

**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA**



**FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS  
DOCTORADO EN INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN  
EDUCATIVA**

**EL PROFESIONALISMO DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DE  
ANESTESIOLOGÍA: UN ANÁLISIS DE LA FORMACIÓN  
Y LA APLICACIÓN CLÍNICA**

Tesis para obtener el título de  
**DOCTORA EN INVESTIGACIÓN E  
INNOVACIÓN EDUCATIVA**

PRESENTA:

**MAESTRA YOLANDA MARTINA MARTÍNEZ BARRAGÁN**

DIRECTOR:

**DR. NEPTALÍ RAMÍREZ REYES**

Puebla, Septiembre 2020

## Resumen

La presente investigación sobre el profesionalismo de los médicos residentes de Anestesiología, proyectada en el campo educativo y realizada en un hospital de segundo nivel, es un análisis de la formación y aplicación clínica. La configuración de los médicos residentes debe dar respuesta a las exigencias actuales de una sociedad cambiante; por ello, ésta debe considerar aspectos disciplinares, los cuales se abordan desde la Anestesiología propiamente dicha. Sin embargo, existen otros aspectos fundamentales inmersos en todas las actividades que el médico residente desempeña y que han tenido un impacto enorme en su formación: la relación médico-paciente, por ejemplo, es considerada la piedra angular del contrato social establecido entre estos dos actores y en ella, se manifiesta de manera fehaciente el profesionalismo.

La fundamentación teórica de la investigación se sustentó en la Sociología: La Teoría del Desarrollo Moral del Hombre de Kohlberg (1976) y la Teoría de la Sociología de las profesiones de Freidson (1978), ambas conforman las bases teóricas de este trabajo. Por otro lado, el profesionalismo y su desarrollo dentro del grupo de médicos residentes son abordados desde muchas perspectivas a lo largo de esta investigación cualitativa, con enfoque médico-etnográfico.

Inicialmente por medio de la investigación documental, se evidenció el abordaje de la construcción del profesionalismo en el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM, 2008). Posteriormente, por medio de otras técnicas investigativas como las entrevistas en profundidad, la observación participante y los grupos focales se identificaron los elementos centrales del profesionalismo de los residentes; asimismo, los factores que modifican la percepción del profesionalismo de los residentes y el significado que para ellos tiene en su formación.

El desarrollo de la presente tesis permitió determinar la manera en que se construye el profesionalismo desde el punto de vista educativo, y además, comprender la importancia de conocer a profundidad el fenómeno de estudio y su contexto. Finalmente, el análisis y la interpretación de los resultados posibilitan aportar conocimientos relacionados con el fenómeno de estudio, así como realizar recomendaciones relacionadas con el proceso formativo del profesionalismo del residente de Anestesiología.

# Índice

<b>Resumen</b> .....	i
<b>Índice</b> .....	ii
<b>Tabla de abreviaturas</b> .....	vi
<b>Lista de tablas</b> .....	viii
<b>Lista de figuras</b> .....	ix
<b>Introducción</b> .....	1
<b>Tema: La formación de los médicos residentes de anestesiología</b> .....	2
<b>Problema de Investigación</b> .....	5
<b>Preguntas de investigación</b> .....	6
<b>Objetivo General y Objetivos Particulares</b> .....	6
<b>Premisa de investigación</b> .....	7
<b>Relevancia de la investigación</b> .....	7
<b>Propuesta de Estrategia Metodológica</b> .....	9
<b>Análisis bibliográfico</b> .....	9
<b>Descripción de la estructura de la tesis</b> .....	10
<b>Capítulo I</b> .....	14
<b>La joven ciencia del cuidado del paciente: La Anestesiología</b> .....	14
<b>1.1 Origen de la medicina perioperatoria: la anestesiología</b> .....	14
<b>1.2 Surge en México una nueva ciencia</b> .....	20
<b>1.3 La anestesiología a través del tiempo</b> .....	24
<b>Capítulo II</b> .....	28
<b>¿Cómo se esculpe un médico especialista en anestesiología?</b> .....	28
<b>2.1 Compartir es crecer y trascender</b> .....	29
<b>2.2 Educar y formar: el compromiso</b> .....	35
<b>2.2.1 Regulación de la formación</b> .....	37
<b>2.3 Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM)</b> .....	39

2.4 Construyendo médicos especialistas .....	48
2.5 La formación integral de los médicos residentes de anestesiología .....	54
Capítulo III.....	59
Base del contrato médico-social: El Profesionalismo.....	59
3.1 El ejercicio de una profesión sanitaria: la medicina.....	60
3.2 Necesario para ser médico: el profesionalismo .....	62
3.4 Nuevos tiempos: ¿Nuevo Profesionalismo?.....	70
3.5 Valor ético de la conducta.....	74
Capítulo IV.....	79
Pedestal en la formación de especialistas: la formación docente.....	79
4.1 El esfuerzo por formar residente a través del tiempo .....	80
4.2 Un reto: la docencia en el posgrado .....	83
4.3 Perfil ideal para docentes formadores de residentes .....	86
4.4 La práctica docente contexto de aprendizaje del docente médico .....	91
4.5 Retos en la docencia médica .....	93
4.6 El docente y el clima educativo.....	99
Capítulo V.....	105
El profesionalismo médico desde miradas que lo atraviesan.....	105
5.1 La ubicación geográfica y su peso .....	109
5.1.1 Los alcances de las distancias.....	109
5.2 Todo está interconectado: Las Organizaciones Internacionales y Nacionales .....	120
5.2.1 La Organización Mundial de la Salud (OMS).....	121
5.2.2 La Organización Panamericana de la Salud (OPS).....	122
5.2.3 Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME).....	122
5.2.4 Otras organizaciones.....	123
5.2.5 Europa y sus instituciones educativas.....	124
5.3 Dos grandes influencias: la Economía y la Política .....	126
5.4 Miradas interesantes: Servicio, Negocio y Calidad .....	131
5.5 Bioética y circunstancias.....	134
Capítulo VI.....	139
Cimientos de la construcción del profesionalismo médico: Fundamentación Teórica.....	139

6.1 El desarrollo moral del hombre .....	142
6.1.1 Conceptos fundamentales en la Teoría de Kohlberg.....	145
6.1.2 Etapas del desarrollo moral. ....	146
6.2 Las profesiones: Eliot Freidson.....	157
6.2.1 Una realidad: la división del trabajo.....	158
6.2.2 ¿Qué es una profesión? .....	159
6.2.3 El cambiante mercado laboral. ....	163
Capítulo VII.....	167
La investigación etnográfico-educativa: su procedimiento .....	167
7.1 Modelo de la investigación.....	167
7.2 Enfoque .....	169
7.3 Diseño de la investigación .....	173
7.3.1 Tipo de investigación.....	175
7.3.2 El método de investigación. ....	178
7.3.3 Las técnicas y los procedimientos de la recogida de la información.....	182
7.3.4 Instrumentos.....	189
7.4 La población de estudio .....	195
7.5 Trabajo de campo .....	197
7.5.1 Las herramientas del trabajo de campo.....	203
Capítulo VIII .....	205
Etnografía del profesionalismo .....	205
8.1 Binomio Universidad- Hospital generador de especialistas.....	206
8.2 Un día en el proceso educativo .....	217
8.3 El profesionalismo y su implementación .....	223
8.4 La enseñanza de la especialidad.....	223
8.5 ¿Cómo se promueve el profesionalismo? .....	226
8.6 Elementos centrales del profesionalismo vigente en el médico en formación .....	235
8.6.1 Conocimientos de los residentes acerca del profesionalismo.....	235
8.6.2 Componentes esenciales del profesionalismo.....	238
8.6.3 ¿De dónde se conoce al profesionalismo?.....	246
8.7 Contraste de actitudes y conductas relacionadas con el profesionalismo .....	249
8.8 Valores profesionales del médico residentes .....	258

<b>8.9 Factores que influyen en la percepción del profesionalismo .....</b>	<b>261</b>
<b>8.9.1 Hábitos sociales adoptados durante la residencia. ....</b>	<b>262</b>
<b>8.9.2 Efecto del estrés laboral en las actitudes y comportamiento profesional .....</b>	<b>274</b>
<b>8.10 Situaciones coyunturales.....</b>	<b>281</b>
<b>Capítulo IX.....</b>	<b>284</b>
<b>Descifrando al profesionalismo desde la investigación educativa.....</b>	<b>284</b>
<b>9.1 El profesionalismo como proceso educativo .....</b>	<b>284</b>
<b>9.2 Consideraciones educativas.....</b>	<b>285</b>
<b>9.3 Una oportunidad para incidir en la formación desde la educación.....</b>	<b>301</b>
<b>9.4 Lo relevante en el profesionalismo de los médicos becarios.....</b>	<b>334</b>
<b>9.5 Percepción del profesionalismo y circunstancias que lo modifican .....</b>	<b>346</b>
<b>Conclusiones y recomendaciones .....</b>	<b>366</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>379</b>

## Tabla de abreviaturas

<b>Abreviatura</b>	<b>Descripción</b>
<b>ABP</b>	Aprendizaje Basado en problemas
<b>ACA</b>	Ambientes clínicos de aprendizaje
<b>AMA</b>	Sociedad Médica Americana
<b>ANUIES</b>	Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior
<b>BUAP</b>	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
<b>CEPEC</b>	Comité de Enseñanza de Posgrado y Educación Continua
<b>CIFRHS</b>	Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud
<b>ENARM</b>	Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas
<b>OCDE</b>	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PUEM</b>	Plan Único de Especializaciones Médicas
<b>SEP</b>	Secretaría de Educación Pública
<b>UCPA</b>	Unidad de Cuidados postanestésicos
<b>UNAM</b>	Universidad Nacional Autónoma de México
<b>UNESCO</b>	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

<b>UPAEP</b>	Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
<b>WFME</b>	Federación Mundial de Educación Médica



## Lista de tablas

<b>Número de tabla</b>	<b>Nombre de la tabla</b>	<b>Página</b>
<b>Tabla 1</b>	Organización, funciones profesionales y distribución anual de carga horaria y créditos escolares de las actividades académicas	42
<b>Tabla 2</b>	Temas de los Seminarios del PUEM	43
<b>Tabla 3</b>	Mapa curricular de la especialidad de Anestesiología Plan de estudios de la especialidad en Anestesiología UPAEP	45
<b>Tabla 4</b>	Mapa curricular	46
<b>Tabla 5</b>	Gasto en salud	129
<b>Tabla 6</b>	Relación de categorías, dimensiones, componentes teóricos y técnicas de investigación	190
<b>Tabla 7</b>	Relación entre pregunta de investigación, objetivo y técnicas	191
<b>Tabla 8</b>	Guiones y guías de las técnicas de investigación	193
<b>Tabla 9</b>	Distribución de los becarios de acuerdo a su edad	209
<b>Tabla 10</b>	Lugar de origen de los residentes	209
<b>Tabla 11</b>	Ocupación de los padres de los residentes	211
<b>Tabla 12</b>	Seminario de atención médica I	226

## Lista de figuras

<b>Figura</b>	<b>Nombre de la figura</b>	<b>Página</b>
<b>Gráfica 1</b>	Distribución de los residentes por edades	208
<b>Gráfico 2</b>	Área de quirófano	215
<b>Gráfico 3</b>	Consultorio de consultorio	217

## Introducción

En la historia de la anestesiología, se refiere que la primera administración de un anestésico inhalatorio (éter) fue realizada por William T. Morton en 1846 en el Hospital General de Massachusetts, Estados Unidos (Higgins, 2017; Sáenz, 1996; Aldrete, 1986). De igual forma se tiene datos acerca de que en Reino Unido se utilizó anestésico inhalatorio en el mismo año. Una serie de relatos mediante cartas donde se narra el uso de estos medicamentos y debido a la comunicación por vía marítima establecieron el vínculo entre los investigadores de esa época, en los años 1846-1847 descritos por Bacon (1995).

En México, la primera administración de anestesia general fue realizada en la ciudad de Mérida, Yucatán por el Dr. Sansores (Liondas, 2009). Fue el Dr. Emilio Varela el primero en sugerir que, el personal de la salud dedicado a la práctica de la anestesiología debería ser un médico (Marrón y Moreno, 2013).

Desde ese momento se consideró a la anestesiología una rama de la medicina con un perfil específico y altas exigencias clínicas, cognitivas, habilidades, destrezas y con un perfil humanístico. Durante este periodo la formación del anesthesiólogo era tradicional, con un tutor de manera no formal. En 1990 la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) avala la formación de médicos especialistas en anestesiología (Marrón y Moreno, 2013). Conjuntando los esfuerzos de los médicos expertos y los profesionales en educación, identifican las necesidades del país, los perfiles requeridos y generaron propuestas iniciales para la formación de médicos en anestesiología mediante el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM, 2008), que es un modelo pedagógico para la formación profesional de alta calidad e integra al trabajo cotidiano de atención médica, las actividades heurísticas y educativas de los futuros médicos especialistas (Marrón, 2001). Son programas que requieren ser revisados y actualizados en forma periódica. Sin embargo, ya que el contexto ha cambiado, se han implementado en algunos países estrategias para el aprendizaje (Fritz, 2014). En algunas universidades han implementado modelos por competencias ejemplo de ello es la Universidad Popular Autónoma de Puebla (UPAEP, 2016) quienes realizaron una actualización del PUEM (2008) ya que fue el Plan con los que iniciaron la formación de médicos especialistas.

En la ciudad de Puebla, diversas instituciones públicas del área de la salud han formado médicos especialistas en esta área, El Instituto Mexicano del Seguro Social, la Secretaría de Salud y posteriormente instituciones privadas se sumaron a esta actividad. Teniendo como soporte a instituciones educativas.

Por otra parte, el tema del profesionalismo, desde la medicina se entiende como una actividad antigua y, desde las comunidades primitivas, los personajes encargados del cuidado de enfermos han dado respuesta desde sus distintas perspectivas y enfoques a las necesidades de los pacientes. Así, se desempeña una profesión, es decir, cualquier ocupación que a través del ejercicio de un conjunto de conocimientos teóricos y prácticos satisfaga necesidades o requerimientos específicos de una sociedad (Hernández, Hernández, González y Barquet, 2010).

Sin embargo, las necesidades de la medicina no son exclusivamente cognoscitivas, ya que su esencia no radica en el área cognitiva de la medicina misma, sino que requiere “algo más” como lo menciona Pellegrino (2005) al referirse a las “profesiones aprendidas” que necesitan tener un interés propio mientras se sirve a la comunidad refiriéndose a: el altruismo tanto individual como colectivo. La ética, la moral y la deontología han acompañado a la medicina para transformar la actividad profesional y darle un sentido.

Los profesionales relacionados con la salud trascienden este entorno entrando en la proyección ética transformando su actividad en una forma de vida regida por los más altos principios éticos y de profesionalismo (Hernández et al., 2010), cuidando en todo momento la integridad y seguridad del paciente, sobreponiendo estas perspectivas a sus intereses personales, siendo de esta manera concebido el ejercicio ideal del médico.

Con los avances del conocimiento científico, la globalización y el vertiginoso desarrollo de la tecnología el ejercicio de la anestesiología se ha visto influenciado. Sin embargo, esto ha conducido al médico a tener gran dominio sobre conocimientos médicos, y ha impactado en forma negativa en el desarrollo humano de la atención médica. Siendo el profesionalismo un elemento que fortalece el contrato social y otorga protección a personas vulnerables, también, impacta en los valores sociales, y por lo tanto, en la sociedad (Wynia, Lathan y Kao, 1999).

### **Tema: La formación de los médicos residentes de anestesiología**

Las instituciones educativas formadoras de médicos especialistas, conscientes del papel fundamental que desempeñan, han implementado múltiples estrategias para conformar el bagaje de conocimientos y habilidades técnicas que se requieren. Es imprescindible considerar que el especialista cumple con una función social, desde su formación y sobre todo una función asistencial que es prioritaria. Por lo tanto, los programas y planes académicos están orientados a la formación visualizada de los especialistas.

Sin embargo, a nivel mundial muchas universidades e instituciones formadoras de médicos y residentes, reconocen la importancia de abordar el profesionalismo como un elemento crítico. Pese a esto, sólo una pequeña porción lo tienen en su contenido curricular (Swick, 2000). Desafortunadamente, es un tópico que es fundamental en el trabajo en ambientes de salud, sobretodo en el médico, pero se requiere interés en analizar de manera consciente la problemática y mostrar propuestas que no sean únicamente explícitas curricularmente sino aplicables en el aula y en el trabajo asistencial (práctica).

Debido a todos los cambios en la sociedad, se debe plantear si actualmente se requiere un nuevo profesionalismo, que aplique al nuevo mundo, refiere Hernández (2010), quien además, manifiesta que siendo el fin único de la medicina cuidar el bienestar del enfermo, los valores éticos deben preservarse a pesar de los cambios sociales.

Gallardo (2012), muestra los resultados de su estudio realizado en residentes, y hace evidente que de acuerdo al grado académico los valores van disminuyendo, así el residente de mayor grado muestra una escasa relación del residente-paciente y quizá, sea una manifestación de la necesidad de profesionalizar a los docentes, ya que son los modelos de conocimiento y actitud de la formación y deformación de los sistemas de valores.

Desde otra arista, el avance tecnológico aplicado a la salud, ha sido uno de los motores que ha impulsado el desarrollo de diversas disciplinas de la medicina. La anestesiología respondiendo a las exigencias de los avances en la cirugía no es la excepción. Por lo tanto, cabe reflexionar que el desarrollo debe ser integral, es decir, lo que Pellegrino (2005) menciona como “algo más” y eso es desarrollo de los valores, el profesionalismo y todas las demás herramientas de comunicación que requiere el médico.

Esta situación ha sido bien identificada por los médicos formadores a nivel mundial donde muchas universidades e instituciones educativas y asistenciales formadoras de médicos y residentes, reconocen la importancia de abordar el profesionalismo como un elemento crítico. Sin embargo, sólo una pequeña porción lo tienen en su contenido curricular (Swick, 2000). Es considerado por muchos (Marrón y Moreno, 2013; Wynia et al. 1999) como un tópico fundamental en ambientes de salud, sobretodo en el médico, pero se requiere interés en analizar de manera consciente la problemática y mostrar propuestas que no sean únicamente explícitas curricularmente sino aplicables en el aula y en el trabajo asistencial (práctica).

Los cambios vertiginosos en la sociedad, dirigen a la reflexión de plantear un nuevo profesionalismo, que aplique al nuevo mundo (Hernández, Fernández, Baptista, 2014), sin perder la esencia, los valores que dan sentido a la actividad médica. Quizá, los resultados obtenidos

en estudios sobre las actitudes profesionales de los médicos residentes pueden ser orientadores respecto a las necesidades reales de la formación actual de los becarios Gallardo (2012) hace alusión a la importancia de que sean vistas las necesidades actuales de los residentes y el contexto social.

La formación de los futuros especialistas se ha guiado por el El Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM, 2008) en Anestesiología es avalado por la Dirección de Estudios de Posgrado del Área de la Salud, de la Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), mismo que a lo largo de la investigación se ha analizado. El objetivo es que en tres años se adquiera el bagaje no sólo de conocimientos, también de habilidades y destrezas necesarias para poder realizar la actividad de anestesiar a pacientes, tanto para una cirugía como para la realización de procedimientos fuera del quirófano, así como la llevar a cabo la consulta anestésica, con el objetivo de evaluar a los pacientes que se operarán, ya sea de manera urgente, electiva o programada. El PUEM (2008) muestra un contenido temático sobre lo que, de acuerdo a cada grado académico, se debe abordar. Se trata de un proceso que se realiza en las instituciones de salud, orientado a la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas. Los conocimientos necesarios para dar una atención médica segura, son indispensables, sustentado en la medicina basada en evidencias. Ya que, es una especialidad con exigencias de toma de decisiones rápidas.

Durante el proceso educativo y en la práctica clínica se identifican actores fundamentales: los becarios y los docentes. Sin embargo, en las actividades asistenciales, en el campo de desempeño y adquisición de los conocimientos, el número de actores se incrementa: el paciente y sus familiares, el médico docente, el personal de diversas disciplinas y el residente. Este aprendizaje se encuentra inmerso en un ambiente complejo, donde el paciente se encuentra lábil y percibe que lo que le lleva a esta atención amenaza su salud.

Por lo que, la relación médico- paciente, tiene otras exigencias: los conocimientos, las actitudes y los valores. El profesionalismo, es de gran estima al estar presente en la misma, pues es respeto, integridad, empatía, honestidad, altruismo y confianza. Conformando los atributos con los que ha sido descrito el profesionalismo por varios autores (Alcota, 2016; Altiset, 2007; Ávila, 2017; Bacon, 2012; Cruess, 1997; Darotta, 2006; Eldestein, 2005).

## **Problema de Investigación**

La formación de los médicos residentes implica una serie de consideraciones entre las que destacan los sistemas de planificación y gestión, las instituciones reguladoras de las residencias médicas y los mecanismos jurídicos de protección a los médicos residentes, así como las unidades docentes y sus funciones. La formación de médicos residentes, propiamente dicha, considera la existencia de programas, su revisión periódica, las rotaciones, las actividades de capacitación y perfección del personal docente.

La mayoría de los programas están basados en acuerdos entre los hospitales y las instituciones educativas universitarias. Siendo la universidad la principal responsable de la formación académica, existiendo un convenio docencia-asistencial entre ellos. Sin embargo, en Latinoamérica se aprecia un bajo nivel de acompañamiento universitario según lo referido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2011). Una situación semejante prevalece en nuestro país, siendo un área de oportunidad que debe rescatarse y que en realidad el vínculo universidad–instituciones de salud sea real. Considerando a la universidad una institución con alto compromiso social, la formación de recursos para la salud, requiere una participación activa y real, situada en un contexto político, social, cultural, económico diverso en cada país y atendiendo a las necesidades en salud que prevalezcan.

Durante más de veinte años se han egresado médicos especialistas, quienes se han formado en esta institución sanitaria de segundo nivel, la orientación disciplinar propiamente dicha es un resultado deseado y esperado en los médicos en formación, sin embargo, existen otros aspectos importantes en la formación de los médicos residentes relacionados con otro tipo de habilidades que les permitirán alcanzar el perfil de egreso proyectado. Para ello, se requiere investigar la manera en la que se forma e implementa el profesionalismo en los programas de estudio y en la práctica cotidiana. Así como los factores que influyen en este fenómeno de estudio.

Por otro lado, se han descrito comportamientos no profesionales en distintos contextos médicos (Shurk, 2014), sin embargo en el ámbito médico formativo, es importante conocer cuáles son los elementos implicados en la formación de los comportamientos profesionales y de qué manera se están implementando en el proceso de enseñanza-aprendizaje de los médicos en formación. Es esta razón, la que motiva a investigar el profesionalismo en el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM, 2008) en Anestesiología.

Para profundizar en el problema que se ha planteado, se han formulado diversas preguntas estratégicas de investigación.

## **Preguntas de investigación**

### Pregunta general

¿Qué caracteriza el profesionalismo en el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) de la especialidad en anestesiología?

### Preguntas específicas

- ¿Cómo se implementa el profesionalismo en el PUEM?
- ¿Cuáles son los elementos centrales del profesionalismo vigente de los médicos residentes de anestesiología?
- ¿Por qué los factores intrínsecos y extrínsecos modifican la percepción del profesionalismo en los médicos residentes de anestesiología durante su formación?
- ¿Qué concepción tiene el médico residente de anestesiología en torno al profesionalismo?

Para orientar el proceso de investigación doctoral, se establecieron objetivos concretos, claros y precisos.

## **Objetivo General y Objetivos Particulares**

### Objetivo general

Investigar lo que caracteriza al profesionalismo en el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) de la especialidad en anestesiología

### Objetivos específicos



- Describir la implementación del profesionalismo en el PUEM.
- Analizar los elementos centrales del profesionalismo vigente de los médicos residentes de anestesiología.
- Explicar la influencia de los factores intrínsecos y extrínsecos en la percepción del profesionalismo de los médicos residentes de anestesiología.
- Interpretar la concepción que tienen los médicos residentes de anestesiología del profesionalismo.

Es importante conocer el proceso por medio del cual está implementado el profesionalismo en el PUEM. Debido a que impacta en distintos contextos situacionales personales, gremiales (colegas) e institucionales, pero, sobre todo, afecta al sujeto de la actividad médica, a la razón de ser, que es el paciente y sus familiares. También, es importante conocer la percepción que tiene el médico que ingresa a la especialidad con respecto al profesionalismo médico. Así como los médicos que ya están en formación y los egresados de la institución, con la finalidad de que estos últimos aporten ideas acerca de lo que aprecian, ya que puede fortalecer el plan de estudios.

### **Premisa de investigación**

La premisa de investigación sobre la cuál se estructuró la investigación fue la siguiente: El profesionalismo en el Plan Único de Especializaciones Médicas en anestesiología es considerado como un elemento formativo necesario. Sin embargo, su implementación no se ha realizado de manera adecuada, los factores que podrían estar implicados son múltiples y es importante descubrirlos a través de la investigación. En efecto, el impacto del profesionalismo en el desempeño del médico en formación y del profesional en salud en anestesiología es importante. La formación del profesionalismo de los médicos residentes en anestesiología podría estar relacionada con el diseño e implementación del PUEM.

La premisa fue una señal que estuvo presente a lo largo del trabajo y orientó tanto los procesos de inducción como de deducción de la investigación.

### **Relevancia de la investigación**

La investigación educativa sobre el profesionalismo médico es interesante sobre todo porque se pretende que el médico especialista tenga una formación integral. Conocer la manera en la que se forma el médico en la especialidad, reviste interés y sobre todo investigar sobre la manera como se implementa el profesionalismo. Ya que permite tener una perspectiva distinta sobre el proceso educativo. El médico especialista debe tener los conocimientos y otras competencias, pero el saber cómo se aborda en el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM, 2008), específicamente, en anestesiología, así como la implementación del profesionalismo en el mismo por medio de esta investigación, dará luz sobre la forma en que se está desarrollando y como se implementa en forma real en los educandos.

Teóricamente, conocer las bases en las que se sustenta un plan de formación de becarios de posgrado llevará una gran riqueza. Y contextualizará y permitirá analizar para aportar conocimiento en torno al PUEM. El proceso de enseñanza-aprendizaje del profesionalismo, debe ser investigado en el ámbito del área de la salud. Esta investigación permitió realizar una descripción, análisis, explicación e interpretación, desde diversas aristas en relación a cómo se ha implementado y desarrollado el profesionalismo en los médicos residentes de anestesiología. Y de igual forma ayudar o contribuir para tomar decisiones y elaborar políticas educativas. E identificar necesidades instructivas o educativas de manera sistemática en vez de hacerlo de manera intuitiva. Por esta razón, es importante proyectar su actualización y reflexión para aportar nuevas formas de abordarlo metodológicamente.

Por lo antes expuesto, la investigación es de interés para los médicos en formación, los docentes formadores, los directivos, las instituciones de salud que albergan a médicos residentes para su formación y las instituciones educativas universitarias. En efecto, es pertinente puntualizar que, la responsabilidad social de formar médicos especialistas no atañe únicamente a las instituciones educativas ni de salud de manera aislada, su proyección es conjunta. La formación depende de varios actores y diversas circunstancias.

Dentro de la literatura la forma de estudiar el profesionalismo ha sido desde la proyección de estudios cuantitativos, por ello este estudio ofrece una investigación bajo otra proyección que es la cualitativa. Justamente, para dimensionar y entender el amplio contenido del problema de la investigación, a lo largo de la tesis se abordan a través del trabajo empírico, así como del trabajo documental diversos conceptos que permiten tener un conocimiento profundo para conceptualizar el problema de la investigación doctoral.

A lo largo de esta investigación serán abordados varios conceptos: anestesiología, anes-  
tesiólogo, formación de médicos especialistas, residente, residencia médica o especialidad, pro-  
grama operativo, ética, moral, deontología profesión y profesionalismo.

### **Propuesta de Estrategia Metodológica**

La presente investigación fue realizada desde el paradigma o modelo cualitativo, ya que se com-  
prende que existen distintas realidades y que estas fueron vislumbradas por los sujetos de estu-  
dio. El objetivo de la investigación se centra en comprender como se forma o construye el pro-  
fesionalismo de los médicos becarios y su aplicación en la vida clínica en los médicos residentes  
de anestesiología.

El diseño de la investigación fue realizado durante la primera etapa de la investigación,  
siendo un estudio con un enfoque médico-etnográfico donde la subjetividad sistematizada y la  
reflexividad fueron herramientas indiscutibles. En relación al papel del investigador, se diseñó  
que el investigador se integrara al ambiente de estudio, en todos los lugares mencionados y  
diseñados para la investigación. Ya que siempre se tuvo presente que se requería detallar todo,  
pero siempre vinculado al contexto. McMillan (2005) caracteriza a la investigación cualitativa  
en relación a la concepción del mundo, al objetivo de la investigación, al proceso y métodos de  
la investigación, al papel del investigador y a la importancia que se le confiere al contexto, que  
fueron aspectos que se cuidaron en el proceso investigativo..

