divergencias, pues ambas son necesarias si entendemos los procesos de formación precisamente como espacios de debate y de intercambio de saberes. (p. 9)

Lo aquí expuesto dona sentido para *tejer la bioética intercultural* desde un currículo que no solo integre el saber técnico con una interacción humana sensible donadora de autonomía, sino que considere lo humano en la enseñanza del cuidado, porque brinda capacidad afectiva, respetuosa y efectiva en contexto para una mejor convivencia. Contribuyen a de-colonizar, por un lado, el modo de leer y comprender la realidad desde la lógica de las cosmovisiones de los sujetos de cuidado y, por el otro, la percepción de los estudiantes, que permite reconfigurar el concepto de la bioética desde la propia lógica local y el territorio, entendiendo así que, en un *tejido de bioética intercultural*, es un enunciado inacabado que se construye desde adentro.

Carper (1978), Watson (2001), y Siles (2018) consideran que es necesario dar un giro en la formación para incluir una visión más humana, que sea un factor integrador en el desarrollo de un currículo. Para lograrlo plantean necesarias unas estrategias de autoconocimiento en el acto pedagógico que permitan *tejer una bioética intercultural*, que den paso a una visión cualitativa, y

que privilegien la adopción de metodologías que tengan en cuenta la subjetividad en el acto de cuidado. De acuerdo con lo anterior, el estudiante a través de sus experiencias de aprendizaje en contexto, puede reflexionar sobre su propia práctica y proceso de formación, lo que colabora con su construcción de identidad como agente de cuidado responsable. Al reconocerse, él mismo facilita u obstaculiza la relación con el sujeto de cuidado.

5.3. Relaciones donde “no es el lenguaje la barrera, es la actitud”

Desde los discursos de los *actores de formación* es necesario que la interculturalidad en el currículo, como se señaló anteriormente, no se reduzca solo al reconocimiento de la diversidad cultural en el acto de cuidado o a enseñar a los estudiantes un lenguaje diferente, para establecer la comunicación con personas que son de otra cultura, sino que implica construir en el proceso formativo, relaciones de apertura en torno a otras miradas del cuidado de la salud, cuyo punto de partida es la articulación de la universidad con los campos de práctica. El objetivo es aportar a la comunidad no solo desde el conocimiento que han adquirido en la formación, sino también con actitudes de apertura a otras miradas acerca del cuidado de la salud permeada por la cultura y que consideren las necesidades del contexto.

Lo anterior supone formar a los estudiantes desde las prácticas en contextos interculturales como espacios de confrontación para entender una cosmovisión distinta a aquella en la que se han formado, y poder establecer relaciones de diálogo con el otro a través de la escucha y el contacto. Los hallazgos señalan sobre esto que, para establecer confianza, se requiere más tiempo en los escenarios de práctica, o establecer contactos previos de los estudiantes con la comunidad en espacios formativos alternos. También reiteran que *tejer la bioética intercultural* implicaría dar un giro de práctica a la praxis, donde el docente adquiriera un rol de maestro, con una pedagogía entendida como un espacio estratégico para regular las relaciones entre el conocimiento y la experiencia (Saldarriaga, 2006), y que posibilite el tránsito del reconocimiento de la diversidad a las relaciones de encuentros con el otro en condiciones que podrían disminuir la asimetría epistémica y ontológica de los futuros profesionales en enfermería.

5.3.1. Actitud de cuidado.

En el trabajo investigativo desarrollado, tanto los sujetos de cuidado como los estudiantes reconocen que la formación bioética e intercultural no se limita a lo orientado en el aula de clase, sino que involucra también el recorrido de la vida y la confrontación con la realidad:

Respecto de la enseñanza de la bioética en la educación universitaria, surge como cuestión fundamental considerar o no a la universidad como una instancia propicia para adquirir o modificar actitudes y valores. La opinión de los alumnos en esta materia es que la Formación moral está fuertemente determinada por la educación y el ejemplo familiar, y que la etapa universitaria sería complementaria de ésta. (Sánchez et al., 2004, p. 141)

Es decir, esta formación equivale al choque del ser con la realidad en un contexto situado, el cual le genera una experiencia que los cuestiona desde lo vital:

Para mí fue un cambio total (haciendo referencia a su práctica formativa en el contexto misak). Ha significado crecer, tanto personalmente como profesionalmente. Me llevó a entender que las diferencias culturales no son una barrera, ni un motivo para no realizar actividades de cuidado y diálogos [...] Salir de una zona de confort a un lugar desconocido fue **un choque drástico**, pero todo mejoró cuando fui recibida y me trataron amablemente. Me llevó a **reflexionar sobre mi propia cultura**, sobre mis antepasados y sobre mí. Después de que empezamos, bueno, a trabajar, yo dije: “**Todo lo que yo pensaba no era así**” [...] Y todo fue gratificante, crecí como persona, crecí profesionalmente, me llevó mucho a reflexionar en verdad **¿qué pensaba yo hacer de la enfermería** a futuro profesional? Y creo que me gusta estar mucho en comunidad, entonces me llevó como a entender y guiarme por ese camino al cual yo debería escoger. (E3. PGFES.P1.2017)

De esta manera, el proceso de enseñanza, como plantea Kemmis (1993), se da a partir de la interacción entre los *actores de formación*, donde ninguno debe tomarse como un agente pasivo y sin injerencia, más bien todo lo contrario, pues son sus relaciones las que permiten en el

proceso educativo la construcción del conocimiento. Se destaca además que la educación no es solo memorizar, que el aprendizaje funciona reproduciendo información y colaborando para la transformación de la sociedad, en concordancia con lo expuesto por Díaz-Barriga (2015), quien, haciendo alusión a la educación de valores, señala:

Estos temas son transversales porque atraviesan todo el currículo, y reclaman ser trabajados —en las asignaturas y temas que los permitan— desde una perspectiva cognitiva y actitudinal. No se trata de crear un mero adoctrinamiento de los estudiantes, sino de establecer en el currículo los engarces naturales que permitan el tratamiento de los mismos y, a la vez, identificar las formas de enseñanza que permitan explotar la articulación de ambos aspectos (el contenido de la asignatura y el tema transversal). El Inter juego entre los elementos cognoscitivos y actitudinales, le da un sentido singular a su tratamiento. No basta con mostrar, reconocer, entender o retener un contenido a nivel cognitivo (p. 149)

En la formación bioética e intercultural desde las prácticas se requeriría, entonces, formar en la comprensión (Villegas, 2011), orientada no desde un currículo que plantea el aprendizaje como un proceso lineal que va de la teoría a la práctica, sino que desde la práctica se genere un saber en el estudiante, en relación a actitudes y aptitudes frente a las decisiones éticas en el acto de cuidado, donde se debe considerar el contexto particular diverso y desigual culturalmente. Son estas experiencias de aprendizaje las que construyen permanentemente el currículo, permitiendo el tránsito a una visión más recíproca del cuidado, por medio de adopción de posturas más abiertas. Esto abre el camino del tránsito del reconocimiento de la diversidad de las personas a un encuentro.

La creación de medios que propicien la comprensión de los símbolos de determinada cosmovisión por otra, mediante la búsqueda de términos cuyo sentido se aproxime a los significados del lenguaje de la otra cultura. El diálogo intercultural enseña que el entendimiento entre las partes implicadas en el conflicto por medio de la adopción de posturas abiertas delante del diferente y de la construcción de puentes que atraviesan los esquemas interpretativos de la

realidad culturalmente aprendidos, con vistas a la construcción compartida de símbolos y significados. (Albuquerque, 2015, p. 83)

Luego, para este tránsito desde los hallazgos, se plantea la posibilidad de leer y comprender la realidad desde la perspectiva de los sujetos de cuidado; se señala la importancia de las distintas lógicas provenientes de la cosmovisión de grupos particulares, donde se reconoce la diversidad cultural. De modo que el encuentro con los otros permite establecer diferencias en la forma de entender el cuidado de la salud. Como mencionó un estudiante, el concepto de salud de la cultura *misak* se da través de un ciclo de vida cuyo fin es la plenitud del ser humano; la plenitud armoniza la salud y previene la aparición de la enfermedad:

Es importante que la gente aprenda lo propio para poder enseñar lo nuestro, para aprender lo de ellos para poder enseñar. Si nosotros hacemos lo normal, son de esas charlas (haciendo referencia a una de las actividades de su práctica formativa) que se queda solo en charlas. Entonces, al iniciar las sesiones educativas por medio del ciclo de vida *misak*, pues interiorizan mucho más la educación brindada y la intervención desde la gestión de enfermería, partiendo del sujeto de cuidado de manera transcultural. O sea que hay que verlo como una persona que es como nosotros, pero no ver la enfermedad como enfermedad, sino ver las posibilidades ilimitadas que tiene la cultura. Entonces digamos que la hipertensión se puede originar porque no hay, digamos, una escucha en el momento de la adultez; otras personas lo asocian en que la persona no trabaja, entonces el sedentarismo. Esto tiene una articulación (hace referencia a la cultura y la visión de cuidado de salud), pero si nosotros no intervenimos, no entendemos ese trasfondo, es muy difícil que la gente nos entienda a nosotros. Es como que nos digan: “¡No, es que usted por no trabajar le va a dar hipertensión!” Para nosotros suena ridículo, pero para ellos el trabajo es hacer ejercicio. Esta articulación entre la cultura y la visión de cuidado de salud es permitida si hay una formación en el pregrado (haciendo referencia a la formación bioética e intercultural) (DC17. 171117.E6)

De esta forma, “los profesionales de enfermería [...] a partir de un mayor grado de sensibilidad con la diversidad cultural, buscan estrategias de comunicación y acercamiento que les permitan alcanzar la comunicación y confianza requerida para brindar cuidado” (Pérez y Carrasquilla, 2018, p. 220). Sin embargo, no solo basta con este reconocimiento, sino que es necesaria la apertura a un encuentro con el otro, entendiendo así la bioética como un concepto inacabado que se construye en la relación que emerge en el acto de cuidado. En esta relación cobra importancia la forma como el futuro profesional de enfermería se acerca y comprende al otro en dicho acto, lo que dona fundamento moral a su quehacer profesional. La bioética intercultural, por su parte, provee las condiciones de análisis de ese cuidado. Así:

La bioética, como espacio transdisciplinario, enfatiza la necesidad de ampliar las perspectivas de formación en el área de la salud. Es precisamente en el déficit de distintas perspectivas durante la formación, en donde reside uno de los principales problemas que viven los profesionales de la Salud en América Latina al ponderar una mirada exclusivamente médica sin desarrollar una visión de la salud en su totalidad. (Tealdi, 2008. p. 453)

5.3.2. Escucha y contacto temprano.

Visto lo anterior, cuando se trabaja con sujetos de otras culturas, además de tener en cuenta sus tradiciones de salud, creencias, valores, sus formas de comunicarse, se debe dar un paso más y considerar que “la cultura no es un monolito rígido que determina las relaciones humanas, sino un mosaico compuesto por individuos portadores de esa cultura” (Collière, 1996; citado en Plaza del Pino, 2011, p. 9). Así, en el cuidado se debe ser capaz de aspirar a encontrarse con el otro diverso durante su formación bioética, teniendo en cuenta la perspectiva intercultural, la cual es una responsabilidad tanto de las universidades e instituciones de salud, como de los profesionales de esta área y, especialmente, de los enfermeros y enfermeras formadores. Ellos deben priorizar el papel central del cuidado, respetando las diferencias, asumiendo una posición crítica de su formación e identificando las necesidades de los sujetos desde su perspectiva cultural, asumiendo un nuevo rol para *tejer la bioética intercultural*.

Para lograr adoptar esta posición resulta conveniente seguir lo sustentado por Díaz (2012), quien expresa: “Romper la ‘fatal’ pretensión del científico por la verdad objetiva y hacer

del conocimiento una práctica comprometida que problematiza los escenarios de acción, pero sin acción concreta su efecto es realmente fútil” (p. 41). Además, se observa en los estudiantes una intención genuina de de-construir una relación con los otros con diferentes visiones en torno al cuidado de la salud:

Todas (refiriéndose a las estudiantes) tratamos de dar lo mejor, de poner en práctica lo que sabíamos, independientemente de las culturas uno trataba de “brindar cuidado” desde los conocimientos que uno tenía [...] La mayoría tratábamos de brindar nuestro conocimiento por más pequeño que fuera; si ellos (refiriéndose a los sujetos de cuidado) tomaban algo de lo que uno les decía, del aporte que uno les podía dar para su vida, creo que era la mayor satisfacción para nosotros. (DC6. 290917.E1)

Compartir nuestros conocimientos, pero de una manera [humilde;] no que sabemos todo, sino que de una manera dentro de que ellos (refiriéndose a los sujetos de cuidado) nos enseñan cosas a nosotros y nosotros les enseñamos cosas a ellos. Si ellos lo toman pues les empezamos a explicar más, si no lo toman, lo dejamos ahí. (DC6. 290917.E1)

Por tanto, en primer lugar, se busca educar de una manera profunda en lo que significa ser humano, no solo en su socialización, sino que se posibiliten espacios para introducirse en lo cultural del otro, permitiendo el contacto con sus propias estructuras especiales (Gonzales, 2002; citado en Bernal y Ponce, 2009). En segundo lugar, se muestra una característica del cuidado con una visión intercultural, que es la solidaridad recíproca. Esta se evidencia en la visión colectiva de vivir en comunidad, en donde todos aportan y todos reciben, que va más allá de la visión individualista occidental, acorde a lo que plantea el Consejo Regional Indígena del Cauca en su modelo de salud propio, el cual se basa en cuatro valores, uno de ellos la solidaridad (CRIC, s.f.).

La educación y formación pasaría a ser, entonces, una perspectiva mucho más activa, que se corresponde a las pretensiones curriculares establecidas y responde a las demandas de los actores principales (sujetos de cuidado y estudiantes). Es a través de la escucha y contacto que se puede acercar al otro desconocido y reconocerlo como igual. Al respecto, Bernal y Ponce (2009) manifiestan:

Cuidar, por lo tanto, implica al parecer una complejidad de valores particularmente humanos, pero por el hecho de serlo, se sabe que existe la posibilidad de trascender a este tipo de actuación, en el que sólo hace falta que el enfermero desee, lo viva, lo quiera y lo necesite. Implica considerar dimensiones emocionales y morales de salud, no sólo de enfermedad, teniendo en este vínculo empático con el paciente, la oportunidad de profundizar en el alcance y las raíces de la dignidad humana. Para adentrarnos en este tipo de cuidado, es imprescindible considerar que con los esquemas positivistas en que hemos formado nuestra generalidad, no se puede llegar al cuidado trascendente, ya que las simples explicaciones, evidencias, suposiciones, elaboraciones supuestamente reales, no dan cabida al fenómeno del cuidado por la complejidad que hemos inferido (p. 34).

De este modo, la escucha genera procesos reflexivos en contexto, en razón a que las relaciones que emergen del acto de cuidado en las prácticas formativas, generan experiencias de aprendizaje que suponen una apertura. Se requiere tener en cuenta que en estas relaciones es necesario el lenguaje como mecanismo para permitir el entendimiento, para intercambiar información. Sin embargo, esto no es suficiente, se necesita del diálogo para comprender que en ocasiones el límite somos nosotros mismos, escuchar no solo es un proceso biológico, sino de comprensión del otro, que es también un ser humano con miradas en torno al cuidado de la salud permeadas por la cultura. Se requiere también comprender que en el acto de cuidado se trata de superar los antagonismos a través del diálogo. Lo expuesto guarda concordancia con los planteamientos de Siurana (2010), quien señala:

No tiene sentido una diversidad ética absoluta, sin puntos de contacto y de encuentro que una bajo un denominador común las distintas creencias o puntos de vista. Para lograr ese punto de encuentro sólo nos queda afinar en el procedimiento en la toma de decisiones correctas. Un procedimiento que consistirá en el diálogo, la discusión y la deliberación. (p. 155)

Una alternativa que permita establecer puntos de encuentro para *tejer una bioética intercultural* sería la escucha de las relaciones preexistentes entre la universidad y el contexto de

práctica. El ejercicio debe ser capaz de articular un lenguaje común entre los actores que participan en los procesos formativos, y hacer uso de los espacios de práctica comunitarios que sean concertados, avanzando en las relaciones entre *actores de formación* y la relación contexto de práctica y universidad. Lo anterior debido a que desde los hallazgos en los discursos de los actores de formación, la interculturalidad no ha sido un puente para la formación bioética de los profesionales de enfermería, debido a que ha sido construida desde la mirada de la institución universitaria, desconociendo el contexto. Aquello tiene relación con lo expresado por Meléndez (2017), quien indica lo siguiente: “Las propuestas e intervenciones interculturales no tuvieron en cuenta las relaciones preexistentes, sino que fueron pensadas, organizadas e impulsadas por instituciones y personas que no pertenecían a los grupos y comunidades étnicas” (p. 55).

De manera que, como ya se ha señalado, la formación bioética ha sido orientada desde un currículo que privilegia el hacer técnico y homogeniza al ser humano, entendido solo desde lo biológico. El enfoque ha estado en la poesis, pero no en la praxis educativa, que se orienta en la consecución de un bien moralmente valioso. En este caso en particular, se necesita de un ejercicio responsable que considere a la persona, lo que implica una visión de mundo de cuidado “recíproca o de transformación”. Este es el punto de encuentro con la interculturalidad, porque supone apertura hacia el ser humano para lograr una armonía en la diferencia. Como lo señala la Unesco (2013), para tejer la *bioética intercultural* es necesario, en los procesos formativos, un currículo que sea pertinente al considerar el contexto como un actor importante para plantear una propuesta formativa que realmente de respuesta a sus necesidades.

5.4. Cuidado del nosotros, pensando en el otro como uno mismo

Esta variable central emerge a partir de las necesidades sentidas de los actores y los sinsentidos encontrados en sus discursos, los cuales sugieren la reconfiguración de lo pedagógico, lo curricular y lo disciplinar, hacia una visión más humana desde un cuidado del nosotros, en donde se piensa en el otro como uno mismo. Lo anterior abre un camino para reconstruir la barrera de formación que está en nosotros mismos. Es en el escenario de práctica donde los estudiantes señalan que se generan experiencias de aprendizaje bioético, al confrontar su proceso formativo con otras miradas acerca del cuidado de la salud y que, en el acto de cuidado (desde la perspectiva de los tutores y sujetos de cuidado), requieren ser formados en una

actitud de apertura para llegar a acuerdos con las personas y así evitar choques: “Te pones en la posición de la otra persona y cuidas desde la percepción de la otra persona [desde lo que necesita,] no imponiendo lo que sabes”. (DC6. 290917.E1)

Para establecer una relación con el otro en el acto de cuidado, resulta necesario que en el acto pedagógico la formación fortalezca en el estudiante su identidad profesional (también permeada por su identidad cultural), al sentirse parte de un nosotros. Esto debido a que el estudiante se reconoce a sí mismo y encuentra significado a dicho proceso a través de la relación que establece con el docente (y el tutor de práctica), cuando este le acompaña en el proceso de enseñanza y aprendizaje, que no hace referencia solo a la transmisión de habilidades y conocimientos, sino también a la formación como persona en actitudes éticas e interés por su aprendizaje:

El profesor no es el que está ahí encima tuyo para decirte si está bien o mal, sino que es una compañía. No es una situación que yo la esté luchando solo, sino que es de dos. No es por el conocimiento, sino por la empatía. (E6-01. PGFES.2017)

Bajo esta perspectiva, el *cuidado del nosotros* dona de sentido de ser al estudiante, al contar con un desde dónde epistémico y ontológico en el cuidado de la salud, dotándolo de sensibilidad en relación con el docente, para, a partir de esta, orientar sus acciones de manera responsable y crítica en su formación bioética intercultural con el otro. “Si se desea que el estudiante sea una persona que cuide, el proceso de enseñanza-aprendizaje se plasma de acciones de cuidado que visualicen el lado humano de la educación” (Guerrero y Costa, 2019, p. 2).

5.4.1. De-construir la barrera de formación.

Estudiantes y tutores consideran que la práctica como un acto pedagógico es un escenario que posibilita de-construir las barreras de formación, porque el alumno, al ser y sentirse parte de un contexto intercultural que lo acoge como un ser humano y valora su quehacer como profesional, asume una actitud activa y responsable con el territorio, generando compromiso e identidad en el acto de cuidado. Aquello abre paso a valorar la cosmovisión de la persona, en torno al cuidado de la salud, para *tejer una bioética intercultural*. Sobre esto, un estudiante dice:

El desarrollo de la práctica clínica era otro reto: ¿cómo sería mi cuidado hacia ellos? El diálogo: ¿será que me entienden? Pero todo eso se superó de una manera positiva, ya que las personas eran pacientes y también nos enseñaban sus conocimientos. Cada vez me sorprendía más esta cultura, los lazos tan fuertes que los unen y la manera tan valiente de luchar por mantener su tradición, sin dejar a un lado el mundo de afuera y tratando de acoplarse de la mejor manera. Así me sentí yo. Alguien extraña que llegó a aprender de ellos con la mayor disposición. En ese momento me sentí perdida; creo que eso mismo sienten ellos cuando están afuera de su resguardo. Alguien diferente, solo que a mí me acogieron de la mejor manera, ¿y a ellos? (E1. PGFES.P1.2017)

Para conseguir la deconstrucción de dichas barreras, se requiere abandonar la posición de poder que se asume en el cuidado de la salud desde lo técnico y que ha orientado la formación bioética en los profesionales de enfermería, para empezar a compartir la responsabilidad y negociar el cuidado con el otro. Se trata de establecer una relación de confianza en el cuidado del nosotros, puesto que la persona puede conocer y decidir sobre el cuidado de su salud y, el futuro profesional en enfermería, asumir una posición reflexiva y de apertura en torno a otras miradas del cuidado, independientemente del contexto de práctica, lo que permite *tejer la bioética intercultural*.

Muchas veces ellas van porque las mandan a tomar una citología y no sabían ni que era la citología. Decían: “¡Yo voy porque el médico me dijo!” Entonces, la primera vez que se me presento (haciendo referencia a una mujer misak), yo la veía pues muy nerviosa; ella no sabía ni que era, ni que le iban hacer. Entonces yo le dije: “¿Usted sabe qué es? ¿Cómo es?” Me dijo que no. Entonces a partir de esa experiencia me dediqué a mostrarles, explicarles todo para qué era [...] Fue a partir de esa experiencia que miraba que desconocían muchas cosas y que la educación es muy importante. (E3. PGFES.P2.201)

5.4.2. Saber técnico con interacción humana.

Lo narrado previamente no implica abandonar el saber técnico, sino articularlo a la interacción humana sensible donadora de autonomía, que permita asumir una actitud de apertura que favorezca la construcción de la interculturalidad en la formación bioética. Es así como dotar de identidad, por medio del reconocimiento social de la profesión, colabora a superar la pasividad y angustia que caracteriza la práctica profesional de los estudiantes (Pérez, Alameda y Albéniz, 2002).

Por tanto, el cuidado brinda base moral al quehacer del profesional, cuando este cuenta con los fundamentos epistémicos y ontológicos que le permiten, a través de la bioética, la reflexión de las situaciones que hacen realidad ese cuidado. De esta forma, la interculturalidad actúa como un puente para que el futuro profesional sea agente de cambio al asumir una postura crítica y responsable, y le permite dialogar con otro ser humano durante el acto de cuidado. Ser que tiene un saber acerca del cuidado de la vida permeado por la cultura, como es el caso de los misak, quienes consideran la salud como territorio, pues es en este que las personas viven y son para hacer parte de un nosotros.

Así, si el estudiante utiliza los conocimientos que se generan en los contextos de práctica como un mecanismo mediador de aprendizaje significativo, se facilitará la interculturalidad, la convivencia pacífica y el respeto en la otredad. Lo anterior se asumiría como postura epistémica de la reconstrucción de saberes hegemónicos en salud (Sánchez y Rondón, 2013).

En este punto también es necesario reconocer que los docentes son mediadores en el proceso de aprendizaje, para de-construir la barrera de formación en el cuidado del nosotros. De acuerdo a sus propios relatos, los profesores consideran importante la bioética y la interculturalidad como elementos que posibilitan una formación más humana en el cuidado, pero son ellos mismos quienes señalan la necesidad de formarse en este campo, porque no saben cómo orientar en su práctica pedagógica, dejando la enseñanza a las experiencias de vida. Aquello no dona el sustento epistémico disciplinar que orienta el fundamento moral, que se aprende en gran medida del ejemplo de los docentes. De esta manera, el cuidado intercultural es un proceso formativo y transformativo, que incluye tanto al sujeto que se forma, como al sujeto que forma, y al sujeto de cuidado, en un aprendizaje donde los tres aprenden, enseñan y sanan,

convirtiéndose en un acto de convivencia que tiene sentido vital, es decir, que da vida (Bohórquez, 2018).

Esta tendencia es destacada también por Villegas (2003), quien en su estudio concluye que una de las dificultades expresadas por los docentes es que en su mayoría no han recibido formación bioética:

Además, la consideran un campo en que no son expertos y la tendencia es dejar la tarea formativa de los estudiantes a otros que lo sean. Ese es un aspecto de transformación esencial para integrar la bioética a los currículos. La formación de los formadores en unas de las capacidades mínimas que les posibilite integrar ese campo en el desarrollo de la docencia en la cotidianidad. (p. 90)

Los estudiantes, sobre este punto, resaltan que durante su práctica formativa en muchas ocasiones los docentes limitaban su acompañamiento a la verificación del cumplimiento de tareas puntuales de sus proyectos. Pero así, ¿puede el estudiante ver en su práctica la enseñanza de un cuidado que dona sentido a la formación bioética en un contexto intercultural? Este punto parece ser un trasfondo de sentido, teniendo en cuenta que el proceso formativo bioético e intercultural de los educandos está orientado bajo un currículo procedimental, con modelos de formación aún tradicionalistas en la enseñanza de la práctica. En consecuencia, el docente todavía no puede ser un modelo en el cual el estudiante base la enseñanza del cuidado desde la práctica, siendo un actor que done sentido a la formación bioética e intercultural más allá de lo instrumental. De este modo:

Una educación de enfermería innovadora es aquella que permite vislumbrar el cuidado no sólo en la tela del pizarrón o en la presentación oral repetitiva del profesor, es ver que las acciones impacten en el estudiante como ser-cuidado, que haya sensibilidad y que el profesor sea un motor de cuidado. (Guerrero y Costa, 2019, p. 4)

5.4.2. Pedagogía del conocer y del vivir.

El aspecto pedagógico en un cuidado del nosotros, descrito en los párrafos precedentes, es esencial para *tejer la bioética intercultural* al currículo. Se trata de una pedagogía que integre

el conocer y el vivir del docente como maestro que enseña desde la experiencia propia y de los otros. Esta necesidad, desde los hallazgos, señala un sinsentido en el proceso formativo, pues en el proyecto educativo se mencionan visiones de cuidado de teoristas como Lehninger, Orem y Henderson, pero en los discursos no se evidencia un concepto unificado de cuidado y de una visión de mundo de enfermería que oriente la formación. Pareciera que en la práctica estos conceptos se desdibujan en razón a la falta de claridad de los educadores acerca de cómo formar transversalmente sobre estos contenidos y la base de un currículo que aún está cargado de fuertes contenidos biomédicos. Al respecto, Becerra (2014) señala:

Hemos quedado cortos en la enseñanza del cuidado desde la universidad y los educadores de futuras generaciones de enfermeras, creemos que podemos mostrar curricularmente como se cuida o podemos dar clases específicas de cuidado, cuando el cuidado va más allá de eso. (p.179)

Entonces, ¿cuál es el interés de los programas de enfermería en hacer visible la formación bioética e intercultural, si aún el cuidado como fundamento moral, no lo es? Los actores de formación expresan un interés en el cumplimiento de objetivos institucionales, donde no se dan espacios de reflexión. De modo que se requiere que nos planteemos las siguientes preguntas: ¿lo que estamos haciendo es lo que necesitamos para la formación de los futuros profesionales de acuerdo a las demandas del contexto diverso culturalmente?, o ¿hay mejores formas para hacerlo? Aquí se resalta de nuevo, desde el cuidado del nosotros que permita *tejer una bioética intercultural*, la necesidad de fortalecer la identidad profesional en torno al cuidado, donde la interculturalidad aporte apertura hacia el otro frente a lo que nos hace iguales, no solo de lo que nos hace diferentes. Al no darse esto, la consecuencia en el proceso formativo bioético e intercultural será tanto para quien forma como para quien se forma, pues no existiría un anclaje desde la disciplina que permita establecer un diálogo con el otro en el acto de cuidado.

En este punto, Noddings (2005) contempla que la educación moral desde el cuidado tiene como uno de sus componentes el modelo de formación impartido en el acto pedagógico por los maestros. Cuidar se muestra en la relación que establecen profesores, estudiantes y colegas. Si se quiere que los estudiantes muestren respeto por las ideas y sentimientos de otros, deben haber visto primero esto en la relación profesor-estudiante, haber sido respetados y tenidos en cuenta,

con el fin de “desarrollar actitudes y habilidades necesarias para sostener las relaciones de cuidado y el deseo de hacerlo” (Noddings, 2005, p. 21).

Así, la pedagogía del conocer y el vivir en el cuidado del nosotros y que permite *tejer una bioética intercultural*, inicia con el ejemplo del maestro, que desde su práctica pedagógica enseñe el cuidado en su dimensión, con acciones éticas que sean vistas por los estudiantes en la práctica y que les brinden herramientas de diálogo con el otro en el acto de cuidado, para desarrollar la capacidad de reflexionar frente a su actuar.

Otro punto a tener en cuenta es que, aunque el estudiante demanda la necesidad de una formación bioética e intercultural transversal al currículo, que le permita establecer mejores relaciones en el acto de cuidado y ser responsable de las decisiones que tome sobre el ejercicio de su profesión, esta situación le es difícil. Y lo es porque señalan que han sido acostumbrados a lo largo de su carrera a estar siempre acompañados por el docente, quien siempre les dice que hacer. Para muchos *estudiantes* es importante estar acompañados en su última práctica, con el fin de ser orientados en su toma de decisiones, lo que entra en contradicción con la exigencia de ser líderes:

Para mí fue difícil totalmente en el principio (haciendo referencia al inicio de su práctica), porque a uno le enseñaron pues que uno debe tener mucho criterio con las cosas y que no lo están preparando para eso [...] Lo importante es que desde que uno inicie la práctica lo vayan preparando para eso (haciendo referencia a la autonomía en la toma de decisiones en el acto de cuidado). Que sea progresivo y le den esa confianza desde pequeños [...] O sea, es muy importante esta experiencia porque yo pienso: ¿no estoy haciendo las cosas bien o algo? Bueno, ellos siempre han estado (haciendo referencia a los docentes) para sostener: “Yo voy a estar aquí, tranquilo, no se preocupe”. Entonces uno se relaja: ¡si la embarro, pues está el profesor! Pero a veces no le dan esa confianza para hacer las cosas y de pronto se le olvida cualquier cosa y se pierde, es como cuando uno se aprende todo de memoria, llega a parar y se pierde [...] Lo mismo debería ser en la formación: que le den las herramientas y que desde el principio lo vayan soltando para que no vayan a tener choques en su última práctica. (E7. SGFES.P2.2017)

Se manifiesta, entonces, un sinsentido en el proceso formativo bioético e intercultural del estudiante en relación con la enseñanza, el modelo pedagógico y el aprendizaje, en cuanto a que el alumno reclama autonomía en su toma de decisiones en el acto de cuidado, a la vez que pide acompañamiento en el acto pedagógico. Lo anterior parece dar cuenta de un proceso formativo bioético reducido a orientar al estudiante en el no comprender lo que se hace en el cuidado, cuando la finalidad es dotarlo de capacidad crítica y reflexiva, para que asuma la responsabilidad de sus acciones y tenga capacidad de decisión, generando autonomía. En palabras de Guerrero y Costa (2019): “Para poder aprender del cuidado y aprehenderlo, es necesario que el estudiante sea considerado un ser cuidado desde la perspectiva del profesor, es una relación de ganancia recíproca [...] El cuidado se devuelve, es un vínculo de crecimiento y desarrollo” (p. 4).

5.4.3. Autonomía.

Desde los hallazgos se observa que la interacción humana y el aprendizaje que se da en la experiencia en los sitios de práctica confieren sentidos en los estudiantes, al verse reconocidos en la comunidad como profesionales de enfermería, lo que le dona autonomía y permite un cuidado del nosotros para *tejer una bioética intercultural*, al sentirse responsables por una comunidad que los acoge. Este aspecto es propio de la cultura *misak*, una cultura cuidadora, en la cual todos se conocen, son iguales, prima una actitud de solidaridad y pensamiento colectivo. Por ende, los tutores *misak* también reconocen al estudiante en el acto pedagógico como un profesional que merece respeto, lo que fortalece su identidad profesional para que asuma esa postura responsable en el acto de cuidado con las personas.

Todos somos importantes, aquí no menospreciamos a nadie, ni el ruralito (haciendo referencia al estudiante de enfermería), ni el general (haciendo referencia al profesional). Eso es lo bueno que tenemos aquí, y yo le digo a los ruralitos: “Este espacio es de ustedes, de usted depende poder aprender” [...] Entonces [el estudiante dice:] “¡Quiero aprender, jefe, si vas hacer tal procedimiento, por fa déjeme hacerlo!” Y aquí damos esa oportunidad de arrancar: arranque, arranque si tú no lo has hecho nunca [*sic*], arranque, yo estoy aquí, deje el miedo. (P3. GFP1.P4.2017)

De esta manera, para *tejer la bioética intercultural* desde el cuidado del nosotros, se requiere formar al estudiante en una postura crítica. Postura que le permita abstraer de sus prácticas las experiencias de cuidado que donan significado a sus saberes y que construyen su identidad hacia una visión más recíproca, pues el alumno asume una postura activa que lo cuestiona, y reconoce al sujeto de cuidado como una persona responsable también del cuidado de su salud en un contexto intercultural. Cabe resaltar la importancia de una pedagogía que construye el currículo, donde quienes forman sean modelos que requieren formación epistemológica y ontológica en torno al cuidado de la salud y la bioética intercultural.

5.5. Apuntes finales del análisis

Teniendo en cuenta las variables centrales que se analizaron, surge como categoría fundante el *tejer la bioética intercultural*. Ello en respuesta a los sentidos y sinsentidos expuestos en el capítulo, además de los mismos requerimientos que plantean los actores de formación, quienes centran sus discursos en las necesidades de formación bioética, orientada desde un currículo pertinente, que tenga en cuenta las necesidades del contexto y las experiencias de aprendizaje que emergen de él. Aquello permitirá relacionarse adecuadamente con los sujetos de cuidado, para aprender a convivir, al comprender el cuidado de la salud como territorio. Esto será posible en la medida en que se establecen relaciones en el acto de cuidado, que se nutren de las visiones de los otros, donando sentido al estudiante en su identidad profesional y reclamando del docente la formación bioética, intercultural y disciplinar, para de-costruir la barrera de formación hacia una visión más recíproca del cuidado de la salud, una visión desde el cuidado del nosotros.

Capítulo 6. Tejiendo la bioética intercultural: una posibilidad de-construir la formación en el profesional de enfermería

“El sinsentido de mi formación profesional me permitió descolonizar mi ser y conocer, en el ciclo de desaprender para volver aprender, y así tejer día a día el sentido de ser enfermera en contexto”.

Reflexiones de la autora de la tesis

Después de realizar el análisis de las variables centrales que emergieron de la articulación de las categorías y que donaron trasfondos de sentidos frente al camino (o caminos) por recorrer en el proceso de formación bioética del profesional de enfermería, surge la categoría central *tejer la bioética intercultural*. Ella se presenta en este capítulo como una propuesta que, desde la reflexión pedagógica en los contextos interculturales de la práctica profesional de enfermería, favorece la de-construcción del currículo en la formación bioética, hacia una visión más humana del cuidado.²⁸

De este modo, la posibilidad de vislumbrar los sentidos otorgados por los *actores de formación* inmersos en las prácticas formativas en un contexto intercultural, puede ser un punto de partida para resignificar la profesión, en razón a que ellos reclaman de la universidad y su formación el poder ampliar el conocimiento del otro, para comprender e interiorizar una visión del cuidado más humana que se evidencie desde el currículo.

Lo anterior resulta válido cuando se integran de forma consciente las experiencias de aprendizaje de la bioética, al ser un campo que conjuga conocimientos y actitudes que se pueden internalizar desde el contacto con el otro en los campos de práctica, desde el choque con otras visiones de salud en el acto de cuidado y/o pedagógico, y desde el reencuentro consigo mismo para asumir una postura frente al quehacer profesional, lo cual permite comprender las diferentes miradas de la realidad frente al cuidado de la salud.

²⁸ La visión de cuidado más humana es un producto de una visión más recíproca desde la postura de Fawcett. Se hace necesario el uso de visión más humana en este capítulo, para dar cuenta de los hallazgos y la teorización, a la vez que se da cuenta de la relación de estos con el problema planteado.

Luego, el contexto *misak* donde se realizó la investigación, fue un detonante de sentido para *tejer la bioética intercultural* en la formación del profesional de enfermería, al permitir comprender que esta puede ser de-colonizada en espacios que van más allá del institucional (entendido como la universidad o los contextos de práctica clínicos), como lo es el territorio (prácticas formativas en comunidades indígenas). Se habla entonces de un contexto de cuidado que permite el contacto y la escucha de las personas con miradas diversas en torno al cuidado de la salud, donde la *bioética intercultural* actúa como un puente entre el saber y el ser en contextos diversos para la educación y la salud hacia una visión más humana del cuidado en enfermería.

Para empezar, es necesario considerar lo que significa para el presente proyecto *tejer y bioética intercultural*. Estos conceptos se desarrollan teniendo en cuenta elementos del contexto y del texto para dar paso a las variables centrales que dieron origen al proceso de teorización de esta propuesta.

Así, el *tejer* cobra relevancia al hacer referencia a entrelazar hilos o fibras, mecánicamente o a mano, para formar un tejido, tal y como lo hace la comunidad *misak* en cada etapa de su ciclo de vida: sus sombreros, su vestuario, sus jigras, sus telares, están hechos así y no solo tienen un significado estético, sino un sentido, porque en cada uno de ellos se encuentran implícitas las características de su cosmovisión.

Aquello implicó, para esta propuesta, tejer los hilos de los sentidos que poco a poco emergían desde la voz de los *actores de formación*, para establecer un plan que se construye en medio de un ciclo que permita de-construir el currículo permanentemente mediante la reflexión pedagógica, desde el contexto hacia una visión más humana del cuidado, y que hoy permiten a la autora de este trabajo acercarse, pero a la vez alejarse, de la *bioética intercultural*. Plan, porque quien aquí escribe comparte la visión de los *misak*, al reconocer que para ellos es un plan de vida, un medio y un camino para conducir nuevas condiciones de vida de la comunidad, según lo propio, garantizando la permanencia en el tiempo, el cual se construye desde la comunidad y atiende sus necesidades (Velasco, 2013), lo que trasciende del tiempo inmediato del acto de cuidado, que se forja desde la de-construcción en una temporalidad que se propaga, convirtiéndose en una condición de permanente renovación.

En esta propuesta se considera un *plan de formación* porque se está hablando de la vida. Se forman personas desde nuestra realidad, desde la voz de los actores de formación, para abrir un posible camino a través del cual la bioética intercultural de-construya, desde el contexto de

práctica, la visión hegemónica basada en la racionalidad técnica. Visión que ha sido la manera dominante de entender la relación entre conocimiento académico-práctica profesional de enfermería y ha inspirado tanto el diseño como el desarrollo curricular de muchos centros universitarios (Medina y Castillo, 2006). En esta racionalidad se privilegia una visión reactiva del cuidado, la razón es la fuente principal de conocimiento, prima la enfermedad sobre el ser y el profesional de enfermería actúa como un agente pasivo. Aquí el cuidado no es el centro principal de la formación, por tanto, el ethos que se vislumbra nos aleja del centro del cuidado, que es el ser, trasfondo de sentido encontrado en los hallazgos.

Por tanto, las prácticas formativas en los contextos interculturales permiten que el profesional en enfermería se forme en modos de ser y de conocer, porque epistemológicamente el saber en enfermería es caracterizado también por un conocimiento práctico que transforma la conceptualización teórica de la formación (Medina y Castillo, 2006). Es así como el ciclo dona sentido de libertad y autodeterminación al proceso formativo del futuro profesional de enfermería, al de-colonizar una visión de reacción, que ha conllevado a invisibilizar la dimensión humana y la reflexión en torno a la responsabilidad del profesional de enfermería con el cuidado de la salud en un contexto intercultural. Se trata de un ciclo que, desde la cosmovisión *misak*, es un ciclo de vida donde “están involucrados de manera inseparable e intrínsecamente relacionados el territorio, la cosmovisión y la convicción Misak, por eso es soberana, libre y autodeterminada” (Tunubalá y Muelas, 2009, p. 47).

Es en este punto donde se produce el encuentro con el concepto de formación planteado por Gadamer (1993), que al igual que el ciclo de vida *misak*, busca la construcción del ser, pero el segundo permite ampliar más la mirada en la medida en que el ser implica ser parte de un territorio. Por ende, al tejer la *bioética intercultural*, la formación es un ciclo que, desde los hallazgos encontrados, inicia con el reconocimiento de sí (de quien forma y quien se forma) a través del contacto y la escucha; luego se produce un choque o confrontación del ser en el que la persona se reconoce a sí misma o no; para finalmente generarse un reencuentro con la identidad profesional, en el que se puede volver a ser parte (o no) de un nosotros, reafirmando el carácter transformador del proceso de formación bioética intercultural.²⁹ En palabras de Gadamer (1993): “salir de sí mismo y retorno a él mismo”, o desde la cosmovisión *misak*: traer a “la memoria el

²⁹ Estos puntos fueron abordados desde la voz de los actores de formación en los capítulos 4 y 5.

pasado-pasado, el pasado reciente, el presente y decidiendo sobre el futuro posible y futuro necesario para garantizarnos entre todos la permanencia de todas las culturas y formas de vida” (Tunubalá y Muelas, 2009, p. 48). Se habla entonces de una temporalidad que deja huella en cada paso para construir y reconstruir la formación permanentemente. De ahí que el ciclo de formación en la presente propuesta, significa la relación armónica de los actores de formación con un contexto educativo diverso culturalmente, que permite resignificar la identidad profesional hacia una visión más humana que done sentido al cuidado y que abra paso a un currículo más pertinente.

Por consiguiente, el tejer un plan de formación a través de un ciclo en *la bioética intercultural*, posibilitaría transitar del aprendizaje a la comprensión, con el fin de que el futuro profesional de enfermería cuente con los elementos que le permitan decidir qué hacer cuando se confronte su formación con visiones distintas acerca del cuidado de la salud, no solo desde lo técnico sino desde lo humano. Posteriormente emerge un conocer, en este caso en torno al cuidado de la salud en su dimensión bioética intercultural, no solo desde el hacer sino también desde el ser y el convivir. El conocer se entiende como un “fenómeno social” (Díaz Barriga, 2006) porque implica relación entre los actores de formación (como son estudiantes, profesores y tutores de práctica) con el objeto o situaciones en el acto de cuidado. Al respecto, Ribes (2002) precisa:

Se sabe o se conoce en la medida que se hace, se dice, se hace lo que se dice, o se dice lo que se hace. Por consiguiente, cuando se aprende algo, el conocimiento adquirido no es ajeno o distinto a lo que se aprende a hacer o decidir. (p. 4)

En este sentido el conocer implicaría el proceso de aprendizaje hacia la comprensión, donde el aprender se apoya en una práctica de un hacer en un momento que se enseña o se transmite (Gadamer, 1993). Esta situación fue señalada por los actores de formación, como los estudiantes, al manifestar que su formación bioética se aprendía en el discurso de los profesores, en las experiencias de cuidado que generaban el contacto con el otro en el contexto de práctica y en la enseñanza de los docentes y tutores de práctica como modelos de formación bioética. Sobre este asunto, Becerra (2014) explica:

La mejor forma que tengo para enseñar el cuidado es que el estudiante me vea haciendo acciones de cuidado [...] Pero si el estudiante no lo puede ver en el profesor, entonces sentirá que solo le está enseñando procedimientos desarticulados de la relación humana. (p. 179)

En definitiva, avanzar de un aprendizaje hacia un comprender en la formación bioética intercultural, desde las experiencias de contacto y la escucha con el otro en el acto de cuidado, requiere suscitar una nueva actitud del futuro profesional de enfermería en la relación con las personas, en la forma cómo las ve y cómo se acerca. Por tanto, el comprender en el plan de formación implica confrontación del ser y, en consecuencia, mirar el cuidado de la salud de otra manera; es decir, como un proceso de desaprender para volver aprender.