La investigación educativa hace uso de diversas metodologías procedentes de las dife-  
rentes áreas: en este caso la elección fue hacia las Ciencias Sociales. Lo que se planeó es hacer  
uso de técnicas interactivas. Para estar cara a cara con los participantes, en los escenarios natu-  
rales y obtener un conocimiento profundo proyectándolo desde la Etnografía ya que es un mé-  
todo para estudiar modelos culturales en la sociedad, utilizado para comprender esas realidades  
(Hammersley, 1994).

La estrategia metodológica se diseñó en dos etapas: la primera, relacionada con la inves-  
tigación documental y la segunda relacionada con el trabajo de campo, utilizando las siguientes  
técnicas: observación participante, las entrevistas en profundidad y los grupos focales con sus  
respectivos instrumentos.

### **Análisis bibliográfico**

Se realizó una revisión exhaustiva en diversos buscadores, de igual forma en bibliotecas físicas. Esta búsqueda estuvo orientada por el tema de estudio, con las palabras clave de los buscadores booleanos. La búsqueda del material bibliográfico fue exhaustiva, se revisaron múltiples documentos. Para ello, se indagó el título y el resumen. En seguida, de acuerdo al análisis de ese contenido, se continuó la revisión de la introducción, material, método y resultados así como la discusión. Posteriormente, se realizó la selección de algunos documentos, se fue selectivo considerando el paradigma de la investigación, el diseño de la investigación y los objetivos perseguidos. La información encontrada se clasificó y concentró en carpetas específicas.

Posteriormente, se realizó la lectura de los artículos y la elaboración de la síntesis. En otros se realizó la traducción, se elaboraron resúmenes y fichas para archivarlas con el respectivo artículo. Para utilizarlos en el momento adecuado en relación a la subtemática de estudio. Y otro grupo se trabajó en forma digital, creándose carpetas para cada subtema con la finalidad de clasificarlos.

### **Descripción de la estructura de la tesis**

Para acercarse al contenido de la investigación doctoral, esta se encuentra estructurada en diferentes capítulos.

Capítulo I. La joven ciencia del cuidado del paciente: La Anestesiología. De manera inicial se muestra la estrategia metodológica para la realización del Estado del Arte. Posteriormente, se aborda la Anestesiología desde una descripción breve de su historia en un contexto general. Citando a los hombres más destacados en esta disciplina y sus innovaciones, aplicadas al cuidado de los pacientes. Se describe cómo surge esta nueva y joven disciplina que emerge como una necesidad para dar seguridad y calidad a los pacientes en el contexto de los avances médicos quirúrgicos. Posteriormente, se refiere el desarrollo de la anestesiología en México y se describe la forma en la que en nuestro país se inició la especialidad y su devenir histórico. Destacando la trascendencia de esta especialidad en nuestro país. Se explican los alcances que actualmente tiene y el por qué ha salido del quirófano hacia diversos escenarios impensables hace algunos años. Pero también, se advierte la necesidad de cambiar el enfoque de desempeño transformándose medicina perioperatoria, lo que ha implicado el ejercicio de la anestesiología distinto, con compromisos adquiridos que se suman a los ya conocidos.

Capítulo II. ¿Cómo se esculpe un médico especialista? Se desarrolla en este capítulo el origen de las residencias médicas. Describiendo la evolución del médico residente de la especialidad de anestesiología a lo largo del devenir educativo formativo. Destaca el abordaje de la formación tradicional del médico dedicado a la anestesia, utilizando la transmisión directa y oral de los expertos a los discípulos. Sin embargo, la formación de los médicos residentes ha cambiado y en este capítulo se describe de manera pausada esta formación hasta nuestros días. Uno de los ejes rectores de esta transformación es la regulación de las especialidades médicas, tema que es abordado y descrito a partir de las distintas organizaciones que participan en esta función reguladora. Entre ellas destaca la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) y el Comité de Posgrado y Educación continua (CPEC). Asimismo, se aborda el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) desde su origen, evolución y la metodología educativa en la formación de los residentes de anestesiología.

Capítulo III. Base del contrato médico-social médico: El Profesionalismo. Se presenta una revisión exhaustiva sobre el profesionalismo, iniciando con la descripción de la profesión médica y sus características. De igual forma sus exigencias y compromisos. Asimismo, en este capítulo se conjuntan ambos términos: el profesionalismo en medicina, sus dificultades para definirlo y las descripciones de diversos autores entre los que destacan: Giacomantone (2005), Pardell (2003) y Prieto (2015) para abordar sus dimensiones. Y también, se presentan los organismos internacionales que han destacado la importancia de las competencias específicas del médico, siendo una de ellas el profesionalismo. Entre ellas destacan: *The American Board of Internal Medicine (1995)* y *La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978)* ambos organismos preocupados por la formación médica. De igual forma, se aborda la relación médico-paciente como piedra angular en la que se concreta el ejercicio real del profesionalismo. El desarrollo del acto médico lleva implícitas tres dimensiones: antropológica, disciplinar y el contexto social y también son abordados en este capítulo. Debido a las condiciones sociales cambiantes, se analiza el apego a los estándares éticos y morales de la conducta del médico (ética médica). Y finalmente, el profesionalismo en la formación de los médicos residentes de anestesiología.

Capítulo IV. Pedestal en la formación de especialistas: la formación docente. Incorpora al tema de la formación del profesionalismo de los médicos residentes de anestesiología a un actor muy importante: el docente. En él descansa una de las bases del proceso formativo. Inicialmente, se realiza una descripción del rol que el docente ha desempeñado a lo largo de la historia de la especialidad. Posteriormente, se analiza el perfil del docente formador de residentes y las características deseables para fungir como docente de posgrado. También, se analiza la

práctica docente como contexto de aprendizaje del profesor de la especialidad y los retos de la docencia médica. Finalmente, se revisa el clima educativo y el rol del docente, como elemento que determina el ambiente educativo de desempeño académico en un contexto específico: el hospital-escuela.

Capítulo V. El capítulo inicia con la estrategia metodológica para la realización de este capítulo, seguida del abordaje propiamente dicho del contexto. El profesionalismo médico desde otras miradas. Este capítulo pretende desglosar los diversos aspectos que se entretajan alrededor del fenómeno de estudio: el profesionalismo. Es decir interpretar la situación del profesionalismo en su entorno. El que está configurado por la educación, la sociedad, la cultura, la geografía, la bioética, la economía, la política y las políticas tanto locales, nacionales e internacionales. La localización geográfica y el bloque de América Latina son analizados desde diversas organizaciones internacionales en relación a la formación de los médicos residentes. La economía y la política ejercen una influencia importante en el profesionalismo, de igual forma el servicio, negocio y calidad. Se analiza la interacción de diversos conceptos en la ejecución y conceptualización del profesionalismo.

Capítulo VI. Se presenta la estrategia metodológica para la realización del mismo de manera inicial y posteriormente se desarrollan los cimientos de la construcción del profesionalismo médico: Fundamentación teórica de la investigación de profesionalismo en el campo educativo se apoya en Teorías de la Sociología. En este capítulo se abordan teóricos de la sociología, Kohlberg (1975) y Freidson (1985). Ambos teóricos son los referentes de esta investigación. Kohlberg (1975) es el autor de la “Teoría del Desarrollo Moral del Hombre” dividiéndolo por etapas, en este capítulo se hace una descripción de los estadios de desarrollo moral y características de cada etapa, así como los conceptos fundamentales de dicha teoría.

La “Teoría de la Sociología de las profesiones” de Freidson (1985), determina la génesis de las profesiones y sus características. Uno de los aspectos más importantes que se describe es la división del trabajo y su implicación en el mercado laboral. Y el papel de la ética institucional (en medicina) y el profesionalismo. Refiriendo al principio ético más amplio del profesionalismo: el rol de beneficio y la importancia de que sea ilimitado, para ejercer una ética práctica. Finalmente, se muestra que es necesario ejercer y combinar enfoques de la ética práctica y de la ética institucional para comprender las bases teóricas del profesionalismo, su formación así como su implementación.

Capítulo VII. La forma de hacer un estudio médico-etnográfico: En este capítulo se explicita la metodología a través de la cual se desarrolló la presente investigación. El modelo

cualitativo y el enfoque constructivista. También se describe el diseño de la investigación en relación al tipo de estudio, al método etnográfico y a las técnicas e instrumentos utilizados. Así como la descripción del grupo de estudio y trabajo de campo.

Capítulo VIII. Etnografía del profesionalismo: En el presente capítulo se presentan los resultados obtenidos de la investigación. Inicialmente, se realiza una descripción exhaustiva de la unidad de análisis. Posteriormente, la investigación documental respecto al Plan Único de Especializaciones Médicas, en ello se incluye el abordaje del profesionalismo médico en las asignaturas y la manera en cómo se promueve el aprendizaje del mismo en la residencia médica. Se presentan las evidencias encontradas y se muestra la importancia del currículum oculto. También, son descritos los elementos centrales del profesionalismo vigente de los médicos residentes de anestesiología, los conocimientos al respecto, las actitudes y conductas relacionadas con el profesionalismo. Además se citan los factores intrínsecos y extrínsecos encontrados en la investigación los que son descritos de manera amplia. De igual forma, se muestran cambios en los hábitos sociales y el efecto del estrés laboral.

Capítulo IX. Descifrando al profesionalismo desde la investigación educativa. Se presenta el análisis de las entrevistas en profundidad, de la observación participante y de los grupos focales. Y también se presenta la interpretación del profesionalismo para los médicos residentes.

Conclusiones y recomendaciones. En este capítulo se comparten las conclusiones a la luz de los objetivos planteados en la investigación. Y se hacen las recomendaciones pertinentes.

## Capítulo I

### La joven ciencia del cuidado del paciente: La Anestesiología

Para iniciar propiamente con el contenido de este primer capítulo, que es referente a la anestesiología, se menciona que abolir el dolor, ha sido uno de los objetivos del hombre, con el uso de variados instrumentos y técnicas que se aprecian en escritos como papiros, libros sagrados, fotografías y pinturas. Con diversos elementos físicos y químicos el hombre, procura modificar la sensación dolorosa y las consecuencias que de ella derivan, desde la angustia y desesperación hasta la muerte. La forma como se ha producido esta “insensibilidad”, llamada actualmente analgesia (ausencia de dolor), ha sido muy variada. Inicialmente por medio de productos derivados de las plantas y posteriormente, semisintéticos y sintéticos. Actualmente mediante otro tipo de procedimientos más complejos

Dominar o someter el dolor ha sido el sueño del hombre. El dolor es un síntoma producido de manera secundaria ante una lesión corporal, que puede ser real o potencial. Sin embargo, también puede ser producido durante un procedimiento quirúrgico. En ambos casos, la experiencia dolorosa es intensa y deja memoria en el organismo, lo que influirá en eventos posteriores en la percepción, amplificación y transformando al dolor en una experiencia compleja con un difícil abordaje terapéutico. La cirugía en su avance encontró dos grandes problemas: el dolor y la infección. Ambos que fueron derrotados gracias al advenimiento de la anestesia y la asepsia.

El dolor, debido a la serie de reacciones internas que produce, modificando respuestas fisiológicas e induce a la formación de neuromoduladores específicos, con efectos devastadores para el organismo en diversos órganos de choque: pulmón, corazón vascular, renal. Siendo ellos la causa de severas complicaciones y muerte de muchos pacientes (Kitz, 1988, p. 8). La anestesiología surge como una respuesta a esta necesidad, lo que permite la realización de diversos procedimientos quirúrgicos de alto grado de complejidad y con periodos de intervención prolongados.

#### 1.1 Origen de la medicina perioperatoria: la anestesiología

Buscar el bienestar del hombre es un imperativo y ello incluye controlar el dolor. Para vencer el dolor físico se han descrito múltiples procedimientos a lo largo de la historia. Las interven-



ciones en el organismo del hombre con la finalidad de curarlo, han sido realizadas bajo condiciones muy diversas, los esfuerzos para vencer en esa lucha, fueron intensos, aunque, desgraciadamente tuvieron poco éxito según lo expresado por Collins (1988, p. 3). La presencia de estrategias para abolir o disminuir el dolor según el momento del desarrollo de la humanidad ha sido sorprendentes.

Existen textos antiguos que manifiestan que desde entre los años 3000 y 2,500 a C. ya se realizaban cirugías, sin embargo, no mencionan datos relacionados con el uso de anestesia (Bacon, 2012, p. 535). En la antigua cultura china se describe el uso de un agente anestésico (sin especificar nombre) en el año 200 a. C. En la India, el uso de cáñamo inhalado es referido como anestésico en este mismo periodo (Longnecker, D. R., Brown, D. L., Newman, M. F. y Zapol, W. M. 2012, p. 3).

En el año 250 d.C. se refiere por primera vez el uso de *cannabis* como analgésico. Collins (1988, p. 1) menciona que las drogas más usadas por los griegos para producir sueño fueron: la adormidera, la mandrágora, el beleño y el alcohol. Además tanto la mandrágora como la adormidera fueron utilizadas para disminuir el dolor. Siendo también populares por la euforia, que producían. Pero fue Dioscórides en el año 500 d. C. quien acuñó el término analgesia, que es precisamente la ausencia de dolor como lo definen Aldrete (1986, p. 1) y Barquín (1988).

La invención de instrumentos para abolir el dolor con drogas administradas por la vía respiratoria inicia con la “esponja soporífera descrita en 1200 d.C. por Nicolás Salerno que fue la más popular, con extractos de opio, beleño y mandrágora administrados por vía inhalatoria que producían un estado alterado de la conciencia, lo que permitió la realización de cirugías en la época de Hipócrates y Galeno” (Collins, 1988, p. 2).

Otros elementos obtenidos de la naturaleza y sus combinaciones en forma de pociones con lirios o *jujube* en África, *Hyoscyamus* y lechuga en Creta son descritos en el año 1500 d. C., sus efectos fueron observados dándole usos diversos tanto en cirugías referido por Aldrete, (1986, p.3), como con otros fines, por ejemplo, la cicuta cuyo principio activo es la cicutina que se administraba como veneno. Por lo tanto, es clara la intención de disminuir el dolor, con el uso de distintos compuestos. Las técnicas utilizadas fueron diversas, con resultados exitosos en algunos casos y deletéreos en otros.

Un nuevo elemento se introduce en la práctica de la anestesia en Sudamérica; se aprecia el uso del curare como un bloqueante muscular (el que paraliza), efecto deseado por los cirujanos para poder operar y explorar sobre todo cavidades del organismo como el abdomen (Cordero, 2006, p.19). Siendo el tercer elemento mencionado en la conformación de la anestesia

general: el primero fue la búsqueda del control del dolor, el segundo y de manera conjunta, la pérdida de la conciencia, el tercero la relajación muscular. También, en 1518 Valerio Cordus sintetiza por primera vez el “aceite dulce de vitriol” (éter), que según algunos escritos pudo haber sido con la ayuda de Teofrasto Bomast Von Hohenheim (1493-1541) a quien se le conoce como Paracelso, creador del éter (Kitz, 1988; p. 6). Siendo este descubrimiento de manera informal el inicio de la anestesia inhalatoria, quizá en algún momento de la historia la más utilizada, actualmente, usada en combinación con otros fármacos endovenoso a nivel de todo el mundo.

En este mismo periodo se menciona que los Incas, utilizaron la hoja de la coca que se concibió como un regalo de *Manco Capac*, hijo del Dios Sol. Los primeros usos fueron para yugular el cansancio y fue religioso. Sin embargo, a la llegada de los conquistadores, su utilizó como moneda para pagar con ella al pueblo. Sus usos no se hicieron esperar dentro del grupo de sanadores o cirujanos, así en el siglo XVI quienes según refiere (Aldrete, 1988, p.5), masticaban durante la trepanación el preparado hecho de hojas de coca, guano y almidón de maíz, acompañados con cal para que se liberaran las moléculas activas y goteara la saliva desde la boca del cirujano en la herida del paciente la saliva impregnada con la droga, al caer dentro de la herida en el caso específico de las cirugías en las que se abre el cráneo, haciendo posible dicho procedimientos sin que el paciente manifestara molestias. Con estas técnicas se inicia la anestesia local, que posteriormente fue aplicada por los oftalmólogos y otorrinolaringólogos en sus cirugías.

En 1543 Andreas Vesalius (1514-1564), realizó estudios sobre la anatomía, descritos en su obra *De humani corporis fábrica*, también, llevó a cabo experimentos sobre la mecánica respiratoria y la ventilación a presión positiva en puercos a quienes previamente les había realizado traqueostomía.

Con el advenimiento de los conocimientos sobre la circulación sanguínea en 1628 por William Harvey (1578-1657), conceptos plasmados en su obra titulada: *De Motu cordis*. Se concibió la idea de administrar medicamentos a través de las venas, pero fue bajo la iniciativa de Percival Christopher Wren y Daniel Johann Mayor en 1665 cuando se administró por primera vez un medicamento (tintura de opio) por vía intravenosa a un animal (un perro) con la ayuda de la primera jeringa usada y diseñada por Robert Boyle con una vejiga unida a la pluma de un ave (Kitz, 1988). Con este hecho, se inicia la anestesia endovenosa, una de las técnicas más utilizadas actualmente en todo el mundo, que acompañada con el diseño de medicamentos e instrumentos se aplica en distintas áreas de la medicina.

El conocimiento de la anatomía del aparato respiratorio, más los efectos observados a los pacientes expuestos a los anestésicos administrados por esta vía, condujeron a la exploración y conocimiento sobre la fisiología y mecánica respiratoria. Posteriormente, en 1667, Robert Hooke (1635-1703), curador de la Real Sociedad de Londres, realiza trabajos en perros traqueostomizados sobre ventilación mecánica (Bacon, 2012, p. 3).

Inglaterra fue el país donde se desarrollaron la mayoría de estos experimentos y en 1724 aparece por primera vez en término Anestesia en el diccionario de la lengua inglesa de Bailey cuyo significado era: “un defecto en la capacidad de sentir”. También, se crearon grandes centros para la atención de pacientes con enfermedades respiratorias a cargo del químico y fisiólogo Humphry Davy, quien mostró la utilidad del óxido nitroso, pues al utilizarlo desaparecía el dolor y, además, daba una sensación placentera y es quien lo nombra “gas hilarante” (Kitz, 1988, p. 5).

La identificación de una sustancia del ambiente que entraba en los pulmones a la que se le llamó flogisto, durante varios experimentos con mercurio se produce la determinación del oxígeno, se aprecia que tiene relación con la vida estos trabajos pertenecen a Joseph Priestley en 1774, quizá el compuesto denominado flogisto, tenga relación con el recién encontrado oxígeno, también se aisló el óxido nitroso, que no fue aceptado en ese momento debido a que le atribuyeron infecciones en los pacientes.

Finalmente, Antonio Lavoisier fue quien reconoció al flogisto como el oxígeno, refiriendo que se encuentra en la atmósfera. Hace alusión a los distintos compuestos de la atmósfera, mencionando que no todos son útiles para la vida. Con todos estos conocimientos se inicia la terapia respiratoria (Longnecker et al., 2012).

Los usos del óxido nitroso, fueron diversos ya que poseía características que lo hacían interesante para otras aplicaciones no médicas. Davy, mencionado en Aldrete, (1986, p. 11), observó en los pacientes la sensación placentera que producía el óxido nitroso, hecho que se difundió en la sociedad. En la actualidad el óxido nitroso se utiliza como segundo gas en muchas partes del mundo, reduciendo costos y además también con fines lúdicos en algunos ámbitos sociales.

El óxido nitroso y su efecto como gas hilarante o de la “risa” fue llevado al público por Gardner Quincy Colton el 10 de diciembre de 1844. Durante el evento un participante que inhaló óxido nitroso se agitó y empezó a forcejear, por lo que se lastimó una pierna. Sin embargo, se pudo apreciar que no le causó molestias, pues no logró darse cuenta de ello. Este hecho observado por los asistentes entre ellos un odontólogo Horace Wells despertó gran inquietud y al ver

el significado del hecho, lo replicó posteriormente con un amigo al extraerle un órgano dental, Wells, decide compartir este hecho al mundo, la extracción de un órgano dental sin dolor. Un alumno de Wells, Morton que vivía en Boston decide en la escuela de Medicina de Harvard hace una demostración del efecto del óxido nitroso, sin embargo, fue un fracaso, porque al intentar extraer un órgano dental, el paciente manifestó dolor importante, pero, posteriormente el paciente no recordaba lo sucedido hecho que dejó ver el efecto amnésico del medicamento (Collins, 1988, p. 5).

Morton decide experimentar con el éter, que producía analgesia y al extraer un diente de un comerciante de esa ciudad con gran satisfacción observa que no experimentó dolor. Ello lo motiva para hacer una demostración pública en el Massachusetts General Hospital el 16 de octubre de 1846, fecha en la que se registra la primera demostración pública de eterización, siendo un acontecimiento breve, preciso, pero conmocionó al mundo según lo refiere Collins (1988). Fue el literato Oliver Wendell Holmes profesor de anatomía quien escogió la palabra griega *anestesia* para definir el procedimiento. A partir de esta fecha se realizaron demostraciones en otras partes del mundo con éter, el 15 de diciembre en París y el 18 de diciembre en Londres en el mismo año (Kavanagh, 1928). Con todos estos descubrimientos, se inicia la anestesia quirúrgica. Por ello el 16 de octubre se conoce como “Día del Anestesiólogo”.

En ese mismo periodo de tiempo, en Londres el médico general, investigador, clínico y epidemiólogo John Snow (1813-1858), incursionaba en la ventilación mecánica y al recibir la información sobre el éter, procedente de Estados Unidos, lo estudia y publica informes sobre su uso. Durante la investigación surgen otros compuestos como el cloroformo, utilizado en otros países en obstetricia con buenos resultados lo que motivó al Dr. Snow a utilizarlo. El caso más destacado donde lo usó fue con la Reyna Victoria, asistiéndola para dar a luz al príncipe Leopoldo, motivo por el que le llamaron el que daba: “anestesia a la reina”. Posteriormente, publica en 1858 su libro sobre el uso del cloroformo y otros anestésicos, en los que se destaca el cuidado de la respiración y el pulso. Y es considerado el primer médico que se especializó en anestesia (Collins, 1988, p.6).

Poco tiempo después del primer uso exitoso del cloroformo con la Reyna Victoria, en 1848, se refiere la primera muerte por anestesia; Hannah Greener, de 15 años de edad, muere al extraérsele una uña de un pie bajo efectos del cloroformo, procedimiento realizado por el Dr. Meggison. Curiosamente en esta ocasión se intenta reanimar con “brandy”. Y es la primera muerte que se recuerda con el uso de la anestesia (Bacon, 2012.) Quizá este hecho, al paso de los años ha sido la génesis de la estigmatización de la anestesiología, a la que todos le temen.

Este fue un hecho que marcó el progreso de la anestesiología y se inició el concepto de seguridad. En Londres se escribe respecto a lo sucedido y se generan aforismos o recomendaciones para cuando se anestesie con cloroformo o con éter. Se formó la *Hyderabad Chloroform Commission* quien emitió sugerencias y precauciones para el uso de este gas: método de administración, que se descontinuara su uso en operaciones o cirugía menor y que el anestesta que decidiera usar este gas se apegara a las reglas establecidas. Estos principios de seguridad como se puede ver son importantes, y forma parte de las políticas actuales sobre el ejercicio de la medicina, los principales problemas seguían siendo no sentir dolor y que no se infecte una herida. También, durante este proceso se aprecia la descripción de la reanimación, concepto con el que se vincula a la anestesiología, como más adelante se verá en otros países se habla de anestesiología y reanimación ejemplo de ello es España.

De manera simultánea, el desarrollo de otras disciplinas llevó a aislar de la hoja de coca el alcaloide al que se llamó cocaína. En 1860 Albert Niemann, apreciando el entumecimiento de la lengua, también, se administró en el ojo produciendo insensibilidad al ser operado. Otros instrumentos fueron diseñados como agujas, jeringas lo que permitió realizar otros procedimientos distintos a la inicial en donde las pastas de cocaína eran untadas en la lesión (Aldrete, 1986, p. 14). Posteriormente, se adicionó a los anestésicos locales adrenalina para prolongar su acción. Las investigaciones continuaron y en 1890 se sintetiza el cloruro de etilo que actualmente es útil en actividades deportivas, donde es administrado en *spray* como un anestésico local por ejemplo en el fútbol.

En 1903 se sintetiza y utiliza la procaína, y en 1921 Pagés la utiliza a nivel epidural, 1947 cuando se utiliza por primera vez la lidocaína que es el anestésico local más utilizado, en todos los ámbitos médicos. La que posee un abanico de posibilidades en las vías de administración. La anestesia regional se inició cuando Leonard Corning mencionado por Collins (1988, p. 7) de manera accidental administra cocaína subaracnoidea en un perro quien queda imposibilitado temporalmente para movilizar sus extremidades. Posteriormente, esta técnica es utilizada en humanos. Esta técnica inicialmente se aplicó en un hombre para colocar una sonda uretral quien refirió no sentir dolor, por lo que sugiere a sus colegas esta técnica para sustituir a la anestesia inhalatoria o local en cirugía de genitales (Kitz, 1988, p. 7). En la actualidad es una de las técnicas más utilizadas en América Latina. Se le conoce como anestesia neuroaxial y puede tener varias modalidades: epidural, subdural y subaracnoidea. El desarrollo de técnicas regiona-

les, el advenimiento de nuevos medicamentos para su uso como anestésicos inhalatorios e intravenosos caracterizó a los noventas. Así como el conocimiento de la fisiología y sus cambios bajo el efecto de los anestésicos.

A partir de 1950 se sintetizan nuevos fármacos que marcan la historia de la anestesiología: inhalatorios y endovenosos. Los anestésicos intravenosos que dieron una matiz distinto al quehacer del anesthesiologo son: 1942 el uso del curare, 1949 el hexametonio ambos relajantes musculares, posteriormente pancuronio, vecuronio y actualmente rocuronio. En el grupo de los agentes inhalatorios: el halotano (1951), el enflorano (1966), el desflorano, el isoflurano y el sevorane. Por otro lado, los benzodicepinas (1950), fentanil (1960), ketamina (1966), alfentanil (1975), propofol en 1977 (Aldrete, 1986, pp. 13-23).

El presente siglo, ha tenido grandes innovaciones: la monitorización de primera línea, medicamentos nuevos, el ultrasonido aplicado en la anestesiología, como consecuencia de todo este conocimiento y las las innovaciones tecnológicas, surge esta joven especialidad y se ha fortalecido para hacerla más segura para el paciente.

## **1.2 Surge en México una nueva ciencia**

El surgimiento de la anestesia y su evolución en nuestro país no está muy documentado, motivo por el cual, los datos que se tienen son sustraídos de los pocos artículos que se encontraron. En el Imperio azteca, se utilizaban brebajes extraídos de plantas para atenuar el dolor que se producía al sacrificar a los elejidos para tal hecho, en ofrecimiento a los Dioses, existen referentes que mencionan que este acto se realizaba bajo el efecto de extractos de herbales. En la Colonia se abrió la primera universidad por el Virrey Don Antonio de Mendoza en 1551, donde únicamente se preparaban como médicos, sin considerar lo quirúrgico. Cuando se requería alguna intervención la realizaba el barbero sin anestesia. Fue hasta 1778, cuando se fundó la Escuela de Cirugía por barberos, dentistas y flebotomianos, quienes también omitían el uso de anestesia. El alcohol ingerido hasta la intoxicación, durante la época de la Independencia fue el método utilizado para la realización de cirugía de guerra (Bandera, 1960, p. 90).

Con el paso del tiempo, los cirujanos incursionaron en la realización de cirugías más complejas, el uso del cloroformo inicialmente permitió la realización de las mismas. Algunos médicos se interesaron en la actividad de anestesiar. El Dr. Ramón Alfaro y González de Cosío (1809-1869), de quien no se tiene muchos datos, pero es referido por el Dr. Heliodoro Valle, como un médico mexicano, graduado en 1832, desempeñó cargos de director del Departamento Médico y Cirugía del Hospital San Juan de Dios, de Toluca en 1836 y director supernumerario

del Hospital de San Andrés en 1850. Múltiples publicaciones se refieren al Dr. Alfaro quien se desempeñó como editor de la Gaceta Médica de México (Sánchez, 2007, p.528).