En relación a lo que significa para el presente proyecto la *bioética intercultural*, cabe resaltar que epistémicamente es un concepto que ha sido abordado, por diferentes autores, como una forma de de-colonizar el ser y conocerlo para construir un saber propio sobre la vida y la salud desde el contexto. Situación que se evidenció en los discursos de los estudiantes, quienes comentan que cambiaron las concepciones sobre su quehacer, articulándose a las creencias culturales de los sujetos de cuidado, con el fin de brindarles una ayuda que en realidad los favoreciera. Así mismo, comentan que es necesario el conocimiento de su cosmovisión, pues ello les permite acercarse de una manera adecuada y tomar decisiones sobre su forma de actuar; en palabras de ellos: armonizar la educación.

Para esto, la *bioética intercultural* debe ser “capaz de articular un lenguaje común entre las culturas, para afrontar los nuevos desafíos éticos que plantean las ciencias relacionadas con la salud y con la vida” (Siurana, 2010, p. 157). Es decir, la perspectiva intercultural de la bioética “busca la solución de los conflictos culturales [...] con vista a garantizar la participación y la integración social de los sujetos de las comunidades culturales en conflicto” (Albuquerque, 2015, p. 80). Así mismo, pretende que se desarrolle “un sentido fuerte del nosotros, del acumulado cultural propio y de la proyección del entendimiento sin detrimento de la diversidad misma” (Zambrano, 2006, p. 103).

Entonces, a partir de los hallazgos se plantea en esta tesis la *bioética intercultural* desde una perspectiva que articula el modo de ser y conocer del profesional de la salud, desde un sentido fuerte del nosotros y la formación desde las prácticas, puntos de partida que construyen

la pertinencia del currículo hacia una visión más humana del cuidado en contextos diversos culturalmente. Lo anterior teniendo en cuenta que el tejido de una formación inicia desde la reflexión pedagógica, donde el contacto con el otro en el contexto, posibilita en el choque una confrontación de su proceso formativo.

El concepto de *bioética intercultural* no se aborda de manera arbitraria, sino que cobra relevancia en la formación bioética de la enfermería en Colombia. Teniendo en cuenta la revisión que se realizó en el área temática y legal, se observa que la formación THS busca un enfoque intercultural, igualmente evidenciado en los hallazgos de la investigación al ser necesaria una formación desde el contexto.

Por otra parte, la bioética en enfermería en Colombia está orientada bajo la Ley 100 de 1993 y una de sus modificaciones, la Ley Estatutaria de la Salud (2015),³⁰ que concibe el derecho a la salud como un derecho humano, así como el goce efectivo del mismo en los pueblos indígenas del país. Colombia, en su Constitución Política (1991), se definió como un país pluriétnico y multicultural, y en este marco reconoció a los grupos étnicos como sujetos de derecho. Justamente, el Sistema de Salud a través del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE),³¹ propende por un enfoque diferencial³² del cuidado de la salud, y establece como eje central el ser humano y el respeto por su diversidad cultural. Esta situación implica armonizar los objetivos y estrategias del sistema alrededor de la persona, la familia y la comunidad, quienes tienen un contexto, prácticas y saberes propios en torno al cuidado de la salud, siendo un escenario que da un giro a la forma como concebimos la atención en esta área, pasando de una mirada biologicista, homogénea y monocultural, hacia una mirada que trasciende a la persona y,

³⁰ El Sistema General de Seguridad Social en Salud, implantado por la Ley 100 de 1993, ha sido reformado en su estructura general a través de diferentes normas: Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011 y Ley 1751 de 2015 o ley estatutaria. Esta última regula el derecho fundamental a la salud. A través de ella, en el año 2017 se orientan los “*Lineamientos para la incorporación del enfoque intercultural en los procesos de formación del talento humano en salud, para el cuidado de la salud de pueblos indígenas en Colombia*”.

³¹ Resolución 2626 de 2019, por medio de la cual se modifica el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial.

³² El enfoque diferencial de derechos reconoce que “hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, etnia, condición de discapacidad o de víctimas de la violencia [...] por lo cual es preciso generar garantías especiales y esfuerzos encaminados a la eliminación de las mismas [vulnerabilidades]. Implica desarrollar procesos de adaptación y adecuación de las estructuras de servicios [...] para el cierre de brechas de los resultados en salud” (Resolución 2626, 2019, art. 5.4).

más aún, a la enfermedad. Se reconoce así la diversidad étnica y cultural y su influencia en el cuidado de la salud.³³

En ese contexto, un avance en el goce efectivo del derecho a la salud en los pueblos indígenas ha sido la construcción del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) y los modelos de cuidado de la salud propia e intercultural. Dicho entorno suscitó crear estrategias, entre ellas políticas con enfoque intercultural en salud, para lograr el diálogo permanente, el reconocimiento y la colaboración respetuosa entre grupos de diversas culturas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el marco del MAITE, el Sistema de Educación en Colombia y viceversa.

Para el caso específico de la formación y gestión del THS, se planteó la incorporación de un enfoque intercultural, que permitiera armonizar las diferentes visiones, saberes y prácticas en salud tradicional de cada pueblo indígena, con la medicina alopática predominante en el SGSSS. De esta manera, se busca avanzar y aunar esfuerzos para el buen vivir y la satisfacción de las necesidades de la población, mediante la disponibilidad de perfiles en salud con competencia en el enfoque intercultural, que contribuyan al reconocimiento y protección de las tradiciones y prácticas ancestrales de estos pueblos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

La realidad descrita permite ver el esfuerzo de un sistema de salud por incluir la interculturalidad en los marcos teóricos que orientan los programas de formación en salud, en pro de la búsqueda del reconocimiento de la diversidad de los saberes de los sujetos y grupos sociales culturales, por medio de un diálogo simétrico y armónico. En términos de Walsh (2010), en los procesos formativos estaríamos en una interculturalidad funcional porque “las intervenciones de las instituciones, de los profesionales y/o de los académicos buscan impulsar una interculturalidad armoniosa, simétrica, respetuosa, tolerante y basada en los curadores tradicionales” (Menéndez, 2017, p. 77). Sin embargo, esta interculturalidad funcional sirve para mejorar el trato con el otro diferente, pero no se da valor al otro y lo otro en las relaciones que se establecen, en este caso, entre la universidad y el contexto de práctica, encontrándose aún una asimetría epistémica y ontológica en el proceso de formación del THS.

³³ Comprende las capacidades, decisiones y acciones que el individuo, la comunidad y el Estado adoptan para proteger la salud propia, de las familias, de la comunidad y del territorio. Tiene que ver con las responsabilidades que asume la persona consigo mismo y con la comunidad (Resolución 2626, 2019, art. 5.3).

Lo anterior se ve claramente en los hallazgos de esta investigación, en donde se observó que el diálogo entre universidad y contexto de práctica, no es armonioso ni simétrico. En primer lugar, porque se consideran las relaciones entre los actores de formación como homogéneas; es decir, cada grupo, incluido el grupo étnico Misak, aparecía como una unidad frente al resto, sin tener en cuenta que hay diferencias entre los mismos, pues “los grupos sociales, incluidos los étnicos, se caracterizan por el cambio y no por la permanencia” (Menéndez, 2017, p. 61). Sobre esto los tutores de práctica y sujetos de cuidado reclaman la necesidad de que los estudiantes sean formados en actitudes como escuchar, saber comunicarse y el contacto, factores que posibilitan la apertura hacia las personas. Estas actitudes se fomentan a través de prácticas formativas, por lo cual sería relevante que estas se desarrollen desde los inicios de la carrera.

En segundo lugar, en ocasiones se contempla la cosmovisión indígena no solo como homogénea, sino como opuesta en términos de incompatibilidad con la cosmovisión occidental en salud (Menéndez, 2017). Esta última es la base sobre la que se forman los futuros profesionales de enfermería, escenario que genera “choques” en el proceso de cuidado, sobre todo para los estudiantes, porque tanto para los *misak* como para otros pueblos indígenas, la *salud es territorio*.

La situación relatada ha sido reconocida en el MAITE. Este territorio es considerado no solo un espacio geográfico, sino también una estructura, frontera, organización; ahí todo es integral, “*se vive y se convive*” (Huanacuni, 2010, p. 7). Es así como tutores de práctica y sujetos de cuidado reclaman que los currículos que forman el THS, incluyan temáticas acerca del cuidado de la salud desde la cosmovisión indígena, con el fin de no llegar a chocar en el momento del desarrollo de las prácticas formativas y poder recuperar la salud propia.

De este modo, hay un camino por recorrer hacia la construcción de una interculturalidad crítica, que permita disminuir la asimetría ontológica y epistémica en los procesos de formación, a través del *tejer la bioética intercultural*, que actúa como un puente porque brinda las condiciones que hacen posible el cuidado más humano y que reconstruye el concepto de bioética desde el contexto.

Retomando el concepto de salud planteado por la comunidad *misak* y por Huanacuni (2010), lo que se cuida entonces es el territorio, no como espacio sino como un todo, donde el ser humano en comunidad busca el buen vivir, ampliando el campo de reflexión bioético del futuro profesional. Porque el cuidado de la experiencia de la salud que define la enfermería, cobra

sentido en un contexto de práctica diverso culturalmente, que reclama no solo la racionalidad técnica en el acto de cuidado, sino su rasgo humano e imperativo moral, en la medida en que el profesional de enfermería considera la singularidad de la condición humana (Universidad del Cauca, 2014, p. 21) y se reconoce también como humano.

Es así como el concepto del buen vivir cobra gran relevancia al donar sentido a la formación bioética de los futuros profesionales de enfermería, porque el buen vivir implica armonía del ser humano con todo, ser parte de una comunidad, ser parte de un nosotros. Lo anterior, originado desde el reconocimiento de la identidad profesional y cultural, que se da en el contacto, para luego ser parte de los otros mediante un diálogo que puede ser asimétrico en pensamiento, pero igual en mi condición de ser humano. Es desde el proceso formativo de los futuros profesionales de enfermería donde se puede disminuir esa asimetría, en la medida en que se fortalezca primero la identidad en torno a la visión de cuidado de la salud que han reclamado los actores de formación y el contexto, para después hacer parte de una comunidad, de un nosotros. Posteriormente, esto permitirá establecer un diálogo con el otro, mediante una actitud que requiere apertura epistémica, ontológica y crítica acerca de su proceso formativo del cuidado de la salud.

Si bien es cierto este no es un nuevo planteamiento, tal vez puede ser un camino que desde lo curricular permita el tránsito del discurso a la práctica en el acto de cuidado. Pasar de lo biológico a lo humano para *tejer la bioética intercultural* como un plan de formación, que empieza a trabajar las asimetrías epistémicas y ontológicas como un rasgo moral y humano del cuidado.

Hay que empezar a emerger desde la cultura de la vida, que tiene un enfoque comunitario. Para ello es necesario volver a sensibilizar al ser humano, lo cual parte de una integración no solo humana sino con todas las formas de existencia. (Huanacuni, 2010, p. 32)

Este cuidado desde una visión humana es uno de los objetivos del Sistema de Salud colombiano, situación que conlleva a reflexionar sobre: ¿Cuál es nuestro papel como formadores de profesionales en enfermería en una bioética que propenda por el cuidado de la salud más humano en un contexto pluriétnico y multicultural? ¿De qué manera podemos desde los procesos formativos articularnos al Modelo de Acción Integral Territorial que propende por un enfoque

intercultural? Interrogantes que generan múltiples reflexiones pero que, desde los hallazgos de la investigación, permiten comprender los sentidos que otorgan a la bioética los actores de formación (documentos, docentes y directivos, tutores de práctica, estudiantes y sujetos de cuidado) desde las prácticas formativas en un contexto intercultural. Es a partir de ellos que se develan cuatro trasfondos de sentido, como alternativas que desde la educación en salud (en la disciplina de enfermería), contribuyan a la reflexión pedagógica en los contextos de práctica profesional y favorezcan la de-construcción del currículo hacia uno más pertinente (Figura 17). Lo anterior es una respuesta, más no una solución, dado que se trata de un problema de formación que tiene múltiples aristas y, por tanto, debe ser abordado desde diversos enfoques.

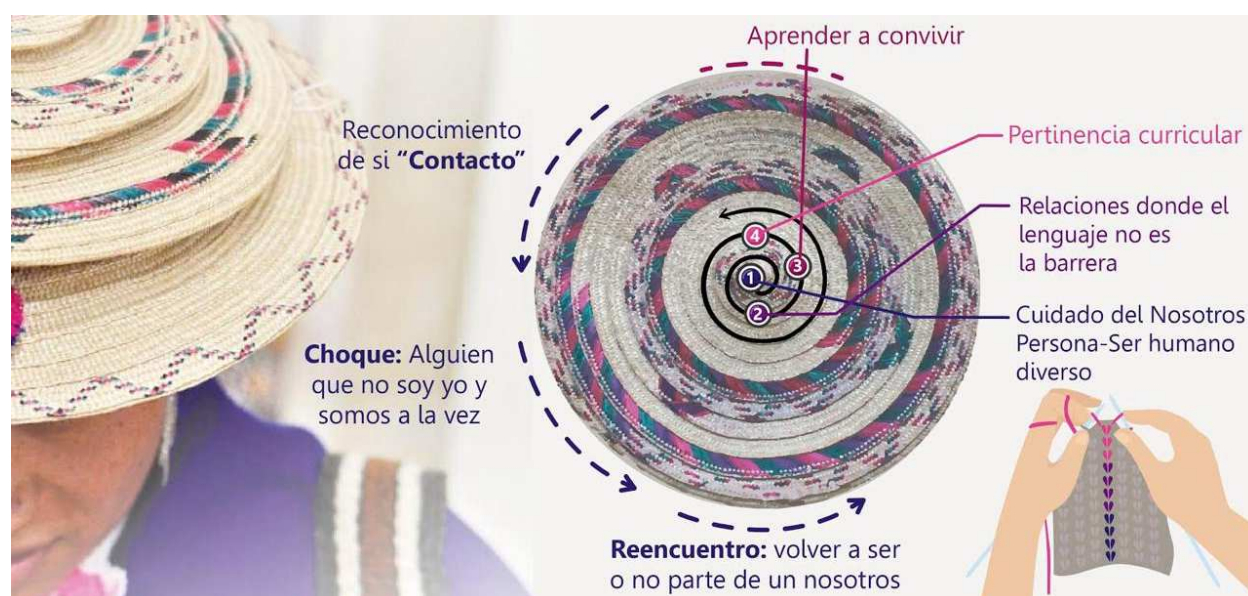


Figura 17. Categoría central: Tejer la bioética intercultural. Fuente: Elaboración propia.

6.1. El cuidado del nosotros

El ciclo de *tejer la bioética intercultural* como un plan de formación inicia en el acto pedagógico, al reconocer la identidad profesional en un cuidado del nosotros, que piensa al ser humano como uno mismo y que contribuye a de-construir las barreras de formación que hay en las personas (de quien se forma y quien forma), porque confronta en el acto de cuidado los prejuicios sobre el cuidado de la salud, al entrar en contacto con otras personas en su territorio, que también tienen otras miradas y vivencias.

De tal manera que, si en la disciplina de la enfermería se cuida la salud, la identidad que se forja irá relacionada a este aspecto. Por tanto, el encuentro en la práctica es un choque con otra visión de salud y la propia identidad.

Para el caso de este proyecto, el encuentro es con la cultura *misak*, quien asume la salud como el territorio, donde el ser humano está en armonía con todo lo que lo rodea y es parte de él. De esta forma, el cuidado como dimensión moral dona sentido a la bioética intercultural y motiva hacia la de-construcción del currículo, porque a partir de la comprensión de los múltiples fenómenos que emergen entre el ser humano y su contexto en el acto de cuidado, el estudiante puede ampliar su mirada sobre el cuidado de la salud. Esto reconfigura las relaciones existentes, porque “el momento de encuentro, la preocupación, la solidaridad y el importarse con el otro remiten al cuidado de nosotros” (Baggio y Lorenzeni, 2010, p. 6).

El sentido donado por el *cuidado del nosotros* como punto de partida en el ciclo de formación para *tejer la bioética intercultural*, implica reconocer que el ‘nosotros’ designa responsabilidad del profesional que se asume como colectiva. Los hallazgos destacan que el proceso formativo bioético se comprende desde las relaciones que emergen en el acto de cuidado y acto pedagógico. En ambas, el encuentro con el otro, sea una persona diversa culturalmente, un estudiante o un colega, atañe complejidades que radican en el convivir humano en torno al cuidado de la salud como territorio, donde se es y se vive. En esta relación subjetiva, diversa y singular a la experiencia humana del cuidado de la salud, se forman vínculos y diálogos, choques y confrontaciones inherentes a las relaciones; pero además el contexto de práctica nos acoge donde *yo aprendo de ustedes y ustedes de mí*.

Se trata de aprender a cuidar, teniendo en cuenta la responsabilidad según su cultura y contexto, mirando a la persona en el acto de cuidado *como alguien que no soy yo, pero somos a la vez*. Este acto puede ser entendido en dos espacios distintos: 1) asumiendo el aula de clase como contexto (acto pedagógico); y 2) donde se cuida de la salud (acto de cuidado en enfermería). En el primero, el sujeto cuidado (los estudiantes) establecen relaciones con los cuidadores (docentes), y en estas relaciones el futuro profesional puede reflexionar sobre el trato que él mismo dará a quienes estén bajo su cuidado. En el segundo, se hace referencia al cuidado en enfermería propiamente dicho: el que es cuidado (sujeto de cuidado) es tratado por los cuidadores (estudiantes de enfermería y tutores de práctica), los cuales establecerán relaciones de acuerdo a sus modelos de formación. Es este punto el aporte principal que desde la disciplina de

enfermería se realiza a la *bioética intercultural* en los procesos formativos del profesional en esta área: el poder ver en el otro un agente activo, responsable, asumirlo como alguien que tiene el mismo valor y, por tanto, debe ser escuchado en el acto de cuidado. De ahí que el contexto reclama un cuidado del nosotros, donde la formación bioética intercultural debe propiciar un encuentro entre seres humanos: el que cuida y el que es cuidado, donde ambas partes deben contribuir a que se desarrolle. Si alguna de las partes incumple, finaliza el cuidado (Noddings, 2005).

Las relaciones que se establecen en el acto de cuidado y en el acto pedagógico llevan a tensiones entre los saberes propios y del otro. Pero las relaciones de respeto que emergen en el contacto solo surgen en la medida en que me reconozco a mí mismo como alguien que es diverso para otros, a la vez que se reconoce al otro como un ser humano que es diverso, pero que es igual a mí en valor, y que su cosmovisión es importante. Aquello lleva a que el estudiante se reconozca a sí mismo en esta relación, a que conviva, jugando un papel primordial la identidad profesional al permitirle pensar sobre su proceso de formación y, como se choca con lo planteado por los sujetos de cuidado, estableciendo una reflexión sobre su propia práctica y las exigencias de un contexto que demanda la prioridad en lo humano, para no ir en contra de la autonomía del otro.

Además, el cuidado del nosotros se forja en el contexto de práctica, a través de las relaciones tanto con los sujetos de cuidado como con los tutores de práctica, quienes, a partir de su identidad cultural, han construido una identidad profesional que les permite tomar decisiones sin dejarse absorber por la visión del otro y sin cerrarse en su propio conocimiento profesional, negando otros saberes; lo que conlleva a ampliar sus horizontes en torno al cuidado de la salud.

Particularmente en el contexto de realización de este proyecto, desde los hallazgos los tutores de práctica y sujetos de cuidado señalan la necesidad de establecer una identidad profesional con una visión más humana. Los estudiantes manifiestan que ven en el equipo de trabajo un modelo a seguir que respeta las visiones de cuidado que tienen los sujetos. De modo que las bases ontológicas y epistémicas que puedan tener de bioética, es lo que les puede orientar para pasar del respeto y el asumir posturas de aceptación sumisa de la visión del sujeto de cuidado, a un reconocimiento y reflexión acerca del cuidado que no deje a un lado su conocimiento. El otro es parte de una cultura, es parte de un territorio, al entrar en contacto con

él se transforma en un nosotros que crece a partir de sus conocimientos, a la vez que las visiones de los otros donan sentidos al futuro profesional.

Lo anterior reclama una pedagogía para el cuidado del nosotros, donde quien forma brinde una capacidad afectiva, respetuosa y efectiva, como donador de sentido en el proceso formativo, que responde a la necesidad del reconocimiento de la cultura de quien se cuida, integrando el saber técnico con la interacción humana, sensible y donadora de autonomía que permita el tránsito de la visión técnica a una visión más humana en el cuidado.

6.2. Relaciones donde el lenguaje no es la barrera

Para *tejer la bioética intercultural*, la acción pedagógica descrita en los párrafos precedentes cobra relevancia y pertinencia al situarnos en los espacios y contextos propios de la interculturalidad, como posibilidad de resignificar el cuidado hacía un cuidado del nosotros. Lo anterior porque no solo basta con reconocer la diversidad; esta exige acción que despierte los sentidos de los actores inmersos en el aprendizaje de la bioética, a través de la práctica activa de la escucha que aproxima un contacto temprano e inmediato con otras miradas en torno al cuidado de la salud, en espacios de práctica que no solo sean clínicos sino comunitarios, los cuales permitan la apertura para conocer-nos y aportar-nos en territorio.

Dicho de otro modo, lo expuesto plantea un reclamo de vinculación y articulación efectiva de la universidad con el contexto, para la construcción de un currículo más pertinente, al entender que no solo basta con formar a los futuros profesionales de enfermería en un saber teórico o del conocimiento *del lenguaje* de una cultura, sino que es necesario avanzar en una formación *también de actitudes* que permitan la comprensión y aprendizaje del conocimiento alcanzado en los escenarios comunitarios de práctica. En esos escenarios donde el docente y los tutores de práctica facilitan la integración de elementos en el proceso de aprendizaje bioético e intercultural para la óptima toma de decisiones.

Luego parece indispensable, para *tejer la bioética intercultural*, reconocer al otro a través del diálogo que traspasa la palabra, en razón a que la barrera que impide el respeto y la acogida en las relaciones que se establecen en el acto de cuidado, parece ser que se deben a la actitud del futuro profesional de enfermería y no a las dificultades que se encuentran en la comunicación a través del lenguaje. Por tanto, el cuidado es una actitud que se decide y se asume, inherente en

las relaciones de convivencia; que exige tomar distancia de los roles y no solo sensibilizarse, sino brindarse emocional y corporalmente, estar en actitud de apertura, lo que significa acoger a la otra situación que se torna desafiante en el proceso formativo, porque exige una verdadera transmutación; es decir, despojarse del miedo en el contexto de desconfianza en que vivimos. Por ende, de-construir esa barrera en el acto de cuidado requiere formar desde el acto pedagógico a los estudiantes en la comprensión, para desarrollar una actitud que se da en la escucha y en el contacto con el otro en un contexto de práctica. Lo anterior favorece la sensibilización de los estudiantes en dos sentidos: 1) frente a un saber y vivir en torno al cuidado de la salud; y 2) frente a las capacidades propias y del otro.