Primera en su género en donde se divulgaron las experiencias con el uso de este agente anestésico. Sin embargo, la primera descripción respecto a la anestesia general data del año 1847, donde se refiere que el Dr. John Potter, médico militar inglés autorizó al encargado del Hospital General de Veracruz atender a uno de sus soldados para la realización de una amputación de una extremidad, observando que los médicos mexicanos también utilizaban el cloroformo. Hecho que sucedió durante la guerra entre México y Estados Unidos, este dato es tomado de las Notas del Dr. Potter descritas por diversos autores (Sánchez, 2007; Bandera, 1960; Fernández, 1848; Alfaro, 1851).

Posteriormente, el Dr. Alfaro (1851) ingresó a la Sociedad de la Academia Nacional de Medicina el 12 de septiembre de 1866. Uno de sus artículos publicado en 1852, del cual inicialmente compartió el 31 de diciembre de 1851 con colegas fue sobre las experiencias con el uso del cloroformo en pacientes para anestesia general. Son muchos los puntos que trató dejando ver el conocimiento y la experiencia con el uso del fármaco. Uno de los elementos iniciales que citó, fue el cuidado en la preparación en relación a las fórmulas de Liebig y Soubelran quienes lo sintetizaron en 1834. La pureza y la calidad, los efectos secundarios a su administración sobre todo el vómito y la explicación que dio correspondían a la cantidad de aceite que contenía. También, explicó los efectos fisiológicos observados y dedujo que hacía efecto porque ingresaba al pulmón. Las causas de muerte con el uso del cloroformo las asoció con procesos como la hepatización y su acción sobre la coagulación. De igual forma, comentó que debe administrarse por personal experimentado y que se dedique de manera exclusiva a la vigilancia del paciente durante la cirugía (2013, pp. 136-137). Por lo tanto, la investigación y seguridad ya empezaban a ser consideradas.

Realmente es sorprendente la información y el conocimiento que el Dr. Alfaro refiere con respecto al uso del cloroformo, como se puede ver, tiene una clara visión del papel del que se encarga de administrar los fármacos anestésicos, como sustancias potencialmente mortales. Además, establece a manera de norma una serie de recomendaciones respecto a los problemas potenciales y antagonismo de efectos, mencionando la importancia de la vigilancia y monitorización continua. Son estos elementos las bases de la seguridad en la anestesia moderna.

Finalmente, el Dr. Alfaro relata doce casos de pacientes a los que se había administrado cloroformo para realización de cirugía, mencionando que la misma se pudo efectuar de manera satisfactoria en cuatro casos, otros más presentaron conductas inadecuadas pero la cirugía se

realizó sin anestesia y otros más presentaron: epilepsia, epistaxis y lipotimia. En un caso se difirió la cirugía. La casuística presentada y la honestidad fueron piedra angular, para determinar que el cloroformo debía conocerse antes de ser utilizado. A raíz de esa presentación se reunieron nuevamente para comentar las experiencias y compartir los conocimientos algunos médicos que estaban en la actividad e interés, el 16 y 29 de febrero de 1952, toda esta información fue recopilada por el Dr. Sánchez (Marrón y Moreno, 2013, p. 138).

Por otro lado, existen otros escritos que refieren que el uso del cloroformo y éter fueron utilizados por el Dr. José Pablo Martínez del Río en 1847, quien, durante la guerra entre México y Estados Unidos, utilizó los anestésicos inhalados de esa época reportando que “tal innovación, permite practicar las más arduas y más terribles operaciones de alta cirugía” (Sáenz, 1985, p. 151) además en 1878, el Dr. Martínez del Río publica su artículo titulado “La anestesia en la práctica de la obstetricia” en la revista de la Academia Nacional de Medicina citado por Martínez, (1878) y Liondas, (2009). Sáenz (1985) refiere que la primera administración de anestesia general en nuestro país fue en la ciudad de Mérida, Yucatán por el Dr. Sansores (p. 153).

Como se puede apreciar, la paternidad de la primera anestesia en México, puede ser atribuida a diversos autores, ya que existen varias opiniones. Probablemente, la explicación a esto se muestra cuando el Dr. Alfaro en 1952, en una de las reuniones de científicos, se percató de que existían un gran número de personas que se dedican a la administración de cloroformo (Sánchez, 2007). Quienes se dedicaban a la administración de la anestesia en su mayor parte eran médicos, sin embargo, había personal que desempeñaba esta actividad sin serlo. Por lo que, las complicaciones, incidentes y la mortalidad, se podía presentar. Fue así como de manera semejante a lo expresado en el ámbito internacional, se exhortó a quienes realizaban esta práctica a enriquecer sus conocimientos de los fármacos que se usan, a generar la experiencia, el cuidado continuo, la vigilancia estrecha del paciente que se encuentra bajo los efectos de estas sustancias, que son potencialmente letales.

Así, tanto el Dr. Alfaro como el Dr. Emilio Varela sugieren que, el personal de la salud dedicado a la práctica de la anestesia, debería ser un médico, dadas las exigencias y la responsabilidad que entraña el ejercicio de la misma y las complicaciones que se habían observado (Marrón y Moreno, 2013). Desde ese momento se consideró a la anestesiología una rama de la medicina con un perfil específico y altas exigencias clínicas, cognitivas, habilidades, destrezas y con un perfil humanístico. Otro médico destacado, fue el Dr. Benjamín Bandera, quien en 1960 divulgó en la Revista Mexicana de Anestesiología su artículo titulado: “Historia de la anestesia en México: evolución, desarrollo y futuro” (Marrón y Moreno 2013, p.139)



Tal fue el éxito de la anestesia que para el año 1902, el Dr. Adrián Garay profesor de clínica Quirúrgica de la Escuela Nacional de Medicina, precisaba: “La anestesia general ha permitido practicar operaciones largas, difíciles que no habían podido ser resistidas de otro modo” (Garay, 1909). Las técnicas para anestesiarse de acuerdo con los conocimientos adquiridos hasta este momento permitían realizar algunos procedimientos, sin embargo, las herramientas con las que se contaba para el trabajo consistían: en una mascarilla, gasas, pinza para fraccionar la lengua, abre bocas, gotero, cubierta metálica en caso del éter, estrocnina y aceite alcanforado y adrenalina para complicaciones en la “raquia” (Bandera, 1960, p. 91).

Durante el siglo XX el desarrollo de la anestesiología fue vertiginoso, en 1946 se inicia con la administración de curares. En 1942 el Dr. Martín Maquivar estudia en perros la ventilación artificial lo que coloca las bases para la cirugía de tórax. El nivel adquirido en México iba de la mano con lo visto a nivel mundial. Fue en 1945 donde se inician los procedimientos de alta complejidad como la cirugía de corazón desde el conducto arterioso, la coartación de la aorta, comisurotomías mitrales realizadas y a cargo del manejo anestésico por el Dr. Francisco Cid Fierro y el Dr. Maquivar. Finalmente, en 1957, se realizó la primera cirugía a corazón abierto.

La primera anestesia con halotano se realizó en el Instituto Mexicano del Seguro Social el 16 de noviembre de 1956 (Sánchez, 2007, p. 527). Durante el VI Curso de Actualización en Anestesiología. A partir de ese año, los anestésicos inhalatorios nuevos han desfilado: enflurano, isoflurano, desflurano y sevoflurano, los dos últimos de uso actual en nuestro país.

Así, la anestesiología ha evolucionado con la presencia de varios médicos en distintas partes del país donde destaca la ciudad de México, Guadalajara, San Luis Potosí. Con un desarrollo en las técnicas, en los fármacos, con apoyo de la industria farmacéutica en cuanto a la monitorización y con la formación de sociedades y colegios en las entidades federativas, con la finalidad de preservar la formación médica de los anestesiólogos. Este es uno de los componentes del profesional de la salud que emerge a lo largo de la historia como manifestación del profesionalismo: la actualización médica continua.

Como se puede observar, el ejercicio de la anestesiología motiva a quienes la practican y se dedicaban a compartir las experiencias y las investigaciones, relacionados con la formación académica y gremial (como la referida en el párrafo anterior). Por ello realizaban reuniones en las que estos tópicos eran abordados. El sentido de pertenencia a un grupo, marcó el sendero de los anestesiólogos, con la finalidad de asirse al mismo y compartir diversos ideales centrados en la anestesiología. Esto dio como resultado la formación de la Sociedad de Anestésistas de Mé-

xico (1934-1947) que, posteriormente, cambió su nombre a Sociedad Mexicana de Anestesiología (1948-1995). Esta sociedad modificó nuevamente su nombre a Colegio Mexicano de Anestesiología, desde 1995 hasta nuestros días.

A partir de la segunda etapa de desarrollo, uno de sus objetivos principales fue impulsar la enseñanza de la disciplina y un compromiso con la formación médica continua, tanto en la especialidad como para los especialistas ya formados (Marrón, 2001). Esta tradición ha crecido con los años, siendo actualmente una exigencia la certificación de los colegios para poder ejercer la profesión.

Ramírez, Moreno, Gardner, Gómez, Calderón, Sáenz, Reyes y Jaramillo (2008) manifiesta la importancia de conjuntar la experiencia obtenida en las ciencias sociales y en la educación para y llevarla al campo de la formación de los anestesiólogos, en la educación en el trabajo. Sin embargo, Hamuí (2014), refiere que es un proceso complejo en el que influyen varios factores para su conclusión. Y que tanto las instituciones sanitarias como las educativas de posgrado deben incidir en la desarrollo de recursos sanitarios. Durante la formación de los médicos becarios, el humanismo se hace manifiesto, tener presente esta corriente teórica tanto en la formación como en la atención al paciente podría modificar los resultados que en este momento se aprecian. Galindo y Galindo (2008) y Talavera (2014) se refieren a la importancia de la humanización en el trabajo, y la necesidad de aprenderlo para mejorar la atención a pacientes y las relaciones intralaborales de médicos residentes y médicos adscritos, lo que impacta en el ámbito de rendimiento, desempeño y aprendizaje del médico residente.

Este aprendizaje es progresivo, Hilton y Stonick (2018) lo refieren en saltos ascendentes en donde se acumulan conocimientos y habilidades promovidos por las experiencias cotidianas de la residencia, por supuesto está en relación con la actitud del alumno y del medio en el que se desarrolla. Al respecto, Álvarez y Del Río (2005) comentan que buscar la mejora continua redundará en una atención más humana e integral. En el proceso de aprendizaje-enseñanza, la evaluación (Dorotta, 2006) es una de las estrategias para conocer el donde se ubica el médico en la distancia comprendida entre el desarrollo real y el desarrollo potencial. Y entonces ubicarlo en categorías que Rees (2005) categoriza en: novato, competente y experto, que en la vida del hospital escuela sería equivalente al médico residentes recién ingresado a la especialidad, al de mayor grado jerárquico y al médico adscrito respectivamente.

### **1.3 La anestesiología a través del tiempo**

A partir de los adelantos científicos en los que la anestesiología se ha visto envuelta así como las innovaciones y la evolución de la cirugía, la anestesiología ha tenido otras expectativas y ha migrado a otras áreas. Es una especialidad joven con un futuro espectacular, no es posible restringirla únicamente a la sala de operaciones. El trabajo al interior del quirófano es muy exigente, requiere conocimientos de múltiples especialidades médicas y quirúrgicas, ya que la anestesiología atiende en principio a los procedimientos de todos los órganos que se puedan operar. Así, haciendo un recorrido muy general, se puede ver de cabeza a pies que, las cirugías que impliquen procedimientos de la cabeza, cerebro, cara, ojos, nariz, boca, cuello, grandes vasos, tiroides, huesos, glándula mamaria, pulmones, corazón esófago, estómago, páncreas, hígado, vía biliar, intestinos (delgado y grueso), genitales masculinos y femeninos, recto, ano, extremidades superiores e inferiores y la columna vertebral requieren de la anestesia.

Por lo tanto, la relación que guarda la anestesiología con todas las especialidades y subespecialidades quirúrgicas es estrecha: neurocirugía, cirugía de tórax, maxilofacial, cirugías cardiorácica, cirugía general, oftalmología, otorrinolaringología, oncología, urología, ortopedia, traumatología por mencionar algunas de ellas. También, en relación al tipo de pacientes que los anestesiólogos atienden no hay límites: hombres, mujeres, recién nacidos, niños, adolescentes, jóvenes, adultos y ancianos. Embarazadas atendiendo al binomio y múltiples patologías no quirúrgicas con las que tiene relación: neurológicas, cardiológicas (infartos), patologías congénitas, endócrinas como diabetes, síndrome metabólico. Por lo antes comentado, la anestesiología tiene algunas áreas de alta especialidad en donde se atienden determinados pacientes que por su grado de complejidad, deben ser atendidos por personal muy calificado, entre ellas se encuentra la anestesiología pediátrica, anestesia cardiovascular, neuroanestesia, terapia intensiva, inhaloterapia y más recientemente, el tratamiento de dolor crónico (algología) y cuidados paliativos (atención a pacientes en la etapa terminal de la vida).

Existen áreas en donde el anestesiólogo puede desempeñar sus actividades: en primer lugar, la sala quirúrgica que es el área donde se efectúan las cirugías, la unidad de cuidados postanestésicos (UCPA), conocida en nuestro país con la palabra “recuperación”, que es donde antes y después de una intervención quirúrgica se recibe al paciente con la finalidad de prodigarle los cuidados que al caso confieran, procurando la buena evolución del paciente. La consulta o valoración previa a la anestesia, es un área relativamente nueva, en donde se valora a los pacientes programados para una cirugía, con la finalidad de conocer su estado de salud, evaluar sus condiciones de acuerdo a los procedimientos a realizarse. De igual forma, informar la técnica

anestésica que pudiera proponerse, explicar los riesgos inherentes por su enfermedad, sus condiciones de salud y por la intervención. Además, verificar la disponibilidad de derivados plasmáticos y dar indicaciones de ayuno, higiene y otras especificaciones.

Actualmente, la anestesiología ha pasado el límite del *transfer* del quirófano, se requiere la presencia del anestesiólogo en otras áreas del hospital: radiología específicamente para atender a pacientes cuya condición (edad, salud) no les permite cooperar para la realización de estudios como tomografías y resonancias. La radiología intervencionista requiere en algunos casos la presencia del anestesiólogo para apoyo en tomas de biopsia y otros procedimientos. Apoyo a gastroenterología, con pacientes que requieren atención especializada para endoscopías, colonoscopías y otros estudios más.

La cardiología intervencionista y la neuroradiología intervencionista son campos en los que el anestesiólogo se desempeña, interviniendo en pacientes de alto riesgo. Durante los últimos años, se ha visto la participación intensa de los anestesiólogos en los equipos de reanimación (kitz, 1988) y de respuesta rápida. El área de dominio de la anestesia es la vía aérea misma que está presente en cualquier lugar donde exista un paciente, por lo que, ante una emergencia en ella, el anestesiólogo es llamado a cualquier parte de un hospital.

Un capítulo especial lo conforman los centros de traumatología, donde la legislación establece la participación del anestesiólogo en el equipo traumatológico para estabilizar a un paciente grave. El dolor y su tratamiento ha sido un reto como se revisó al inicio de este capítulo. Sin embargo, existe una alta especialidad llamada algología, la que trata el dolor, mediante una clínica donde son implementados tratamientos diversos, farmacológicos y no farmacológicos. Otras actividades en las que el anestesiólogo ha incursionado son la investigación y la docencia. La investigación desde sus albores con el Dr. Alfaro (1851) y Dr. Martínez (1878) ha continuado. La enseñanza de la anestesiología, ha tenido cambios desde su inicio hasta la época actual. Ha sido un proceso que se ha asimilado de diversas formas de acuerdo a los distintos países del mundo

Como conclusión, la anestesiología es una rama de la medicina muy joven, surge como una respuesta a la necesidad del cuidado de los pacientes con un objetivo único: el dominio y sometimiento del dolor. Conforme el tiempo ha pasado, se ha transformado en una muy amplia, diversa y dinámica área del conocimiento, donde las exigencias son altas, pues todos los medicamentos que en ella se utilizan son potencialmente letales. De ahí, que, los conocimientos científicos requeridos se deban cuidar, pues se interactúa con especialistas de distintas áreas del

conocimiento médico. Además, las interacciones con el personal de las otras especialidades quirúrgicas se realizan en los escenarios de desempeño que en algunas ocasiones son sumamente estresantes.

La reanimación de pacientes graves, la presencia de paros cardíacos, son experiencias que modifican al ser humano que se enfrenta a esos hechos, dejando una huella en su ser. Mirar por el paciente, cuidarlo de manera especial, todo el tiempo, respetarlo y poner a su servicio nuestros conocimientos y nuestra entrega, sin olvidar ver al ser humano vulnerable, que requiere ayuda y se pone en las manos del anesthesiólogo para cuidar de su vida. Esa es la labor del anesthesiólogo. Por ello el ejercicio de la anestesiología debe realizarse bajo los más altos estándares de conocimientos, de actitudes, comportamientos, destrezas, habilidades y valores.

## Capítulo II

### ¿Cómo se esculpe un médico especialista en anestesiología?

Las especialidades médicas han sido una propuesta de la medicina que da respuesta a las demandas de atención cada día más específicas sobre órganos y sistemas. Inicialmente, la medicina general correspondía a las necesidades imperantes, pero, actualmente con el advenimiento y desarrollo de nuevas tecnologías que han impactado en distintas áreas del saber humano y en especial de la medicina, se requiere la formación profesional de médicos en áreas determinadas.

Sin embargo, la preparación de los médicos especialistas conforma un reto académico, político, económico, institucional, legal y en diversos órdenes para subsanar una necesidad de la población y dar respuesta a la formación profesional médica, de acuerdo con las palabras del Dr. Ignacio Chávez (1958) quien menciona las fortalezas y la debilidades de la medicina de especialización citado en Pérez (2013, p. 350). Así, la *formación de médicos especialistas* debe entenderse como un compromiso entre una Institución de salud y una institución académica, normalmente una Universidad, con la finalidad de egresar médicos especialistas, cuyo perfil de egreso responda a las necesidades de salud de los sujetos, en un marco de respeto social, cultural y económico (definición propia).

Existen muchas especialidades médicas y la anestesiología es una de ellas. Se ubica dentro del área quirúrgica, pero conjunta varios saberes de otras especialidades. La definición de anestesiología que contiene varios de los elementos que diversos autores han cuñado es la siguiente: rama de la medicina y especialidad médica que tiene como objetivo el alivio del dolor y el cuidado completo e integral del paciente quirúrgico, antes, durante y después de la cirugía (Longnecker et al., 2012, p. 11). De tal forma, que, un anestesiólogo es un médico especialista con autoridad científica en anestesiología (Ibarra, Galindo, Molano, Echeverry, Rincón, Hani, Sabbagh, Donado, Artuduanza, Carbonell, Vieira, Gaidos, Orozco, Tigós, Ruíz, Barona, Fonseca y Polania, 2012, p. 70). Por lo que su formación es importante desde un enfoque integral.

La formación médica en anestesiología en México está regida por el Plan Único de Especialidades Médicas (PUEM) que, es un proyecto para la formación de residentes de diversas especialidades médicas, con un sentido humanista y vocación social. Con la finalidad de que, al concluirlo puedan desarrollar la práctica profesional para la cual se han preparado.

El Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) es el documento que marca las directrices generales de los programas a seguir. Una situación especial con respecto a la formación de médicos especialistas refiere Vilar Puig, quien fue Jefe de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en 2014, menciona la imperiosa necesidad de especialistas acorde con las necesidades de la población proyectadas para los próximos años donde se requerirá de más geriatras, cardiólogos, internistas, oncólogos y psiquiatras, así como especialistas en enfermedades crónico degenerativas. Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo económico (OCDE) en México faltan, aproximadamente 68,000 especialistas, pero no es posible solventarlo porque los recursos existentes no alcanzan. Debido a que existen limitantes por parte de la Secretaría de Hacienda. De igual forma, las instituciones formadoras de personal becario de posgrado no tienen la capacidad para formar más elementos y harían falta docentes para su formación (Tirado, 2014).

## **2.1 Compartir es crecer y trascender**

Inicialmente y de manera breve se describe la formación de los médicos y posteriormente la formación de los especialistas, ya que mediante la contextualización histórica será posible comprender de qué forma emerge la formación de los especialistas.

Hau (1993), menciona que la formación médica se inició hacia el año 800 en los hospitales islámicos, pero fue hasta el año 982 en Bagdad en el hospital Adudi, donde se conjuntaron expertos en distintas áreas de la medicina y por “primera vez en la historia de la medicina se unen la formación médica (teórica) y práctica en la cama del enfermo” (p. 75). A finales del siglo X en el monasterio de Montecasino, se fabricaba la esponja soporífera, que era utilizada por el médico de la época para anestesiarse a los pacientes, lo usaban médicos que trataban distintas enfermedades.

A mediados del siglo XIII Arnau de Vilanova médico catalán administraba recetas preparadas con mandrágora, beleño y opio para realizar amputaciones, señalando que se inhalaban dependiendo de lo que necesitara el paciente citado en Hau (1993, p. 80). En el siglo XII y XIII se crearon otros hospitales como centros formadores de médicos. En el siglo XII se introdujeron nuevas materias científicas, procedentes de los árabes desplazando a las tradiciones cristianas. Destacando diversas ciudades: Salerno, Montpellier y París y en España Salamanca, en ellas

se establece la presencia de profesor y alumno, y una forma de corporación entre ellos. Creándose las primeras universidades y facultades (p.87).

Los hospitales continuaron creciendo en distintos lugares, en algunos se diseñaron como hospital, monasterio y panteón, y fueron atendidos por médicos, cirujanos, cuidadores y servidores. Durante el siglo XIII en Oriente, los seléucidas, formaron hospitales con dos edificios, una escuela y un hospital comunicados, uno de los edificios más famosos es el conocido como “edificio de doble uso” construido en 1206 en Kayseri. Donde se impartió una enseñanza teórica y práctica de la medicina. En el año 1700 Boerhaave, en Leiden, implementa una forma de enseñar a los médicos. Ello consiste en pequeños grupos, frente al paciente y presentando cada caso. También, integra otras materias para su aprendizaje conservando algunos métodos y tradiciones de su época. Lo que sirvió de ejemplo para otras partes de Europa y Norteamérica donde los discípulos de este famoso médico ocuparon todas las cátedras según lo cita Boschung (1993, p. 203).

La escuela Vianesa, promueve la enseñanza junto al lecho del enfermo, tiene como modelo a seguir la medicina de Leiden, y de esta forma “Viena se transforma en un centro de categoría mundial en medicina” Boschung (1993, p. 218), dando a la observación, exploración y a la experiencia gran importancia para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

El origen de las especialidades médicas se remonta al siglo XVII. Uno de los autores que ha explorado esta área es Terrés-Speziale (2000) quien refiere lo que Descartes (1596-1660) puntualizó hace más de tres siglos sobre el conocimiento de la realidad, mencionando que solo se puede conocer si se divide en sus partes. Así, al dividir a la medicina en partes es como han surgido las especialidades médicas, que se iniciaron de manera informal en el siglo XVII y evolucionó hacia la educación formal.

El siglo XVIII es la edad dorada para algunos médicos, que se ubicaron en el grupo de la nobleza, con ingresos exageradamente altos y gozaban de una situación social privilegiada (Engelhardt, 1993, p.238). Otros sobretodo los médicos rurales tenían salarios escasos, por lo que el gobierno les otorgó un apoyo. Sin embargo, esta época de opulencia dependía de clientes en la clase acomodada, y esa condición implicó una fuerte dependencia económica, que no sostenible.

Analizar el origen de las especialidades médicas implica remontarse a momentos históricos. En ese sentido, son dos etapas las que se mencionan (Donovan, Rodríguez, Casas y Galeana, 2013): la primera, en el inicio la Revolución Francesa y finaliza con el inicio de la Primera



Guerra Mundial en 1914 (XIX); y la siguiente etapa inicia con el término del bloque soviético en 1991 y continua hasta el momento actual.

Durante el primer periodo también llamado largo, se vivieron cambios económicos, políticos, sociales y condiciones de salud que condujeron a la implementación de modificaciones en los sistemas de sanitarios, los que influyeron en la forma de ejercer la actividad del médico, quien se identificó con la clase dominante asumiendo los principios y valores burgueses (Buzzi, 2008).

Se iniciaron las clases en los hospitales, con profesores con experiencia quienes recibían honorarios por impartir las clases. París se convirtió en la metrópoli, donde se formaban grandes médicos. Alemania, también mostró su desarrollo, sobre todo en política médica, higiene pública y medicina legal, anatomía y cirugía, farmacia, química, fisiología y patología. Buzzi (2008), refiere que el máximo exponente alemán fue Virchow (1821-1902) quien en su gran obra: *“La patología celular”*, expresa la descripción del cuerpo humano como una democracia celular. En su publicación *“Solo colegas Médicos”* expresa que se puede ser médico, científico y clínico. Otras áreas del conocimiento destacaron en la medicina entre ellas la aplicación de las ciencias sociales al estudio de la medicina se inició a en el siglo XIX, así Emilio Durkheim plasmó cuestiones socio médicas referentes al suicidio en una de sus obras maestras.

En Estados Unidos el desarrollo fue con base en el grupo formado en Leiden, que tenía su sede en Filadelfia, ya que, aún prevalescían en la sociedad, prácticas muy arraigadas y a nivel de la enseñanza, se continuaban las clases con métodos artesanales (como se mostró en el capítulo anterior en la historia de la anestesiología). En 1846, se muestra el trabajo experimental con el éter a otros médicos, mostrando la narcosis por inhalación, todo ello bajo la enseñanza empírica, ensayo-error.

Y de la misma foma en Inglaterra Snow referido por Aldrete (1986), muestra mediante esa forma de aprender experimental sobre humanos las bondades de la narcosis inhalada. Los médicos que hicieron uso de todos estos medicamentos eran, odontólogos, cirujanos y obstetras. Fue hasta 1870 cuando se establecieron exámenes oficiales y normativas para conceder la autorización del ejercicio médico (Engelhardt, 1993, p. 246). En esta época se desarrolló la medicina interna, pediatría y la psiquiatría, quienes desde su origen estaban impregnadas de los valores y actitudes sociales, frente al enfermo mental. En México, la atención inicial a estos enfermos fue en el Hospital de San Hipólito en 1566, donde se logró el servicio a inicios del siglo XX. La Farmacología moderna se inicia en Alemania con Friedrich Serturmer (1783-1841), donde a ex-

pensas de los conocimientos iniciales de la morfina se atendieron pacientes, medicamento fundamental en el trabajo anestésico, del cual se derivan sucedáneos de uso actual. El primer instituto de farmacología se fundó en Alemania en 1856 por Rudolf Buchheim. De igual modo surgió la dermatología y continuó el desarrollo y crecimiento de la pediatría y la psiquiatría desde una mirada positivista, reduccionistas y de parcialización del cuerpo como lo expresa Casas-Patiño (2015), sin embargo, el desarrollo de cada disciplina dejaba de lado el conocimiento del enfermo como otro ser humano.

En 1893 la Universidad de Johns Hopkins, ubicada en los Estados Unidos se concibió la educación médica en el campo de estudios superiores como ciencia básica y medicina hospitalaria. Reclutando dentro de los profesores no a locales, sino a investigadores de otras ciudades como Baltimore (Kitz, 1988; Sánchez, 2007). Y fue en este lugar donde se acuñó el término *residencia médica* debido a que los que en ella se formaban viven o residían en el hospital. Welch y Oster, destacados médicos especialistas, el primero en patología clínica y el segundo en historia, respetando las tradiciones de la profesión según lo expresan, crearon en 1904 la Sociedad Médica Americana (AMA). Crearon centros docentes y planes de enseñanza para la formación de los especialistas. En 1910, en Estados Unidos, Flexner presenta su informe citando que la enseñanza médica es “pésima y critica los escasos medios y el profesorado incompetente de las escuelas” (Winau, 1993, p. 376) teniendo gran impacto en el desarrollo de la formación médica.

En Berlín, en 1923 se inaugura una nueva forma de enseñar y es por medio de películas didácticas para los médicos, estos pequeños cortometrajes tenían escenas aisladas de los pacientes y su evolución. En Gran Bretaña en 1924, se realizaron organizaciones de especialistas médicos con la finalidad de que se diera ese reconocimiento (Winau, 1993, p. 408) comprendiendo que la formación como especialista lo sustentaba.

La segunda etapa, inicia con la caída de bloque soviético en 1991, con el desarrollo de la tecnología y la tendencia mundial hacia la especialización. En este periodo la división del trabajo generó una serie de relaciones complicadas en el seno de la medicina ya que se expresaba la necesidad de la especialización en determinadas áreas a nivel mundial. Buscando ascender y el reconocimiento a su labor, el anestesiólogo sobre la enfermera anestésista, el tocólogo sobre las comadronas para manejar partos.