Dicho lo anterior, la *escucha* en el acto de cuidado o en el acto pedagógico implica trascender del sentido biológico a un sentido existencial, porque somos seres humanos que hacemos parte de un territorio donde somos o podemos ser. Eso es lo que permite un nosotros en el cuidado de la salud. Así, la escucha es una actitud de apertura al ser y conocer en la relación que se establece con quien me confronta; de-construye a quien cuida y es cuidado (ya sea estudiante-sujeto de cuidado o profesor-tutor de práctica y estudiante) y se establece como un puente para la confianza en el diálogo. Diálogo que no es simétrico, como ya se ha señalado, porque cada actor es diverso, pero esta brecha disminuye en la medida en que nos une nuestra condición humana.

Entonces, en el proceso formativo bioético intercultural, reconocer que la escucha implica formar en la comprensión (a través de experiencias de aprendizaje que emergen en el acto de cuidado en contextos interculturales), es una posibilidad de confrontar el ser y de generar una nueva actitud en la forma de “cómo me veo y me acerco al otro”, teniendo en cuenta las creencias y costumbres culturales al momento de brindar el cuidado, para “reencontrarme” nuevamente con mi identidad profesional. En este punto, surge el deseo de resaltar lo siguiente: si no nos formamos en la escucha, no podremos asumir nuestra responsabilidad como cuidadores de un territorio que es salud, desafío que no se resuelve en una utopía sino en el encuentro con el otro en el acto de cuidado. Al respecto, Noddings (2005) plantea que:

Quando yo cuido, realmente yo escucho, veo o siento lo que el otro está tratando de transmitir [...] escucho con atención lo que él necesita y le respondo de forma

que él pueda recibir y reconocer. La relación de cuidado es completa cuando él recibe mis esfuerzos de cuidado. (p. 16)

Es decir, en la formación bioética intercultural, a través de las relaciones que se establecen en el acto de cuidado, se generan procesos de aprendizaje y esto supone escucha como una apertura al otro, porque la formación se produce más en lo que sucede en el proceso que en el proceso mismo (Gadamer, 1993).

Al mismo tiempo, el *contacto* se asume como una vivencia de encuentro físico, epistémico, ontológico que se da en el acto de cuidado entre el profesional de enfermería y el sujeto de cuidado en los espacios de práctica, en donde se aprende del otro. Esta situación, al igual que la escucha, es producto de un choque de la formación del individuo con otras visiones del cuidado de la salud en un contexto intercultural. Cuando se permite este contacto, que considera al otro, se puede hablar de que existe apertura hacia el sujeto y que se abre paso a una visión del cuidado más humana, lo que permite de-construir la barrera en las relaciones que emergen en el acto de cuidado.

La necesidad de establecer *escucha* y *contacto* en las relaciones no es única del acto en mención, se requiere también en el acto pedagógico, en el sentido que un estudiante que es escuchado por su docente, aprende y comprende de esta forma sobre como relacionarse con otros. Se trata de una alternativa viable y adecuada, porque al final favorece el contacto en el acto de cuidado y apoya la formación hacia una visión más humana desde el cuidado del nosotros. Lo anterior requiere repensar el contacto que se establece en la relación universidad y contexto de práctica, en razón a que la formación y los lineamientos de la misma están a cargo de la universidad. Si esta se relaciona con el contexto de práctica, es porque buscan objetivos comunes: por un lado una formación que beneficie tanto al estudiante como al sujeto de cuidado y, por el otro, que la misma dé cuenta de las exigencias de nuestra diversidad, a través de la construcción de un currículo desde el contexto, porque no solo basta con reconocer la cultura en los sitios de práctica, sino tener una apertura a la comunidad.

De manera que considerar desde lo cognitivo los conceptos del cuidado de la salud en las culturas donde se desarrollan prácticas de formación, es fundamental para establecer una relación con el otro y, desde lo actitudinal, generar una pedagogía que forme al futuro profesional de enfermería en la apertura y respeto a las personas. Esto, como ya se mencionó, a partir de

prácticas desde el inicio hasta el final de la carrera que faciliten y formen en el contacto y la escucha con las personas en su contexto, como una posibilidad de superar relaciones donde el *lenguaje no es la barrera, sino la actitud*, que despierten los sentidos para *tejer la bioética intercultural*.

6.3. Aprender a convivir

Visto lo anterior, *tejer la bioética intercultural* implica, en el proceso formativo bioético del futuro profesional de enfermería, *aprender a convivir* para comprender el cuidado de la salud como territorio, situación que dona trasfondo de sentido a la bioética como un concepto que es inacabado, que se construye y reconstruye en la relación con los otros en el acto de cuidado.

Desde las prácticas en contextos interculturales, el estudiante puede reconocerse como un ser humano que hace parte de un territorio, donde el territorio es salud y, por tanto, es llamado a cuidar ese territorio, a cuidarse a sí mismo. De tal manera que un posible camino para *aprender a convivir* no solo se da en el acto de cuidado, sino que también se da en el acto pedagógico. Aquello se presenta cuando se incluyen estrategias de autoconocimiento, que le permitan al futuro profesional de enfermería transitar del aprendizaje a la comprensión, reconociéndose como ser humano que es cuidado y cuida, y que, en el acto de cuidado, pueda asumir su responsabilidad profesional desde un nosotros.

Por tanto, *aprender a convivir* se basa en el encuentro que emerge entre quien cuida y es cuidado, a través de la escucha y el contacto, permitiendo el entendimiento de la postura del otro y la construcción del ser del futuro profesional de enfermería. Desde esta visión, el convivir es concebir que el futuro profesional hace parte de una comunidad, que ayuda a construir su visión de cuidado, y que amplía su mirada hacia la reconstrucción del concepto de bioética desde las particularidades del contexto permeadas por una cultura. Así, para convivir se debe comprender que primero se necesita vivir bien, lo cual “hace referencia a toda la comunidad, no se trata del tradicional *bien común* reducido o limitado sólo a los humanos, abarca todo cuanto existe, preserva el equilibrio y la armonía entre de todo lo que existe” (Huanacuni, 2010, p. 50).

Tejer la bioética intercultural para *aprender a convivir* implicaría en la formación de los futuros profesionales de enfermería, un primer momento en el acto pedagógico que lleve a contemplar otras visiones en torno al cuidado de la salud desde el currículo, generando una

posibilidad de construirnos tanto en el ser como en el conocer en los contextos de práctica, y superar así la lógica de la relación en el acto de cuidado. Lógica caracterizada (como se evidenció en los hallazgos de la presente investigación) por la asimetría epistémica y ontológica, producto de una formación orientada desde una lógica de pensamiento donde prima la mirada del cuidado desde lo biológico, con una formación técnica.

Convivir es entonces vivir bien; requiere pasar a integrar una formación en aptitudes con actitudes disciplinares que desarrollen la dimensión ética en un contexto intercultural y que refuercen el sentido de mutua pertenencia, en la medida en que el currículo considere las miradas acerca del cuidado de la salud desde el contexto. En palabras de Boff (2004), el “cuidado surge sólo cuando la existencia de alguien tiene importancia para mí. Entonces paso a dedicarme a él; me dispongo a participar de su destino, de sus búsquedas, de sus sufrimientos y éxitos, en suma: de su vida” (p. 74).

El segundo momento estaría constituido por las experiencias de aprendizaje desde las prácticas en contextos interculturales, las cuales reconstruyen el concepto de bioética en el acto de cuidado, debido a que estos escenarios permiten a los estudiantes la aplicación de lo que han aprendido, haciéndoles conscientes de la realidad a la que se enfrentan y llevándolos al crecimiento personal para apoyar la creación de su identidad profesional y su pensamiento reflexivo (García-Carpintero et al., 2019). Lo descrito posibilita desarrollar apertura en el estudiante a otras visiones que faciliten la comprensión para la toma de decisiones de responsabilidad conjunta, y no se refiere a procesos automatizados que alienan a los futuros profesionales, porque no los invitan a ser críticos de su proceso formativo. Así, se requiere desarrollar en ellos la motivación en el aprendizaje que los lleve a interiorizar los conocimientos por medio de la reflexión y la observación (Bernal y Ponce, 2009).

Además, la formación debe incluir las aptitudes y actitudes que posibiliten relaciones afectivas y efectivas con el sujeto cuidado, desde su visión de salud como territorio, sentido que en este caso fue donado y que la autora de este trabajo comparte con la cultura *misak*, porque destaca la dimensión cultural y moral del cuidado que, a veces desde el currículo, ha quedado en un segundo plano a pesar de que se considera un aspecto esencial para un cuidado más humano y que dona sentido a la construcción de la bioética. Visto lo anterior, se requiere desde la formación un horizonte que permite construir una relación de cuidado no solo con las personas sino con el contexto, donde el hombre es y vive. De este modo:

Necesitamos desarrollar un nuevo paradigma de convivencia que sirva como pilar para construir una relación de mayor cuidado para con la Tierra y que inaugure un nuevo pacto social entre los pueblos orientados hacia el respeto y la preservación de todo lo que existe y tiene vida. (Boff, 2004, p. 7)

En efecto, en este segundo momento para *aprender a convivir y tejer una bioética intercultural*, es necesario tener en cuenta que el ser es más que lo biológico y se encuentra permeado por sus relaciones con todo lo que le rodea. No se puede obviar que la vida es conjunta, por tanto, el cuidado debe tener en cuenta el contexto y a la comunidad, pues el cuidado es para todos los que conviven (Huanacuni,, 2010).

El tercer momento en el acto pedagógico implica en el proceso formativo incluir estrategias de autoconocimiento para *aprender a convivir*. Ello forma a los futuros profesionales en un pensamiento reflexivo hacia la comprensión de su quehacer, al otorgarles elementos para la toma de decisiones cuando se confrontan con otras miradas en torno al cuidado de la salud en el acto de cuidado. De este modo, el estudiante necesita usar sus propios relatos para a través de las fuentes narrativas conocer el porqué de sus comportamientos, actitudes y valores (Siles, 2018), que en gran medida han sido donados desde su familia.

Por consiguiente, no se hace referencia solamente a un ejercicio práctico de valores, sino en incidir significativamente en el comportamiento del estudiante, en su capacidad de apertura al otro, en las relaciones que emergen en el acto de cuidado y en el desarrollo de habilidades para discernir críticamente la realidad del contexto de práctica. El ejercicio cobra relevancia en los espacios que son diversos culturalmente y en el vínculo que se desarrolla entre el docente y el estudiante-estudiante y tutor de práctica, donde se encuentran con el otro para el desarrollo de actitudes, habilidades, intereses y experiencias de contacto temprano. Sobre esto, Medina (1998) explica:

El cuidar y el educar son acciones que poseen un elevado grado de ambigüedad, incertidumbre y apertura, que su valor regulativo es una disposición ética, que se sustantiva a través de procesos éticos, comunicativos y deliberativos de las personas que en ella participan. (p. 1)

Teniendo en cuenta lo anterior, es necesario comprender, desde el acto pedagógico, ¿qué significa para el futuro profesional de enfermería el cuidado de la salud? Así mismo, es pertinente cuestionarse, desde los procesos formativos, lo siguiente: ¿cómo contribuimos para que el estudiante y los docentes sean conscientes que desde su vida misma inicia el cuidado de la salud? Se trata, sin duda, de interrogantes que ameritan otra investigación, pero que desde la presente propuesta permiten vislumbrar que la práctica en el acto pedagógico y en el acto de cuidado, implica *aprender a convivir*, porque está constituida por una dimensión moral propia de la acción de cuidado. En dicha dimensión moral, el futuro profesional reconoce la importancia de otras visiones alrededor del cuidado de la salud, y su autoconocimiento fortalece la identidad profesional para la toma de decisiones. Esto le lleva a considerarse a sí mismo como un agente de cambio que debe construir su propia visión de cuidado, al comprender los diferentes significados acerca del cuidado de la salud desde una visión humana y no solo desde la explicación cuando la visión es reactiva.

6.4. Pertinencia curricular

Tejer la bioética intercultural reconoce a la otredad al comprender que, desde la reflexión de una realidad y aprendizaje situado como experiencia, cambia el saber por el comprender. Esta situación demanda la construcción de un currículo flexible y pertinente, el cual considere la praxis y la pedagogía como procesos de reflexión permanentes frente a nuestra conducta y responsabilidad como profesionales de enfermería, durante el acto de cuidado con las personas y su territorio.

Así, la praxis como una forma de acción reflexiva, que dona razonamiento práctico en el acto pedagógico, puede transformar la visión en torno al cuidado de la salud, al conceder al estudiante criterios bioéticos para decidir modos de acción cuando se enfrenta a los choques en el acto de cuidado en un contexto intercultural, que no son solo de orden biológico, sino también humano. Este razonamiento práctico es donado desde el docente a través de una *pedagogía del vivir y el conocer*, entendiendo la pedagogía como una condición que permite construir saberes y prácticas al reconocer el contexto cultural y las interacciones de las personas en este contexto (Saldarriaga, 2005).

Una *pedagogía del vivir*, porque él asume un papel en la formación bioética intercultural como maestro; es decir, una persona dedicada al oficio de enseñar (Saldarriaga, 2005), porque no solo dota al estudiante de aptitudes sino también de actitudes, para que ellos desarrollen modos de razonamiento práctico durante su proceso formativo. Lo anterior debido a que el futuro profesional de enfermería no solo es un agente pasivo, que no razona su quehacer, sino que produce su conocimiento por medio de la resolución de situaciones problemáticas que emergen de la práctica sobre la dimensión moral del cuidado, máxime en contextos interculturales donde las personas tienen otras visiones de la salud y la enfermedad, permeadas por la cultura. Para esto el maestro requiere ser ejemplo, porque los estudiantes se apropiarán de los conocimientos éticos y los pondrán en práctica, en la medida en que lo observen en su actuar tanto en el acto pedagógico como en el acto de cuidado. Cuando el maestro actúa y es ejemplo, no entra en contradicciones con lo planteado teóricamente (Randall, 1953).

Por ende, para *tejer la bioética intercultural en la pedagogía del vivir*, se requiere que la visión de mundo del cuidado y el tipo de pedagogía³⁴ realicen el tránsito hacia donde se considere a las personas y el contexto como donadores de sentidos al quehacer disciplinar. Situación que en gran parte depende del maestro, porque su visión disciplinar y pedagógica guían la formación de los estudiantes en la práctica.

Respecto a la pedagogía del conocer, hay que decir que esta se da en razón a que desde los hallazgos se señala que la formación bioética ha quedado inmersa en la tensión de un currículo que no responde a las necesidades del contexto, el cual reclama la formación de un futuro profesional en apertura a otras visiones del cuidado de la salud, con respeto por la persona y su territorio. Por consiguiente, se requiere de un maestro que forme en bioética y transite de la tendencia profesionalizante hacia la disciplinar desde un enfoque investigativo, porque “la docencia exige preparación, conocimiento y práctica y precisamente por ello existe como carrera profesional” (Malagón, 2013, p. 5).

³⁴ Para Saldarriaga existen tres tipos de pedagogía: clásica, experimental y contemporánea. En la primera, en la relación teoría-práctica, el método es evitar el error y el centro es el maestro; en la segunda, en la relación teoría-práctica, el método es el ensayo-error y el centro el niño (estudiante); y en la tercera, asume que la relación teoría-práctica es el saber como serie que puede traducir a otra y el centro pasa a ser la cultura. La experiencia ya no es la aplicación de verdades, ni experimentación de hipótesis; ahora se sitúa en la tierra de nadie que media entre teorías y prácticas (Saldarriaga, 2006).

De esta manera, la formación del maestro antecede a la formación estudianta. Se plantea, entonces, la relación docencia e investigación, como un camino por medio del cual el currículo se construye permanentemente, a partir de la fundamentación disciplinar del cuidado del docente, en el marco de una visión de mundo que privilegie lo humano, pero también lo técnico. Desde esta visión se puede hacer posible el análisis de la dimensión moral del cuidado, porque la bioética intercultural brinda las condiciones que hacen posible ese análisis en contextos de práctica diversos culturalmente.

Con este enfoque, se proyecta la formación de los docentes no para *acumular conocimientos*, sino para investigar, pensar, comunicarse, tener iniciativa y aprender a trabajar por su propia cuenta, para de esta manera contribuir al desarrollo social (Malagón, 2013). Por tanto, en la *pedagogía del conocer*, el docente como maestro debe asumir su papel protagónico en la transformación del sistema educativo (Medina, 2013). Se requiere, entonces, para *tejer la bioética intercultural en la pedagogía del conocer*, de un maestro que rompa con la concepción tradicional de ser un transmisor del saber y que participe activamente en la investigación de su propia práctica y en la resolución de los problemas que le plantea su entorno social. Ello entendiendo que la perspectiva ética de la vida humana no es de espectadores sino de participantes, esencialmente en la toma de una posición responsable.

Cambiar la enseñanza por investigación se convierte en un desafío para todos los involucrados en el proceso formativo bioético, debido a la dificultad de planificarla, pues se opone al currículo organizado por asignaturas, planteando que el aprendizaje se da a través de la investigación desde las experiencias que emergen en la práctica. En ese escenario donde tanto estudiantes como docentes tienen una relación activa, participativa, constante y reflexiva para construir en forma colectiva el conocimiento (Malagón, 2013).

Quien aquí escribe considera y destaca que, desde una *pedagogía del conocer y del vivir que teja la bioética intercultural*, la expuesta anteriormente es una forma de hacer realidad el inicio de la transversalidad en el currículo, para que este sea pertinente y se articule al contexto. Lo anterior genera nuevos retos, sobre todo en razón a la formación de los docentes en esta pedagogía, para que desarrollen la capacidad de construir sus propios conocimientos y postular esa "enseñanza reflexiva" como una propuesta múltiple que integre la enseñanza, el aprendizaje y la investigación.

Lo descrito se constituye como un eje transformador para *tejer la bioética intercultural*, en la medida en que la investigación desde la práctica demanda la construcción de un nuevo currículo, que sea flexible y que responda a las necesidades del contexto intercultural. Lo anterior resulta fundamental, dado que es en la práctica donde se pueden establecer las relaciones que van a aportar al cambio y donde se fortalece en los futuros profesionales de enfermería su formación en actitudes críticas. Se espera que en el proceso formativo se considere una praxis y una pedagogía que posibiliten la reflexión permanente y que tengan en cuenta que la razón de la enfermería es el cuidado.

Finalmente, el currículo cobra relevancia y pertinencia al situarnos en los espacios y contextos propios de la interculturalidad y ser una potente posibilidad de poder resignificar el cuidado, de *tejer la bioética intercultural*. Esto debido a que no solo basta con reconocer la diversidad, puesto que la formación debe centrarse en las necesidades de la comunidad, exigiendo acción que despierte los sentidos de los actores inmersos en el aprendizaje de la bioética, a través de la práctica activa de la escucha. Ejercicio que crea un contacto temprano e inmediato con otras miradas en torno al cuidado, en espacios de práctica comunitarios y concertados, los cuales permitan la apertura para conocer-nos y aportar-nos en territorio. Es ahí donde el maestro, consciente del estudiante como actor protagónico de su formación, reconoce su importancia como donador de sentido al proceso formativo y abre la posibilidad de un tránsito efectivo de una visión de mundo que va de lo determinístico a lo recíproco y de lo técnico a la humanización de la educación.

Conclusiones

Este trabajo tuvo como objetivo comprender los sentidos que otorgan a la bioética los actores de formación (documentos, estudiantes, tutores de práctica, sujetos de cuidado, docentes y directivos), desde las prácticas formativas del Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca en un contexto intercultural.

Para realizar el acercamiento a esta comprensión, en un primer momento se identificaron los sentidos asignados por los actores de formación en las prácticas al proceso de formación bioética en un contexto intercultural. Se vislumbró en los documentos que orientan la formación bioética e intercultural de los futuros profesionales de enfermería, que se tiene una perspectiva que plantea principios deontológicos y de derechos humanos en el goce efectivo de la salud, que dicha perspectiva tiene en cuenta un contexto diverso culturalmente y que propende por garantizarle la salud a los pueblos indígenas, a través de una formación del TSH con un enfoque intercultural que dé respuesta a sus necesidades. Por tanto, desde lo teórico, el concepto de bioética amplió su mirada, considerando no solo el estudio de problemas éticos de orden individual relacionados con la vida, planteados por la ciencia y la tecnología, sino que incorpora en su análisis los problemas o situaciones sociales y culturales propios del contexto latinoamericano, que no son solamente de orden individual sino comunitario.

De este modo, la interculturalidad, actúa como un puente que permite avanzar hacia una visión más recíproca del cuidado, que otorgue relevancia a las particularidades del sujeto de cuidado y del contexto. No obstante, no hay una visión de mundo explícita en la formación de enfermería que oriente el currículo en el Programa de la Universidad del Cauca. Pese a que en sus discursos se puede inferir que en el proyecto educativo 2008 se encuentra en la visión recíproca y hacia el 2014 se supone una visión emancipatoria, la bioética y la interculturalidad como conceptos que permiten desarrollar esta visión, no se plantean como componentes definidos que se puedan transversalizar. Por lo tanto, se está ante un desafío específico al tener en cuenta que el currículo debe construirse desde la realidad latinoamericana y es necesario ser críticos sobre el modelo de formación, si se aspira a dar respuesta a lo que emana de la normatividad en la formación del THS.

Desde los discursos se plantea formar en este campo, pero esto no se da desde las prácticas curriculares, en razón a que los actores de formación solo presentan aproximaciones en

los conceptos de bioética e interculturalidad, situación que posiblemente ocurre por la falta de bases epistémicas y ontológicas que los mismos docentes reconocen alrededor de estos conceptos. Es importante, entonces, retomarlos desde la formación disciplinar en torno al cuidado con un espíritu crítico y reflexivo, para ampliar la mirada hacia una visión más holística de la relación interpersonal que se establece en el proceso de enseñanza entre el docente y el estudiante, donde el profesor debe ser un modelo de formación. Esto se ve acrecentado, como se mencionó, por una falta de cultura institucional que delega la formación bioética e intercultural a la iniciativa individual.

Justamente, si el estudiante de enfermería percibe en su docente un modelo de formación que desde el cuidado en su dimensión moral integre la bioética y la interculturalidad, talvez realice las acciones que ha recibido en su proceso de formación con las personas que demanden su cuidado. Podría ser que la afectividad, el respeto y la solidaridad recíproca, como acto de relación, se configuren en el acto pedagógico en una empatía que anteceda y cultive en el acto de cuidado: “donde me tratan bien me dispongo, me abro, me descubro, es decir, me quito el prejuicio que me cubre”.

Desde los hallazgos se observó que los mínimos aprendizajes que logran adquirir los estudiantes sobre la bioética y la interculturalidad, durante su proceso de formación, quedan rezagados, debido a una falta de análisis de cómo los principios éticos y el respeto por la cosmovisión del cuidado de la salud construyen sus saberes y prácticas disciplinares, como mecanismo de cambio hacia una visión más humana del cuidado en un contexto intercultural. La falta de esta reflexión lleva a que los estudiantes fácilmente cambien su comportamiento ético con las personas en el acto de cuidado, cuando rotan de contexto de práctica, resultando necesario privilegiar el ser sobre lo técnico en la práctica desde el acto pedagógico y que ello permee el acto de cuidado.

Sin embargo, los estudiantes, los tutores de práctica y los sujetos de cuidado señalan que se puede promover un cambio en la formación bioética e intercultural, en la medida en que se incluyan en el currículo no solo temáticas relacionadas a la bioética, la interculturalidad y las visiones de cuidado de otras culturas, sino también actividades para formar desde las prácticas en contextos interculturales, como un medio que estimula el aprendizaje de los estudiantes en actitudes, aptitudes y comportamientos éticos. Las prácticas son importantes porque son escenarios donde pueden aplicar lo aprendido en las clases o transformarlo, lo que puede llevar a

los estudiantes a ser más conscientes de su quehacer profesional, al verse enfrentados a dilemas y conflictos bioéticos de base cultural, cuyo núcleo es la dimensión moral del cuidado.

En el proceso anterior se resalta la figura del tutor de práctica como modelo de formación, tanto en lo bioético como en lo intercultural, porque influencia directamente el aprendizaje de los estudiantes. Estos dos actores (tutores y estudiantes) señalan la necesidad de tener un acompañamiento del docente con el fin de compartir la responsabilidad del proceso de enseñanza y aprendizaje. También, hacen énfasis en una formación que incluya competencias afines a saber relacionarse, comunicación más allá del lenguaje, apertura cultural y conocimiento de otras miradas de cuidado, que le permitan al estudiantes establecer relaciones con el otro.

Por otro lado, se observa una tensión en la relación que se establece entre universidad y contexto de práctica, pues es necesario concertar objetivos de formación que aporten a ambas instituciones y a la comunidad desde una perspectiva cultural. Los estudiantes, al respecto, señalan que los espacios extramurales se constituyen como un escenario de mayor contacto con las personas, pues les permite conocer sus realidades en torno a los determinantes sociales y culturales que contribuyen al cuidado de su salud. Aquello invita a tener una visión de cuidado más recíproca, dado que tiene en cuenta al ser humano no solo desde lo biológico, sino que incluye su cultura y su contexto.

Al interpretar los sentidos que otorgan a la bioética los actores de formación desde las prácticas en un contexto intercultural, se puede concluir que reclaman un currículo pertinente que forme al futuro profesional en el aprender a convivir en contextos diversos culturalmente, donde construir relaciones interculturales requiere superar la barrera de formación, aspecto que no radica en el lenguaje, sino en la actitud del profesional. Esto permitirá avanzar hacia un cuidado del nosotros, porque el futuro profesional se siente y se hace responsable de sus acciones en una comunidad.

Luego, el problema de la formación bioética en contextos interculturales no parte de la diversidad, o de la diferencia, en la relación que se establece con el otro en el acto de cuidado en los sitios de práctica, sino de un problema de formación estructural, de una colonialidad de saber y ser homogéneos dada en la universidad y que se refleja en el acto pedagógico. Por tanto, la concepción de la formación bioética queda inmersa en una contradicción en razón a un currículo que guía las prácticas con un enfoque laboral y técnico de competencias, pero que, al mismo

tiempo, se propone el fortalecimiento de una formación crítica donde se tenga en cuenta a la persona y el contexto diverso.

Es en este marco es en donde este trabajo tiene gran importancia, pues reflexiona desde una crítica propositiva sobre los quehaceres tanto de los docentes como de los estudiantes de enfermería, acerca de lo que los currículos han venido ejerciendo sobre la formación en bioética y sobre el hecho cultural innegable de la interculturalidad. Se percibe aquí una visión hegemónica que ha llevado a que los profesionales de la salud sean lejanos a los contextos culturales y sociales en los que intervenían, convirtiéndolos en personas frías e indiferentes a la otredad del paciente o del enfermo. Su actuar estaba basado en un ego profesional que por acción u omisión de lo transmitido por la institución universitaria, negaba consciente o inconscientemente los valores y la riqueza que posee cualquier ser humano, pero, sobre todo, una persona de alguna comunidad étnico-indígena. El caso de los *misak* desvela a través de este ejercicio de investigación, que estas personas requieren un cuidado diferencial, inclusivo y no invasivo de su “ethos” cultural.

De ahí que la *pertinencia curricular* sea vista no como un cumplimiento de lo establecido en la normatividad, sino como una articulación entre la fundamentación teórica y la práctica, que implica pasar de una formación en la profesionalización a la disciplina, donando sentido a la bioética y la interculturalidad desde la reflexión y la crítica del proceso formativo. Se considera así al currículo como una construcción que no se desarrolla desde una sola mirada, sino que requiere de una visión colectiva que integre tanto a la universidad como al contexto, y que no quede rezagado a una iniciativa individual de los actores de formación, en favor de erigir una interculturalidad en la formación bioética.

Igualmente, no se puede obviar que tanto la academia como sus currículos están lejos de las realidades de las comunidades, y que la bioética se ha utilizado para cumplir objetivos sin un profundo compromiso de los docentes con esta cuestión tan esencial y vital, sobre todo en estos tiempos de demagogia neoliberal y materialista, donde los sujetos de cuidado son tomados solo como un dato más. Situación que es similar para el estudiante, quien siente que los profesores a veces le faltan al respeto a su dignidad como constructor de conocimiento y de valores culturales, al no permitirle asumir una verdadera posición bioética en los problemas cotidianos que se le presentantan al ejercer su labor como cuidador.

Desde los hallazgos se puede decir que una pieza fundamental que permite construir en la práctica esa *pertinencia curricular*, es el docente como maestro desde una pedagogía del conocer y del vivir. Lo anterior porque él no solo forma al estudiante desde lo técnico, sino también desde la práctica como modelo de formación que requiere un aprendizaje desde lo disciplinar, para orientar la bioética y la interculturalidad que considere al ser humano, su cosmovisión, su cultura y su contexto en el acto de cuidado, lo que dona sentido moral hacia una visión de mundo de enfermería de reciprocidad.

Se resalta también al tutor de práctica como otro modelo formación, al ser un actor que permite formar al estudiante en bioética ya sea favorable o desfavorablemente. Una de las dificultades encontradas con ellos está relacionada con la falta de claridad sobre los objetivos del aprendizaje del estudiante y el aporte de estos a la comunidad. Además, se señala que el contacto con las personas en el área extramural se ve limitado por el convenio docente-asistencial, espacio que reclaman los estudiantes para tener mayor contacto y conocimiento del otro.

Hay que mencionar también que este contacto y conocimiento del otro en el acto de cuidado permite reconfigurar el concepto de bioética en el acto pedagógico, considerándolo como inacabado, porque se construye desde la lógica local hacia un *aprender a convivir*, que implica primero estar en armonía con uno mismo y luego saber relacionarse con todas las formas de existencia dentro de un territorio que es la salud. En este territorio, la persona es, vive y hace parte de una comunidad. Desde los hallazgos, esto ha generado choques en los estudiantes al confrontar su visión en torno al cuidado de la salud con otras visiones que amplían su mirada. Por ello, requieren de estrategias pedagógicas que prioricen el ser sobre lo técnico, desde las prácticas donde la interculturalidad actúa como un puente porque implica formar en una actitud de apertura desde la crítica y la reflexión de aquello que favorece o no el cuidado de la salud; y de conocimientos que ayuden a comprender la formación bioética desde la disciplina de enfermería y a reconocer lo que nos hace iguales y no solo lo que nos hace diferentes.

Por tanto, *para aprender a convivir*, se requeriría iniciar en el acto pedagógico en la formación del estudiante, con un componente deliberativo a través de estrategias de autoconocimiento que promuevan la participación de los alumnos como principales agentes de cambio en el acto de cuidado, al suscitarles una nueva actitud en la relación con el territorio, tener contactos tempranos, que incluso no brinden ellos el cuidado, sino que sean cuidados por otras comunidades, toda vez que implica desaprender para volver a aprender.

Se debe agregar que el acto de cuidado se convierte en un desafío permanente para los estudiantes al identificar, junto a los sujetos de cuidado, que uno de los principales obstáculos en la construcción de la interculturalidad en la formación bioética, se debe a *relaciones donde no es el lenguaje la barrera, sino que es la actitud*. Por lo anterior, en el acto pedagógico se debe ser capaz de formar al estudiante en actitudes de apertura, en reconocer al otro en el acto de cuidado como un ser humano igual a él, pero diverso en su pensamiento entorno al cuidado de la salud, sin que en esta relación uno de los actores se encierre en su visión o uno de los mismos asimile la mirada del otro y pierda su identidad, lo que permitiría avanzar hacia una visión más recíproca del cuidado.

Por otro lado, un entorno de práctica comunitario en contextos diversos culturalmente se constituye para el estudiante en un escenario de experiencias de aprendizaje, al permitirle tener un primer contacto con las personas no solamente en el hospital, sino también en su territorio. Además, le facilita su integración con el equipo de salud. Desde los hallazgos se refleja que estas son experiencias favorables, en la medida que la inmersión del estudiante en la práctica lo enfrenta a dilemas morales de base cultural, que le posibilitan realizar reflexiones sobre su proceso formativo, sobre sí mismo y sobre su identidad profesional. Incluso, con ellas se aporta al alumno desde el reconocimiento en su rol como cuidador por el equipo de salud y los sujetos de cuidado. Por ende, se resalta que es importante que los espacios de práctica con la comunidad se contemplen desde el inicio de la carrera y de manera continua, como una posibilidad de hacer transversal la bioética y la interculturalidad en un currículo pertinente, buscando aportar a la comunidad con profesionales sensibles al trabajo con culturas diversas y que se articulen a sus planes de salud. En el caso de la docencia, esta debe abrir paso a la investigación en la disciplina, para comprender el cuidado desde el contexto.

Otro rasgo señalado por los estudiantes y tutores de práctica es la necesidad de formarse en un *cuidado del nosotros, donde se piense al otro como uno mismo*. Aquello requiere tener en cuenta su contexto y su cultura, negociar y respetar la decisión de las personas como seres autónomos y responsables de su cuidado. Una de las dificultades encontradas para lograr esto, es la falta de una fundamentación disciplinar que permita la reflexión sobre el comportamiento ético, lo que es causado, en buena medida, por el desconocimiento de los docentes, que ha conllevado a que no exista una articulación del cuidado con la bioética y la interculturalidad.

Lo anteriormente descrito es señalado como una barrera de formación que reside en nosotros mismos como cuidadores, tanto en el acto de cuidado como en el pedagógico. Y es que, desde la fundamentación ontológica del cuidado, se dona al futuro profesional de responsabilidad para la toma de decisiones éticas, sobre todo en conflictos de base cultural que emergen en el contexto de práctica. Por tanto, para lograr que los futuros profesionales superen esta barrera, se requiere formarlo desde una perspectiva del vivir y el conocer en el acto pedagógico.

Para finalizar, los trasfondos de sentido que provee el proceso de formación bioética del futuro profesional de enfermería en un contexto intercultural, permiten comprender que, desde la reflexión pedagógica en los contextos de la práctica intercultural, se favorece la de-construcción del currículo en la formación bioética en enfermería, hacia una visión más humana del cuidado. La bioética debe ser un discurso transversal a todo el currículo, desde una praxis que inicia en los maestros y va hacia los estudiantes, y que gira en torno al sentido del cuidado de las personas diversas; es allí donde lo intercultural aflora como un espacio de diálogo, de intercambio recíproco y donde las asimetrías socio-políticas se deben debatir e ir desgastando hasta lograr un equilibrio donde las hegemonías (desde las discursivas hasta las simbólicas) cedan el paso a “las otras” voces y a las otras maneras de asumir los proceso de enfermedad y sanación.

Así, los estudiantes con una conciencia bioética intercultural son el fruto de una simbiosis entre el aprendizaje de razones técnicas occidentales y la escucha atenta de lo que las comunidades indígenas, que han sido subalternizadas, tienen como propio. Esto lógicamente parte desde la academia, pero que se pone en escena, se cuestiona, se transforma y se enriquece en el contexto, proponiendo un tejido en torno a la ética en la que los procesos de reconocer las diferencias dan paso al reconocimiento de la dignidad que merece todo ser humano y a que el sujeto de cuidado sea el artífice de su propia curación o sanación. Lo anterior se desarrolla al *tejer la bioética intercultural* como una propuesta que se da a partir de cuatro momentos: inicia con *el cuidado del nosotros*; continúa con las *relaciones donde el lenguaje no es la barrera*; luego se sitúa en el *aprender a convivir*, para luego llegar a una *pertinencia curricular*.

El *cuidado del nosotros* se plantea como una posibilidad de de-construir la barrera de formación que hay en el estudiante, porque el contacto con el otro en su territorio le permite asumir al futuro profesional una responsabilidad de sus acciones y decisiones, al ser, sentirse y ser reconocido como parte del contexto de práctica. Lo anterior dona identidad profesional y autonomía al alumno, en la medida en que en el acto pedagógico y en el acto de cuidado se

integre el saber técnico con una interacción humana sensible; reclamando una pedagogía que brinde al estudiante una capacidad afectiva, respetuosa y efectiva en contexto.

Las *relaciones donde no es el lenguaje la barrera* se forjan cuando tenemos una visión más amplia del acto de cuidado, porque no solo basta con el reconocimiento de la diversidad cultural del otro, sino que se necesita de acciones que, desde los actos pedagógico y de cuidado, despierten los sentidos en la formación bioética a través de la escucha y el contacto temprano con otras miradas. Esta situación reclama articulación entre la universidad y el contexto, porque se requiere de apertura a la comunidad para conocer-nos y aportar-nos en el territorio alrededor del cuidado de la salud. Aquello se puede lograr a través de prácticas formativas tempranas y continuas en un mismo entorno a lo largo de la carrera, y concertadas entre la universidad y el contexto de acuerdo a sus propios propósitos. El objetivo es que el estudiante adquiera mayor sensibilidad con las personas en territorio, comprenda mejor la cultura del otro y la suya, para poder desarrollar un pensamiento crítico desde las experiencias de aprendizaje que emergen en las prácticas en torno a la bioética. Además, ello posibilitaría un mejor establecimiento de relaciones, disminuyendo la asimetría de las posiciones de poder que se presentan en el acto de cuidado. Cabe destacar que estas experiencias de contacto inician desde los maestros, que como formadores requieren sensibilización cultural a través de intercambios culturales.

El *aprender a convivir* en las relaciones que se construyen con los otros en el acto de cuidado, se entiende como la posibilidad de despertar los sentidos en los estudiantes al confrontarse con el otro y lo otro, donde no “soy yo y somos a la vez”, como oportunidad de leer y comprender otras miradas en torno al cuidado, lo que favorece la construcción permanente del concepto de bioética. Se requiere entonces, desde la formación, un horizonte de sentido que trascienda la relación en el acto de cuidado, pasando de una visión de reacción a una que considere a las personas y el territorio, porque se cuida al ser humano, la comunidad y el contexto para lograr una armonía en su salud. Dicha situación suscita en el acto pedagógico empezar a implementar estrategias de autoconocimiento como espacios de reflexión en torno al ser del estudiante, considerándolo como alguien que es cuidado y cuida, pasando del aprendizaje a la comprensión de sus comportamientos y decisiones en torno a la vida.

Finalmente, la *pertinencia curricular* se construye de forma permanente de acuerdo a las necesidades del contexto de práctica, al comprender que dependiendo del mismo, la mirada en torno al cuidado de la salud cambia. Este aspecto reclama un currículo flexible que a través de la

praxis y la pedagogía del vivir y el conocer, desarrolle un razonamiento práctico en el estudiante. El propósito es que pueda ser crítico de su proceso formativo y ser consciente de su responsabilidad profesional, principalmente en momentos en que se enfrenta a conflictos bioéticos de base cultural en el acto de cuidado. Es ahí donde el maestro puede ser consciente de su importancia como donador de sentido en el proceso formativo bioético e intercultural, al comprender que el estudiante es el actor protagónico de su formación, y que su ejemplo desde la práctica disciplinar se convierte en una posibilidad de transversalizar la bioética intercultural en el currículo, dando paso a un efectivo tránsito de la visión de reacción a la reciprocidad; en otras palabras, de lo técnico a la humanización de la educación.

Por otra parte, los hallazgos abren horizontes para nuevos trabajos de investigación, que continúen generando los nexos entre la visión epistémica y ontológica de las disciplinas del área de la salud, la bioética y la interculturalidad. Así, avanzamos hacia la de-colonialidad del ser y el conocer como un punto de partida para reconstruir el currículo en la formación bioética intercultural. Además, las preguntas que responden los antecedentes descritos muestran que el presente estudio transitó en repensar el concepto de pertinencia curricular que trasciende el territorio y articula cuatro actores de formación (docentes, tutores de práctica, estudiantes y sujetos de cuidado), quienes desde su experiencia y saberes en torno al cuidado de la salud, contribuyen a su reelaboración, destacando la estancia del estudiante en los contextos de práctica formativa como interlocutor entre la universidad y el entorno.

Dicho lo anterior, el proceso de investigación conllevó a aprendizajes en términos de comprender que el problema de investigación, desde la perspectiva cualitativa e inductiva, no es estático, sino que se reconfigura y devela una fotografía del contexto. A la luz de los resultados, se amplió la mirada más allá del alcance del presente estudio, al surgir nuevos interrogantes para que en otras investigaciones se continúe profundizando sobre la formación bioética intercultural en la educación en salud, señalando la reflexión pedagógica en ámbitos interculturales como uno de los elementos fundamentales para una visión más humana del cuidado en la formación bioética. Así, sería pertinente adelantar otros estudios que respondan, entre otros, a los siguientes interrogantes: 1) ¿cómo transversalizar la bioética intercultural en el currículo, teniendo en cuenta que no solo depende de la formación pedagógica en este campo y de su disciplina, sino también de la subjetividad del docente? 2) En el proceso de formación bioética dentro del acto pedagógico, ¿cómo se tiene en cuenta la diversidad cultural del estudiante y del docente? Y 3)

¿cómo construir desde la diversidad de nuestros contextos formativos, una propuesta educativa para tejer la bioética intercultural que asuma las diferencias socioculturales como constitutivas y se promueva el diálogo universidad y contexto de práctica? Contestar a estas preguntas implicaría entonces involucrar a todos los actores que participan en la formación de profesionales del área de la salud y, sobre todo, trabajar con los líderes de salud de las diversas comunidades étnicas donde los estudiantes realizan sus prácticas, con el fin de hacer una apuesta integradora de-colonial que considera la formación bioética intercultural como un pilar fundamental de la educación universitaria.

Limitaciones

Durante el desarrollo del proceso investigativo se encontraron algunas limitaciones que es preciso mencionar. En los docentes se evidenciaron vacíos epistémicos en bioética e interculturalidad que dificultan su enseñanza y, por tanto, la formación de los futuros profesionales, situación que se ve exacerbada por el relevo generacional en la planta profesoral. Los profesores que quedan a cargo de la formación se caracterizan por su juventud y su falta de experiencia en el campo de la educación, más no en el aspecto técnico.

En la práctica se observó que a los tutores no se les ha dado la relevancia que merecen como formadores, siendo ellos los que están la mayor parte del tiempo con el estudiante, además de no estar formados en docencia. Así mismo, los estudiantes señalaron dificultades para poder comunicarse con las personas en el acto de cuidado, requiriendo en algunas ocasiones de mediadores culturales (como personal que labora en la institución), quienes no necesariamente están formados en salud.

Recomendaciones

Se observó la necesidad de fortalecer en los estudiantes su autonomía en la toma de decisiones y formentar el liderazgo para resignificar la profesión como agentes de cambio. Es necesario trabajar en el fortalecimiento de la comunicación en el acto de cuidado, como aspecto que posibilita la relación con otras personas que no hablan el mismo idioma. Pese a que en ocasiones los estudiantes cuentan con un mediador cultural en sus sitios de práctica, se hace

necesario conocer el idioma de los lugares donde se tiene convenio docente-asistencial, lo que se puede lograr con la facilitación de electivas que cubran estas necesidades.

Se recomienda que el currículo del Programa de Enfermería se construya teniendo en cuenta otras visiones en torno al cuidado de la salud, incluyendo aquellas de culturas que existen en el departamento del Cauca, generando espacios que abran campos de investigación en la disciplina y que permitan comprender el cuidado desde el contexto. Así mismo, que tanto docentes como estudiantes conozcan previamente la cultura del sitio de práctica para evitar choques.

Es pertinente, además, generar una articulación entre los programas de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca en los contextos interculturales donde confluyen las prácticas formativas, para buscar denominadores comunes en materia de aprendizaje en la formación bioética intercultural, que permitan aportar al contexto. Se requiere también contar con espacios de práctica en contextos interculturales con un mayor tiempo de duración y de participación en el desarrollo de las rotaciones disciplinares, para facilitar la sensibilidad del estudiante el entorno y generar mayor confianza con las personas.

El concepto de pertinencia curricular requiere de un cambio de paradigma que responda a las necesidades del entorno, a la vez que se articule con los actores de formación, dando voz a los estudiantes que realizan la práctica en el contexto.

La bioética, para que sea transversal, debe iniciar desde la pedagogía del maestro para formar a los formadores de los futuros profesionales de enfermería. Los profesores deben ser entendidos también como modelos de un actuar ético y no solo como transmisores de conocimientos.

La formación bioética no debe limitarse al discurso, sino que debe estar presente en las prácticas disciplinares que se desarrollen al inicio, mediados y finales de la carrera.