En Francia se generaron cambios, se alineó a los intereses privados y particulares, como elemento de bien mercantil y herramienta de elección popular el quehacer médico (Siberman,

2009; Douglas, 2012). Posteriormente, se convirtió en la maquinaria de la sociedad industrializada. Con enormes desigualdades, se vive en crisis porque la relación médico-paciente se ha transformado dando lugar al *marketing* televisivo pagado y plagado de empresas privadas. Se encuentra envuelta en una vorágine de tecnología en donde el uso de la misma apoya al médico en los diagnósticos que tiene que hacer. Sin embargo, el crecimiento de la tecnología no sustituye al médico, quien debe reflexionar. Las especialidades médicas se originaron en el siglo XIX, pero se siguen consolidando.

En Latinoamérica, las condiciones de la formación de los médicos son distintas, dada la desigualdad del desarrollo y de los sistemas sociales. Cuba con el que bajo el bloqueo económico impuesto por Estados Unidos y su pertenencia al bloque socialista, muestra una organización social y un modelo de desarrollo del especialista peculiar. A partir de 1959, se suscitaron transformaciones sociales, así como en el Ministerio de Salud Pública. En 1965 se produjo la socialización de la medicina, y se dejó claro el código ético al cual señirse. La formación tiene un enfoque social Lemus (2013, p. 8) cita que el objetivo es garantizar que logre un desempeño exitoso en la atención a la salud e incrementar la calidad de los servicios otorgados. Inicialmente el enfoque era eminentemente hospitalario, posteriormente el enfoque fue clínico y actualmente predomina el enfoque clínico-epidemiológico y social.

A nivel de Latinoamérica, muchos de los países pertenecen a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), lo que permite conocer y contar con los estándares de comparación global (Noriega, Castillo y Santolaya, 2018, p. 1), en relación a los médicos que se forman en la especialidad de anestesiología en Chile, la anestesiología ocupa el quinto lugar. Y el tipo de modelo es aprendizaje en el contexto laboral. De igual forma Colombia, Argentina y países de Centroamérica tienen ese modelo para la formación de los médicos especialistas.

En Argentina, en el año de 1822 se inició la educación médica en la República Argentina. Desde 1946 se han formado médicos especialistas, sin embargo a diferencia de otros países existen modalidades de hacerlo: residencia, concurrencia formal e informal, carrera de especialización y formación en las sociedades científicas. En el caso específico de residencia médica, la Secretaría de Salud de este país lo define de la siguiente manera: “un sistema de educación profesional para graduados en escuelas médicas, con capacitación en servicio, a tiempo completo y en un plazo determinado, a fin de prepararlos para la práctica integral, científica, técnica y social de una especialidad” (Falasco y Falasco 2018, p.3).

En México, se seleccionaron cinco médicos destacados y representantes de las más importantes universidades del país para crear el Consejo de Educación Médica. Cuya tarea era evaluar y uniformar los requisitos de la educación médica. De tal forma que El Sistema Nacional de Residencias Médicas en México está en condiciones semejantes a las Comisiones o Comités de otros países de Latinoamérica, en función de la formación de médicos especialistas o aspirantes a las residencias médicas (RM) que es la base de la educación médica de posgrado (Silberman, 2009). Las condiciones semejantes son que dependen del gobierno ya que es el que subsidia la formación de especialistas de acuerdo a sus necesidades, que está normado por el sistema de salud, que existe la validación de los estudios clínicos por parte de universidades. Además se sigue un modelo artesanal donde el proceso educativo y el proceso laboral se dan al mismo tiempo, ya que el aprendizaje se realiza en el campo laboral. En su mayoría de los países la duración de la especialidad es de tres años, el título que se obtiene es de especialista, y para obtenerlo se cumplen lineamientos semejantes. Por otro lado, las jornadas laborales y horarios son semejantes en duración y la actividad asistencial es prioritaria. En algunos puntos existen diferencias: la forma jurídica que asume el residente, el compromiso de la institución sanitaria con el médico en formación es una relación variable y en algunos casos sin seguridad social.

La mayoría de los programas de formación de residentes se orientan únicamente a su disciplina, bajo un modelo humanista y de asistencia a la sociedad. Sin embargo, los modelos de interdisciplinariedad permiten espacios de diálogo, reflexión entre las disciplinas y formalizar el compromiso ético en la toma de decisiones reforzando el aprendizaje interprofesional.

Es así como un enfoque integrador debe planificarse desde la formación de especialistas y la gestión hospitalaria. Un punto muy portante es definir los perfiles de egreso de tal forma que se pueda desempeñar en escenarios distintos con excelencia. El objetivo es describir, analizar, y actualizar los programas de formación médica, lo que obliga la participación en diversos escenarios hipotéticos como la medicina de simulación que, en varios países de Europa se practica, con la finalidad de dar certidumbre, seguridad y confianza al médico en formación.

La retroalimentación permite reflexionar sobre el proceso realizado y llevarlo al escenario real con calidad. Por ello es importante explorar los diversos tipos de aprendizaje, innovar en forma permanente y aprovechar toda la información disponible. Es así como los espacios de aprendizaje virtuales, ofrecen un nicho de oportunidades para el residente, articulando la teoría con la práctica por lo que debe de redimensionarse.

## 2.2 Educar y formar: el compromiso

La formación de los anestésistas, que fue el término utilizado para identificar al personaje que suministraba la anestesia, se realizó bajo un esquema tradicional Aldrete (1986), Galindo (2008), Marrón (2013). La enseñanza de la anestesia fue por transmisión directa y oral de los expertos en la materia a los discípulos, observando la ejecución de la aplicación de la anestesia en un paciente con la finalidad de disminuir o abolir el dolor (Bandera, 1960). Algunos médicos, atraídos por esta actividad, fueron desarrollando habilidades y conocimientos. Los que compartieron en distintos escenarios, teniendo un impacto en la comunidad médica con la misma tendencia y afinidad hacia esta actividad (Alfaro, 1851; Bandera, (1960). Sin embargo, la formación de los médicos anestésistas seguía realizándose bajo el modelo tradicional. Las publicaciones realizadas sobre el uso de algunos anestésicos permitieron describir las características, los efectos y sobre todo las complicaciones que se presentaron bajo su administración, como resultado de ello, se generaron planteamientos sobre seguridad y reanimación.

A partir de la escuela tradicional, la que se enmarca en la educación artesanal, con peculiaridades en el papel del educando y del educador, del objetivo del estudio basado en el trabajo, del plan de estudios, el proceso de enseñanza y aprendizaje que se encuentra de manera secundaria al proceso del trabajo, además de la relación entre el educador y el educando que se presenta como una relación ayudante-educando, se realizan precisiones con base en observaciones que han llevado a modificar la formación de médicos especialistas. Con la participación de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la creación del Plan Único de Especializaciones Médicas en anestesiología (PUEM), la formación de médicos en esta especialidad tomó otra dirección. Además, las innovaciones tecnológicas aplicadas tanto a la educación como a la anestesiología, han permitido aprender de otra forma. Así, la mayor parte de las instituciones que funcionan como sedes continúan con el mismo sistema tradicional y el Plan Único de Especializaciones Médicas.

Sin embargo, la educación y la formación de recursos médicos en anestesiología se ven como un área de oportunidad, que continúa respondiendo a las necesidades de desarrollo de la medicina. El anestesiólogo se desenvuelve tanto dentro como fuera del quirófano y es necesaria su participación en diversos escenarios hospitalarios, como el gabinete de radiología. Las áreas que abarca son tres, la tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética (RM) y sala de rayos X, dentro de las que se realizan estudios de todo el cuerpo. A pacientes de cualquier edad, a veces, en condiciones críticas, otras más, imposibilitados para cooperar, por la edad

como neonatos y niños pequeños que no verbalizan, adultos jóvenes con trastornos que les impiden colaborar y adultos mayores, que por algunas enfermedades degenerativas o neurológicas no comprenden lo que se requiere. También, pacientes que por su enfermedad tienen movimientos involuntarios de su cuerpo que imposibilitarían obtener resultados con calidad.

Al adentrarse en el terreno de la radiología, se requiere que el anestesiólogo conozca las dinámicas, los riesgos y contar la infraestructura necesaria para dar una atención segura al paciente y evitar en el anestesiólogo daños ocasionados por la radiación. En efecto, la formación y las nuevas áreas de atención médica del anestesiólogo han cambiado. La radiología, con la tomografía y la resonancia magnética son un claro ejemplo de otra joven especialidad que al igual que la anestesiología han florecido en el último siglo. La cardiología intervencionista y neuroradiología intervencionista son altas especialidades que en algunas ocasiones la atención del paciente en estado crítico, requiere la presencia del anestesiólogo, para el manejo integral el paciente. La terapia intensiva en varias ocasiones es coordinada por un anestesiólogo.

La clínica de dolor, que es una unidad que se encuentra en los hospitales modernos, actualizados, en los que concepción del tratamiento del dolor crónico y su abordaje es una prioridad, está a cargo de un anestesiólogo que ha hecho otros estudios sobre algología (estudio del dolor), la orientación es disminuir y en el mejor de los casos abolir el dolor que el paciente refiere, labor que debe realizarse con medios farmacológicos y no farmacológicos, además, se implementan otro tipo de terapias coadyuvantes, terapia ocupacional, fisioterapia, atención y apoyo psicológico, aromaterapia.

Sin embargo, el anestesiólogo tiene la competencia mediante el uso de sus medicamentos y técnicas de controlar el dolor postoperatorio en forma satisfactoria (López, 2015). Desafortunadamente, las clínicas del dolor postoperatorio no están presentes en todas las unidades hospitalarias y son un área de oportunidad para el anestesiólogo. El paciente al salir del quirófano tiene efectos residuales de anestésicos y los analgésicos administrados que deberán continuarse por indicación del cirujano. La evaluación y monitoreo del dolor que el paciente experimenta, es un indicador de calidad hospitalaria, asimismo, contribuye a disminuir las complicaciones inmediatas y mediatas posterior a la cirugía.

El anestesiólogo es en el hospital, el que domina la vía aérea, por lo tanto, la instrumentación de la misma debe realizarla con calidad y seguridad. El lugar donde se logran estas habilidades de forma ética y segura para el paciente y permite desarrollar la curva de aprendizaje para el alumno, es en el hospital de simulación donde se desarrollan habilidades y destrezas. Sin embargo, requiere de una infraestructura costosa, espacio físico y maniqués que permitan los

logros de estas competencias. La simulación ofrece mejores posibilidades de aprendizaje en ambientes seguros.

Por lo tanto, de acuerdo con lo mencionado, la anestesiología en el último siglo se ha consolidado como una rama de la medicina dentro del ámbito clínico, que se ha proyectado a diversos escenarios, dentro y fuera del quirófano, con aplicaciones en el ámbito hospitalario y extrahospitalario. Esta amplitud en su desempeño, requiere acompañarse de una formación integral.

### **2.2.1 Regulación de la formación.**

En México la realización de una especialidad está regulada por distintas organizaciones: Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, La Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), el Comité de Posgrado y Educación Continua (CPEC), y durante el 2017 el XLI Examen Nacional para aspirantes a Residencias Médicas. El CPEC es un cuerpo colegiado creado en el marco de la CIFRHS que está integrada por la Secretaría de Salud, la Secretaría de Educación Pública y la Secretaría de Hacienda y de Crédito Público, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores de Estado (ISSSTE), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica.

También, participan la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior con la representación de la Secretaría General Ejecutiva, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el Instituto Politécnico Nacional (IPN), y las regiones respectivas a través de las Universidades tales como la Universidad de Guadalajara (UdeG), Universidad Veracruzana (UV), Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), Universidad Autónoma de Baja California (UABC), Benemérita Autónoma de Puebla (BUAP) y la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY); las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía, la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, La Federación de Instituciones Mexicanas Particulares de Educación Superior, la Asociación de Hospitales Privados, los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos, el Comité Normativo de Consejo de Especialidades Médicas (CONACEM) así como la Dirección General de Sanidad Militar, la Escuela Médico Naval y los Servicios Médicos de la Secretaría de Marina Armada de México (CIFRHS, 2016).

La Norma oficial mexicana que describe y regula es la NOM -234-SSA1-2003 estableciendo las relaciones entre el sistema educativo y el de salud, así como las sedes médicas para la formación del personal de salud (Nigenda, 2013).

Los responsables de la legalidad, imparcialidad y calidad del Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) son la Secretaría de Salud con la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) quien está conformado actualmente por cuatro comités: de planeación y evaluación (COPLANE), de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social (CEPSS), el Comité de Enseñanza de Posgrado y Educación Continua (CEPEC) y de Formación del Personal Técnico (FPT) (CIFHRS, 2016). La orientación fundamental que se da al desarrollo humano es hacia la atención especializada orientada al manejo experto de los problemas epidemiológicos, así como la atención a los riesgos para la salud. El criterio de selección inicial para aspirantes a las residencias médicas es el ENARM que es un instrumento de medición de los conocimientos en medicina general, el cual cuenta con recursos auditados y certificados notarialmente para garantizar la calidad del proceso.

El objetivo es seleccionar a médicos tanto nacionales como extranjeros para la realización de una especialidad mediante un curso universitario de especialidad. Esta idea de evaluar de forma masiva a aspirantes a realizar la especialidad médica surge en 1973, cuando las instituciones de salud se ven superadas en la demanda de médicos en Instituciones del Sector Público (Tapia, 2007)

En 1975 se firmó un convenio entre la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el IMSS, el Instituto de Seguros y Servicios Sociales de Trabajadores del Estado y Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, para organizar y realizar la aplicación de la evaluación masiva, así como normalizar la selección de los aspirantes (CIFRHS/CPE, 2016).

Las aspiraciones de los médicos que sustentan el exámen nacional para las residencias médicas, es poder incursionar en alguna de las especialidades que se ofrecen. En total son veintiocho las especialidades y se agrupan en cuatro boques: El Bloque I es Quirúrgico, el Bloque II Clínico dentro del que se encuentra la anestesiología, Bloque III es Salud Pública y Atención Primaria y el IV Bloque de Especialidades auxiliares y de diagnóstico. La regulación de las residencias médicas o especialidades se da por un sistema educativo que tiene por objeto completar la formación de los médicos en alguna especialización reconocida por el país de origen, mediante el ejercicio de actos profesionales de complejidad y responsabilidad progresiva, llevados adelante bajo supervisión de tutores en instituciones de servicios de salud y con un programa educativo aprobado para tales fines (OPS, 2011, p. 8).



Es en el seno del Sistema Nacional de Residencias Médicas donde se conforma y estructura los requisitos de las instituciones sedes de la formación de médicos residentes en su periodo de especialidad de posgrado. Por lo que se debe contar con una planta de profesores, la actividad docente, las experiencias de aprendizaje y los servicios de apoyo que determinan los programas académicos de las instituciones educativas. La forma en que se estructura el Sistema en cada sede es por medio de control administrativo y académico de los titulares de cada sede, coordinadores de enseñanza de cada institución y los responsables de Educación en Salud de las entidades federativas que, según lo descrito en el Sistema Nacional de Residencias Médicas sedes 2017, “supervisan el cumplimiento de programas y promueven la más alta calidad académica en los campos clínicos” (CIFRHS, 2016).

Las sedes de residencias médicas de las distintas dependencias que participan, las instituciones educativas que las avalan otorgan un título y cédula, en el catálogo 2017, se muestran los años necesarios para culminar con la formación requerida, la duración del mismo y la beca asignada durante este periodo señalado (UNAM, 2017).

De manera específica, para la especialidad en Anestesiología el tiempo requerido de formación es de tres años en la mayoría de las sedes. Sin embargo, existen algunas en donde es una formación durante cuatro años por ejemplo la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) en el Hospital Central Militar, Facultad de Medicina y Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Secretaría de Salud Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, Hospital San José de Monterrey-ITESM, Secretaria de Salud Hospital Metropolitano, Secretaría de Salud Hospital Regional Materno Infantil todos ellos con aval del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (CIFRHS, 2016).

La Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), da aval a once instituciones del Estado de Puebla, pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituto de Seguridad y Servicio de los Trabajadores del Estado de Puebla (ISSSTEP), Secretaría de Salud (SS).

### **2.3 Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM)**

La formación de médicos residentes de diversas especialidades requiere un plan que describa los fundamentos, la estructura, el objetivo general, la metodología educativa y el programa académico. En la Universidad Autónoma de México (UNAM) en 1994, se propone el Plan Único

de Especialidades Médicas (PUEM), que fue aprobado por el Consejo Universitario e implementado en varias universidades a nivel nacional. El PUEM resultó del consenso de expertos, profesionales líderes de la especialidad que laboraban en instituciones de salud públicas o privadas, bajo la directriz de la División de Estudios de Posgrado de la facultad de Medicina de la UNAM.

El Plan de estudios, en términos generales, se presenta como una respuesta a los cambios de la sociedad, en la insoslayable realidad del crecimiento del conocimiento médico y en un mundo globalizado. La metodología de enseñanza-aprendizaje centrada en la solución de problemas, es la que favorece la adquisición de hábitos y el desarrollo del razonamiento y actuación crítica y reflexiva, mediante el uso de casos teóricos y prácticos (PUEM, 2015).

Se centra en tres funciones: la atención médica (prioritaria), el desarrollo de la investigación y las actividades educativas. La función educativa se realiza bajo dos vertientes que confluyen, la primera: la enseñanza de la medicina y la segunda: la atención médica. Las acciones educativas del médico, se realizan en el aula, el consultorio, en la sala de hospitalización, el quirófano, sala de urgencias, por lo que se aprecia están vinculadas la enseñanza de la medicina y la atención médica. Además, el médico en formación conduce, orienta, supervisa las actividades educativas de médicos de pregrado y de la especialidad cuando interactúan en el quirófano.

El médico especialista que funge como docente, realiza diversas funciones, es orientador, supervisor de las actividades asistenciales y acompaña en el proceso clínico. La finalidad es que promueva el pensamiento reflexivo y conducta humanista. Su perfil y los requisitos para participar como profesor en la unidad sede están establecidos por la institución educativa y por la institución de salud. Quien acepta ese cargo, estará a cargo mediante dos figuras principales, profesor titular o profesor adjunto de la especialidad, y será quien dará el seguimiento y desempeñará las funciones antes mencionadas.

De igual forma, los requisitos que los hospitales sedes, están considerados en el PUEM, entre los que destacan: la presencia de las cuatro ramas troncales de la medicina: cirugía y ginecología, medicina interna, pediatría y obstetricia. Estructura hospitalaria que cuente con diversos comités: enseñanza, investigación, farmacovigilancia, contingencia, entre otros. El servicio de alimentos (para los becarios en nuestro país). Una residencia digna con espacios para las actividades personales de limpieza. Una biblioteca donde se encuentre la información médica actualizada y con un acceso a información electrónica. Servicios médicos para el becario. Y un Departamento de Enseñanza que cuente con la infraestructura para albergarlos de forma digna, aulas, material didáctico acorde con las exigencias del nivel de estudios del médico.

La finalidad, es proveer todas las condiciones que permitan el desarrollo de un especialista con calidad con las competencias necesarias y actuales para dar una atención de alto nivel al egresar. Por lo que, se debe entender que el médico está en una etapa de preparación intensa, adoptando reglas, hábitos, códigos de conducta y de manera voluntaria decide realizar la especialidad.

A partir de su ingreso el médico reside en el hospital (motivo por el que es denominado residente), el horario de adscripción es de tiempo completo para su especialidad. De acuerdo al grado, será la denominación: de primero, segundo o tercer año de la especialidad. La organización horaria por las funciones que desempeña, están consignadas a las responsabilidades del hospital al que esta adscrito.

Pansza, refiere que un programa “contiene una formulación hipotética de los aprendizajes que se pretenden lograr en una unidad didáctica de las que componen en plan de estudios” (1986, p. 17). Así, el Plan Único de Especializaciones Médicas es un modelo pedagógico para la formación de especialistas de alto nivel cuyo objetivo general responde a las necesidades sociales imperantes. En cuanto a la atención médica anestésica en diversos escenarios clínicos, como eje rector y de manera secundaria a la investigación y educación, el objetivo general del PUEM lo expresa de la siguiente forma:

(...) “formar médicos especialistas competentes en el campo de la anestesiología tanto en el saber cómo en el hacer, capaces de desarrollar con alta calidad científica, sentido humanista y vocación de servicio, que integren en su actividad la investigación y la educación” (Plan Único de Especializaciones Médicas, 2015, p.7).

La forma en la que se distribuyen las actividades y el tiempo dedicado a las mismas así como la visualización de las prioridades en el uso del tiempo dentro de la formación de médicos especialistas, puede ser observada en la tabla 1.

Tabla 1

*Organización, funciones profesionales y distribución anual de carga horaria y créditos escolares*

Funciones profesionales	Actividades académicas	Carga académica	Carga académica	Carga académica	Absoluto	(%) en horas y créditos
Grado escolar		Primero	Segundo	Tercero		
Atención médica	Trabajo de atención médica I, II, III.	34 (96)	34 (96)	34 (96)	4692(588)	85(84.8)
	Seminario de atención médica I, II, III	3 (17)	3 (17)	3 (17)	14 (51)	7.5 (7.4)
Investigación	Seminario de Investigación, II, III	2 (12)	2 (12)	2 (12)	276 (36)	5 (5.2)
Educativa	Seminario de Educación I, II, III	1 (6)	1 (6)	1 (6)	138 (18)	2.5 (2.6)
Totales		40 (231)	40 (231)	40 (231)	5520 (693)	100.0 (100.0)

Fuente: Plan de Estudios de Especialidades Médicas en Anestesiología (UNAM, 2015)

La UNAM otorga el aval a la institución de salud, mostrando el vínculo institución de salud-universidad y a través de la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado, y realizará la supervisión de los hospitales sedes. Además, asegurar que la implementación del PUEM sea de acuerdo a lo diseñado.

Para lograr la formación de los residentes desde el punto de vista educativo, se tiene el programa de estudios el que está conformado por seminarios de atención médica I, II, y III, cada uno de los seminarios corresponde al año que se cursa. En primer año se abordan ciencias básicas, temas relacionados a la praxis como el abordaje de la vía aérea y la instrumentación. Las técnicas anestésicas y los momentos que constituyen el perioperatorio. Destaca en el este programa de la UNAM el abordaje del profesionalismo médico como tema asociado (tabla 2).

Tabla 2.  
Temas de los Seminarios  
Seminario I

---

Primer año:

Ciencias básicas: Física aplicada, biología molecular y farmacología.

Manejo de la vía aérea.

Instrumentación: equipos, aparatos, aditamentos y materiales.

Atención anestésica integral: Técnicas

Periodo preanestésica

Periodo transanestésico

Periodo postanestésico.

Temas asociados

Profesionalismo médico

Temas que conforman el Seminario II

---

Segundo año:

Anestesia en especialidades troncales: Ginecología y obstetricia pediatria y cirugía.

Anestesia en geriatría

Fisiología pulmonar y terapia respiratoria

Anestesia en el enfermo en estado crítico I

Algología

Temas asociados

\_Temas que conforman el Seminario III.

Tercer año:

Anestesia en especialidades de rama y en condiciones especiales

En oftalmología

En otorrinolaringología y cirugía bucodentomaxilar

En cirugía de cuello

En cirugía neurológica

En cirugía de tórax

En cirugía cardiaca

En cirugía de aorta

En cirugía de carótidas

En cirugía vascular periférica

En cirugía hematológica

En cirugía oncológica

En cirugía urológica

En cirugía plástica y reconstructiva

En cirugía endocrinológica

En cirugía de trasplante de órganos

En pacientes ambulatorios

En problemas pocos comunes

Anestesia en el enfermo en estado crítico II

Complicaciones y riesgos de la anestesiología

---

Fuente: Plan Único de Especialización Médica de Anestesiología (UNAM, 2015).

En Puebla, son dos las universidades que avalan la formación de médicos especialistas. La Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP) y La Universidad Popular Autónoma de Puebla (UPAEP), ambas con amplia trayectoria en la formación de médicos especialistas.

La Universidad Popular Autónoma de Puebla (UPAEP, 2016) cuenta con la especialidad en Anestesiología. El plan de estudios está diseñado para realizarlo por competencias, su duración es de tres años, dividido en semestres y da prioridad a la atención médica. Cuenta con su propio hospital privado y rotaciones en diversos hospitales. El Plan de estudios, está desglosado por semestres, los que a su vez cuentan con diversas asignaturas y en todas se muestra la práctica clínica asistencial.

Dentro del mismo destacan asignaturas que coinciden con el PUEM (2015), de la UNAM. En el primer año se tienen materias básicas, la atención integral y el abordaje de la vía aérea. Sin embargo, se muestra una asignatura relacionada con la docencia y con la metodología de la investigación, y la atención médica integral. En el segundo semestre, se enfoca a la instrumentación, a la terapia anestesiológica y continúa con el abordaje de la metodología de la investigación. Además, tiene la asignatura relacionada con la antropología médica.

En tercer semestre, puede verse la continuidad de las asignaturas y además se inserta la epidemiología y la medicina basada en evidencias. En cuarto semestre las materias continúan mostrando a las asignaturas consecutivas, y se anexa la administración de la atención médica. En el quinto semestre, continúan con las asignaturas mencionadas y se da un espacio a la elaboración de la tesis en el sexto semestre la actividad es la misma. Es importante observar que durante todos los años de la formación del especialista, se tiene una asignatura común y es la práctica clínica integral.

Como se aprecia, existen en este programa contenidos propios de la especialidad, y otros más relacionados a la especialidad y las ciencias sociales. A la gestión administrativa, a la investigación y a la docencia. La prioridad de acuerdo a estos contenidos está en el área disciplinar y de manera secundaria, las otras disciplinas relacionadas con la salud lo que se puede observar en la tabla 3.

Tabla 3.  
Plan de estudios de la especialidad de Anestesiología (UPAEP)

**Primer semestre**

Estrategias de aprendizaje y docencia  
Ciencias básicas aplicadas a la anestesiología  
Manejo de vía aérea  
Atención anestésica integral I  
Terapia anestesiológica I  
Metodología de la investigación I  
Práctica clínica integral I

---

**Segundo semestre**

Instrumentación  
Antropología Médica  
Atención anestésica integral II  
Terapia anestesiológica II  
Metodología de la investigación II  
Práctica clínica integral II

---

**Tercer semestre**

Medicina basada en evidencias  
Atención anestésica integral III  
Terapia anestesiológica III  
Epidemiología médica  
Práctica clínica integral III

---

**Cuarto semestre**

Atención anestésica integral IV  
Terapia anestesiológica IV  
Administración de la atención médica  
Práctica clínica integral IV

---

**Quinto semestre**

Atención anestésica integral V  
Terapia anestesiológica V  
Seminario de tesis I  
Práctica Clínica Integral V

---

**Sexto semestre**

Atención anestésica integral VI  
Terapia anestesiológica VI  
Seminario de tesis II  
Práctica Clínica Integral VI

---

Fuente: Plan de estudios de la Especialidad de Anestesiología (UPAEP, 2016).

También en Puebla, la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), otorga el aval de los estudios realizados en Anestesiología a los médicos formados en esta especialidad en algunos hospitales pertenecientes al Estado de Puebla y que están conformando el Sistema de Salud, ya sea por el Instituto Mexicano del Seguro Social o por la Secretaría de Salud. La modalidad de hospitales subse-des, donde se realiza el primer año de la especialidad se encuentra

vigente, quienes de ellas proceden, se incorporarán a otros hospitales sedes para concluir la especialidad.

El mapa curricular de la especialidad de anestesiología con el que se han formado residentes de anestesiología en la institución de segundo nivel donde se realiza la investigación tiene la siguiente estructura (tabla 4).

Tabla 4

*Mapa curricular de la especialidad de Anestesiología*

Primer año	Segundo año	Tercer año
Ciencias básicas: física, bioquímica y farmacología.	Pediatría	Anestesiología por especialidades y subespecialidades: cirugía plástica y reconstrucción, trasplante de órganos
Medicina Interna: anestesia en geriatría	Ginecología y Obstetricia.	Práctica clínica complementaria: pacientes con problemas poco comunes
Técnicas anestésicas: atención anestésica integral, instrumentación, manejo de la vía aérea.	Técnicas anestésicas II, fisiología pulmonar y terapia respiratoria	
Práctica clínica complementaria: Informática médica, paciente ambulatorio	Medicina crítica: terapia intensiva, paciente en estado crítico Práctica clínica complementaria: Cirugía general y clínica del dolor	

Fuente: PUEM Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (2008)

Como se puede apreciar en este Mapa curricular, es posible apreciar que las asignaturas que se mencionan son de orden disciplinar. Enfocado de igual forma que los anteriores a las ciencias básicas en el primer año, a las técnicas, a la instrumentación y al abordaje de la vía aérea. En el segundo a las especialidades relacionadas a la atención materno-infantil y terapia intensiva y finalmente en el tercer año a las altas especialidades con las que se relaciona la anestesiología. También se tiene a la práctica clínica complementaria durante los tres años de la formación.

Por otra parte, en Europa, los planes de anestesiología al que se apegan en la formación de médicos residentes en distintos hospitales son de cuatro años de duración en promedio. El Hospital Universitario de la Paz (2015), Madrid España, presenta un programa formativo con



duración de cuatro años, la especialidad se titula Anestesia y Reanimación. De manera especial, en su plan de estudios destaca la formación en anestesiología, reanimación y terapéutica del dolor. Desde el punto de vista de los recursos tecnológicos cuenta con monitoreo de última generación, un sistema informático que les facilita la programación y coordinación diaria de las actividades del residente. Es relevante la presencia de la clínica de dolor agudo. Y que durante los últimos dos años se dedica a la atención de pediatría, dolor crónico y reanimación. La participación en el ámbito científico es destacada y han obtenido premios en investigación en congresos de residentes.

El *Clinic* Barcelona, es un hospital que forma residentes en anestesiología y reanimación, con la propuesta de realizar la especialidad en cuatro años, el plan de estudios (2015), se divide en dos partes, en la primera rotan en especialidades médicas: cardiología, neumología, nefrología, medicina interna en urgencias, quirófano de urgencias con una duración de 7 meses. Posteriormente en 41 meses de formación se realizan rotaciones en distintas áreas de la especialidad además destaca la reanimación en el segundo año.

Durante el tercer año, sobresalen el tratamiento del dolor agudo y crónico y el transporte hospitalario. El cuarto año, la preparación sobre la vía aérea difícil y la reanimación de urgencias, así como el adiestramiento en terapia intensiva intermedia. La presencia en los últimos meses de una rotación independiente del programa que puede realizar en el país o en el extranjero. El residente debe llenar durante toda su formación y de manera electrónica el llamado *Libro del residente*, donde registrará los procedimientos realizados diariamente con la finalidad de cubrir un número mínimo de procedimientos especificados para cada rotación.

La presencia de talleres de simulación en situaciones críticas, cursos de ética médica, introducción a la investigación, comunicación médico-paciente y protección radiológica. Los cursos monográficos de bloqueos de plexo, manejo de vía aérea, anestesia inhalatoria a bajos flujos, estadística aplicada a las ciencias de la salud, curso de intubación con fibrobroncoscopio. Y las acreditaciones obligatorias en Soporte Vital Básico y Avanzado y Soporte Vital en Trauma. Cabe mencionar que el Taller de simulación se realiza en la Facultad de Medicina. Las principales líneas de investigación son basadas en la práctica clínica, vía aérea, anestesia loco-regional, neuroanestesia, coagulación y transfusión.

Por lo antes expuesto, se hace evidente que existen puntos de convergencia y divergencia entre programas académicos. No obstante, el objetivo general es formar médicos con altos estándares científicos y convicciones éticas, aunado a las habilidades y destrezas necesarias para

el desempeño de la actividad profesional. La ubicación geográfica, el contexto histórico, económico, político influyen en el perfil de egreso de las especialidades.

Son múltiples los factores que intervienen. Sin embargo, Wonca (2011), presenta un análisis de la formación de médicos residentes, desde distintas perspectivas, observando que en Latinoamérica hay una escasa o moderada presencia de las universidades en el proceso formativo de los residentes, de igual forma, manifiesta que los programas no han sido actualizados. Por lo que, sugiere una seria revisión de los planes y programas de las especialidades, ya que, el estudio abarcó a todas las especialidades médicas que se ofertan en América Latina.

Por lo tanto, se requiere un cambio en la propuesta del perfil de formación y programas de formación con un enfoque integrador que tome en cuenta las variables sociales, culturales, políticas, laborales y económicas actuales, con la presencia de las instituciones educativas y del área de la salud.

#### **2.4 Construyendo médicos especialistas**

Al analizar los diversos escritos relacionados con la formación de médicos residentes en la especialidad de anestesiología, se puede apreciar la influencia de la historia, existiendo un modelo que predomina: el modelo artesanal o tradicional. En el modelo artesanal, el proceso educativo y el proceso laboral se confunden. El ideal ha sido la migración de este modelo artesanal hacia un modelo escolar, que concibe al proceso educativo de manera distinta, ya que los hechos educativos adquieren autonomía del proceso vinculado al mercado de trabajo (Vázquez, 2016, p.121).

Sin embargo, en la medicina se requiere la presencia del educando en el centro de trabajo, y se establece una relación estrecha, en las que la línea divisoria entre lo educativo y lo laboral podría no mostrarse. Detectando estas circunstancias y otras más, el Espacio Europeo de Educación Superior referido por Morán y Ruíz (2010), tomando como fundamento la Declaración de Bolonia en 1999, pretenden crear la Europa del conocimiento, y para ello precisan cambiar el sistema de aprendizaje, evaluación y de manera especial la relación médico-paciente. Considerando realizar cambios en la organización, en la gestión sanitaria y en la gestión clínica. Para ello consideran que el médico especialista debe ser competente, y que no es únicamente la búsqueda de conocimientos y habilidades, sino que es un fenómeno muy complejo.

En España, el Sistema de Formación Sanitaria Especializada (MIR) se ha basado en el aprendizaje en un contexto laboral, se ha organizado una estructura estatal centrada en el Ministerio de Sanidad y Política Social, que regulan a los pilares de la formación: la acreditación de los centros formativos y las unidades docentes. Sin embargo, según refiere Morán y Barrios es esta una de las “importantes debilidades del sistema, en su desarrollo de las instituciones sanitarias. La Orden de Comisiones de Docencia de 1995, que regulaba el funcionamiento y funciones de esta no se llegó a desarrollar” (2010, p. 606). La concepción actual es “como un sistema de certificación del cumplimiento de una serie de rotaciones” (2010, p. 607).

Otras instituciones interesadas en la formación de médicos especialistas, en Canadá (CanMEDS), Estados Unidos (Outcome Project- Accreditation Council Graduate Medical Education) y Nueva York (Instituto Internaconal para la Educación Médica de Nueva York), han mirado hacia las competencias profesionales como una forma para llevar a cabo una actividad laboral de manera exitosa, a la que consideran, se puede evaluar a través de sus resultados.

Quizá una de las definiciones más importantes que estas organizaciones proponen es la concepción de las competencias como los comportamientos resultantes de un conjunto de actitudes, habilidades, destrezas, conocimientos y valores que las personas manifiestan para resolver situaciones concretas relacionadas con su vida y su profesión, definición acuñada por Bunk citado por Morán y Barrios (2010, p. 607), ya que al referirse al especialista, consideran que estas competencias podrían augurar el éxito en su desempeño profesional. Y también establecen que las competencias de un profesional en este sentido incluyen la capacidad de integrar el conocimiento, apoyado en sus habilidades y destrezas, con las actitudes y comportamientos adecuados y los valores y creencias que conforman lo que es.

En términos generales donde confluyen todos los dominios de las competencias son: los valores profesionales: actitudes, comportamientos y ética, las habilidades de intercomunicación, el conocimiento médico, las habilidades clínicas, análisis crítico e investigación y el manejo de la información. Para CanMEDS ser colaborador, gestor y consejero en salud, cobra interés como dominios de competencia especiales.

La formación en el ambiente laboral, puede tener varios efectos, Hamui (2014) describe la influencia de múltiples factores. En su enfoque hermenéutico, propone la investigación de los ambientes clínicos de aprendizaje, destacando la interrelación entre el médico residente en formación y el trato profesor-alumno, las actividades académicas curriculares, las estructuras normativas institucionales, su aplicación en la práctica clínica y la forma en la que, el residente participa en las actividades propias del servicio de anestesiología.

Por otra parte, el humanismo, como corriente teórica está presente en los distintos momentos de la formación de médicos residentes, pero no siempre se dimensiona la importancia del humanismo en la práctica clínica. Ya que, durante un periodo se relegó, pasando a segundo plano, debido a que, se priorizó el aspecto cognoscitivo. Por ello, se hablaba de la deshumanización de la medicina. Por lo tanto, una línea de oportunidad reside en crear una medicina y una práctica más humana, tanto en la formación del residente como en la atención hacia el paciente (Galindo y Galindo 2008). En ese mismo sentido, Talabera (2014) se refiere a la formación del médico con un enfoque salutogénico y manifiesta la necesidad de volver al humanismo, es decir, mirar al ser humano en forma integral.

Simultáneamente, la influencia del constructivismo comienza a visualizarse en múltiples escritos a través de los cuales se busca el aprendizaje significativo. En donde el papel del docente es fundamental (Morales y Landa, 2004) en los procesos formativos.

Desde que la anestesiología se inició, el método tradicional ha sido el más utilizado. Este consiste en la realización de la práctica clínica diaria (durante los tres años) guiada por un tutor. Sin embargo, los riesgos que esto entraña, al realizar en un paciente un procedimiento por parte del residente aun cuando sea bajo la supervisión de un tutor, ha obligado a mirar hacia nuevos horizontes en búsqueda de la seguridad del paciente y del médico mismo (Clede, Nazar, Montaña y Corvetto, 2013; Fritz, 2014). Es la enseñanza tradicional la que ha predominado en la formación de médicos residentes de anestesiología desde sus orígenes. No obstante, las tendencias actuales van redireccionándose mirando hacia un proceso enseñanza-aprendizaje diferente.

Lo importante, es que ha surgido y se ha ponderado la ética en la práctica cotidiana, debido a los riesgos que entraña el aprendizaje directamente con el paciente. En tal sentido, la medicina de simulación, es una propuesta en la que se reducen los riesgos de cometer errores que compliquen la vida de un paciente (Ziv, 2006) y permiten resolver dilemas éticos y formar profesionalmente a los médicos residentes.

La simulación en la enseñanza médica, tiene su origen en los años 1940 y 1990 en la aviación, donde el número de accidentes relacionados con el error humano era del 65-70% (Gordon, 2004). Actualmente ha tomado importancia en la educación de estudiantes de medicina, médicos residentes y profesionistas, no solo desde el punto de vista del aprendizaje, también, para evaluación. Es precisamente la anestesiología la especialidad pionera con el uso de simuladores de alta fidelidad. También a partir de la anestesiología se innovó el concepto de gestión de recursos en crisis (*crisis resource management*), donde mediante escenarios clínicos simulados, con actores profesionales o maniqués se presentan situaciones de crisis en el quirófano,

donde se muestran los conocimientos, el análisis del contexto, la toma de decisiones, el juicio crítico y la evaluación continua para dar respuesta a la crisis y su evolución. La simulación clínica o simulación médica, se refiere a una gama de modalidades para recrear componentes clínicos que pueden incluir entrenadores de tareas, realidades virtuales, paciente estandarizado, pacientes virtuales y simuladores de alta fidelidad (Flin, 2008; Gaba 2010; Leblanc, 2011).

El sistema C. A. S. E. fue llevado a la Universidad de Boston, afiliada a la Universidad de Harvard en 1992, donde se realizó un análisis del modelo educativo propuesto, aplicado a residentes especialistas y enfermeros anestesiólogos, confirmándose el éxito. Eso impulsó para la creación del Centro para la Simulación en Anestesia, que cambió de nombre posteriormente al abrir las puertas a otros especialistas, así el Centro para la Simulación Médica (*Center for Medical Simulation*), fue el primero en adoptar esta tecnología (Rubio, 2012). Las primeras conferencias sobre medicina de simulación se realizaron entre 1988 y 1989 orientadas a la seguridad del paciente. En 1995 se realizó una reunión para divulgar la tecnología en anestesia. En 1994 se formó en Europa la Sociedad Europea para la Simulación Aplicada a la Medicina (SESAM) Eichhorn, (2010), Rubio (2015).

Los usos de la simulación en anestesia son múltiples. En residentes para entrenamiento en accesos vasculares (Barsuk, 2009), para el abordaje de la vía aérea difícil (Russo, 2007), uso óptimo de equipo médico para abordar la vía aérea difícil (Kuduvali, Jervis, Tighe y Robin, 2008), tratamiento de hipertermia maligna (Chopra, 1994), en el tratamiento por intoxicación por anestésicos locales (Smith, 2008), entre los más representativos.

Los beneficios de la simulación en anestesia son múltiples, se aprecia que el aprendizaje es más efectivo, según lo muestran los metaanálisis realizados por McGaghie (2011), donde se muestra la superioridad de la enseñanza clínica con simuladores frente a la enseñanza tradicional. Y también se ha relacionado con mejores aprendizajes de destrezas, habilidades y comportamientos (Cook, 2011). También, se ha utilizado para la evaluación y la certificación. Por medio de ella se evalúan los conocimientos, la toma de decisiones, manejo de recursos en crisis, y los factores humanos en el ambiente dinámico como lo es el quirófano (Gaba, 2001). Las tendencias actuales muestran que la simulación permite adiestrar al profesional en ambientes reales sin el riesgo hacia el paciente, con la consideración de la reflexión en el actuar lo que permite analizar su proceder durante la práctica, Ese trabajo se desarrolla mediante videos y el análisis y reflexión con el experto.

En México existen centros de simulación como la Asociación Mexicana Simulación Clínica y la Asociación Latinoamericana de Simulación Clínica, también en anestesiología la Federación de Colegios de Anestesiología de la República Mexicana, se adquirió un maniquí con el que se han realizado talleres para situaciones críticas en anestesia y en el marco del Congreso Nacional de Anestesiología promovido por la Federación de Colegios de Anestesia del país se han realizado talleres donde algunos anestesiólogos se han capacitado.

La Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), cuenta con el hospital de habilidades donde se realizan prácticas con el alumnado de la Licenciatura en Medicina con simuladores. También, se implementa la instrumentación mediante nuevas técnicas, en ella se insta a que, el estudiante trate con amabilidad y respeto al maniquí como si fuera el paciente mismo. Siendo una estrategia didáctica que permite adquirir habilidades técnico-clínicas (Fritz, 2014). Desde el punto de vista práctico, la medicina de simulación es la oportunidad para desarrollar las habilidades requeridas en procedimientos básicos de la anestesiología, siempre con un compromiso ético.

Por su parte, Aguirre (2014) sugiere en su estudio el uso de estas estrategias con la finalidad de establecer curvas de aprendizaje en algunos procedimientos básicos en anestesiología, sobre todo aquellos en donde se requiere desarrollar las habilidades y destrezas. La intubación Orotraqueal, el bloqueo neuroaxial y la venopunción son de los más importantes. La finalidad es hacer seguro el ejercicio de la anestesiología y el aprendizaje de procedimientos. Por ello se debe cuidar el aprendizaje del residente por medio de estas curvas y observar los logros obtenidos. Considerando la importancia de la formación docente y de contar con los escenarios y el tiempo para su ejecución. Quizá una de las limitaciones, sea el costo de los equipos y la infraestructura, así como su mantenimiento. Asimismo, se requiere del personal formado y capacitado para la práctica, desarrollo y evaluación de medicina de simulación.

Otro elemento de gran interés, ha sido la medición de los ambientes clínicos de aprendizaje (ACA) con el fin de identificar los factores que influyen en el aprendizaje en el ambiente clínico. Se han desarrollado instrumentos a partir de estrategias metodológicas cualitativas: encuestas, observaciones y entrevistas, con la finalidad de explorar y conocer la influencia de las relaciones interpersonales, la cultura institucional y la dinámica del servicio (Hamui, 2014). El ambiente en el que se aprende es importante, así como las relaciones que en él se desarrollan, siendo la anestesiología una especialidad con un nivel de exigencia elevado, cuidar estos ambientes podría disminuir complicaciones en la conducta de los residentes en formación.

Existen otros elementos que se han implementado en la formación de los residentes en anestesiología, siendo uno de los más aceptados el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) descrito en la Universidad de McMaster (Canadá) y que, ha comenzado a tener una gran aceptación en el ámbito educativo médico, tanto que, en algunas instituciones educativas se ha adaptado el currículo a esta orientación (Mendoza, Méndez y Torruco, 2012; Morales, 2004). Siendo este uno de los métodos más aceptados en la formación médica en la que se abordan casos clínicos en contextos y situaciones reales, que fortalecen el automonitoreo del alumno y la metacognición.

La educación centrada en la solución de problemas, es la metodología del Plan Único de Especialización Médica (2015), con la que se pretende lograr que el alumno emplee con eficacia y eficiencia los conocimientos científicos que va adquiriendo. Aplicarlos con juicio crítico y en forma reflexiva. Y, que sustente el ejercicio de la profesión en los principios del humanismo y con respeto a la dignidad de las personas. También, el residente a través de casos hipotéticos conducidos por el docente, debe aprender a reconocer sus límites y solicitar ayuda oportuna.

Otra estrategia metodológica implementada, son las sesiones interdisciplinarias, que tienen la finalidad de promover el conocimiento científico, respetar la opinión de colegas, argumentar las posturas, fomentar una visión integral de la atención del paciente. Se vincula a la búsqueda y selección de la información científica pertinente a cada caso. Estas competencias son necesarias para el quehacer del anesthesiólogo.

La formación de médicos especialistas es un reto en el mundo, desde las diversas perspectivas educativas, las tendencias actuales muestran que el aprendizaje en el contexto laboral es aún más complejo, y el cambio desde un proceso educativo artesanal a proceso educativo escolar, entrañará grandes incertidumbres por todos los factores que se encuentran en el contexto.

Los programas operativos y el PUEM deben ser revisados durante su periodo de aplicación y ser revisados por expertos en el área, conformar un equipo interdisciplinario con pedagogos, especialista a nivel curricular y evaluar la pertinencia y actualización de los programas de acuerdo con el contexto social, económico, político.

Es imperiosa la necesidad de revisión de los programas de formación para adecuarlos a las necesidades actuales, superando el paradigma clásico centrado en la actividad asistencial hospitalaria, dirigido al cuidado del paciente internado en el hospital. Priorizar las tendencias en enfermedades como el envejecimiento creciente de la población, el aumento de las enfermedades cardiovasculares, crónico-degenerativas, neoplásicas, traumatismos por accidentes y violencia en los programas de formación, dándole la direccionalidad de los procesos y la funcionalidad

para esos fines. De esta forma, se estará generando una “nueva tradición” de construcción colectiva y una nueva filosofía en el trabajo educativo y formativo en la anestesiología.

## **2.5 La formación integral de los médicos residentes de anestesiología**

La implementación de cambios en la formación de residentes en anestesiología ha pretendido mejorar el proceso de enseñanza–aprendizaje. Las aportaciones son evidentes, ya que, la enseñanza tradicional que aún está vigente, se acompaña de nuevos elementos que permiten migrar hacia una medicina holística.

El positivismo sigue siendo la corriente predominante en la formación anestesiológica y es la que, prevalece en la mayor parte del conocimiento en esta área de la medicina. Los datos duros permiten reproducir, comparar, demostrar y analizar los resultados obtenidos. También, aportan elementos valiosos en el mundo quirúrgico. Actualmente, la implementación de conceptos como *anestesia segura*, permiten ofrecer atención de calidad al paciente. Esta conceptualización, ha sido uno de los elementos aportados por esta corriente, en donde los resultados permiten otorgar al paciente las condiciones de menor riesgo perianestésico (Merry, 2010). Reproducir listas de cotejo y verificarlas, permite realizar las actividades cotidianas en anestesia en una forma segura tanto para el paciente como para el médico.

Desde el punto de vista del humanismo, la aportación más grande, en primer lugar, el sensibilizar al médico en formación sobre la necesidad de ver al paciente como ser humano, con derechos y obligaciones. Así, como la necesidad de ser informado de manera honesta y la facultad de libre decisión. También, desde la corriente humanista, se han tenido aciertos con respecto a la formación del residente, ya que se consideran sus necesidades y requerimientos. Sin embargo, aún queda mucho por hacer en el sentido de dimensionar aspectos propios de su actividad asistencial. Otra proyección importante es que, a través del humanismo se ve al paciente como un ser humano, evitando la cosificación. Esto puede evitarse a partir de la reflexión y la conciencia del anestesiólogo, como lo manifiesta Galindo (2008) al referirse a la formación consciente. Para llegar a este concepto el médico debe educarse en la reflexión continua, en la empatía no únicamente en el aspecto del conocimiento.

El humanismo aporta un análisis y propuesta de una mejor comunicación clínica, siendo la piedra angular, desde el punto de vista operativo que, también puede influir en el desarrollo y evolución del paciente y tener implicaciones legales, refiere Ruíz (2003). El humanismo, ha



inspirado para dar consistencia y respeto al quehacer de cada uno de los sujetos implicados en el proceso formativo: paciente, residente y docente.

Otro elemento de gran interés y que está relacionado con el proceso de enseñanza-aprendizaje, son los ambientes clínicos de aprendizaje, a los que no se les había dado la importancia, pero que merecen atención, ya que, es una aportación fundamental del humanismo (Hamui, 2014). Se consideran actores en el proceso educativo el educando y el educador, por lo tanto analizar estos desempeños y perfiles reales no solo en el texto sino en la práctica redundará en la identificación de oportunidades de mejora.

La *medicina de simulación* como una estrategia didáctica, permite al médico residente desarrollar las habilidades técnicas y clínicas, en un ambiente semejante al hospitalario con pacientes hipotéticos, pero muy parecidos a los reales, sin el riesgo de producir daños, debido a errores en la decisión de estrategias o en la instrumentación propiamente dicha. Esto, desde el punto de vista legal, ofrece condiciones para practicar la anestesiología de una forma más segura para el paciente y para el médico (Fritz, 2014). Con lo que el aprendizaje se realiza de manera operacional y reflexiva, pues se enriquece con la retroalimentación que es una etapa fundamental en la medicina de simulación.

También, existen programas de formación en la comunicación clínica, que tienen como antecedente el Consenso de Toronto en 1991, que promueven la comunicación efectiva con el paciente, cuidando la relación del binomio (Ruíz, 2003; Peniche, 2014). La comunicación es piedra angular en el trabajo médico especialmente del anestesiólogo, ya que el trabajo en equipo es fundamental en un evento quirúrgico y la comunicación debe ser asertiva y efectiva.

El Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) ha sido de gran ayuda en la formación de residentes en diversas especialidades médicas. La finalidad es la enseñanza centrada en la solución de problemas y el ejercicio clínico que favorece las habilidades heurísticas y el desarrollo de un pensamiento crítico y reflexivo (Galindo, 2008). Permitiendo llevar a un escenario distinto un caso clínico real e interactuando para reflexionar sobre las mejores posibilidades de abordarlo desde el punto de vista clínico y ético.

La metodología cualitativa fenomenológica con la teoría de la representación social, aporta elementos para identificar el impacto de la presencia de los médicos residentes en el equipo de trabajo de un hospital, siendo un generador de conocimientos y calidad en la atención al paciente y mejorando ambientes de desarrollo humano, así como favoreciendo la seguridad (Fernández, 2015). Hacer conciencia del papel que tiene el médico anestesiólogo en la consulta anestésica, quirófano y la visita postoperatoria, permite dimensionar el caudal inmenso en donde

desde esta especialidad se puede aportar como ser humano y especialista. Las aportaciones mencionadas permiten ver una formación en la anestesiología muy distinta a la que prevalecía hasta hace pocos años y seguramente, se está en la posibilidad de continuar mejorando día a día.

Por otra parte, en cuanto al profesionalismo, se ha propuesto en algunos programas de formación de residentes de anestesiología el implementar temas de ética y moral, para fortalecer su formación en el profesionalismo. Así como, el abordaje de la bioética desde que el médico incursiona en la vida hospitalaria. Mediante el ejercicio profesional programado, supervisado y tutelado como lo marca el Código de Ética y Deontología Médica. También, Gallardo (2012) hace referencia la necesidad de crear espacios para la promoción de la construcción de herramientas de reflexión y cuestionamiento ético, epistemológico y estético para que se enfrente de forma crítica la formación de médicos residentes de anestesiología. Otro autor que se involucra en el estudio el profesionalismo en relación a los residentes es Dexter (2017) quien hace una reflexión respecto a la ausencia de atributos relacionados con el profesionalismo en los médicos residentes.

La evaluación que es fundamental en todo proceso fue considerada por Maxime, Papadakis, Teherani, Banach, Knettler y Ratter (2005) quienes realizaron un estudio en el Hospital de Cleveland durante la rotación de los residentes de anestesiología en anestesia pediátrica, con duración de dos meses, posteriormente, fueron evaluados con el instrumento *Multisource feedback* observando que esta evaluación permite conocer la proyección del residente y el concepto que tienen de él sus compañeros, encontrándose gran impacto cuando son informados de la evaluación mostrando un cambio favorable después de conocer los resultados del instrumento aplicado, el que evalúa tanto conocimiento, como los valores y actitudes. También, fue evaluada la forma de relacionarse con el equipo de salud.

Rivero (2010), manifiesta que el profesionalismo es una vocación médica auténtica, donde los conocimientos son fundamentales, aunadas a la capacidad del juicio crítico, la comunicación y las actitudes que se deben cultivar desde la formación universitaria y continuar durante la residencia médica, de igual forma hace una reflexión sobre la importancia capital de los valores. Que se fortalecen y modifican durante el periodo de formación médica en su aplicación clínica. Por otro lado, Whizar manifiesta su preocupación por la búsqueda de excelencia en la anestesiología y en la expresa que:

“La medicina académica en el campo de la anestesiología es un actitud que está en crisis globalizada. La falta de apoyo gubernamental, pocos sitios de entrenamiento, programas de residencias carentes de temática en este rubro, pocas oportunidades de trabajo, además de salarios

inapropiados para los académicos investigadores son algunos de los factores que ha impactado en el incierto futuro de los anestesiólogos académicos” (2011, p. 184).

Son factores fundamentales que han influido en el desarrollo de la excelencia médica en los anestesiólogos, donde queda claro que es el profesionalismo el elemento crítico. Durante la actividad cotidiana el anestesiólogo debe convivir en forma efectiva comunicarse con el equipo interdisciplinario con el que trabaja. Lo que se ha delegado al aprendizaje práctico, en los escenarios clínicos sin ser estudiados en el aula. Los pilares de la anestesiología mundial según lo refiere Bacon (1995), pensaron en la proyección del anestesiólogo en la investigación, enseñanza y formación de anestesiólogos, inicialmente fue una tendencia que permeó en el ámbito académico, pero posteriormente se aprecia un déficit en los colegas académicos en la anestesiología (Whizar, 2011), sin embargo, la búsqueda de la excelencia en esta área, repercutirá en el bienestar de los pacientes y de la sociedad.

En el editorial de la Revista Brasileña de Anestesiología, Gupta (2015) se menciona la importancia de enseñar algunas herramientas para generar el bienestar en el ámbito laboral, que repercuten en la atención al paciente. Dentro de ellas destaca el afrontamiento a situaciones críticas, no solo técnicas sino también no técnicas, la finalidad es también mirar al ser humano que se está formando para prestar servicios médicos e identificar los factores estresantes que pueden repercutir en el ambiente clínico para otorgar una atención médica de excelencia.

Por lo antes expuesto, se concluye que la evolución de conceptos fundamentales como la profesión representa el impacto real de los cambios conformacionales de la sociedad y del papel de quien desempeña una profesión. La influencia de distintas perspectivas sobre la profesión ofrece una mejor comprensión de fenómeno del aprendizaje del profesionalismo. Ya que, se manifiesta en la convivencia con el grupo interdisciplinario, es una interacción respetuosa, empática y con base en conocimientos sólidos, acompañados de habilidades y con un sentido de responsabilidad. Acompañada de respeto a los valores humanos más allá que el conocimiento disciplinar de la anestesiología (Whizar, 2011). En la especialidad se consolidan conocimientos, habilidades, destrezas, valores y conductas, tratar al paciente de manera profesional de acuerdo a los códigos de ética de la profesión, prevalentes en la sociedad donde se desarrolle permitirán al profesionista desempeñarse con calidad.

Sin embargo, la reflexión cuidadosa del contexto, conduce a concebir a la profesión, al profesional y al profesionalismo de una manera concreta, pues la influencia social, económica y política de la sociedad en la que se vive, generan diversas concepciones y modifican al permearse en los ámbitos laborales el desempeño de las profesiones.

A manera de cierre es importante señalar que en la formación médica existen factores que influyen y que es un reto mundial identificado desde hace más de un siglo que es actual y que no se ha resuelto. En el mundo, diversas organizaciones entre las que destacan la *World Federation of Anesthesiologists* (WFSA), *Latin-American Confederation of Anesthesiologists Societies* (CLASA), la Sociedad Brasileña de Anestesiología (SBA), en Canadá (CanMEDS), Estados Unidos (Outcome Project- Accreditation Council Graduate Medical Education) y Nueva York (Instituto Internacional para la Educación Médica de Nueva York), han identificado la necesidad de cambiar los modelos de formación de médicos residentes, de educación artesanal a una educación escolar con la implementación de modelos por competencias.