Se hace un llamado para que las prácticas formativas disciplinares no solo cumplan objetivos de aprendizaje a nivel de la institución hospitalaria, sino que puedan ser incluidos otros espacios que le permitan al estudiante tener un mayor contacto con las personas en su contexto (por ejemplo: visitas domiciliarias, brigadas de salud a veredas, entre otras actividades).

Finalmente, las preguntas iniciales que orientaron el desarrollo de este proyecto ayudaron al proceso de saturación teórica y dieron paso a nuevos retos investigativos que superan el alcance del estudio, los cuales pueden dar paso a otras investigaciones (e

investigadores) para ampliar los horizontes que hemos delimitado en este contexto, que hace parte de un territorio tan extenso y nutrido por su gran diversidad. La invitación es a no caer ante la seguridad de una pertinencia que homogeniza, sino arriesgarse a considerar la pluralidad, la cual enseña que debemos trabajar desde una postura ética y de honestidad con el otro, desaprender y ser abiertos para comprender y seguir construyendo. Por eso es que el currículo debe ser flexible y reconstruirse en medio de un mundo diverso que no podemos parametrizar. De esta manera, en la Tabla 24 se plantean lineamientos para tejer la bioética intercultural en la construcción de una propuesta educativa que pueda ser abordada en otra investigación, haciéndolo de manera conjunta con los actores de formación y teniendo en cuenta que primero se debe iniciar con una fase de sensibilización frente a las temáticas.

Tabla 24

Lineamientos para tejer la bioética intercultural en la construcción de una propuesta educativa

Ejes que se tejen	Proposición	Lo que se espera	Implica
<p>El cuidado del nosotros.</p> <p>Elemento de formación al que se enfoca: pedagogía.</p> <p>Autores relevantes que pueden orientar la propuesta:</p> <p>Boff (2004).</p> <p>Bohórquez (2018).</p> <p>De Souza (2013).</p> <p>Kemmis</p>	<p>Los docentes se convierten en los primeros modelos de formación del cuidado, porque si el estudiante no observa al profesor realizar acciones éticas con fundamento epistémico y ontológico, su visión de cuidado quedará reducida a una técnica que lo aleja de la relación humana.</p> <p>Se propende por una relación dialógica del reconocimiento del otro en los puntos</p>	<p>Responsabilidad profesional que se asume como colectiva, a partir de la reflexión crítica sobre la visión moral del quehacer profesional, teniendo en cuenta la cultura y el contexto de las personas.</p> <p>En el acto pedagógico el estudiante, al ser reconocido como profesional, adquiere autonomía en la toma de decisiones y capacidad afectiva, lo que contribuye a construir su identidad. Esto conlleva a que se sienta parte de un nosotros, en un contexto que le</p>	<p>Formación docente que debe incluir cinco momentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓Fundamentación disciplinar: que se desarrolla en tres componentes, los cuales son noción de cuidado, estructura conceptual empírico epistémica de enfermería y uso de la teoría en la práctica disciplinar. ✓El componente educativo: debe incluir formación, currículo, pedagogía, didáctica y evaluación. ✓Bioética intercultural: bioética latinoamericana, identidad, alteridad, inter y multiculturalidad, ética de la diversidad cultural, derechos humanos, salud intercultural. ✓Investigación: formación

Ejes que se tejen	Proposición	Lo que se espera	Implica
(1993). Noddings (2005). Saldarriaga (2005).	de encuentro en torno a la salud.	permite al cuidador reconocerse y ser reconocido para así pasar a la de-colonialidad del ser, abandonando la posición hegemónica y técnica en que fue formado.	en enfoques comprensivos y descriptivos. ✓Comunicación vital: es de anotar que el fruto de cada momento es que se reconstruya el proyecto educativo de los programas y se dé paso a la reconstrucción del currículo.
Relaciones donde el lenguaje no es la barrera. Elemento de formación al que se enfoca: currículo. Autores relevantes que pueden orientar la propuesta: Albuquerque (2015). Carr (2002). Collière (1996). Díaz-Barriga (2015). Fornet (2001). Gadamer (1993). Kemmis (1993).	La formación bioética invita a reconstruir el currículo desde la relación entre la universidad y el contexto, en búsqueda de objetivos comunes de formación que aporten al territorio, construyan permanentemente el currículo y resignifiquen la posición normativa bajo la cual se ha mantenido colonizado el conocer. <i>Tejer la bioética intercultural</i> es un ciclo formativo y transformativo que incluye el cuarteto <i>sujeto que forma, sujeto al que se forma, sujeto de cuidado y contexto</i> , donde los cuatro aprenden, enseñan	Ir más allá del reconocimiento de la diversidad del otro, lo que implica acciones hacia la práctica activa de la escucha y el contacto tanto en el acto pedagógico como en el acto de cuidado. La escucha en un sentido existencial que trasciende lo biológico, debido a que hacemos parte de un territorio donde somos o podemos ser. Se trata de una actitud de apertura al ser y conocer hacia las perspectivas del otro en torno al cuidado de la salud, dando paso al contacto como una vivencia desde un encuentro no solo físico sino epistémico y ontológico, donde se aprende no para el otro sino desde el otro.	La construcción del currículo, teniendo en cuenta otras visiones en torno al cuidado de la salud, implica: ✓Investigación que articule universidad y sitios de práctica, permitiendo la construcción de un modelo de cuidado con enfoque diferencial en contextos de práctica culturalmente diversos. ✓Reconstruir el proyecto educativo del programa para definir el eje transversal del currículo en torno a la visión de cuidado. ✓Microcurrículos que evidencien otros saberes en torno al cuidado de salud, teniendo en cuenta la visión de cuidado que se generó a partir de la definición del eje transversal.

Ejes que se tejen	Proposición	Lo que se espera	Implica
<p>Menéndez (2017).</p> <p>Potter (1998).</p> <p>Saldarriaga (2006).</p> <p>Tealdi (2008).</p> <p>Walsh (2008).</p>	<p>y sanan en un acto de convivencia que tiene sentido vital; es decir, que da vida al de-colonizar el ser y el conocer.</p>		
<p>Aprender a convivir.</p> <p>Elemento de formación al que se enfoca: didáctica</p> <p>Autores relevantes que pueden orientar la propuesta:</p> <p>Boff (2004).</p> <p>Carper (1978).</p> <p>Carr (2002).</p> <p>Díaz Barriga (2015).</p> <p>Fornet (2001).</p> <p>Gadamer (1990).</p> <p>Huanacuni (2010).</p> <p>Kemmis</p>	<p>El convivir es concebir que el futuro profesional hace parte de una comunidad, cuyas visiones en torno al cuidado de la salud contribuyen a reconstruir su visión de cuidado, donando el fundamento moral del futuro profesional.</p> <p>La reflexión en torno a la bioética desde las particularidades del contexto, permeadas por una cultura, develan que la bioética es un concepto inacabado que se reconstruye en las relaciones con los otros.</p>	<p>El convivir es concebir que el futuro profesional hace parte de una comunidad, cuyas visiones en torno al cuidado de la salud contribuyen a reconstruir su visión de cuidado, donando el fundamento moral del futuro profesional.</p>	<p>La enseñanza de la bioética implicaría prácticas formativas y estrategias de autoconocimiento. Las prácticas formativas requieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Que todas las relacionadas con la disciplina, tanto en el área clínica como en la comunitaria, consideren explícitamente el análisis de dilemas éticos con un enfoque que tenga en cuenta nuestro contexto latinoamericano. ✓ Considerar prácticas formativas en contextos interculturales a lo largo de la carrera y que tengan mayor duración. ✓ El docente es el primero que debe realizar prácticas formativas en los contextos interculturales. ✓ Docentes y estudiantes deben conocer previamente la cultura del sitio de práctica. ✓ Articulación entre los programas de las áreas de la salud que confluyen en los

Ejes que se tejen	Proposición	Lo que se espera	Implica
<p>(1993). Medina (1998). Meleis (2005). Mignolo (2007). Siles (2018). Watson (2001).</p>			<p>mismos sitios de práctica, para buscar denominadores comunes de formación bioética que aporten al contexto. Sobre las estrategias de autoconocimiento: ✓ Formar tanto a estudiantes como docentes en el uso de las narrativas de enfermería. ✓ Implementación de las narrativas como estrategia didáctica de las prácticas formativas de los estudiantes en escenarios clínicos y comunitarios.</p>
<p>Pertinencia curricular. Elemento de formación al que se enfoca: currículo, praxis y pedagogía. Autores relevantes que pueden orientar la propuesta: Carr (2002). Chin y Kramer (2008). Corchuelo, Catebiel y Cucuñame (2006). De Zubiría</p>	<p>La pertinencia curricular se construye de forma permanente de acuerdo a las necesidades del contexto de práctica al comprender que, dependiendo del mismo, la mirada en torno al cuidado de la salud cambia. Este aspecto reclama un currículo flexible que a través de la praxis y la pedagogía del vivir y el conocer del docente, desarrolle un razonamiento práctico en el estudiante.</p>	<p>Considerar la praxis y la pedagogía como procesos de reflexión permanente, frente a la conducta y responsabilidad de los profesionales de enfermería con las personas y su territorio en el acto de cuidado. La praxis, desde el maestro, propende por desarrollar en el estudiante modos de razonamiento práctico en el acto pedagógico, al concederle criterios bioéticos para decidir modos de acción cuando se enfrenta a los choques de orden moral en el acto de cuidado.</p>	<p>Formación al docente en la pedagogía del vivir (maestro: persona dedicada al oficio de enseñar) y el conocer (conocimiento disciplinar bioético para trascender la tendencia profesionalizante). Maestro como investigador en el aula que promueva la relación activa, participativa, constante y reflexiva para construir en forma colectiva el conocimiento.</p>

Ejes que se tejen	Proposición	Lo que se espera	Implica
(2016). Díaz Barriga (2015). Gordon, Potter y Ford (1998). Malagón (2013). Saldarriaga (2005).			

Fuente: Elaboración propia.

Referencias citadas

- Acofaen –Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería–. (2006). *Directrices para orientar la enseñanza de la ética y la bioética en los programas académicos de enfermería de pregrado y postgrado*. Bogotá, Colombia: Ediciones Acofaen.
- Acosta, J. (2002). *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana: Publicaciones Acuario.
- Acuerdo 01, por el cual se actualizan los lineamientos para la acreditación de alta calidad institucional y de programas de pregrado. Consejo Nacional de Educación Superior – CESU–, Bogotá, Colombia, 9 de agosto de 2018.
- Acuerdo 04, por el cual se reglamenta la formación social y humanística como parte de la educación integral en la Universidad del Cauca. Consejo Académico de la Universidad del Cauca, Popayán, Colombia, 16 de agosto de 2006.
- Acuerdo 036, por el cual se adopta el Estatuto Académico de la Universidad del Cauca. Consejo Superior de la Universidad del Cauca, Popayán, Colombia, 11 de octubre de 2011.
- Acuerdo 055, por el cual se aprueba el Plan Estratégico Bicentenario 2027. Consejo Superior de la Universidad del Cauca, Popayán, Colombia, 27 de octubre de 2015.
- Acuerdo 096, por el cual se adopta el Proyecto Educativo Institucional de la Universidad del Cauca –PEI–. Consejo Superior de la Universidad del Cauca, Popayán, Colombia, 22 de diciembre de 1998.
- Aguilar, L. (2003). Conversar para aprender. Gadamer y la educación. *Revista Electrónica Sinéctica*, 23(1), 11-18. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/998/99815908003.pdf>
- Albán, A. (2013). Pedagogías de la re-existencia: artistas indígenas y afrocolombianos. En C. Walsh (Ed.), *Pedagogías decoloniales: Prácticas insurgentes para resistir (re)existir y (re)vivir* (pp. 442-468). Quito: Abya Yala.
- Albuquerque, A. (2015). Perspectiva bioética intercultural y los derechos humanos. *Revista Bioética*, 23(1), 80-89. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015231048>
- Álvarez-Díaz, J. (2012). ¿Bioética latinoamericana o bioética en Latinoamérica? *Revista Latinoamericana de Bioética*, 12(22), 11-27.

- Arraéz, J., Calles, J., y Moreno, L. (2006). La hermenéutica: una actividad interpretativa. *Revista Universitaria de Investigación*, 7(2), 171-181.
- Arraiz, G. (2014). Teoría fundamentada en los datos: un ejemplo de investigación cualitativa aplicada a una experiencia educativa virtualizada en el área de matemática. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 14(1), 19-29.
- Ayala, R., Alvarado, C., y Cuevas, J. (2010). La discriminación en el aprendizaje del cuidado. *Ciencia y Enfermería*, 16(3), 85-101. Doi:<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-9553201000030001>
- Baggio, M., y Lorenzení, A. (2010). Relaciones múltiples del cuidado de enfermería: el surgimiento del cuidado “de nosotros”. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(5), 1-8. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/es_09.pdf
- Bartlett, J. (2013). *Developing ethical competence: the perspective of nurse educators from pre-licensure baccalaureate nursing programs accredited by the Commission on Collegiate Nursing Education*. Las Vegas: University Libraris.
- Bartolomé, M. A. (2006). *Procesos interculturales. Antropología política del pluralismo cultural en América Latina*. México: Siglo XXI.
- Becerra, A. (2014). *El cuidado en enfermería: Una propuesta de formación a partir de la experiencia en la ciudad de Cali* (Tesis de Doctorado). Universidad del Cauca, Popayán, Colombia.
- Bello, N., Fenton, M., y Zubizarreta, M. (2007). Elementos de transformación y humanización de la enseñanza de la enfermería universitaria: Cuba. 1976-2006. *Revista Cubana de Enfermería*, 23(1). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000100004
- Benguria, S., Alarcón, B., Valdés, M., Pastellides, P., y Gómez, L. (2010). *Observación: Métodos de investigación en educación especial*. Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid.

- Bergel, S. (2011). La bioética. En E. Dussel, E. Mendieta y C. Bohórquez (Eds.), *El pensamiento filosófico latinoamericano, del caribe y "latino" (1300-2000): historia, corrientes, temas y filósofos* (pp. 446-456). México: Siglo XXI.
- Bernal, M., y Ponce, G. (2009). Propuesta para la enseñanza del cuidado en enfermería. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 6(6), 33-41. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2009/eu091e.pdf>
- Beuchot, M. (2005). *Interculturalidad y derechos humanos*. México: Siglo XXI/UNAM.
- Bigot, M. (2010). *Apuntes de lingüística antropológica*. Rosario, Argentina: Centro Interdisciplinario de Ciencias Etnolingüísticas y Antropológico-Sociales.
- Blasco, J., y Pérez, J. (2007). *Metodologías de investigación en las ciencias de la actividad física y el deporte*. Alicante: Club Universitario.
- Boff, L. (2004). *Saber cuidar*. Petrópolis, Brasil: Vozes.
- Bohórquez, F. (2018). *Comunicación vital en medicina. De la relación clínica al diálogo formativo*. Popayán, Colombia: Universidad del Cauca.
- Borré, Y., Pabón, Y., Henao, L., Amaya, K., y Polo, K. (2015). Caracterización de los programas de enfermería en Colombia. *Revista Investigaciones Andina*, 17(31), 1418-1432.
- Bruner, J. (2009). *Realidad mental y mundos posibles: los actos de imaginación que dan sentido a la experiencia*. Barcelona, España: Gedisa.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184.
- Campos, R. (2016). *Antropología médica e interculturalidad*. México: McGraw-Hill/UNAM.
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advanced Nursing*, 31(1), 211-218.
- Carr, W. (2002). *Una teoría para la educación hacia una investigación crítica*. Madrid: Ediciones Morata.

- Castañeda, R. (2015). *Importancia de fortalecer y potenciar la dimensión ética en el proceso de formación de las enfermeras* (Tesis de Especialización). Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia.
- Castillo, E., y Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34(3), 164-167.
- Chamizo, C. (2015). Enfermería transcultural en España. *Cultura de los Cuidados*, 9(18), 19-23. Doi: <https://doi.org/10.14198/cuid.2005.18.04>
- Chamorro, S. (2001). El cuidado del 'otro'. Diversidad cultural y enfermería transcultural. *Gazeta de Antropología*, 17(15), 2-6. Recuperado de https://www.ugr.es/~pwlac/G17_15Sol_Tarres_Chamorro.html
- Chaverra, B. (2003). Una aproximación al concepto de práctica en la formación de profesionales en educación física. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Recuperado de <http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/206-unaaproximacion.pdf>
- Chin, P., y Kramer, M. (2008). *Integrated theory and knowledge development in nursing*. St. Louis, Estados Unidos: Mosby/Elsevier.
- Constitución Política de Colombia. Congreso de la República, Bogotá, Colombia, 4 de julio de 1991.
- Corchuelo, M., Catebiel, V., y Cucuñame, N. (2006). *Las relaciones ciencia, tecnología, sociedad y ambiente en la educación media*. Popayán: Universidad del Cauca.
- Cornejo, M., y Salas, N. (2011). Rigor y calidad metodológicos: un reto a la investigación social cualitativa. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 10(2), 12-34. Doi: 10.5027/psicoperspectivas-Vol10-Issue2-fulltext-144
- CRIC –Consejo Regional Indígena del Cauca–. (s.f.). Programa de salud. *Sitio web del CRIC Colombia*. Recuperado de <https://www.cric-colombia.org/portal/proyecto-cultural/programa-de-salud>
- DANE –Departamento Administrativo Nacional de Estadística– (2014). *Censo Nacional Agropecuario* (Informe de investigación presentado por el DANE). Bogotá, Colombia.

- De Souza, J. (2013). La pedagogía de la felicidad en una educación para la vida. En C. Walsh (Ed.), *Pedagogías decoloniales: Prácticas insurgentes para resistir (re)existir y (re)vivir* (pp. 469-507). Ecuador: Abya Yala.
- De Zubiría, S. (2016). Sentido social de la universidad: dilemas y potencialidades. En D. M. Rodríguez (Coord.), *Bioética. Ecología de saberes. ¿La vida debe tener prioridades sobre los intereses de la ciencia?* (pp. 37-49). Bogotá: Universidad Libre.
- Decreto 1101, por el cual se crea el Comité Intersectorial de Bioética. Presidencia de la República, Bogotá, Colombia, 7 de junio de 2001.
- Decreto 2376, por medio del cual se regula la relación docencia-servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud. Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, Colombia, 1 de julio de 2010.
- Delgado, J., y Expósito, A. (2012). ¿Qué puede aportar la mediación intercultural al ámbito sanitario? *ENE Revista de Enfermería*, 5(3), 59-65. Recuperado de <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/36>
- Denzin, N. (1970). *Sociological methods. A sourcebook*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Díaz Barriga, Á. (2015). *Currículum: entre utopía y realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Díaz Barriga, F. (2006). *Enseñanza situada: vínculo entre la escuela y la vida*. México: McGraw-Hill.
- Díaz-Montenegro, E. (2012). Una mirada a las contradicciones de la revitalización lingüística en el Cauca. *Revista Tabula Rasa*, 1(17), 219-244.
- Dietz, G. (2017). La interculturalidad, desafíos epistemológicos y respuestas antropológicas. *Revista El Volcán Insurgente*, s.v.(46), 18-26. Recuperado de <http://www.enelvolcan.com/68-ediciones/046-noviembre-diciembre-2016/498-la-interculturalidad-desafios-epistemologicos-y-respuestas-antropologicas>
- Do Prado, M., De Souza, M., y Carraro, T. (2008). *Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales*. Brasil: Organización Panamericana de la Salud.
- Fawcett, J. (2005). Criteria for Evaluation of Theory. *Nursing Science Quarterly*, 18(2), 131-135.

- Fawcett, J., y De Santo-Madeya, S. (2000). *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: nursing models and theories*. Filadelfia, Estados Unidos: F. A. Davis Company
- Fernández, G. (2004). *Salud e interculturalidad en América Latina*. Quito: Abya-Yala.
- Fernández, R. (1992). La observación. En R. Fernández (Ed.), *Introducción a la evaluación psicológica* (pp. 137-182). Madrid, España: Pirámide.
- Ferreira, H. (2004). *Ensinar e aprender ética na graduação em enfermagem: da conduta latente à manifesta* (Tesis de Doctorado). Universidade Federal de São Paulo, Brasil.
- Ferreira, J., Silva, F., Sardinha, S., Yarid, S., y Lago, E. (2013). Ensino da bioética nos cursos de Enfermagem das universidades federais brasileiras. *Revista Bioética*, 21(1), 179-185.
- Flores, J. (1993). La metodología de la investigación mediante grupos de discusión. *Enseñanza*, 10(11), 199-214.
- Fornet, R. (2001). *Transformación intercultural de la filosofía*. Bilbao: Desclée de Brouwer S.A.
- Fornet, R. (2007). *Reflexiones de Raúl Fornet-Betancourt sobre el concepto de Interculturalidad*. México: Consorcio Intercultural.
- Fornet, R. (2009). *Interculturalidad en procesos de subjetivización*. México: Consorcio Intercultural.
- Foronda, C., Baptiste, D., y Reinholdt, M. (2016). Cultural Humility: A concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(3), 210-217.
- Foucault, M. (1980). *Los intelectuales y el poder*. Madrid: La Piqueta.
- Fracapani, M., Giannaccari, L., Bochatay, A., y Bordín, C. (1999). *Bioética, sus instituciones*. Buenos Aires, Argentina: Lumen.
- Gadamer, H. (1990). *La herencia de Europa*. Barcelona, España: Península.
- Gadamer, H. (1993). *Verdad y método*. Salamanca, España: Sígueme.
- Gadamer, H., y Koselleck, R. (1997). *Historia y hermenéutica*. Barcelona, España: Paidós.