Además, refieren la necesidad de una formación médica agresiva en relación a los riesgos de salud de los profesionales en anestesiología, así como la educación en el bienestar del médico. La manera en cómo se propone impulsar estos aprendizajes es por medio de programas de educación médica continua (Revista Brasileña de Anestesiología, 2015). Que incluye la formación disciplinar con un cuidado y delicadeza en el marco educativo, con el objetivo de tener como guía las competencias requeridas para que especialista pueda triunfar en el contexto clínico.

Con la mirada en el ejercicio de una medicina más ética y segura, desde un perfil educativo cuidando la formación de las comisiones docentes que asuman un papel completo con programas regulados, actualizados y con evaluaciones vigentes. Apoyados en un contexto actual donde la tecnología y su desarrollo son exigencias presentes en la docencia médica.

## Capítulo III

### Base del contrato médico-social: El Profesionalismo

En todas las actividades que el hombre desempeña se requiere tener la confianza en las relaciones que se establecen y la exigencia en el ámbito de la salud es aún mayor. Las profesiones, son ocupaciones que, a través de un ejercicio conjunto de conocimientos teóricos y prácticos dan respuesta a las demandas o necesidades de una sociedad (Hernández, 2010), con el compromiso y la responsabilidad que entraña como prestador de servicios. Derivado del ejercicio de una profesión se obtiene un servicio que se espera esté impregnado de los conocimientos, habilidades, destrezas, principios éticos y valores. De igual forma, la conducta del médico como profesional ha sido objeto de estudio y ha generado inquietudes a lo largo de la historia (Ávila, 2017).

El profesionalismo es difícil de definir, según se aprecia en autores como Swick (2000) y Eldestein (2005). En diversos oficios, deportes, artes y disciplinas el valor de dicha práctica se enmarca en la interpretación ideológica de las profesiones esto es referido por Bernal (2015), por ello, es menester de cada país imponer la forma de controlar el ejercicio de esas profesiones, de manera interna mediante la creación de órganos colegiados, siendo estas organizaciones las que dan la legitimización para el cambio estructural y de jerarquías (Evetts, 2012).

Existen varias opiniones de organizaciones acerca de la forma correcta de comportarse de un profesional, ya se trate de arquitectos, ingenieros, maestros u odontólogos. Y dado lo complejo de emitir una definición del profesionalismo en cada área se encuentran una serie de características, cualidades o atributos, que debe tener un profesional en cualquier actividad a la que se dedique, es así como se aprecia al hacer una revisión de la literatura Chandratilake (2012, Eldestein (2005), Swick (2000), en la que se muestran las cualidades del profesional.

Como consecuencia, se hace evidente que en la formación del médico futuro especialista se promueva la formación dentro de estas prácticas y perspectiva. Ya que, es importante para para todo su desempeño médico y ejercite la medicina dentro de un marco de legitimidad como una profesión. En efecto, Altisent (2014) estudioso de los principios éticos, los valores y conductas, hace una reflexión sobre el compromiso social y el quehacer del médico con excelencia. En el campo educativo surge la necesidad de analizar un nuevo profesionalismo y los profesores al margen de las nuevas políticas de profesionalización docente que en Latinoamérica se implementan de manera parcial, deberán identificar esta necesidad. Lo que representa una tarea desafiante

### 3.1 El ejercicio de una profesión sanitaria: la medicina

La práctica de la profesión médica ha cambiado en relación a la ejercida hace algunas décadas, el efecto de la globalización, los cambios en la sociedad, la amenaza constante de influencias económicas y las innovaciones tecnológicas han dado un giro al desempeño del trabajo médico. El concepto de profesión ha tenido varias acepciones a lo largo de la historia. Sus orígenes se remontan a Europa, Navarro (2014) presenta una reflexión y narra la importancia de los espacios educativos en donde se forjará la profesión, es decir la presencia de las universidades. Siendo las áreas representativas: la teología, la medicina, las artes y la filosofía. En las que se podía obtener un título que “legitimizara” lo que se estudió y además asumir la conducta del formado en una conducta moral propias de los estudiado. Posteriormente, se genera una clasificación relacionada a las disciplinas libres en dos grandes grupos el trívium y el quadrivium, en el primer grupo están la gramática, retórica y dialéctica y en el segundo, álgebra, astronomía, geometría y música.

La profesión también es estudiada desde su impacto en la sociedad (Marquina, 1995) considerando una diferencia con otras actividades de la comunidad que se caracterizaban por su manera de agruparse y por su influencia en la sociedad. También, se considera profesional a una persona que ejerce su profesión con capacidad y aplicación relevante. Fernández, expresa que “las profesiones son un grupo social que media entre las necesidades individuales y las necesidades funcionales de una sociedad, con características muy definidas, las cuales contribuyen a la regulación y supervisión del buen control de la sociedad. Es una forma privilegiada de actividad de trabajo intelectual, siendo la base de una categoría socioeconómica que supone estatus y niveles de prestigio” (2012, p. 50).

En la historia se puede observar que el ejercer una profesión implicaba ubicar a la persona en un determinado nivel socioeconómico, con un lugar privilegiado dentro de la sociedad, con compromisos contraídos con la misma que se encontraban inmersos en el continuo desempeño profesional.

Inicialmente estaba incluido un enfoque teológico. La vinculación del concepto de profesión con lo religioso ha sido reflejada en la tradición cristiana, donde se profesa, se consagra al servicio a Dios en forma voluntaria, desinteresada, obligada a un servicio con reglas específicas y sin finalidad de lucro. Esta perspectiva de la profesión específicamente al referirse a la precisión “sin finalidad de lucro”, contrasta con las definiciones expresadas anteriormente, pero

marca un elemento de importancia en el desarrollo de la profesión que contrasta con el ejercicio de la profesión en muchos momentos de la historia. De hecho, Spencer (1985) quien es uno de los pioneros en el estudio de las profesiones desde la sociología, establece que se debe promover el bienestar de la sociedad por medio del ejercicio de la profesión. Y que por lo tanto, se considera coherente el bien ejercer las reglas de conducta, la defensa de la vida y el respeto humano.

La concepción de la profesión de Cleaves (1985), es interesante, y menciona que las profesiones son ocupaciones que requieren un conocimiento especializado, capacidad educativa de alto nivel, control sobre el trabajo, auto-organización, auto-regulación, altruismo, espíritu de servicio a la comunidad y elevadas normas éticas. Ya desde esta óptica se aprecia que no es sólo el conjunto de conocimientos propios de la disciplina los que importan al practicar una profesión sino, una serie de elementos como los valores que enriquecen el saber técnico propiamente dicho. manifiesta que el clima actual de desarrollo de la medicina ha cambiado, que el compromiso social que impregnó el actuar del médico, con reflexión, honestidad, altruismo, ha migrado siendo prevalente un ambiente cimentado en el pensamiento racional y en la ciencia, lo que es adecuado y deseable, siempre y cuando se mantenga el sentido humano de la medicina. Reflexión que tiene resonancia en el contexto actual.

Asimismo, las nuevas formas de organización social han influido en el ejercicio de las profesiones, la reforma en la educación médica y superior en Estados Unidos y Canadá plasmada en el documento titulado “El informe Flexner” publicado en 1910, muestra una reflexión respecto a esos cambios necesarios en la educación para formar médicos desde una perspectiva humana y científica citado en González, Gallardo y González (2015, p. 257), ya que la medicina se ha convertido en una profesión lucrativa y respetada, en la que el actuar médico, debe realizarse dentro del respeto mutuo, priorizando el bienestar del paciente durante toda la práctica clínica. De igual forma, este informe orienta a la profesión médica desde otros apuntalamientos: construcción de identidad, funciones, atributos y compromisos. También rememora a una profesión desde su formación, en lugares diseñados para ello. Otro estudioso de las profesiones fue Parsons (1979), quien incursiona el concepto de condición social que se media por el desarrollo de la profesión, es decir el estatus, donde es clara la influencia religiosa y el sentido del deber ser, la obligatoriedad y el compromiso ante la sociedad por profesar una profesión.

El profesionalismo se espera sea una consecuencia directa de ser un profesional, es decir, un individuo que tiene una profesión en particular y la ejerce de acuerdo a las pautas socialmente establecida para la misma. En el Código de Ética Profesional emanado de la Dirección General de Profesiones se dictan normas para sensibilizar a los profesionistas a que ejerzan su profesión

con los más altos niveles de calidad: excelencia, responsabilidad, honestidad dentro de la legitimidad legal al servicio de la sociedad (Asociación de Médica Mundial, 2005). Por lo tanto, las organizaciones y la sociedad han mirado la necesidad de implementar códigos de conducta profesional, que son lineamientos que deben respetarse en el ejercicio de una profesión, orientados a la excelencia en el servicio, priorizando al paciente en la atención médica.

La profesión médica se manifiesta de dos formas; la pública en el momento de realizar el juramento hipocrático y recibir un documento que avala estudios; y la declarada, es la realizada diariamente al encuentro del paciente. El médico en el desarrollo clínico debe poner en juego todas sus competencias para centrar su atención en el paciente, ganar su confianza y estar consciente de las responsabilidades morales que adquiere.

Como se puede apreciar, existen distintos conceptos de la profesión y sus ópticas van a compaginar con las disciplinas desde las cuales se observe. Fernández (2012) refiere que es la facultad de ejercer públicamente una profesión. Sin embargo, matices teológicos como los referidos por Legaz (2016), hacen alusión a una disposición para el trabajo impuesta por Dios, es decir una misión a cumplir.

Existiendo otras formas de conceptualizar la profesión desde la ética del servicio, desde la perspectiva de dar respuesta a necesidades sociales. Debido a la influencia de los cambios económicos, políticos y sociales como bien lo refleja en sus posicionamientos Freidson (1970), la forma de estudiar las profesiones dio un giro sustancial. Se reconoce la profesionalización, la formación institucional y el perfil orientado a resolver o atender a las necesidades de sociedades específicas con gran interés en la influencia económica, desde la sociología de las profesiones. Asimismo, se deja clara la influencia de los sistemas económicos y las condiciones laborales prevalentes. Por otro lado, Rodríguez (2008) refiere que debido a los cambios sociales y a la evolución del trabajo, se introducen otros términos en este terreno de la profesión, incursionando en el léxico y en la práctica: el mercado laboral, los clientes y los bienes. Siendo transformada la actividad profesional y el papel del que practica una profesión dentro de la sociedad

### **3.2 Necesario para ser médico: el profesionalismo**

El concepto de profesionalismo médico cuenta con múltiples acepciones, quizá, una de las más complejas es la expresada por Giacomantone y Suárez (2005) en donde no se define el profe-



sionalismo, pero menciona sus componentes: conocimiento especializado de una disciplina, tener autonomía en la toma de decisiones, comprender y ejercer el compromiso social y autorregular la actividad por pares.

Con base en los elementos citados se establecen las actitudes, valores y comportamientos que se requieren para hablar de profesionalismo. Las actitudes son las posturas del cuerpo, especialmente cuando expresa un estado de ánimo. El valor es una cualidad que poseen algunas realidades, consideradas bienes, por lo que son estimables. Finalmente, el comportamiento, es el actuar de una manera determinada. Pardell (2003), manifiesta que existen premisas para sustentar el profesionalismo, quizá una de las más importantes es que el médico debe favorecer los intereses del paciente antes que los propios, dar respuesta a las necesidades de la sociedad, referentes a la salud, prevención y tratamientos, cumplir con los modelos éticos y morales establecidos y poseer valores humanísticos: empatía, integridad, altruismo y confiabilidad.

También, Prieto (2017), manifiesta que uno de los aspectos más importantes al hablar del profesionalismo en medicina es la capacidad del médico para anteponer los intereses de los pacientes sobre los propios, con máximos estándares de competencia e integridad. Los elementos que conforman el profesionalismo de acuerdo a Ruíz (2003) y Lang (2009) son: altruismo, responsabilidad, excelencia, obligación, honor-integridad, respeto para los otros y rendición de cuentas. También, se proponen dimensiones que explican cómo está conformado: conocimiento especializado que es la inteligencia médica, autonomía en la toma de decisiones, compromiso de servicio social y la autorregulación, cabe mencionar que las profesiones se regulan a sí mismas, por medio de códigos de ética, comités de auditoría, acreditación y certificación por pares.

*The Physicians's Charter by combined North American and European Internal Medicine Boards* (2012), describen diez atributos del profesionalismo médico: honestidad, confidencialidad, compromiso, buena relación paciente-médico, calidad en el cuidado del paciente, acceso al cuidado del paciente, distribución del cuidado finito, conocimiento científico, manejo de conflictos y responsabilidades. También, a nivel internacional se ha abordado el profesionalismo sobre todo por colegios específicos de médicos, refiriendo características en relación a las competencias que se espera tenga el médico, siendo estructuradas por distintos organismos a nivel internacional dentro de los que destacan los siguientes: *The American Board of Internal Medicine* (1995) que refieren seis características principales del profesionalismo médico: honor, integridad, respeto, altruismo, responsabilidad y excelencia. En Canadá, Jason (2007), describe

siete roles que se espera sean cumplidos por un especialista competente: tener experiencia médica, comunicación efectiva, saber ser un buen colaborador, dirigir tratamientos, promotor de salud, que pertenezca a colegios y profesional.

Existen varias aproximaciones a una definición específica del profesionalismo en medicina, según lo refiere Shurkr (2014), sin embargo, no existe una que unifique todos los conceptos implícitos. Algunos de los elementos que son expuestos en varias de ellas son: la relación con el ejercicio de la medicina anteponiendo a los intereses personales el bienestar del paciente, cumplir con excelencia y responsabilidad las obligaciones adquiridas al atender un paciente, respeto a los derechos del paciente Swick (2000). Vera (2015), expresa que el Código de Ética en Medicina, establece una serie de disposiciones que regulan el ejercicio de la misma, señalando que el médico debe conducirse con honestidad, justicia, honradez, diligencia, lealtad, honestidad, sinceridad, probidad y en estricta observancia de los códigos de ética de su profesión. Siendo los mismos principios que se encuentran en los códigos iniciales emitidos por la Asociación Americana de Boston en 1808.

Todos estos autores expresan elementos que conforman el profesionalismo, pero no dan una definición del mismo. Con base en los elementos citados se establecen las actitudes, valores y comportamientos que se requieren para hablar de profesionalismo. Sin embargo, uno de los elementos ya expresados anteriormente sobre el ejercicio de la profesión sin fines de lucro, es uno de los que ha sido más cuestionados pues pareciera se antepone a lo expresados por los autores como Swick (2000), Talbot y Mallott (2006) en donde se expresa al profesionalismo y sus características como una actividad altruista.

Para comprenderlos, es imprescindible el conocimiento de la evolución histórica de la profesión y situarse en la percepción de que los tiempos cambian y con ello algunas formas de vida. Son conceptos en los que se observa el interés, de no solo considerar al médico técnicamente competente, sino con comportamientos, conductas y atributos que hacen que el ejercicio de la profesión médica sea con profesionalismo. Como puede observarse cada grupo de expertos destaca entre las cualidades o atributos del profesionalismo las que considera son las más importantes para el desempeño del médico, de acuerdo con su contexto económico, político y social. En el 2012, Chandratilake, realizó un estudio en Reino Unido, Europa, América del Norte y Asia, donde investiga las similitudes y diferencias en el profesionalismo en distintas regiones del mundo, encontrando que las características que son similares en estas regiones son: la ho-

nestidad, integridad, respeto por la confidencialidad del paciente, comportamiento médico dentro de lo legal, que el médico se abstenga del uso de sustancias o drogas, existiendo más de veintinueve características esenciales del profesionalismo en esas regiones del mundo.

La práctica de la medicina a nivel mundial ha observado un cambio importante, refiriéndose actitudes de mala práctica, comportamientos indeseables o no profesionales, que pueden ir, desde deshonestidad en el aula cuando está el profesional en proceso de formación hasta una mala atención al paciente (Wearn, Wilson, Hawkens, Child, Milchel, 2010; Shukr, 2014). Lo que invita a hacer una reflexión respecto a lo que sucede con el profesionalismo actualmente y cuáles podrían ser los factores que han influido en la forma de ejercer la medicina.

Altisent (2014), refiere que el profesionalismo médico es un conjunto de principios éticos y deontológicos, valores y conductas que sustentan el compromiso de los profesionales de la medicina con el servicio a los ciudadanos, los que se han modificado a la evolución de la sociedad. En efecto, se aprecia en la misma una parte medular, evolucionan con los cambios sociales, siendo una reflexión valiosa respecto a que pasa con los principios y fundamentos acuñados desde la creación de la carrera médica y su adaptación al mundo contemporáneo, teniendo como base la confianza en la relación clínica. Estudios recientes, realizados por Prieto (2017) sobre el profesionalismo, en un hospital de segundo nivel perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). La exploración del profesionalismo la realizó con la aplicación de una encuesta conformada por 15 ítems referentes al profesionalismo en sus cuatro dimensiones. Estas encuestas fueron contestadas por médicos adscritos, residentes e internos de pregrado; los resultados muestran que en la mitad de los encuestados el nivel de profesionalismo global y de manera más específica en dos dimensiones sobre los conocimientos científicos y la toma de decisiones obtuvo puntajes medianos. Sin embargo, en dos dimensiones: la autorregulación y el compromiso social, las puntuaciones fueron bajas en el grupo de estudio. Lo que apoya la imperiosa necesidad de reflexionar sobre la manera de enseñar el profesionalismo, el que quizá se encuentre en el currículo oculto, realizar un análisis sobre la forma de enseñar el profesionalismo en las distintas generaciones de médicos, y concientizar a los docentes sobre la importancia de su labor.

Con el desarrollo de la tecnología, varias herramientas han sido incrustadas en la sociedad, una práctica frecuente es el uso de redes sociales electrónicas por parte de médicos de pregrado y posgrado, la publicación de fotografías de los pacientes y su relación con el profesionalismo médico fue estudiado Villamizar en el 2016, mostrando que en la totalidad de los médicos tienen un teléfono inteligente a través del cual se pueden obtener fotografías, y los

estudiantes son usuarios de redes sociales electrónicas que en orden decreciente son: Facebook, Instagram y Twitter. Casi el veinte por ciento de los estudiados refieren haber subido fotografías de pacientes a redes sociales electrónicas durante la atención médica asistencial, lo que podría tener implicaciones éticas y legales por mala práctica y responsabilidad profesional, lo que se inscribe en el ámbito de vulnerar la confidencialidad de la historia clínica y la violación al secreto profesional en lo ético. El consentimiento informado y firmado del paciente para autorizar el uso de las imágenes, es un ejercicio del profesionalismo, cuando se aplica de manera correcta.

El profesionalismo médico se encuentra influenciado por movimientos que promueven la calidad de la atención médica con la finalidad de otorgarle al paciente el respeto y el cuidado durante todo el proceso de atención hospitalaria, de tal forma que se pretende atender las necesidades de los pacientes con un interés auténtico por encima de cualquier otra motivación (Espanda, 2003). El nuevo modelo de calidad *Intraglob* es una propuesta de atención al paciente desde la administración Pública Federal, que tiene sus bases en el profesionalismo y que está cobijado por elementos económicos y políticas mirando hacia la seguridad y la calidad en los servicios de salud. Por tanto, se esperaría que, con las propuestas de calidad de la atención médica, el profesionalismo estuviera impregnado en los distintos niveles del ejercicio médico, sin embargo, los estudios mencionados demuestran que los resultados son distintos a los esperados.

Para los fines de esta investigación se asumirá el concepto de profesionalismo como el conjunto de conocimientos, habilidades, principios valores y compromisos de responsabilidad profesional que sustentan una práctica idónea de la medicina en el marco de los mas elevados estándares de calidad científica, ética y humanística definción en la que se han conjuntado algunas conceptualizaciones previas (Morales, 2009p. 75; Giacomantone, 2009, p. 4).

### **3.3 El paciente razón de ser del médico: una relación singular**

A partir del siglo XX, se ha implementado de forma más directa la ética en las organizaciones sanitarias, conformándose como un gran paso de la bioética que define los valores, principios y estándares éticos, garantizando la calidad asistencial y sirve de fundamento o base para la confianza de la relación entre el médico y el paciente (González, 2015) que, de acuerdo con Guzmán, Morales y Mendoza (1994), permite el acontecimiento terapéutico y ético de la práctica médica cuya finalidad puede ser, preventiva, terapéutica o de rehabilitación, es la conceptualización bioética. Y es lo que se refiere como bioética clínica, siendo un área de impacto y desarrollo mayor que la ética de las organizaciones sanitarias.

El acto médico es un equilibrio en tres dimensiones que involucran lo antropológico, lo disciplinar (considerando la formación y el ejercicio profesional) y el contexto social en el que la praxis está regulada por factores científicos, técnicos, económicos, administrativos, políticos y sociales (Ávila, 2017). Inmersos en estos elementos se desarrolla la relación médico-paciente que actualmente hace patente el impacto de la medicina fragmentada en las especialidades

Surós (2010), la describe como: un encuentro singular, un acto entre dos actores. Que comienza con la confianza de compartir lo que, teniendo un acercamiento, intentando interpretar su vivencia e instaurando un tratamiento. Por lo tanto, el médico no debe ver únicamente al paciente como un objeto de estudio, adoptando ante él una posición factual, fría y desapasionada; debe considerarlo sujeto de pasión, porque el paciente sufre y ante el cual, se siente como persona espiritualmente vinculado.

La relación médico-paciente se inicia desde el primer contacto. Posteriormente, se realiza el interrogatorio, la consulta médica debe cubrir algunas directrices: dejar que el enfermo exponga libremente sus molestias, lo que permite leer entrelíneas muchos aspectos del paciente, dificultades para hablar o alteraciones del lenguaje y su nivel intelectual. La intervención médica de manera dirigida, en caso de pacientes que hablen poco, con la finalidad de aclarar o detallar lo referido por el paciente.

Para poder establecer la comunicación con el paciente, se requiere escuchar con atención e impasibilidad benévola, saber escuchar de manera respetuosa y sosegada el relato del paciente, poner atención a todo cuanto el paciente expresa permite generar confianza (Mézquita, 2006). El médico debe ser un excelente interrogador y excelente oyente, así como otorgar al paciente el tiempo necesario para que exprese lo que siente, el *angor temporis* será fatal durante la consulta, pues la angustia experimentada por el médico por el tiempo que ocupa en la atención es percibida por el paciente, generando un ambiente de desconfianza y desinterés. Otro elemento fundamental en la anamnesis es mirar de frente al paciente, a los ojos, creando un vínculo, estas reflexiones sobre la forma de establecer esta relación se aprende desde el pregrado en asignaturas diversas, enfatizada en la clínica propedéutica.

Dentro de la relación clínica, se observan algunas situaciones controversiales, tanto dentro del grupo médico como en la relación con los familiares. Uno de los grandes problemas médicos que ha sido abordado desde varios puntos de vista: filosófico, moral, jurídico, médico, es decidir si el enfermo tiene o no derecho de conocer la verdad absoluta sobre su enfermedad, las posturas extremas de informar totalmente al enfermo la verdad respecto a su enfermedad y no informarle, tiene una gamma de elementos intermedios. Sin embargo, existen estudios que

demuestran que los pacientes desean conocer la verdad respecto a su padecimiento y esta actitud permitirá que el paciente tenga confianza en su médico y comprenda que el fin último es evitarle sufrimientos. A continuación, después del interrogatorio se realizará la exploración, con todo respeto, delicadeza y consideración para el paciente cuidando el ambiente, la iluminación y el lenguaje, así como la expresión el médico, deberá realizar la exploración del paciente y continuar con el interrogatorio dirigido a las lesiones que aprecie. Bajo este clima, se continúa construyendo la relación médico-paciente.

Las características deseables del acto médico son que sea sensato, reflexivo, crítico, juicioso y personalizado (Giacomantone, 2009). Apegado a los tres principios: de primacía del bienestar del paciente, principio de autonomía del paciente y principio de justicia social. Acompañado de los diez compromisos de responsabilidades profesionales: compromiso de las competencias profesionales, honestidad con los pacientes, confidencialidad, de mantener buenas relaciones con los pacientes, calidad en la atención, mejorar los servicios de salud, distribución justa de los recursos finitos, con el conocimiento científico, mantener la confianza manejando conflicto de intereses y compromiso con las responsabilidades profesionales.

En la aplicación cotidiana, se pueden apreciar dos vertientes del trabajo médico: una dirigida a la promoción de la salud y la otra enfocada a la medicina gerencial. Lo que genera un conflicto al seno del quehacer médico. La relación médico-paciente ha sido afectada por múltiples factores. Un factor que ha modificado la relación mencionada es la cosificación del paciente, es decir; el médico olvida los rasgos personales, sentimientos y valores del paciente (Ávila, 2017).

La forma de aprender el trato hacia el paciente se encuentra enmarcada en momentos de práctica clínica tanto en pregrado como en posgrado. En este último se comprende que el médico ya graduado cuenta con los conocimientos y las competencias requeridas para ejercer la profesión, de tal suerte que, no se otorga un tiempo específico para ello. Una consideración especial es la que se presenta durante el evento anestésico, donde todas las observaciones y precisiones se proyectan hacia el bienestar del paciente y para no generar daño, se aprende en la práctica, en el trabajo diario dentro del centro laboral.

En la actualidad, se escucha que el médico se ha deshumanizado o se ha desprofesionalizado. Los orígenes de esta percepción se remontan a la Primera Guerra Mundial, que dejó secuelas en la sociedad, una de ellas según Edmund Husserl, fundador de la filosofía trascendental, fue la deshumanización de las ciencias contemporáneas, gestada al seno del “sin sentido existencialista”, surgiendo la necesidad imperiosa de rehumanizar la medicina (Ávila, 2017), la evolución histórica de la medicina muestra que existen, en distintos momentos de reflexión intentos

por señalar la deshumanización de la medicina y mencionar la misma necesidad. Probablemente, una parte de este proceso de deshumanización este gestado por el trabajo que se realiza en el contexto laboral, dadas las disyuntivas a las que se enfrenta el médico en el cumplimiento con la empresa donde se labora, dejando de lado cualidades y características propias de la atención médica propiamente dicha.

El concepto de deshumanización puede verse desde distintas autorías, sin embargo se confluye en la acción de privar de características humanas, dentro de ellas destacan: inteligencia, amor, felicidad, valores, creencias morales, la vergüenza al paciente, lo que sucede de manera inconsciente. También, se le ha concebido como establecer una comparación de la persona con un objeto o animal (cosificar).

Oseguera (2006), expresa que la deshumanización es el resultado de un modelo racional cientificista alejado de la sensibilidad humana que, es la base de la medicina actual, modificando en forma importante el ejercicio de la medicina. Que desde la época de Hipócrates se ha identificado como elemento deletéreo de la atención del paciente. La deshumanización de la medicina puede ser analizada en varios niveles: formación, asistencial y administrativo (Ávila, 2017). Y, es precisamente en el nivel formativo donde se centra el interés de la presente investigación. Ya que el modelo de formación de recursos sanitario encuadrado en una formación artesanal o tradicional presenta una oportunidad para continuar con el desarrollo de este fenómeno. El trato poco personal, individualizado de la medicina actual nos lleva a acuñar otro término de interés: la despersonalización. Dado que la despersonalización es un cuadro clínico frecuente, y puede presentarse en individuos normales en situaciones de agotamiento físico o emocional, estrés y privación de sueño, semejantes a la que experimenta el personal del área de la salud y que forma parte de un síndrome de desgaste crónico.

Se ha definido como una alteración de la conciencia del yo, de índole tal que el individuo despersonalizado se siente a sí mismo como extraño y distante, mero observador de los procesos mentales y su ámbito corporal, ajeno a la situación (Cruzado, Núñez y Rojas, 2013) y es esta la situación observada en el ejercicio de la medicina. Deshumanizados son los grupos sociales incapaces de experimentar emociones humanas complejas, de compartir valores o de actuar conforme a las normas humanas y morales prevalentes en la sociedad.

Una de características de la medicina actual, son los avances científicos que han permeado en el desempeño médico, facilitando el estudio protocolizado de los pacientes con la finalidad de llegar a un diagnóstico certero y establecer un tratamiento óptimo, quizá, el precio que se ha tenido que pagar es que la relación médico paciente ha pasado a un segundo plano.

Con las consecuencias que de ello derivan. La desprofesionalización de la medicina tiene efectos deletéreos en la relación médico-paciente que es la piedra angular del contrato social.

De acuerdo con lo ya expuesto, se pueden ver que, los posibles factores que han provocado la deshumanización en la medicina son múltiples, entre los que destacan la “cosificación del paciente”, falta de reconocimiento de la dignidad intrínseca de todo enfermo como lo expresa Santos (2003), la falta de una visión global del abordaje de un paciente en donde un papel importante es la especialización de la medicina, que orilla a un tratamiento parcial y no uno integral como es deseable, la desconfianza en el conocimiento médico y las falsas expectativas basadas en las experiencias previas.

Por otro lado, la insatisfacción y frustración de los médicos ante los cambios de sistema de salud gerenciado que Patiño (2001), sustenta como un cambio radical que deja en total desequilibrio el quehacer del médico en la época actual. Con un dilema ético singular existiendo una doble lealdad: hacia el paciente, objeto de su trabajo y al empleador y pagador quien responde a otras expectativas a la administración de recursos dentro de un sistema de salud, olvidando el ejercicio personal e individualizado de la medicina. Todo ello genera una percepción en el paciente dónde la confianza hacia el conocimiento médico y hacia las instituciones produce un clima de incertidumbre. El tiempo invertido en una consulta, es importante, debe ser suficiente que permita establecer una relación médico-paciente óptima. Sin embargo, los sistemas gerenciados de atención a la salud y su productividad establecen periodos de tiempo muy cortos para realizar las consultas médicas. Profesionalizar el ejercicio de la medicina es quizá lo que puede restaurar la relación médico-sociedad, tan dañada en la actualidad. Es en la búsqueda de la rehumanización de la salud en donde se pudieran desarrollar nuevas estrategias en el periodo de formación de médicos residentes, basados en principios holísticos, que permitan ver al paciente en forma integral y en una historia clínica centrada en la persona. Pérez (2013) expresa al respecto que tanto, el médico y el sistema en el que se encuentra inmerso son responsables de la deshumanización, y se manifiesta en contra de la manipulación política de la medicina socializada. Siendo un punto de vista parcialmente divergente al presentado anteriormente.

### **3.4 Nuevos tiempos: ¿Nuevo Profesionalismo?**

La conducta del médico ha tenido un cambio sustancial, las premisas propuestas hace años con respecto a la conducta y apego a los altos estándares éticos y morales, se han modificado al igual



que la sociedad. El contexto es otro, ¿acaso el profesionalismo también? Se identifican codicones distintas de sistemas educativos y sanitarios. Posicionamiento diferente de los pacientes, asumiendo roles diversos en una sociedad cambiante. Hay un sistema económico que permea todos los demás sistemas educativos y sanitarios, y se plantea un nuevo mundo. Al realizar un análisis de esta situación, diversas organizaciones en Estados Unidos estructuran la Declaración Conjunta “*Project of Medical Professionalism for the new millenium*” por la Sociedad de Medicina Interna (2012), que surge desde el ámbito científico y profesional de expertos en Medicina Interna y que es avalado por cuatro organizaciones tanto de medicina interna y el Colegio Americano de Médicos.

Posteriormente, traspasó fronteras y fue avalado a nivel internacional convirtiéndose en el “Compromiso Social de la Medicina y de los Médicos para el siglo XXI”. “El Nuevo contrato Social de la Medicina”. En él se manifiesta que el profesionalismo está fundamentado en principios y compromisos de responsabilidades profesionales (Maya, 2015).

Hecho fundamental es el generacional, mientras que la generación de los *Baby Boomers*, actualmente encargados de la enseñanza de recursos humanos para la salud consideran la dedicación completa a la educación o instrucción médica, con apego a la ética (Hernández, 2010) a la Generación X. A esta generación pertenecen quienes actualmente se están formando como especialistas. Hernández (2010), refiere que les caracteriza el escepticismo cultural, un gran conocimiento de la tecnología, pero escasa formación ética. Por lo tanto, se aprecia como un reto para la formación en valores, conformando una parte de la crisis en distintos ámbitos de la vida.

Algunas situaciones ponen en riesgo el profesionalismo médico refiere Maya (2015), la pérdida de la confianza entre el paciente y el médico, la evidencia actual de deshumanización del médico, el desequilibrio entre los recursos y las necesidades en salud. La fuerte influencia de las fuerzas del mercado que marcan un camino distinto no enfocado en el paciente, sino caminando en una doble moral, la falta de autorregulación y entendiendo de manera errónea la autonomía profesional como autonomía individual. Todos estos factores contribuyen a desarrollar el fenómeno de la deshumanización o desprofesionalización. Sin embargo, el Dr. Pérez (2013) refiere que no hay médicos deshumanizados, sino que ya lo eran antes de estudiar medicina y no como consecuencia del ejercicio de la misma.

Sin embargo, desde la profesión se puede intervenir, por medio de los organismos reguladores sanitarios o colegios de las especialidades, para reafirmar el compromiso con la sociedad, retomando, actualizando y comprendiendo los principios del profesionalismo, así como,

enseñarlos de manera explícita y cumplirlos con el objetivo de recuperar la confianza de la sociedad y la autonomía de la profesión, lo que permitirá mirar de cara al futuro afianzando una relación médico-paciente respetuosa y profesional. Un elemento crucial son las asociaciones médicas quienes de manera cuidadosa tendrán que legislar al seno de ellas mismas para convidar a sus miembros a cambiar el ejercicio profesional. Los servicios de salud están obligados a reflexionar sobre sus políticas de salud y promover el comportamiento deseable entre el personal sanitario. Cada uno de los mencionados deberá mirar hacia el bien común. Es un requisito de acuerdo con Maya (2015) fortalecer el ser para mejorar la ocupación (hacer).

En efecto, la preocupación por la forma en que el profesionalismo se ha desarrollado, ha sido mundial. En el 2008 la Comisión Europea publica el *Libro Verde* que trata sobre los trabajadores del área de la salud en Europa, considerando a los académicos y profesionales de la medicina de distintas partes del mundo, se refiere a los requisitos que el profesional de la salud debe cumplir, con la finalidad de tener un perfil definido en cuanto a sus conductas, habilidades, conocimientos y destrezas, en forma general.

Fue en el 2010, en el marco de la 63<sup>va</sup> Asamblea Mundial en Salud, donde se aprobó el Código Mundial de prácticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre contratación internacional del personal de salud y también, se publicó el informe titulado: *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems and interdependent World*, donde se pueden consultar los lineamientos sobre la forma de ejercer la medicina que se sugieren a nivel mundial (*Foundation Program*, 2010). Este programa pretende establecer en forma cuidadosa los requisitos y lineamientos que orienten el trabajo del personal sanitario, el impacto en las residencias médicas es, por lo tanto importante ya que, al cuidar estos aspectos en el profesional de la salud formador de residentes, influirá en los médicos en formación mostrando un código diferente que dé respuesta a las condiciones actuales del ejercicio de la medicina y de las especialidades médicas, con miras a una nueva forma de conducta, valores y actitudes.

Con ello se pretende que el nuevo profesionalismo responde a las necesidades del mundo globalizado, inmerso en la interdependencia, en donde las exigencias no conocen fronteras. Este paradigma identifica que no existe la cantidad suficiente de médicos, ni la formación de los mismos responde a las actuales políticas sanitarias. Y es una realidad mundial.

El análisis de la evolución del profesionalismo, muestra que durante los años setenta en Estados Unidos se implementó en los servicios de salud una estrategia extraída de ambientes

financieros; la “competencia gestionada”, como resultado se presentaron cambios en los sistemas sanitarios (Blank, Kimbal, Mc Donald y Merino, 2003) que no favorecieron del todo la atención a los pacientes. En Europa en los años ochenta y noventa, también se aplican estos conceptos desde la óptica de las aseguradoras privadas norteamericanas y hospitales públicos conociéndose como “gerencialismo” o “revolución de los gestores” (Infante, 2011). Desafortunadamente, esta medida se orientó hacia la medición de la actividad, la producción, los costes y la eficiencia, pero demeritó el quehacer profesional y el respeto a la autonomía profesional, en aras de cuidar la relación costo-eficiencia, con las esperadas consecuencias en la relación médico-paciente y en la atención al mismo. Generando múltiples conflictos entre los clínicos y los gestores.

En respuesta a esta situación se genera la gestión clínica con el objetivo de hacer más gestora la clínica y más clínica a la gestión, esto implica respetar lo positivo obtenido del gerencialismo intentando reubicar los elementos desvalorados por él (Patiño, 2001). De esta forma, se restituye la autonomía del médico y se pretende impactar en una mejor atención en salud, los elementos que intervienen en éste nuevo proyecto originado desde los médicos son los gestores y financiadores, teniendo como objetivo el bienestar del paciente.

Por todo lo referido, se concluye que el nuevo profesionalismo es un paradigma creado con la finalidad de combinar la responsabilidad y los puntos de vista de distintos actores, cada uno mirando desde sus intereses, pero compartiendo el objetivo común: mejorar la atención al paciente, que es el centro de la atención médica. La intención del nuevo profesionalismo es acortar la brecha que surgió al implementar los cambios en las políticas de salud con la revolución de los gestores y la desvaloración del quehacer médico. Originando un conflicto entre los clínicos y los gestores, que suscitó la reflexión en distintos ámbitos a nivel mundial. Por lo tanto, el nuevo profesionalismo es una alternativa para resolver la problemática planteada en el sistema de salud. Sin embargo, cabe mencionar, que es muy compleja la implementación, ya que, se requiere incidir en diversos factores como reorientar el aprendizaje para la solución de problemas, modificar el diseño curricular, enfocar el perfil de ingreso y selección de los estudiantes, modificar y modernizar los métodos de enseñanza-aprendizaje, adquisición de pautas de conducta profesional a partir de una forma explícita y la evaluación formal de la implementación, formar docentes desde nuevas perspectivas, que cumplan requisitos específicos como operativos para lograr la migración de un modelo tradicional a este nuevo enfoque.

### 3.5 Valor ético de la conducta

La ética puede tener varias acepciones: pues es la expresión de juicio moral. Es un concepto que todas las personas tienen, es el valor ético de una conducta. En lo referente al aspecto médico, se realiza el análisis ético (bioética) que se apoya en la argumentación sistemática para explicar por qué una conducta está bien o no. Finalmente, la ética médica, como el conjunto de valores y normas que definen la buena práctica de la medicina.

En este último nivel se ubica el profesionalismo que abarca la ética del profesional y la deontología según lo expresado por Altisent (2014). En la formación del profesional del área de la salud, se concibe que quien aspira a ser médico ya tiene las virtudes, los valores y principios requeridos para poder ejercer la profesión médica, en consecuencia, durante su formación la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas son la piedra angular y durante el periodo de residencia se orienta la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas propias de la disciplina, dejando de lado las otras competencias que muchas veces no se encuentran explícitas en el currículum. Como se puede apreciar en los programas de formación de médicos residentes tanto en nuestro país como a nivel mundial.

La regulación de las profesiones se hace a partir de cuatro modelos, en donde cabe la reflexión cuidadosa sobre la conveniencia de alguno de ellos, a saber, los modelos son: Tesis de libertad profesional absoluta, Tesis de la regulación legal absoluta, Tesis de los mínimos universales y Tesis del profesionalismo. Para poder llegar a la aplicación correcta de la misma los organismos reguladores deberán promover y supervisar de manera óptima a quienes ejercen una profesión (Altisent, 2007).

Por otro lado, el derecho o las leyes se ocupan del mismo comportamiento moral desde una perspectiva de las relaciones sociales y su regulación (Altisent, 2007). Sin embargo, no es suficiente con formar a los médicos residentes únicamente en conocimientos, habilidades y destrezas, se requiere la enseñanza del profesionalismo y de la ética médica. De acuerdo con Polaino (1997) la ética es la ciencia que estudia los actos humanos, en tanto que buenos o malos es decir del bien y el mal (p. 1).

Desde el punto de vista de la legislación, se ha establecido el capitulo requerido para cubrir la atención primaria del paciente en diversas partes del mundo, lo que clarifica las normas a seguir por el gremio pertenecientes a esa disciplina. Así se establece una interrelación entre el ámbito de la ética personal con el ámbito deontológico y del derecho, que se opera como o entre niveles en otros países como España. El conocimiento de la Deontología médica que es

una parte de la ética que trata de los deberes y principios que afectan la profesión (Patiño, 2010), permiten delimitar las actividades médicas dentro de este encuadre.

La Moralidad del obrar humano, es descrita por Polaino (1997) como la cualidad que se refiere al actuar humano que se realizan libremente en relación al último fin (p.1). Nuevamente se puede apreciar que en el ejercicio de la profesión médica existen áreas de influencia, que no se oponen, sino que miran hacia la misma óptica.

Cuando se refiere a la ética médica, es preciso referirse a la ética profesional y el derecho, ya que, entre ellas se alberga la ética profesional y la deontología existiendo un lazo entre las éticas y la autonomía, la deontología y la legislación con la heteronomía.

Veatch (2004), hace una reflexión sobre quienes debieran conformar el cuerpo de la ética médica, la comunidad profesional o las fuentes externas. Y se considera que debe existir representatividad de ambas partes. El Código de Deontología Médica (CDM) y Bret de la Sociedad Española de Bioética y Ética Médica de Murcia (2011), constituido en tres bloques en los que se incluyen los siguientes temas: relación médico-paciente, relación interprofesional y relación con la sociedad respectivamente. La relación médico-paciente está, relacionada con otros capítulos como el secreto profesional, la atención al final de la vida y la investigación médica en el ser humano. Un tema también incluido es la relación del personal de la salud y la industria farmacéutica.

Existen, por lo tanto, tres niveles de exigencia en la conducta profesional: ética, deontológica y derecho. De acuerdo a cada nivel se expresa un contenido distinto en el primer nivel: la ética se enfrenta o confronta al profesional ante sí mismo, es su autoexigencia. Sin embargo, este aspecto puede ser muy variado, ya que depende de la formación del profesional, en la que el nivel de desarrollo de los diferentes atributos personales que corresponden al perfil ético se alcanza de manera distinta, siendo peligroso cuando la ética personal desciende por debajo de las normas deontología o de los códigos legales.

Uno de los ejercicios que serían de gran impacto en el ambiente médico, es reflexionar sobre el nivel de exigencia que tiene el médico al tratar pacientes en etapas terminales de su vida o a quienes se encuentran inmunocomprometidos, pacientes en estadio final o terminal de su vida. La bioética según Reich (1995), es el cuidado de la vida y la salud desde una visión moral, con la aplicación de distintas metodologías éticas y sistemáticas acordes al área disciplinar, también, se concibe como la aplicación de la ética filosófica al campo de la salud. Desde esa óptica la bioética tiene aplicaciones en los tres niveles descritos: ética personal, deontología y derecho. Así, se aprecia la necesidad de que la ética y el profesionalismo sean integrados al currículo, ya

que se requiere de esa transformación personal para poder transitar en la ética personal, la deontología y el derecho, para el ejercicio de una medicina cada día mejor y no sólo dejarlo en el currículo oculto como hasta ahora se encuentra.

Whizar (2011), hace una reflexión respecto a la importancia de la búsqueda de la excelencia en los servicios médicos que brinda el anestesiólogo, donde el profesionalismo es piedra angular en el concepto de excelencia en el que se basa su comentario, destaca en la reflexión que la anestesiología es una especialidad de alto riesgo, con un grado de dificultad variable de acuerdo a los pacientes que requieren el servicio médico-anestésico. Se requiere además conocimientos profundos, actualizaciones constantes en los conocimientos, innovaciones, advenimiento de nuevas tecnologías, mente ágil y actitud resolutiva rápida y destrezas psicomotoras.

También, se necesita contar con elevada calidad humana y respeto a los valores éticos y morales. El principio Hipocrático "*primum non nocere*", sigue vigente, sin embargo, existen situaciones médica anestesiológica no consideradas en el momento de la promulgación del Juramento Hipocrático, en la actualidad los escenarios médicos han cambiado y en algunos casos el anestesiólogo se enfrenta a situaciones clínicas en las que tiene que intervenir sin importar sus convicciones morales y valores. Tal es el caso de los abortos y de la muerte asistida, situaciones no consideradas en los tiempos de emisión del Juramento Hipocrático. Por lo tanto esos escenarios diversos, son los retos a los que el clínico se enfrenta en el día a día y es una oportunidad para la investigación y para la realización y desarrollo de proyectos educativos. Un elemento actual es la objeción de conciencia, poco conocido en el medio médico, pero que tiene sus consideraciones para la aplicación del mismo.

Surge la necesidad de la ultra especialidad, también llamada subespecialidad y alta especialidad con la finalidad de cubrir áreas del conocimiento específicas y complejas. Tales como, anestesiología pediátrica, terapia intensiva, algología (tratamiento del dolor crónico), inhaloterapia y recientemente en la clínica del dolor agudo postoperatorio. Lo anterior muestra que en la anestesiología se busca la excelencia, considerada como la mejor forma de hacer las cosas con calidad, bienestar, amor, principios y valores, aunque es pertinente reflexionar sobre como hacer este proceso para solidificar el objetivo de educar en valores, que es una labor que traspasa el escenario hospitalario, este es un problema educativo y social.

También, Lostao (2006), refiere que la excelencia es un elemento fundamental en el quehacer humano y es "el resultado de preocuparse por las cosas más de lo que otros consideran que es sabio de arriesgarse un poco más de lo que otros piensan que es seguro... de soñar más de lo que otros consideran que es práctico, y de esperar más de lo que otros consideran que es

posible” (Whizar, 2011, p. 3). Así, este concepto aplicado a la anestesiología, brinda una reflexión e invitación continúa hacia la pirámide de la excelencia, que permea en tres aspectos fundamentales: el estudio continuo, el profesionalismo y la medicina académica.

Asimismo, Glavin de Escocia (2009), Larsson de Suecia (2009), Smith del Reino Unido (2008), refieren la importancia de la ética, el humanismo y la relación con el profesionalismo. Tetzlaff (2009), refiere que el humanismo repercute en forma importante en la relación médico-paciente y la ética obliga al cumplimiento del quehacer médico con honestidad y respeto hacia nuestros semejantes.

A manera de cierre, en este capítulo se revisó el concepto de la profesión y su evolución, en especial se enuadró la profesión médica y las influencias que ha tenido, así como sus repercusiones en el ejercicio de la medicina. También se ha destacada la importancia de la relación médico-paciente como un constructo sobre el cual se establece el servicio médico. Y se destacaron las múltiples conceptualizaciones sobre el profesionalismo médico y sus características. Así como se define la conceptualización que para esta investigación se trabajó como profesionalismo. Es importante mencionar que dados los cambios sociales, económicos y políticos el trabajo del médico ha sufrido sustanciales transformaciones, de ahí que se planteó la reflexión del nuevo profesionalismo como respuesta a los cambios del nuevo contexto.

Se proyecta después de este análisis que existe una preocupación en el ejercicio de la anestesiología y que su vinculación con ética, los valores y las situaciones clínicas en el trabajo del anesthesiólogo en tres áreas; el estudio continuo, el profesionalismo y la medicina académica deberían ser abordados desde perspectivas diversas.

Existen situaciones que reflejan la necesidad de vincular a los conocimientos, las habilidades y las destrezas con las normas de ética y de moral, y uno de los elementos fundamentales es la formación de médicos, quienes en últimas fechas se han visto implicados en situaciones que permean la necesidad de fortalecer la enseñanza formal del profesionalismo.

En la actualidad, los médicos de pregrado y posgrado, así como adscritos hacen uso de redes sociales electrónicas. Contar con un teléfono inteligente es común y el uso que se le dé dentro del ámbito médico puede tener diversas connotaciones. Desde éticas hasta legales

A través de este capítulo se ha descrito y detallado el profesionalismo inicialmente como una característica deseada en cualquier desempeño de la humanidad, donde se pretenda dar la más alta calidad a fin de otorgar confianza y seguridad a quien recibe un servicio. Sin embargo, a la luz de las profesiones, se ha hecho un análisis de acuerdo con la argumentación de distintos autores respecto a la concepción de las mismas, y la profesión médica.

Se analizaron las dimensiones o características del profesionalismo médico como una respuesta al compromiso social que, es un elemento crucial en la vida de la sociedad. La relación médico- paciente vista desde diversos ángulos, en el entendido de que es la piedra angular sobre la que descansa el ejercicio de la profesión médica, las complejas concepciones impregnadas por la ética y la deontología médica que rigen mediante el código de ética médica el quehacer del galeno, y que se deben conocer y aplicar para generar confianza y dar una atención con los estándares de calidad y seguridad más altos para el paciente.



## Capítulo IV

### **Pedestal en la formación de especialistas: la formación docente**

Para formar médicos especialistas en el medio hospitalario, se requiere de un personaje: el docente, este debe tener un perfil definido por las universidades y por la institución de salud, especialista en la disciplina en la que se desempeñe, con periodos de antigüedad variable dependiendo de la institución educativa que otorgue el aval a la especialidad. Sin embargo, obedeciendo a la práctica cotidiana, apreciamos que efectivamente quien acepta este compromiso es un médico especialista a quien la docencia le gusta.

El bagaje pedagógico y didáctico, en muy pocas ocasiones se tiene, motivo por el cual, los programas y su aplicación se efectúan en el diario interactuar, apegados a los conocimientos disciplinares, la atención a pacientes, con la buena voluntad y el entusiasmo del médico- docente en el mejor de los casos.

La falta de conocimientos pedagógicos y didácticos tiene un impacto mayúsculo en la formación de los residentes, donde se corre el riesgo de ejercer el poder a través de la evaluación. Y con ello influir sustancialmente en el ambiente clínico de aprendizaje, se deja de lado en el Curriculum formal la presencia de asignaturas que no se consideran, pero que tienen gran importancia en la formación del futuro profesional. Así, la formación en valores, las relaciones interpersonales y la influencia de la ética, la psicología médica, la antropología y la deontología médica, en escasas ocasiones se aprecian en los programas o planes de estudio de las especialidades. Por lo antes mencionado, se hace evidente la necesidad de que el docente cuente con conocimientos referentes a su disciplina y a la docencia, las herramientas pedagógicas, la organización y la estructura, la planeación y el conocimiento de la evaluación para realizar la labor inconmensurable que adquiere al aceptar ser docente médico.

A lo largo de este capítulo se tratarán puntos de interés en relación al médico-docente, iniciando por un recorrido histórico, la docencia en el posgrado, el perfil del docente formador de médicos residentes, la práctica docente como contexto de aprendizaje del profesor de especialidades médicas, los retos de la docencia médica, el clima educativo y el rol del docente, que marcará el curso de la formación de los médicos especialistas y que de alguna forma exige estar sustentado en un docente capaz en el contexto educativo.

#### 4.1 El esfuerzo por formar residente a través del tiempo

En la formación de médicos especialistas, existen varios actores, sin embargo, el docente, desempeña un papel crucial. ¿Quién ha sido el docente de los médicos especialistas en distintas partes del mundo? En América Latina, el común denominador de quien se dedica a esta noble actividad es quien tiene el deseo de compartir sus conocimientos y orientar a los alumnos en su desempeño clínico. Sin embargo, en la universidad de Wisconsin con Ralph Waters, Roventine, Dripps, Cullen y Paper (Bacon, 1995) fue donde se inició la anestesiología académica. El profesor Nunn lo inicio en Europa, ellos dieron formación a anesthesiólogos académicos quienes posteriormente lo difundieron en el mundo.

En Europa, específicamente en España, han sido muchos los esfuerzos por establecer una comisión de docencia con funciones específicas que legislen y legitimen a los docentes, sin embargo, se identifica como una debilidad el hecho de que o se lograra su consumación como tal, y únicamente se restringiera a certificar el cumplimiento de algunas actividades como rotaciones de los residentes (Moran, 2010, p. 606)

En la historia de la anestesiología, se puede observar que el que enseña, es el experto en la disciplina. Estas enseñanzas en el caso mexicano, se iniciaron con los Doctores Alfaro (1851) y Martínez (1857) y continuaron con médicos que en su hacer cotidiano se formaron. Posteriormente, cuando la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM, 1994) inicia el programa de formación de residentes, se estructura un cuerpo colegiado de expertos clínicos en la anestesiología, cuya actividad primordial era la atención médica. Con el paso del tiempo, el desarrollo de la tecnología y la generación de nuevos conocimientos influyen en la consolidación de la anestesiología en diversos ambientes hospitalarios. La actividad asistencial médica ha sido prioritaria, la investigación también, pero, eso se ha logrado por la intervención de médicos comprometidos, expertos en la disciplina, que han incursionado en el ámbito educativo.

El Plan Único de Especializaciones Médicas (2015), establece los requisitos para que el anesthesiólogo pueda participar como docente dentro del hospital sede. Ser anesthesiólogo, tener la certificación del Consejo de Anesthesiología, experiencia docente en educación superior, mostrar su participación activa en la divulgación del conocimiento médico, acreditar cursos de formación pedagógica, estar contratado en la unidad hospitalaria, en el turno matutino, mínimo por seis horas diarias y con actividades asistenciales médicas. Anteriormente, el docente tenía una función determinada por el modelo educativo predominante.

La educación tradicional se caracterizó por las clases magistrales, la actitud pasiva del alumno, los conceptos dogmáticos, que eran irrefutables. Actualmente, el docente, en el modelo pedagógico educativo para la resolución de problemas, cumple una función de facilitador del aprendizaje significativo de los alumnos. También, debe estimular el pensamiento reflexivo y la conducta humanista ante los pacientes. Wonca (2011), refiere que la mayoría de médicos dedicados a la enseñanza de las especialidades no tienen los conocimientos pedagógicos ni las herramientas para desempeñar la función de la docencia.

Whizar (2011), refiere que la formación de los médicos anestesiólogos debe ser dirigida a la búsqueda de la excelencia, donde la piedra angular es el profesionalismo. Y se hace una reflexión adjunta a ello como pedestal del proceso relacionada al docente. La función de los académicos es fundamental sin embargo, expresa que existen varios factores que influyen en ellos: el poco apoyo gubernamental, el escaso entrenamiento, los salarios inadecuados para los académicos investigadores han sido algunos de los elementos que han conducido a la medicina académica en el campo de la anestesiología a una crisis globalizada. La forma habitual en que se adicionan nuevos elementos para la enseñanza de la anestesiología, es incorporar a anestesiólogos recién egresados que muestren cualidades para la excelencia y la docencia y que deseen participar.

Actualmente, se exige que el profesor sea investigador con la finalidad de apoyar en los procesos de formación al alumnado (Anaya, 2012). Sin embargo, sólo una pequeña proporción de los médicos con práctica asistencial se dedica a la investigación. Actualmente, el perfil profesional del profesor moderno va más allá del quirófano, del hospital y de la consulta. Debe comprender la administración, economía, finanzas, certificaciones, acreditaciones, pedagogía, didáctica, epistemología. Por lo antes mencionado, las exigencias son altas, y es un área de oportunidad.

En efecto, muestra de ello es la evaluación, función realmente compleja que debe realizar el docente de manera objetiva. Para lo que, requiere conocimientos, habilidades y destrezas. Saber qué evaluar, cómo evaluar, con qué instrumentos evaluar, cuándo evaluar no es lo mismo que calificar. De tal forma que, el docente debe recibir capacitación para responder a esas expectativas de los alumnos, del hospital y de la institución educativa que avala la formación del residente. Por lo tanto, urge la participación comprometida y responsable de las instituciones de salud y las instituciones educativas.

Martínez (2008) en su artículo sobre la evaluación del desempeño docente en cursos de especialización médica. El objetivo de esta estrategia es que, por medio de la evaluación del

alumnado, se pueda obtener la información para retroalimentar y mejorar la docencia. Esta práctica puede ser realizada por organismos nacionales como el Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica, quienes a nivel de pregrado realizan las evaluaciones pertinentes, pero en posgrado, específicamente en las especialidades médicas podría permitir conocer las áreas de mejora.

Siendo la universidad una institución con alto compromiso social, la formación de recursos para la salud, requiere una participación activa y real, situada en un contexto político, social, cultural, económico diverso en cada país y atendiendo a las necesidades en salud que prevalezcan. Los programas de capacitación del personal docente en anestesiología son escasos en Latinoamérica. Sin embargo, en Europa existen organizaciones de asesores de Ministerios de Sanidad y política social, quienes conjuntamente con el Ministerio de Educación generan programas diferentes con impacto social ya que, en conjunto elaboran los programas educativos, definen los criterios de evaluación y diseñan los planes de manera integral para las residencias médicas (V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, 2016). De acuerdo con lo manifestado en la V Cumbre Iberoamericana, es necesaria la participación de los sectores educativos al seno del medio hospitalario para genera la reflexión, el análisis y los cambios acordes al momento actual. Un área de oportunidad es la formación de docentes en anestesiología, ya que la mayoría del profesional dedicado a esta actividad carece de conocimientos formativos en docencia o investigación, siendo expertos en su materia.

Arambuzubala (2013), refiere la necesidad de profesionalizar al docente universitario y plantea la necesidad de definir la forma de sistematizar mediante los programas de formación de profesorado universitario, ya que es un personaje importante en el proceso enseñanza-aprendizaje y debe capacitarse con miras a la formación de calidad de los médicos residentes. Inicialmente, refiere que una tendencia es que el modelo se centre en el alumno, la sistematización para desarrollar las habilidades docentes, sugiere que debe definirse los estándares de la práctica docente y establecer mecanismos para reconocer la calidad del desempeño docente que será un aliciente para él y se debe desarrollar la cultura de la evaluación del desempeño acompañado de la retroalimentación.