- Galeano, M. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Medellín: Fondo Editorial, Universidad EAFIT.
- Garcés, L., y Giraldo, C. (2013). El cuidado de sí y de los otros en Foucault, principio orientador para la construcción de una bioética del cuidado. *Discusiones Filosóficas*, 14(22), 187-201.
- García Canclini, N. (2004). *Diferentes, desiguales y desconectados. Mapas de la interculturalidad*. Barcelona, España: Gedisa.
- García, C. (2008). Inclusión de la ética y bioética en la formación de pre y posgrado del cirujano-dentista en Perú. *Acta Bioethica*, 14(1), 74–77.
- García-Carpintero, E., Siles, J., Martínez-Roche, M., Martínez, E., Manso-Pereae, C., González-Cervantes, S., y García-García, E. (2019). Percepciones de los estudiantes sobre sus vivencias en las prácticas clínicas. *Enfermería Universitaria*, 16(3), 259-268. Doi: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.3.712>
- Garzón, N. (2006). Enseñanza de la ética y la bioética en los programas de pregrado y posgrado de Enfermería. En Acofaen (Ed.), *Directrices para la enseñanza de enfermería en la educación superior* (pp. 58-66). Bogotá, Colombia: Ediciones Acofaen.
- González, L. y Noreña, A.L. (2011). Comunicación intercultural como medio para favorecer el cuidado culturalmente aceptable. *Enfermería universitaria*, 8(1), 55-60. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000100008&lng=es&tlng=es.
- González, V. (2014). *Competencia cultural para enfermeras hospitalares que cuidan pacientes con enfermedad crónica* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Gordon, S., Potter, M., y Ford, I. (1998). Toward a psychoeducational curriculum for training sport-injury rehabilitation personnel. *Journal of Applied Sport Psychology*, 1(1), 140-156. Doi: <https://doi.org/10.1080/10413209808406382>

- Guerrero, R. F., y Costa, J. L. (2019). El estudiante de enfermería como ser-cuidado en la relación docente-estudiante: reflexión en Heidegger. *Presencia, Revista Internacional de Salud Mental, Investigación y Humanidades*, 5(s.n.) 1-5.
- Guilar, M. (2009). Las ideas de Bruner: "de la revolución cognitiva" a la "revolución cultural". *Educere*, 13(44), 235-241.
- Huanacuni, F. (2010). *Buen Vivir/Vivir Bien. Filosofía, políticas, estrategias y experiencias regionales andinas*. Lima, Perú: Coordinadora Andina de Organizaciones Indígenas.
- Holzapfel, C. (2005). A la búsqueda del sentido. *Revista de Filosofía*, 62(s.n.), 163-166.
- Ibarra, T., y Siles, J. (2006). Competencia cultural. Una forma humanizada de ofrecer cuidados de enfermería. *Índex de Enfermería*, 15(55), 44-48. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300010&lng=es.
- Kemmis, S. (2008). *El currículum: más allá de la teoría de la reproducción*. Madrid, España: Morata.
- Kliksberg, B. (2010). *Los escándalos éticos de nuestro tiempo*. Buenos Aires: Temas Grupo Editorial.
- Krippendorf, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica*. Barcelona, España: Grupo Planeta.
- Leininger, M. (1999). Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de los Cuidados*, 3(6), 5-12.
- Leiva, V., y Villalobos, B. (2014). Implementación de la bioética en la enseñanza de enfermería. *Enfermería Actual en Costa Rica*, s.v.(27), 1-21.
- Leno, D. (2006). Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de Antropología*, s.v.(22), 1-14.
- León, F. (2011). *Bioética*. España: Palabra.
- Levinas, E. (2006). *Totalidad e infinito*. Salamanca, España: Sígueme.

Ley 30, por la cual se organiza el servicio público de la Educación Superior. Diario Oficial de la República de Colombia, Bogotá, Colombia, 28 de diciembre de 1992.

Ley 100, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial de la República de Colombia, Bogotá, Colombia, 23 de diciembre de 1993.

Ley 115, Ley General de Educación. Diario Oficial de la República de Colombia, Bogotá, Colombia, 8 de febrero de 1994.

Ley 266, por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial de la República de Colombia, Bogotá, Colombia 5 de febrero de 1996.

Ley 911, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial de la República de Colombia, Bogotá, Colombia, 6 de octubre de 2004.

Ley 1122. Diario Oficial de la República de Colombia, Bogotá, Colombia, 9 de enero de 2007.

Ley 1164, por la cual se dictan disposiciones en materia de talento humano en salud, Bogotá, Colombia, 3 de octubre de 2007.

Ley 1438. Diario Oficial de la República de Colombia, Bogotá, Colombia, 19 de enero de 2011.

Ley 1751, ley estatutaria en salud. Diario Oficial de la República de Colombia, Bogotá, Colombia, 16 de febrero de 2015.

Ley 1953, por la cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas. Diario Oficial de la República de Colombia, Bogotá, Colombia, 7 de octubre de 2014.

Linares, P., Rocha, S., y Garibay, L. (2012). Elementos bioéticos para la formación profesional en América Latina. Una revisión desde la investigación y políticas públicas. *Revista de Bioética Latinoamericana*, 9(1), 1-22.

- Lipovetzky, G. (2005). *La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Barcelona, España: Editorial Anagrama.
- Lorenzo, D., Colomar, G., y Vega, C. (2019). La transmisión de valores bioéticos en la formación académica en enfermería. *Ética de los Cuidados*, 12(1). Recuperado de <http://ciberindex.com/c/et/e11972>
- Lucas, K., Groot, K., y Towle, A. (2013). El desarrollo de humildad cultural mediante el aprendizaje servicio crítico. *Ciencia y Enfermería*, 19(2), 35-46.
- Malagón, L. (2013). *Las relaciones docencia-investigación en el contexto universitario*. Documento de trabajo inédito, Seminario de Teorías Curriculares del Doctorado en Ciencias de la Educación, Universidad del Cauca-Rudecolombia, Popayán, Colombia.
- Marrero, C. (2013). Competencia cultural. Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales sanitarios. *ENE. Revista de Enfermería*, 7(3), 1-9.
- Mastrapa, Y., y Gibert, M. (2016). Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(4). Recuperado de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976/215>
- Mateos, L. (2010). *La migración transnacional del discurso intercultural: su incorporación, apropiación, resignificación por actores educativos en Veracruz, México* (Tesis de Doctorado). Universidad de Granada, España.
- McFarland, M., y Wehbe-Alamah, H. (2006). The theory of culture care diversity and universality. En M. Leininger (Ed.), *Culture care diversity and universality: a theory of nursing* (pp. 1-34). Burlington, Estados Unidos: Jones and Bartlett Publishers.
- McQuilkin, D. (2012). *Transcultural nursing clinical education: A systematic review of the literature since 2005 with recommendations for international immersion clinical courses* (Tesis de Doctorado). Universidad de Carolina del Sur, Estados Unidos.
- Medina, I. (2013). *Programa educativo para el desarrollo de habilidades pedagógicas en los profesionales de enfermería*. Habana: Facultad de Ciencias Médicas.
- Medina, J. L. (1998). *La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona: Laertes Psicopedagogía.

- Medina, J., y Castillo, S. (2006). La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva. *Texto Contexto Enfermería*, 15(2), 303-311. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/714/71415215.pdf>
- Meleis, A. (2005). *Theoretical nursing: development and progress. Nursing perspective*. Filadelfia, Estados Unidos: JB Lippincontt Company.
- Meléndez, H. (2017). Políticas públicas y gobernanza: Articulación para una gestión pública local autónoma. *Polis. Revista Latinoamericana*, s.v.(48), 155-172.
- Mendoza, J. (2006). Caminos de la bioética en Colombia. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 6(11), 30-45.
- Menéndez, E. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1(1), 9-32.
- Menéndez, E. (2017). Interculturalidad en salud: dudas, limitaciones y repliegues. En F. Gil y P. Vicente (Eds.), *Medicinas y cuerpos en América Latina* (pp. 53-98). Quito, Ecuador: Abya Yala.
- Mignolo, W. (2007). El pensamiento decolonial: desprendimiento y apertura. En S. Castro y R. Grosfoguel (Eds.), *El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global* (pp. 25-46). Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2017). *Lineamientos. Incorporación del enfoque intercultural en los procesos de formación del talento humano en salud, para el cuidado de la salud de pueblos indígenas en Colombia* (Documento de trabajo gubernamental). Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Incorporacion-enfoque-intercultural-formacion-ths-pueblos-ind%C3%ADgenas.pdf>
- Momeni, P., Jirwe, M., y Emami, A. (2008). Enabling nursing students to become culturally competent—adocumentary analysis of curricula in all Swedish nursing programs. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), 499-506.

- Moreno, E. (2006). Lineamientos básicos para la enseñanza del componente disciplinar en enfermería. En Acofaen (Ed.), *Directrices para la enseñanza de enfermería en la educación superior* (pp. 17-50). Bogotá: Acofaen Ediciones.
- Muchavisoy, H. (2012). *Iniciativas por la salud pública: IV conversatorio sobre salud indígena*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Muñoz, A. (2014). *Significados de humanización del cuidado en estudiantes de enfermería de prácticas formativas. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca* (Tesis de Maestría). Universidad del Cauca, Popayán, Colombia.
- Muñoz, L., y Vásquez, M. (2007). Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. *Colombia Médica*, 38(4), 98-104.
- Murcia, N., y Jaramillo, L. (2008). *Investigación cualitativa. "La complementaridad"*. (2^{da} ed.) Armenia: Editorial Kinesis
- Nash, R., Meiklejohn, B., y Sacre, S. (2007). The yapunyah project: embedding aboriginal and torres strait islander perspectives in the nursing curriculum. *Contemporary Nurse*, 22(2), 296-316.
- Niño, R. (2011). *Metodología de la investigación*. Bogotá: Ediciones de la U.
- Noddings, N. (2005). *The challenge to care in schools. An alternative approach to education*. Nueva York: Teacher College Press.
- OMS –Organización Mundial de la Salud–. (1948). *Conferencia Sanitaria Internacional*. Documento registrado en Official Records of the World Health Organization, Nueva York, Estados Unidos.
- Páramo, B. (2017). *La investigación en ciencias sociales: técnicas de recolección de información*. Bogotá: Universidad Piloto de Colombia.
- Pérez, C., Alameda, A., y Albéniz, C. (2002). La formación práctica en enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales: un estudio cualitativo con grupos de discusión. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 517-530. Recuperado de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500013&lng=es&tlng=es.

- Pérez, C., y Carrasquilla, D. (2018). Relación enfermera-paciente frente a la diversidad cultural. Una mirada en situaciones de cuidado a pacientes indígenas. *Index de Enfermería*, 27(4), 216-220.
- Plaza del Pino, F. (2011, 20 de junio). Ante la diversidad cultural construimos una enfermería intercultural. *Servindi*. Recuperado de <https://www.servindi.org/actualidad/46825>
- Potter, V. (1998) Bioética puente, bioética global y bioética profunda. En Organización Panamericana de la Salud (Ed.), *Cuadernos del programa regional de bioética N° 7* (pp. 32-42). Santiago de Chile: Kimpres.
- Quiroga, L. (2012). *Orientaciones pedagógicas para la enseñanza de la bioética dirigidas a programas de enfermería* (Tesis de Especialización). Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia.
- Randall, J. (1953). John Dewey 1859-1952. *The Journal of Philosophy*, 50(1), 5-13.
Doi:10.2307/2021535
- Resolución 2626, Modelo de Acción Integral Territorial. Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, Colombia, 27 de septiembre de 2019.
- Resolución 2772, por la cual se definen las características específicas de calidad para los programas de pregrado en Ciencias de la Salud. Ministerio de Educación Nacional, Bogotá, Colombia, 13 de noviembre de 2003.
- Resolución 8430, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, Colombia, 4 de octubre de 1993.
- Ribes, E. (2002). El problema de aprendizaje: un análisis conceptual e histórico. En E. Ribes (Ed.), *Psicología del aprendizaje* (pp. 1-14). México: Manual Moderno.
- Rivas, J., y Vargas, L. (2005). Formación de enfermería a través de tres corrientes pedagógicas y los paradigmas de enfermería propuestos por Kérouac. *Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 8(1-2), 47-58.

- Rojas, T. (2001). Transportar la cosa hablada a otra lengua: la experiencia de la traducción de la Constitución de la República de Colombia a lenguas indígenas. En F. Castañeda, y M. Voller (Eds.), *Concepciones de la conquista. Aproximaciones interdisciplinarias* (pp. 361-388). Bogotá, Colombia: Ediciones Uniandes.
- Ryan, M. (2000). Transcultural nursing concepts and experiences in nursing curricula. *Journal of Transcultural Nursing, 11*(4), 300-307.
- Salas, F. (2015). La bioética y el rol del docente universitario en la formación del enfermero. *Revista Colombiana de Bioética, 10*(1), 102-116.
- Saldarriaga, O. (2005). *Del oficio del maestro: prácticas y teorías de la pedagogía moderna en Colombia*. Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio.
- Saldarriaga, O. (2006). Pedagogía, conocimiento y experiencia: notas sobre un proceso de subalternización. *Nómadas, 1*(25), 98-109.
- Salgado, A. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Revista Liberabit, 13*(13), 71-78.
- Sánchez, C., Muñoz, P., Espinoza, G., Vergara, C., y Valdés, P. (2004). Enseñanza de la bioética en el currículo de las carreras de odontología desde la perspectiva de los estudiantes. *Acta Bioethica, 20*(1), 135-142.
- Sánchez, E. (2012). La investigación en psicología: ¿Por qué la metodología cualitativa? *Quaderns de Psicologia, 14*(1), 83-92.
- Sánchez, G., Martín, C., y Canal, B. (2017). *La práctica de la investigación cualitativa: ejemplificación de estudios*. Aveiro: Ludomedia.
- Sánchez, G., y Sánchez, R. (2010). Hermenéutica ¿nueva koiné?: ¿Cómo reducir su relativización? En J. Cuartas (Comp.), *Hermenéutica en Acción* (pp. 41-50). Cali, Colombia: Editorial Universidad del Valle.
- Sánchez, M., Segura, A., Gallardo, M., y Alemany, I. (2018). Enfermería transcultural. Formación de los futuros profesionales de enfermería en España. *Index de Enfermería, 27*(4), 1-4.

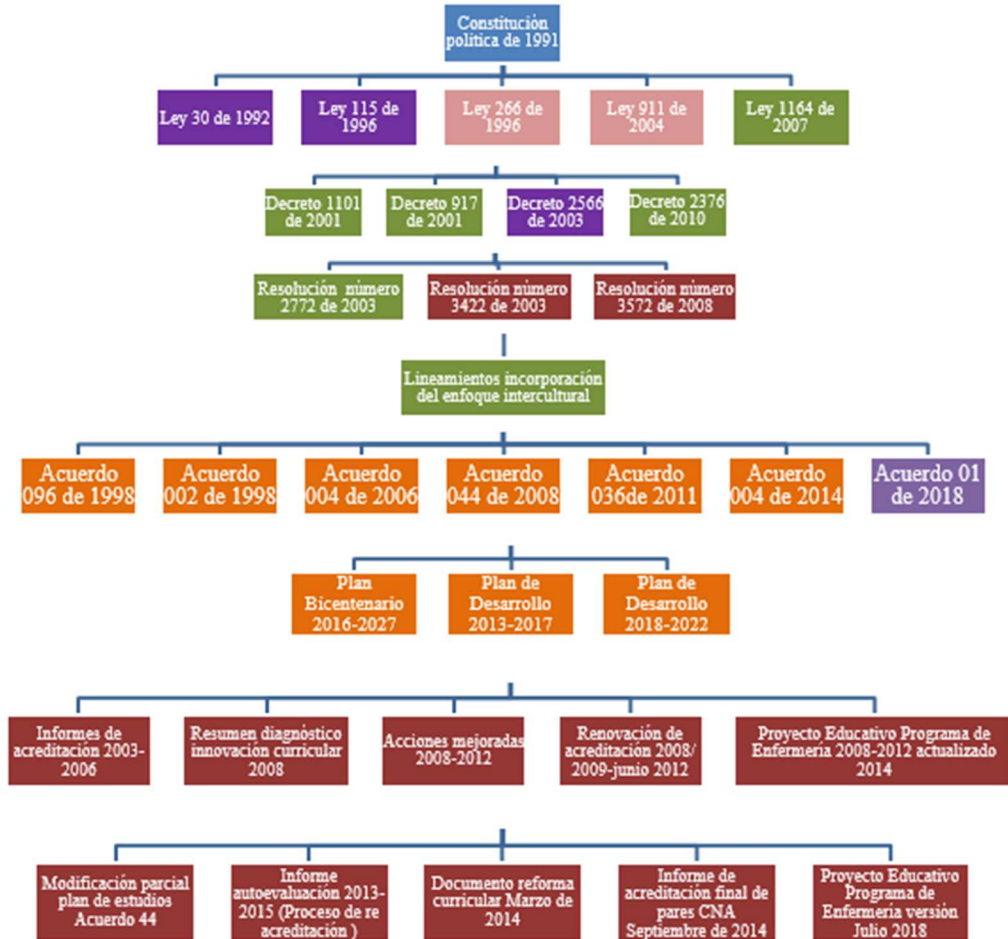
- Sánchez, M., y Rondón, B. (2013). La diversidad cultural en los procesos de formación académica de enfermería requiere el manejo de la ética pedagógica, la corresponsabilidad y un pensamiento mediador. *Enfermería Global*, 12(29), 147-157.
- Santacruz, M. (2006). *Construyendo el cuidado en el devenir del Programa de Enfermería*. Conferencia presentada en el VI Encuentro Nacional de Historia de la Enfermería y III Congreso Internacional de Investigación en Salud de la Universidad del Cauca. Popayán, Colombia.
- Schmelkes, S. (2002). *La enseñanza de la lectura y la escritura en contextos multiculturales*. Ponencia presentada en el VII Congreso Latinoamericano para el Desarrollo de la Lectura y la Escritura. Puebla, México.
- Siles, J. (2018). La humanización del cuidado a través de las narrativas y la poesía como producto de la investigación aplicada. *Cultura de los Cuidados*, 22(52), 9-15. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/85348/1/CultCuid_52-9-15.pdf
- Siurana, J. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*, 1(22), 121-157. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-92732010000100006>
- Strauss, A., y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Taylor, S., y Bogdan, R. (1992). *La introducción a los métodos cualitativos en investigación*. España: Paidós.
- Tealdi, J. (2008). *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá, Colombia: Ediciones Unesco.
- Tunubalá, F., y Muelas, J. (2009). *Segundo plan de vida de pervivencia y crecimiento misak*. Bogotá: Dígitos y Diseños.
- Turner, L. (2005). From the local to the global: bioethics and the concept of culture. *Journal of Medicine and Philosophy*, 30(3), 305-320. Doi:10.1080/03605310590960193
- Unesco –Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura– (2013). *Manual de formación de formadores*. París, Francia: Ediciones Unesco.

- Unidad de Atención Integral de Víctimas. (2016). *IX informe del Gobierno Nacional presentado a las comisiones primeras del Congreso de la República*. Bogotá, Gobierno de Colombia.
- Universidad del Cauca. (2014). *Proyecto Educativo del Programa de Enfermería 2008-2012* (Documento de índole institucional). Popayán, Colombia.
- Universidad del Cauca. (2018a). *Plan de Desarrollo 2018-2022 “Hacia una Universidad comprometida con la paz territorial”* (Documento de índole institucional). Popayán, Colombia.
- Universidad del Cauca. (2018b). *Proyecto Educativo del Programa de Enfermería* (Documento de índole institucional). Popayán, Colombia.
- Valdez-Fernández, A. (2017). Formación bioética e intercultural en enfermería: revisión temática. *Persona y Bioética*, 21(2), 312-319. Doi: 10.5294/pebi.2017.21.2.10
- Valdez-Fernández, A., y Bohórquez-Gongora, F. (2020). Sentidos de la bioética que emergen en un contexto intercultural: una aproximación desde la teoría fundamentada. Artículo en revisión.
- Valdez-Fernández, A., Ordóñez, N., Ortega, P., Ortiz, J., Sacro, Á., Santacruz, L., y Tombé, Á. (2018). Conocimientos y aplicación de principios éticos en estudiantes de enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 20(2). Doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie20-2.cape>
- Valencia, V. (2010). De la escritura: punto de partida de la hermenéutica. En J. Cuartas (Comp.), *Hermenéutica en Acción* (pp. 30-40). Cali: Editorial Universidad del Valle.
- Valls, M. (2006). *Diseño de programas para la formación ética de los profesionales de enfermería* (Tesis de Doctorado). Universidad de Barcelona, España.
- Vasco Uribe, C. (1990). *Algunas reflexiones sobre la pedagogía y la didáctica*. Bogotá: Editorial El Griot.
- Velasco, A. (2013). El plan de vida guambiano, pueblo misak. Cauca, Colombia. Recuperado de <https://horizontesdecompromiso.files.wordpress.com/2013/01/plan-de-vida-guambiano-pueblo-misak.pdf>

- Velásquez, J. (2016). Historia y expectativas de la bioética. En D. M. Rodríguez (Coord.), *Bioética. Ecología de saberes. ¿La vida debe tener prioridades sobre los intereses de la ciencia?* (pp. 51-62). Bogotá: Universidad Libre.
- Villegas, E. (2013). *Significados sobre la bioética que producen los actores del currículo de Medicina de la Universidad de Antioquia* (Tesis de Doctorado). Universidad del Bosque, Bogotá, Colombia.
- Villegas, E. (2011). Tendencias de la formación bioética en los currículos universitarios. *Revista Colombiana de Bioética*, 6(1), 103-124.
- Walsh, C. (2008). Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las insurgencias político-epistémicas de refundar el Estado. *Tabula Rasa*, s.v.(9), 131-152.
- Walsh, C. (2010). Interculturalidad crítica y educación intercultural. En J. Viaña y L. W. Tapia (Eds.), *Construyendo interculturalidad crítica* (pp. 75-96). Bolivia: Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello.
- Watson, J. (2001). Post-hospital nursing: shortage, shifts, and scripts. *Nursing Administration Quarterly*, 25(3), 77-82.
- Whittemore, R., Chao, A., Jang, M., Mingos, K.E., y Park, C. (2014). Methods for knowledge synthesis: an overview. *Heart Lung*, 43(5), 453-461. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.05.014>
- Yarbrough, S., y Klotz, L. (2007). Incorporating cultural issues in education for ethical practice. *Nursing Ethics*, 14(4), 492-502.
- Zambrano, C. (2006). Dimensiones culturales en la bioética. Aproximación para una bioética intercultural y pública. *Revista Colombiana de Bioética*, 1(2), 83-104.
- Zaror, C., Muñoz, P., Espinoza, G., Vergara, C., y Valdés, P. (2014). Enseñanza de la bioética en el currículo de las carreras de odontología desde la perspectiva de los estudiantes. *Acta Bioética*, 20(1), 135-142. Doi:<https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2014000100015>

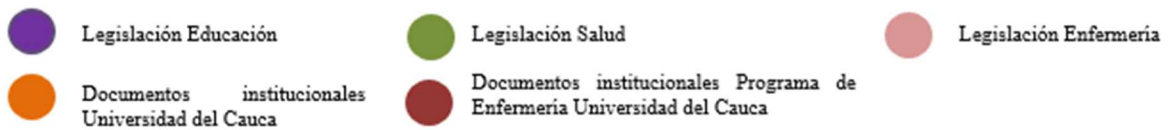
Anexos

ANEXO 1. ESQUEMA DE ORGANIZACIÓN



Fuente: Elaboración propia.