Es necesaria la formación del profesorado universitario, lo que implica un panorama de hacer conciente el proceso enseñanza aprendizaje para el docente, y comprender que es una oportunidad de aportar desde su perspectiva disciplinar a un proceso complejo, pero que segu-

ramente redundará en mejores profesionistas, siempre y cuando el docente sea un docente capacitado desde el punto de vista educativo. Por lo tanto, es necesario empezar con este proceso, para mejorar el nivel de los médicos egresados.

#### **4.2 Un reto: la docencia en el posgrado**

La docencia es definida por Bartha (1997) como un proceso organizado, sistemático e intencional, orientador de los procesos de enseñanza-aprendizaje, que confiere elementos preponderantes en los profesores como el dominio de su área de conocimiento, de estrategias psicopedagógicas, con el objetivo de promover la interacción didáctica y aprendizajes significativos en los alumnos. Dicho concepto generado para el docente universitario, puede también aplicarse a los docentes en otros niveles educativos, que de acuerdo a Letelier (1995), clasifica en niveles de docencia en este caso específico, se trata del posgrado, donde la actividad médica asistencial es el área fundamental de desarrollo y las dos áreas secundarias son la investigación y la educación.

En el posgrado la docencia tiene aspectos específicos que lo hacen diferente a la docencia universitaria, son características como un número específico de horas-aula, la mixtura de trabajo asistencial y horas frente a grupo, la priorización de la atención médica asistencial y circunstancias especiales del alumnado debido a los hábitos sociales adquiridos al ingresar a una residencia médica. Así, en el posgrado se distinguen categorizaciones en el ejercicio de la docencia. La primera que se abordará es la categoría de docencia formal e informal, como lo cita Letelier (1995) para la docencia universitaria. La docencia formal es la realizada en el grupo médico de residentes con actividades programadas, sistemáticas, contenidas en un plan operativo, con asignaturas determinadas, talleres y cursos. La docencia informal es la referente a una relación directa entre docente y alumno, por medio de diversas actividades como exposiciones libres, trabajo extracurricular y es una de las más utilizadas en el posgrado. La segunda categorización se refiere a la docencia tradicional y la docencia innovadora, la primera es en la que el rol protagónico lo desempeña el docente con la finalidad de lograr la comprensión y aplicaciones a situaciones determinadas y conocidas, la segunda será la que promueva el aprendizaje generativo que es aquel en donde al unísono se pretende el desarrollo de capacidades de comprensión y aplicación del conocimiento (Peñaloza, 2014), por medio de la cual se da respuesta a uno de los objetivos primordiales en el posgrado, ya que las exigencias de la actividad médica asistencial en las que se introduce al médico en formación desde el inicio de la especialidad médica lo requiere.

El aprendizaje en el medio laboral lleva implícitas una serie de retos pues la prioridad es la actividad asistencial tanto para el docente quien es un empleado de la institución como para el médico en formación que de alguna manera desempeña esta función también. Por lo tanto, es necesario desmarcar la formación de los futuros especialistas y el proceso educativo para dar un giro a la forma en la que se procede actualmente, pero ese giro se debe iniciar desde la formación de los docentes. Es imposible parar un proceso que ya inició, pero si es posible descargar tiempo laboral dedicado a la atención médica, para dedicarlo a la educación y formación del docente, con orientadores capacitados y programas bien estructurados.

En la innovación educativa se requiere una revisión continua de los objetivos, métodos, contenidos y organización de los procesos educativos (Bartha, 1997), que deberán adecuarse al desarrollo de la tecnología, información y comunicación, así como a los vertiginosos cambios sociales, económicos, científicos y técnicos de una sociedad dinámica y en permanente cambio. Delors (1998), en el Informe de Educación Superior en el siglo XXI, emitido por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), señala los cuatro pilares de la educación, aprender a ser, aprender a hacer, aprender a conocer y aprender a convivir, para que se puedan llevar a cabo estos objetivos durante formación de médicos residentes, se requiere la presencia de docentes con formación pedagógica, no solo especialistas en su disciplina como sucede en las instituciones sanitarias donde se realiza la formación de médicos especialistas.

Asimismo, Lerner (2000), manifiesta que el rol de las instituciones formadoras de estudiantes en educación superior, debe estar dirigido a la enseñanza de una profesión, pero también, a fomentar el desarrollo de aptitudes cognitivas, sociales y morales. El enfoque sobre desarrollo profesional, es un modelo de análisis de la formación y desempeño profesional llamado modelo creativo-imperativo. Que no es la aplicación únicamente de la lógica sino la interacción con los valores y situaciones específicas con la construcción de elementos teóricos, y la acción reflexiva para plantear el problema con claridad, una intervención y solución de un problema específico, que son situaciones muy frecuentes en la actividad médica. De los Ríos (2000) refiere que para lograrlo se requieren herramientas, siendo la reflexión sobre los aspectos éticos, análisis del contexto y la habilidad para interpretar la realidad que vive en casos específicos como lo es cada paciente.

Para que el docente pueda cubrir con estos objetivos, se requiere no solo el conocimiento de su especialidad o disciplina, es necesario contar con las herramientas como las estrategias, técnicas y recursos pedagógicos para lograrlo. También un elemento que puede aportar mucho

en la formación de docentes en las especialidades médicas es la formación de academias para propiciar el desarrollo de comunidades de aprendizaje y sistematizar el proceso de innovación en la educación en posgrado. Por lo que, de acuerdo con las estrategias para la educación de adultos, se requiere enseñar al docente actual a desaprender y reaprender, escalar para que ello sea una realidad, la actitud reflexiva es muy importante que se aprenda, ya que, el docente puede compartir lo que conoce y posee.

El docente para el ejercicio profesional requiere cubrir tres elementos: conocimientos relevantes, actitudes ético-morales y habilidades didácticas. Los conocimientos relevantes giran alrededor de tres vertientes, sobre el alumno, el contenido temático y los fines educativos (Guerra, 2001), con respecto a las actitudes ético-morales se deben observar hacia el alumno y hacia la profesión y las habilidades son múltiples según Cabrera las más importantes son: las habilidades esenciales para enseñar, para comunicar, para organizar y un conjunto de estrategias pedagógicas que permitirán que el aprendizaje se dé.

La calidad universitaria contempla tres aspectos el primero de ellos es la docencia, donde se valora el personal y sus aspectos metodológicos, el ambiente académico y el impacto social (Manzo, 2006). Otro indicador es la calidad de sus currículos. El objetivo es asegurar la calidad de los graduados en respuesta a las necesidades sociales, económicas y culturales, acorde al desarrollo tecnológico y su integración en el proceso de globalización. Para ello, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en conjunto con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) refieren características del profesor en relación a los cambios y necesidades, entre las que destacan la formación de aprendizaje significativo, la enseñanza de estrategias, mejorar la concepción de estrategias instruccionales, todo encaminado a mejorar el proceso enseñanza-aprendizaje. Especial interés se tiene el crear un ámbito emocional y motivacional que permita el aprendizaje y aprendizaje basado en la solución de problemas. Los objetivos principales están encaminados a la actualización complementación y profundización de los conocimientos. Por lo tanto, requiere la planificación de la educación de posgrado, con la definición de los objetivos, propósitos, para fortalecer el desarrollo de habilidades y conocimientos y obtener un nivel de conocimientos profundos respecto al área disciplinar. Y que en esa planificación se centre en la profesionalización de la actividad docente del médico especialista. Acorde a los contenidos y a los contextos.

Sea cual sea la estrategia que ocupe, las intenciones o propósitos deberán estar claros, destaca la importancia de desarrollar los conocimientos en un ambiente práctico, favorecer el

crecimiento cognitivo acorde con las actividades que desarrolla el docente y el alumno, estimular el compromiso del alumno mediante elementos como la planificación, preparación, realización y evaluación. Favorecer el movi­lismo mental en el estudiante y a partir de modelos profesionales de convivencia favorecer evaluaciones del desempeño. Así, el profesor es guía que pretende facilitar la experiencia del aprendizaje en el adulto que tiene características como la capacidad reflexiva y crítica, con la capacidad de planear la solución a los problemas que se le presenten. Reviste especial interés la participación activa del adulto, que debe dirigirse a una educación permanente, en donde hay elementos de interés: identificar necesidades de aprendizaje, proceso educativo, monitoreo y evaluación. Es en el posgrado donde recae una gran responsabilidad para generar mejores programas que puedan sustentar la formación de médicos especialistas (Morales, 2003) y es muy importante identificar que uno de los primeros pasos, es crear una figura sólida del docente médico mediante la capacitación integral y holística, que le permita un desarrollo en todos los sentidos.

#### **4.3 Perfil ideal para docentes formadores de residentes**

Las actividades docentes que el profesor de la especialidad debe desempeñar, destaca la participación en la elaboración del programa operativo de manera conjunta con la jefatura de enseñanza y el jefe de residentes. La demostración, supervisión y orientación de técnicas propias de la especialidad, orientar a los alumnos para desarrollar habilidades intelectuales, promover la discusión con el objeto de realizar el análisis crítico, estimular la participación activa en el autoaprendizaje y valorar el desempeño profesional del residente.

Es importante mencionar que la metodología sugerida está centrada en la solución de problemas sugiriendo dos modalidades didácticas: trabajo y seminario. Al describir la metodología educativa, centrada en la solución de problemas en el campo particular de desempeño, destaca como crucial la participación del profesor, tanto para la realización de procedimientos psicomotrices, demostrando, supervisando y retroalimentando al estudiante durante el desempeño de las actividades.

La Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), en el Plan de Estudios de la Especialidad en Anestesiología, cita las características de las unidades formadoras de médicos residentes, refiriendo que la formación de los alumnos depende íntegramente de la unidad médica formadora. Por lo tanto, es menester de la institución sanitaria, asumir la responsabilidad de formar docentes médicos de calidad, ya que, redundará en la formación del personal becario



con una repercusión en la atención a pacientes. Y en lo que se refiere a los lineamientos de los profesores se aprecia los requisitos establecidos para el profesor titular, adjunto y tutor. Los requisitos para ser profesor titular son: Título y cédula de la especialidad, Diploma de la especialidad, certificación vigente por el Consejo de la especialidad, ser médico con contrato definitivo en la institución en la que labora, experiencia profesional en el área del programa académico, experiencia docente dos años, experiencia profesional cinco años, y no tener otras responsabilidades administrativas en el hospital sede.

Las funciones que desempeñará son las siguientes planear, organizar, ejecutar y evaluar el programa académico y operativo del curso. Evaluar el desempeño académico de cada residente, coordinar la elaboración de reactivos para la evaluación de conocimientos de los alumnos. Incursionar en el terreno educativo, desde una disciplina, confiere una responsabilidad impresionante. El desempeño diario, las evaluaciones y todas las actividades debieran estar impregnadas de una estructura educativa y formadora. Con ello, algunos de los problemas que se plantean en la formación médica, pudieran disminuirse.

Por lo tanto, el perfil que el médico requiere para desempeñarse como docente dentro de la especialidad, no solo es el conocimiento y habilidades de su disciplina, requiere una formación que le permita realizar las funciones que le son requeridas: planeación, organización, ejecución y evaluación. Dichas funciones se realizan en la unidad médica receptora de residentes y se vincula con la universidad que da el aval de estudios de posgrado.

El binomio Hospital-Universidad, donde converge la formación de los médicos residentes de posgrado, requiere la presencia de médicos especialistas con formación en la docencia, con la finalidad de elevar la calidad de los recursos humanos en formación para la atención en la salud. En la actualidad los docentes deben responder a un perfil profesional que está estructurado por conocimientos, habilidades, cualidades, actitudes y valores. Estas cualidades también llamadas competencias se han definido por Spencer (2013) como una característica subyacente en el individuo que esta causalmente relacionada a un estándar de efectividad en el trabajo. De tal forma que las competencias que el docente requiere están relacionadas con las necesidades de su desempeño educastivo en el trabajo.

De los Ríos (2002), expresa respecto a las competencias que son habilidades adquiridas efectiva y eficientemente para realizar una tarea. Así, las competencias pueden ser generales y especializadas. Adoptando las competencias para la docencia universitaria propuestas por De los Ríos a la docencia en el posgrado, se puede decir que las competencias generales requieren

de la identificación de las tendencias en la especialidad, capacidad para dirigir grupos en los que se innove, y se enfrente la diversidad sociocultural.

Una de las exigencias en el trabajo del anestesiólogo que está considerada como competencia general es la capacidad de desarrollar trabajo colaborativo y en equipos interdisciplinarios, lo que a diario se realiza en el quirófano donde se comparte el escenario clínico con cirujanos, enfermeras, estudiantes, médicos residentes de diversos grados, pasantes de enfermería, personal administrativo, personal de servicios subrogados, personal de intendencia y mantenimiento. El desempeño crítico y creativo del rol profesional, la habilidad para aplicar conocimientos disciplinarios y finalmente conocer las secuencias de aprendizaje de los estudiantes para motivar en ellos actitudes y comportamientos acordes con los objetivos que se pretenden cubrir.

Por otro lado, existen otras competencias que son específicas y que considera la crítica y reformulación de los objetivos de aprendizaje, definir los intereses de los médicos residentes y en función de ello adecuar nuevos objetivos o modificar los ya existentes. Diseñar estrategias didácticas para la enseñanza y los sistemas de evaluación del aprendizaje, vincular los conocimientos teóricos con las actividades prácticas y promover hábitos de estudio en el contexto de la residencia médica (Letelier, 2000).

Davies en el 2005, hace referencia a la UNESCO donde se considera que el docente debe tener una formación cultural, pedagógica y práctica, pero de igual valor es la formación ética, siendo una pieza fundamental para la consolidación del docente de manera integral. Que es uno de los elementos fundamentales para referirse a los valores y principios en los que se basa el desempeño del profesional dedicado a desarrollar el proceso enseñanza-aprendizaje. El docente tiene una responsabilidad social al formar médicos especialistas, es importante que este proyecto esté ligado con las necesidades sociales y con respeto a la cultura de cada lugar y sociedad. Por lo tanto, la estrategia que requiera implementar debe ser consensuada por varios especialistas no solo médicos, sino, un grupo de profesionales que traten con la salud de los pacientes y también representantes de la población que los representen (Shih, 2012).

En los dominios competenciales, destacan aspectos valorales profesionales, actitudes, comportamientos y éticas. Conocimiento de estrategias pedagógicas y didácticas, habilidades de comunicación, experticia clínica, habilidades para la gestión clínica y trabajo colaborativo. También, el manejo de información, actualización en el uso de la tecnología para la educación, habilidades interpersonales, habilidades para manejo de grupos. Y definitivamente, estos son algunos de los dominios competenciales en los que el médico docente debiera formarse.

Han existido algunas propuestas para implementar la formación docente, sin embargo, en la mayoría de los casos estos intentos han logrado un avance, pero la exigencia en el nivel formativo, lo supera. Inicialmente se aborda mediante técnicas como de grupo nominal ya que se presentan múltiples enfoques respecto al tema y además integrar a otros docentes de humanidades médicas de quienes aprenden y hacen equipo para compartir el conocimiento y acompañar durante este periodo de enseñanza reflexiva para el docente.

Es adecuado vincular la cultura y las necesidades y mirar hacia todas las áreas formativas del docente, entre las que destaca el profesionalismo médico, el que debe ser explicitado por el docente, con orientaciones educativas, guías por autoridades en ese contexto, para poderlo vivir mediante técnicas pedagógicas adecuadas que permitan el aprendizaje significativo del docente.

Como se puede apreciar la formación del docente, para responder a las exigencias de la enseñanza es integradora de diversas áreas del conocimiento, requiriendo de las Humanidades médicas como referente y trabajo conjunto de profesionales en las mismas, docentes que enriquecen el *Curriculum* formal e informal.

Por otro lado, es importante mencionar que los actores del proceso de formación de residentes, incluyen al profesor titular, adjunto y tutores. Este último, en el mejor de los casos tiene relación con pequeños grupos y puede influir de manera importante en la formación en el profesionalismo (Khan, 2013; Adler, 2008). La Universidad de Liverpool manifiesta la importancia del aprendizaje del profesionalismo en muchas disciplinas y además expresa que la génesis de tutores facilitadores de prácticas en pequeños grupos, permite desarrollar el profesionalismo en respuesta a la necesidad imperiosa de su logro para los médicos (Khan, 2013). De tal forma que como se aprecia el profesionalismo es abordado por distintos elementos esenciales en el proceso del aprendizaje, dentro de la formación en la especialidad.

Para que el profesionalismo moderno pueda ser enseñado, se requiere que el docente sea sensible al concepto de que la medicina es una ciencia, pero también es un arte (González, 2013). Y debido a la vorágine de conocimientos que día a día se tienen, los avances tecnológicos, con su magia deslumbra el ejercicio del médico en formación redireccionándose la formación humanista deseada hacia la tecnocracia. Probablemente se hace necesario generar un nuevo humanismo acorde al nuevo profesionalismo (Ortega y Gasset, 1997). La reflexión obliga a hacer varias preguntas ¿Cómo se está enseñando el profesionalismo? y ¿Cómo se puede hacer más atractivo el aprendizaje del profesionalismo para los residentes? Uno de los grandes objetivos es impregnar en la educación del residente la cultura ética, de modo permanente, que permee en

toda la especialidad, de forma accesible, continua y que sea atractiva y vista en casos de la vida diaria dentro de la formación del médico residente (Moreto, 2018) y para quienes cumplen los roles de médicos docentes en el posgrado, la exigencia de capacitación y actualización en todos los tópicos educativos debe ser una prioridad. Quizá uno de los factores más importantes en el desarrollo de esta actividad docente, es el poco reconocimiento por la labor desempeñada, el escaso interés en preparar a este personaje desde un sentido completo, es decir, capacitar al médico en educación y además no sobresaturarlo. Ya que cumple su actividad asistencial y ad-junto a ello cumple con la actividad docente, para la que no recibe preparación, ni el reconoci-miento esperado, ni la remuneración económica por el desempeño de esa actividad.

Por otro lado, el “Bien hacer médico” (Mendel, 1984), es entonces una actitud médica deseable centrada en el enfermo, que pretende hacer frente a las circunstancias con prudencia, mirando el bienestar del paciente y fundamentada en la sabiduría. Para ello hay que reconocer que la afectividad es importante ya que sin ellas no se actúa, el entusiasmo hacia lo que hacemos, impulsa a ser médico humanista. Por lo tanto, educar las emociones es una de las herramientas que pueden ser aprendidas por los docentes y utilizadas para el desarrollo de la dimensión hu-mana de la profesión. González (2011), expresa que el desarrollo de la profesión dentro de una dimensión humana, es en gran parte por la incorporación de las humanidades en el proceso académico.

Por lo tanto, cuando las humanidades son incorporadas a la medicina, permite una ex-presión distinta del quehacer médico, con una actitud reflexiva que intenta comprender al pa-ciente y desarrollar de la empatía. La repercusión de este cambio de actitud en el servicio al paciente mejorará la comunicación, lo que conducirá a la comprensión. Para ello hay que educar en la empatía, sin embargo, existen estudios que evidencian que es muy difícil de enseñar (De-cety, 2006), pero existen evidencias de que la empatía puede también enseñarse por medio del ejemplo, lo que exige al docente un perfil más elevado y competencias docentes específicas. Finalmente, debe señalarse que el docente debe otorgar las condiciones para que médico en formación pueda hablar o manifestar sus emociones frente a los dilemas que se enfrenta, entre ellos la muerte, al compartirlas y trabajarlas con el docente puede desarrollarse la empatía.

El hecho de que muchos dilemas éticos o situaciones médicas no sean abordados y se pasen por alto como invisibles, no quiere decir que no existan (Nicolas, 1997). Quizá, el imple-mentar la ética narrativa, donde el residente narra las historias, enumera eventos y se ejerce la escucha atenta y respetuosa, permitirán combinar el conocimiento biomédico con la dimensión

personalista del caso (Kumagai, 2008). Por lo antes expuesto, el docente permite estos escenarios donde se podrán desarrollar los valores, actitudes y reflexión respecto al actuar médico en un contexto real. Sin embargo, previo a estas actividades requiere contar con el dominio de dicha herramienta, mediante la capacitación continua.

Existen experiencias educativas con la música, se requiere el apoyo de docentes expertos que compartan la apreciación musical, Aranguren (2001) expresa que es un vehículo privilegiado para expresar los sentimientos, novedoso que ha sido utilizado en la educación médica en forma no convencional pero que ha dado resultados alentadores al catalizar la emoción y llevarla a la vivencia, objetivo final de la intervención. Sin embargo, la capacidad del docente debe ser tal que siga las emociones del alumno de tal forma que se permita flexibilizar la educación. Para lograrlo el docente debe ser capacitado (González, 2015).

#### **4.4 La práctica docente contexto de aprendizaje del docente médico**

La calidad educativa que se persigue lograr en la formación de médicos especialistas tiene actores importantes, el docente es un aspecto nodal y su formación repercutirá en el médico residente para la obtención de las competencias necesarias para responder al perfil de egreso que el mercado laboral exige en la actualidad. Las funciones que el médico realiza con respecto a la docencia son parte del proceso enseñanza-aprendizaje, Segovia (2009), refiere que desarrolla varias fases: diseño, organización, implementación y evaluación del aprendizaje; tareas que requieren ser conocidas y practicadas por el docente médico al incursionar en esta actividad.

Sin embargo, el médico que desempeña esta función no tiene una formación relacionada con la educación, lo que complica el desarrollo de esta actividad (Tejada, 2013). No obstante, puede adquirir este aprendizaje a medida que desarrolla la actividad docente. Madureño (2013) refiere que, cuando la práctica docente es el escenario de aprendizaje los recursos de mediación utilizados por el profesor pueden ser los siguientes: dialogar e intercambiar impresiones con médicos que realizan la misma actividad e intercambiar experiencias, cuando le permiten observar la forma de impartición de clases por colegas o expertos y aprender de ellos. Sin embargo, iniciar en la actividad docente médica con el conocimiento educativo podrá permitir un transitar con otras perspectivas y obtener otros resultados.

La retroalimentación hecha por el alumno en cuanto a la forma en que está desarrollando la asignatura y en algunos casos recurre a la formación activa de procesos de formación docente al lado de especialistas en educación, esta última opción es poco vista en el gremio médico a

nivel hospitalario. Por lo tanto, la formación docente del médico en gran parte es informal, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2013) refiere que esta es una modalidad de aprendizaje poco organizada y estructurada, pues no se obtiene desde las instituciones oficiales, pero si a partir de actividades de comunicación y comportamientos sociales (Hurtado, 2015). Permitiendo dos tipos de aprendizaje: por descubrimiento y cooperativo (Schun, 2012).

Desde la sociología, es la teoría interpretativa, la que da el soporte a la práctica docente como contexto de aprendizaje, ya que se construye a partir del acercamiento del hombre con otras personas (Gvirtz, (2007). El análisis de la práctica docente por parte del profesor sobre lo que favorece el aprendizaje y lo que lo obstaculiza, le permitirá crear un significado y construir un aprendizaje nuevo.

El fundamento psicológico se sustenta en la teoría sociocultural que contribuye a este aprendizaje a partir de la interacción con otros, por medio de consejos, sugerencias y experiencias relacionadas con la actividad docente, logra este aprendizaje (Ferreiro, 2010). El tipo de médico que se desea formar determina los objetivos a conseguir en el proceso educativo (Trejo, 2014). Desde el punto de vista epistemológico, se estudia el origen y la estructura del conocimiento, la explicación a esta forma de aprendizaje del docente mediante la práctica puede ser dada a partir de la corriente epistemológica denominada criticismo (Tejeda, 2013).

Por todo lo anterior, se precisa que las instituciones educativas tienen la necesidad de elevar la calidad en el proceso educativo sin descuidar la formación de uno de los principales actores, el docente. Para obtener profesores preparados en diversas áreas educativas determinantes en el quehacer docente como la mediación didáctica, las estrategias de enseñanza-aprendizaje, la evaluación y la actitud docente (Hurtado, 2015), se requiere mirar hacia el docente médico, de manera que se aporten elementos para ofrecer calidad en la formación de recursos humanos para la salud a partir de la participación en uno de los actores principales en el proceso enseñanza-aprendizaje: el docente. En diversos países, en un estudio realizado en la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2011), se observa que la preparación del docente desde el punto de vista pedagógico es una preocupación constante entre los Ministerios de Salud y Educativos, en algunos se puede percibir que existe la invitación para participar en cursos que ofrecen las instituciones educativas, pero no con un carácter de obligatoriedad, sino con la finalidad de incrementar sus conocimientos. Así, la participación necesaria en la actualización de los programas operativos, por asignatura o planes de estudios para la especialidad, deben tener una

participación tripartita en el mejor de los casos con la presencia de autoridades educativas, autoridades sanitarias y la presencia del docente para evaluar la aplicabilidad, factibilidad de los proyectos o temas acordes a una realidad cambiante. Donde fenómenos como la globalización han impactado sustancialmente características sociales, culturales, económicas y políticas de cada país y de cada comunidad, de ahí que el papel del docente sea crucial.

#### **4.5 Retos en la docencia médica**

Siendo un rol complejo el que debe desempeñar el médico dedicado a la docencia, las consideraciones van de la mano con las exigencias pedagógicas, didácticas, el uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación, aunadas a las propias de su disciplina. Solari (2004), expone las necesidades programadas de acuerdo a la temporalidad en corto, mediano y largo plazo, dada la apremiante situación, pues los escenarios están ya en marcha.

Sin embargo, se deben implementar programas de actualización docente tanto en forma presencial como virtual. También, se refiere que los estilos de aprendizaje, requieren migrar al aprendizaje centrado en el alumno, entendiendo que el conocimiento es dinámico, evoluciona y que se deben otorgar las herramientas para desarrollar la habilidad de búsqueda, análisis, síntesis y reflexión. Con respecto a ésta última, existen estrategias creativas en donde se realiza la “Carpetita Docente” propuesta por Fernández (2002), donde se registra el trabajo docente ofreciendo terreno fértil para la reflexión y el análisis del actuar del docente.

Otra de las estrategias a implementar es la capacitación del docente es la incursión en el campo de la educación virtual, que implicará un reordenamiento en el rol del docente, desde el punto de vista de conocimientos, habilidades, destrezas y relaciones humanas. La modernización del currículo, la investigación científica son también retos a enfrentar por el médico docente de cara a ofertar calidad en la formación de los recursos humanos para la atención en salud.

La educación del docente en la ética y los valores es prioritaria, desde el punto de vista teórico-vivencial, pues se convierte en un referente de la enseñanza-aprendizaje, siendo el modelo a seguir por el residente. Por lo tanto, el acompañamiento disciplinar implicará el aspecto cognitivo y el aspecto emocional; ambos no considerados ni abordados en los planes de estudio del residente. Lo que produce vacíos en la formación y conocimiento de sí mismo, que se reflejan de manera patética en los médicos en formación con quienes no se tocan los aspectos referentes a la carga de estrés, las emociones y cómo enfrentar situaciones desequilibrantes del trabajo cotidiano, por lo tanto hay habilidades que deben ser aprendidas por el docente y posteriormente

compartidas en la aula hacerla explícitas en el currículo y planes de estudio, impartirlas, vivenciarlas, y hacer de la practica una experiencia reflexiva.

La evaluación en general es otro elemento importante en que el docente debe ser preparado, para dejar de ser únicamente la calificación, sino una evaluación ordenada, ponderada considerando las competencias específicas y las competencias profesionales transversales, las diversas técnicas para su evaluación serán adquiridas mediante el conocimiento y entrenamiento en ellas, como El Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO) o bien mediante rúbricas diseñadas por profesionales educativos con esos fin en donde el médico docente las aplique (Schwartz, 2009).

Por otro lado, es necesario que el docente identifique los estilos de aprendizaje de los residentes, pues debido a los cambios a nivel del panorama educativo en donde la educación ha dejado de centrarse en el docente, para centrarse en el alumno, se requiere el reconocimiento de esos estilos para conducir la formación de los mismos fomentando un desarrollo integral con este perfil para generar las modificaciones curriculares que al caso compete (Garger, 1984).

Como se ha observado en la enseñanza tradicional, existe una gran influencia del paradigma objetivista, estandarizando la práctica educativa. Sin embargo, Venturelli (1997) propone que el alumno tenga una participación activa en el proceso educativo, en donde el alumno construye su aprendizaje a partir de la acción, como sucede en la formación de los médicos residentes.

Tanto la psicología educativa (Viniestra, 1998) como la didáctica (Bravo, 1991) sugieren que se pueden obtener mejores resultados académicos si se adecuan los métodos de enseñanza a los estilos de aprendizaje de los alumnos, para ello el docente deberá capacitarse en la identificación de estilos de aprendizaje y en la metodología