Convenciones:



ANEXO 2. GUÍA DE OBSERVACIÓN DOCUMENTAL.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN
<p>1.1. General: Comprender los sentidos de la formación bioética en las prácticas formativas de los estudiantes de enfermería en un contexto intercultural.</p> <p>1.2. Específicos:</p> <p>1.2.1. Identificar los significados curriculares que están presentes en el proceso de formación bioética de los estudiantes de enfermería.</p>
1.2 OBJETIVOS DE LA REVISIÓN
<p>1.2.1 Develar los enunciados de bioética presente en los documentos institucionales, inherentes al currículo de enfermería.</p> <p>1.2.2 Describir la visión filosófica de enfermería presente en el currículo.</p> <p>1.2.3 Inferir la propuesta de trabajo intercultural promovido desde el currículo institucional.</p> <p>1.2.4 Reconocer la promesa de articulación de la universidad y el contexto enfocado a las prácticas de formación profesional.</p>

2. PREGUNTAS TEMÁTICAS.

Categoría	Preguntas eje	Preguntas estímulo
1. Bioética	¿Cuáles son los enunciados de bioética presente en los documentos institucionales, inherentes al currículo de Enfermería?	¿Cuál es la concepción de bioética presente en los documentos institucionales del Programa de Enfermería?
2. Práctica formativa	¿Cuál es la promesa de articulación de la universidad y el contexto enfocado a las prácticas de formación profesional ?	¿Qué expresan los documentos institucionales del Programa de Enfermería en cuanto a los planes de práctica y su relación con el concepto de bioética?

Categoría	Preguntas eje	Preguntas estímulo
3. Interculturalidad	¿Cuál es la propuesta de trabajo intercultural promovida desde el currículo institucional?	¿Cuál es la concepción de interculturalidad manifestada en los documentos institucionales y del Programa de Enfermería?
4. Sentidos	¿Cuál es la visión filosófica de enfermería presente en el currículo?	<p>¿Qué pretensión ontológica (ser) orienta la formación del enfermero?</p> <p>¿Qué pretensión epistémica (conocer) orienta la formación del enfermero?</p>

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 3. ENTREVISTA PROFESORES

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN
<p>1.1. General: Comprender los sentidos de la formación bioética en las prácticas formativas de los estudiantes de Enfermería en un contexto intercultural.</p> <p>1.2 Específicos:</p> <p>1.2.1 Identificar los significados curriculares que están presentes en el proceso de formación bioética de los estudiantes de Enfermería.</p>
1.2 OBJETIVOS DE LA ENTREVISTA
<p>1.2.1 Develar el concepto de bioética internalizado por los tutores de práctica.</p> <p>1.2.2 Inferir el sentido que otorga el tutor de práctica a la práctica formativa profesional.</p> <p>1.2.3 Reconocer las relaciones que se dan entre el estudiante-tutor en la práctica formativa profesional.</p> <p>1.2.4 Reconocer cuál fue la experiencia significativa en la práctica formativa.</p>

2. IDENTIFICACIÓN

Nombre entrevistador

3. PARTICIPANTES

Nombre Entrevistado

4. PREGUNTAS TEMÁTICAS

Categoría	Preguntas eje	Preguntas estímulo
1. Bioética	¿Cuál es el concepto de bioética internalizado por los tutores de práctica?	¿Qué concepto de bioética pretendes internalizar en el proceso de enseñanza-aprendizaje a los enfermeros en formación?

Categoría	Preguntas eje	Preguntas estímulo
		<p>A partir de lo vivido en sus labores con los estudiantes en práctica, ¿qué aspectos retoman respecto a ellos y ellas?:</p> <p>-En su labor con la comunidad.</p> <p>- Con los ambientes en que se desenvuelven dentro de la comunidad.</p>
<p>2. Práctica formativa</p>	<p>¿Qué sentidos otorga el tutor de práctica a la práctica formativa profesional?</p>	<p>De acuerdo a sus procesos de formación, ¿cuáles aspectos considera deben ser tenidos en cuenta durante el acompañamiento de las prácticas de los estudiantes de enfermería?</p>
<p>3. Interculturalidad</p>	<p>¿Qué tipo de relaciones interpersonales se dan entre el estudiante y los tutores de práctica?</p>	<p>¿Qué tipo de interrelaciones fomentas en la relación docente-estudiante y estudiante-comunidad?</p> <p>En un territorio de diversidad cultural como el departamento del Cauca, ¿qué aspectos adviertes tener en cuenta desde el enfoque de la bioética para afrontar un contexto de diversidad cultural?</p>
<p>4. Sentidos</p>	<p>¿Cuál es la experiencia significativa en la práctica formativa?</p>	<p>¿Qué aspectos considera debe tener en cuenta la universidad para que los estudiantes afronten su práctica profesional?</p> <p>¿Cuáles son esas situaciones que son muy recurrentes en las prácticas de los estudiantes y que</p>

Categoría	Preguntas eje	Preguntas estímulo
		consideran se deben mantener o corregir?

Fuente: Elaboración propia.

ENTREVISTA SUJETOS DE CUIDADO

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN
<p>1.1. General: Comprender los sentidos de la formación bioética en las prácticas formativas de los estudiantes de Enfermería en un contexto intercultural.</p> <p>1.2 Específicos:</p> <p>1.2.2 Describir los significados que otorgan los estudiantes a las prácticas formativas en relación con la alteridad en un contexto de cuidado.</p>
1.2 OBJETIVOS DE LA ENTREVISTA
<p>1.2.1 Develar el concepto de bioética que emerge en la relación estudiante y sujeto de cuidado.</p> <p>1.2.2 Describir cómo interpretan los sujetos de cuidado las acciones de los estudiantes en práctica formativa.</p> <p>1.2.3 Reconocer las interrelaciones entre el estudiante-sujeto de cuidado en la práctica formativa profesional.</p> <p>1.2.4 Inferir los referentes de sentido que orientan el cuidado.</p>

2. IDENTIFICACIÓN

Nombre entrevistador

3. PARTICIPANTES


Nombre entrevistado

4. PREGUNTAS TEMÁTICAS

Categoría	Preguntas eje	Preguntas estímulo
1. Bioética	¿Cuál es el concepto de bioética que emerge en la relación estudiante y sujeto de cuidado?	Comenta: ¿cómo te sentiste atendido por los enfermeros?
2. Práctica formativa	¿Cómo interpretan los sujetos de cuidado las acciones de los estudiantes en práctica formativa ?	Describe: ¿qué te agrada de la atención recibida por los estudiantes de enfermería? ¿Qué esperas de los profesionales de enfermería de la Universidad del Cauca?
3. Interculturalidad	¿Cuáles interrelaciones surgen entre el estudiante-sujeto de cuidado en la práctica formativa?	¿Cuáles son las mayores dificultades en la atención recibida por parte de los estudiantes de enfermería?
4. Sentidos	¿Cuáles son los referentes de sentido que orientan el cuidado?	Desde tu cultura, ¿qué aspectos crees que se deben tener en cuenta para mejorar la atención en la comunidad?

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 4. DIARIO DE CAMPO

DIARIO DE CAMPO N° 	
Nombre del observador:	
Actividad del observador:	
Fecha:	
Hora de entrada:	Hora de salida:
Lugar:	
Grupo:	
Coordinador:	
Temática:	
DESCRIPCIÓN	REFLEXIÓN Interpretación (lo que pienso, siento, conjeturo, me pregunto)
Notas de observación	
Notas teóricas	

Fuente:
Elaboración
propia.

Notas metodológicas	

ANEXO 5. GUÍA DE PREGUNTAS ENTREVISTA GRUPAL DIRECTIVOS

OBJETIVOS

1.1 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN
1.1. General: Comprender los sentidos de la formación bioética en las prácticas formativas de los estudiantes de Enfermería en un contexto intercultural.
1.2 Específicos:
1.2.1 Identificar los significados curriculares que están presentes en el proceso de formación bioética de los estudiantes de Enfermería.

1.2 OBJETIVOS GRUPO FOCAL
4.2.1 Develar el concepto de bioética que buscan promover los directivos del Programa de Enfermería.
4.2.2 Inferir el sentido que otorgan los directivos del programa a la práctica formativa profesional.
4.2.3 Reconocer las relaciones que se dan entre el Programa de Enfermería y el contexto de diversidad cultural donde se desarrolla la práctica formativa profesional.
4.2.4 Reconocer cuál fue la experiencia significativa en la práctica formativa que oferta el Programa de Enfermería.

1. IDENTIFICACIÓN

Nombre moderador
Nombre observador 1. Relatora. -
Nombre observador 2. Actitudes y aptitudes de los participantes

2. PARTICIPANTES

Lista de asistentes al grupo focal	
1	
2	
3	

3. PREGUNTAS TEMÁTICAS

Categoría	Preguntas eje	Preguntas estímulo
1. Bioética	¿Cuáles es el concepto de bioética que buscan promover los directivos del Programa de Enfermería?	Desde tu rol como directivo, ¿qué concepto de bioética pretendes internalizar en el proceso de enseñanza-aprendizaje a los enfermeros en formación?
2. Práctica formativa	¿Cuál es el sentido que otorgan los directivos del Programa de Enfermería a la práctica formativa profesional ?	De acuerdo a sus procesos de formación, ¿qué elementos usted considera deben ser priorizados en los procesos de práctica por parte de: a. Docentes b. Estudiantes c. Administrativos? ¿Cómo curricularmente se puede construir la bioética?
3. Interculturalidad	¿Qué tipo de relaciones se dan entre el Programa de Enfermería y el contexto de diversidad cultural donde se desarrolla la práctica formativa profesional ?	En un territorio de diversidad cultural como el departamento del Cauca, ¿cómo se articula la Facultad de Ciencias de la Salud y el Programa de Enfermería al contexto social donde los estudiantes realizan sus prácticas formativas? ¿Qué aspectos advierte tener en cuenta, desde el enfoque de la bioética, para afrontar un contexto de diversidad

Categoría	Preguntas eje	Preguntas estímulo
		cultural?
4. Sentidos	¿Cuál es la experiencia significativa en la práctica formativa que oferta el Programa de Enfermería?	¿Qué aspectos considera debe tener en cuenta la universidad para que los estudiantes afronten su práctica profesional?

Fuente: Elaboración propia.

GUÍA DE PREGUNTAS ENTREVISTA GRUPAL PROFESIONALES

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN
<p>1.1. General: Comprender los sentidos de la formación bioética en las prácticas formativas de los estudiantes de Enfermería en un contexto intercultural.</p> <p>1.2 Específicos:</p> <p>1.2.2 Describir los significados que otorgan los estudiantes a las prácticas formativas en relación con la alteridad en un contexto de cuidado.</p>
1.2 OBJETIVOS GRUPO FOCAL
<p>1.2.1 Develar el concepto de bioética internalizado por los tutores de práctica.</p> <p>1.2.2 Inferir el sentido que otorga el tutor de práctica a la práctica formativa profesional.</p> <p>1.2.3 Reconocer las relaciones que se dan entre estudiante-tutor en la práctica formativa profesional.</p> <p>1.2.4 Reconocer cuál fue la experiencia significativa en la práctica formativa.</p>

2. IDENTIFICACIÓN.

Nombre moderador
Adriana Lucia Valdez Fernández
Nombre observador 1. Relatora. -
Adriana Lucia Valdez Fernández
Nombre Observador 2. Actitudes y Aptitudes de los participantes

3. PARTICIPANTES.

Listas asistentes al grupo focal.	
1	
2	
3	
4	
5	
6	

4. PREGUNTAS TEMÁTICAS.

Categoría	Preguntas eje	Preguntas estímulo
1. Bioética	¿Cuál es el concepto de bioética internalizado por los tutores de práctica?	Desde su rol como profesional, ¿cómo es su relación consigo mismo, con otro y la naturaleza? A partir de lo vivido en sus labores con los estudiantes en práctica, ¿qué aspectos retoman respecto a ellos y ellas?: -En su labor con la comunidad. - Con los ambientes en que se desenvuelven dentro de la comunidad.
2. Práctica Formativa	¿Qué sentidos otorga el tutor de práctica a la práctica formativa profesional ?	De acuerdo a sus procesos de formación, ¿qué aspectos considera deben ser tenidos en cuenta durante el

		acompañamiento de las prácticas de los estudiantes de Enfermería?
3. Interculturalidad	¿Qué tipo de relaciones interpersonales se dan entre el estudiante y los tutores de práctica?	<p>Cuando estás acompañando a los estudiantes en sus prácticas, ¿qué tipo de relaciones intentas establecer con ellos?</p> <p>¿Qué situaciones han permitido establecer una mayor cercanía con los practicantes?</p> <p>Su vínculo con la comunidad <i>misak</i>, ¿cómo le ha permitido acompañar a los estudiantes en sus prácticas?</p>
4. Sentidos	¿Cuál es la experiencia significativa en la práctica formativa?	<p>¿Qué aspectos consideran debe tener en cuenta la universidad para que los estudiantes afronten su práctica profesional?</p> <p>¿Cuáles son esas situaciones que son muy recurrentes en las prácticas de los estudiantes y que consideran deben mantenerse o corregirse?</p>

Fuente: Elaboración propia.

GUÍA DE PREGUNTAS ENTREVISTA GRUPAL ESTUDIANTES.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN
<p>1.1. General: Comprender los sentidos de la formación bioética en las prácticas formativas de los estudiantes de Enfermería en un contexto intercultural.</p> <p>1.2 Específicos:</p> <p>1.2.1. Identificar los significados curriculares que están presentes en el proceso de formación bioética de los estudiantes de Enfermería.</p> <p>1.2.2. Describir los significados que otorgan los estudiantes a las prácticas formativas en relación con la alteridad en un contexto de cuidado.</p> <p>1.2.3. Develar los trasfondos de sentido que provee el proceso de formación bioética del enfermero en un contexto intercultural.</p>
1.2 OBJETIVOS GRUPO FOCAL
<p>1.2.1 Develar el concepto de bioética internalizado por estudiante en la práctica formativa profesional.</p> <p>1.2.2 Interpretar cuáles son los generadores de sentido a partir de la toma de decisiones del estudiante durante su práctica formativa.</p> <p>1.2.3 Inferir el sentido que otorgan los estudiantes a la práctica formativa profesional.</p> <p>1.2.4 Reconocer las interrelaciones entre el educador-estudiante en la práctica formativa profesional.</p> <p>1.2.5 Reconocer las interrelaciones entre el estudiante-sujeto de cuidado en la práctica formativa profesional.</p> <p>1.2.6 Reflexionar sobre cuál fue la experiencia significativa de los estudiantes en la práctica formativa.</p> <p>1.2.7 Comprender el rol que asume el estudiante en la práctica formativa.</p>

2. IDENTIFICACIÓN.

Nombre moderador
Nombre observador 1. Relatora. -

Nombre Observador 2. Actitudes y aptitudes de los participantes

3. PARTICIPANTES.

Listas asistentes al grupo focal	
1	
2	
3	
4	

4. PREGUNTAS TEMÁTICAS.

Categoría	Preguntas eje	Preguntas estímulo
1. Bioética	¿Cuál es el concepto de bioética internalizado por el estudiante en la práctica formativa?	<p>¿Qué piensa y siente al escuchar el concepto bioética?</p> <p>Describe el proceso que tuviste en cuenta al tomar una decisión en tu práctica profesional.</p> <p>Comenta: ante una dificultad con un sujeto de cuidado, ¿cuáles recomendaciones de la Universidad tuviste en cuenta?</p>
2. Práctica Formativa	<p>¿Cuáles son los generadores de sentido en la toma de decisiones del estudiante durante su práctica formativa?</p> <p>¿Cuáles son los sentidos que otorgan los estudiantes a la práctica formativa profesional?</p> <p>¿Cuáles interrelaciones surgen entre el educador-sujeto de cuidado</p>	<p>¿Qué ha significado para ti estar desarrollando tu práctica?</p> <p>¿Cuál es el momento de mayor recordación en esta práctica? ¿Por qué?</p> <p>¿Cómo fue la interrelación como practicante con los actores involucrados en este</p>

	<p>en la práctica formativa?</p>	<p>proceso?</p> <p>¿Cuál fue la mayor dificultad vivenciada en su proceso? Comente cómo la afrontó.</p> <p>¿Quiénes son los actores que realizaron aportes a su proceso de práctica profesional? Comente cuál es el más relevante.</p> <p>¿Qué recomendaciones realizarías a las instituciones frente al proceso de práctica formativa?</p>
<p>3. Interculturalidad</p>	<p>¿Cuáles interrelaciones surgen entre el estudiante-sujeto de cuidado en la práctica formativa?</p>	<p>¿Cómo fue la interacción con los sujetos de cuidado durante la práctica formativa?</p> <p>Como practicante, ¿qué piensas hoy de la comunidad <i>misak</i>?</p> <p>¿Qué aportes profesionales consideras pueden contribuir desde tu formación profesional?</p> <p>¿Cuáles aspectos posibilitaron y facilitaron la confianza con los sujetos de cuidado?</p> <p>¿Cuáles fueron los prejuicios frente a la comunidad antes de iniciar la práctica?</p>

<p>4. Sentidos</p>	<p>¿Cuál es la experiencia significativa de los estudiantes en la práctica formativa?</p> <p>¿Cuál es el rol que asume el estudiante en la práctica formativa?</p>	<p>Describir cuáles actividades en la práctica formativa resultaron satisfactorias o incómodas.</p> <p>¿Cuáles referentes tengo en cuenta para la toma de decisiones?</p>
---------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 6. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto: Compresión de los sentidos de la formación bioética en las prácticas formativas de los estudiantes de Enfermería en un contexto intercultural.

Director del proyecto: Francisco Fernando Bohórquez Góngora

Investigador principal: Adriana Lucia Valdez Fernández

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:

En el ámbito académico es de gran importancia reconocer la coexistencia de paradigmas que coadyuven a resaltar su función humana y social, que resulte enriquecida con lo que va más allá de lo institucional, proceso necesario para articular humanísticamente el ser, hacer y saber convivir de los seres humanos con su entorno.

En el proceso formativo se hace necesario considerar las voces de los estudiantes y su disposición a la reflexión, al diálogo entre sí mismos y con los sujetos de cuidado, teniéndolos en cuenta como a esos otros diferentes a mí, pero que reflejan mi propia razón de ser y que no son muy distintos al sentir propio. Este último aspecto es fundamental al reconocer que misionalmente el Programa de Enfermería fundamenta su práctica en una visión humanística, enfatizando en el respeto a la vida, dignidad, solidaridad, responsabilidad y derechos de los seres humanos.

El presente trabajo de investigación no proporcionará respuestas definitivas en relación a la formación bioética en contextos interculturales; su intención es aportar a lo ya estudiado previamente desde la especificidad del contexto y establecer una ruta curricular que permita aportar al cambio de visión filosófica de la enfermería, pasando de la reactiva a la recíproca.

METODOLOGÍA:

El presente estudio se plantea como una investigación cualitativa de carácter hermenéutico, desde donde se analizarán los sentidos de la formación bioética en los estudiantes de enfermería, a partir de las prácticas formativas en un contexto intercultural.

Para lograr el desarrollo de la investigación se solicitará el aval del Departamento de Enfermería y el Hospital Mama Dominga. Una vez obtenidas las autorizaciones, en reunión con cada institución, se explicará a los participantes (profesores de planta y ocasionales, estudiantes, profesionales de la institución) el objetivo de la investigación y partiendo de la voluntariedad en el desarrollo del trabajo, se obtendrá su consentimiento informado, donde se autoriza el uso de su información, garantizándose la confidencialidad y el anonimato. Se incluirá a los maestros (tutores de práctica formativa), estudiantes, profesionales (tutores de práctica institucional) de la institución y sujetos de cuidado, que dispongan del tiempo requerido para participar de las observaciones y de las entrevistas grupales y/o individuales programadas, que voluntariamente deseen hacer parte del estudio.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO:

El proyecto se articula con el Departamento de Enfermería, al permitir comprender los sentidos de la formación bioética en las prácticas formativas de los estudiantes de este programa académico en un contexto intercultural. Lo anterior permite evidenciar la importancia que tiene este estudio para el fortalecimiento de los aspectos disciplinares, a partir de la identificación de algunos elementos de la dimensión humana de los actores institucionales del Programa de Enfermería, en donde el constructo básico de la experiencia de la compasión en el encuentro con el otro, pone en juego la competencia profesional, pues solo es posible cuidar de modo pertinente la vida del *otro* diferente a mí, desplegando la competencia y el conocimiento del ser humano desde una perspectiva global y un actuar bioético e intercultural.

RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO:

Ninguno

Investigador encargado de la custodia de resultados: Adriana Lucia Valdez Fernández, cc: 34.327.704, docente del Programa de Enfermería. Tel. 3168313050

RESPONSABILIDAD DE LOS PARTICIPANTES EN LAS PRUEBAS U OBSERVACIONES Y REGISTROS

COMPENSACIÓN

No habrá ningún tipo de retribución económica por participar en la investigación y los resultados de la misma serán utilizados para el mejoramiento de las metodologías de los procesos enseñanza-aprendizaje del Programa de Enfermería.

VOLUNTARIEDAD

Usted está siendo invitado a participar en este estudio de investigación. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado, siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio, y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada. Los aspectos a tener en cuenta son:

- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted en caso de no aceptar la invitación.

La participación es libre y voluntaria; si decide participar en el estudio, puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, informando las razones de su decisión, las cuales serán respetadas en su integridad.

- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que se anexa a este documento.

La información obtenida solamente será utilizada para la investigación mencionada en el presente documento y ante cualquier inquietud, por favor comuníquese con: (nombre, identificación, dirección y teléfono)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria.

Se me ha explicado que mi nombre será codificado para proteger mi identidad, la confidencialidad de los datos y el derecho del anonimato. Del mismo modo se me ha hecho conocer que los datos y resultados no serán usados para ninguna discriminación étnica, política, social, religiosa, económica, ni de ninguna índole, y que podré retirarme de la investigación sin previo consentimiento y sin ningún tipo de detrimento para mí. Se me ha explicado que los datos serán usados para análisis y socialización en forma grupal y que no se harán apreciaciones particulares que identifiquen a ningún tipo de participante.

He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Nombre:

Firma:

Documento de identificación:

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Esta parte debe ser completada por el investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procederá a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha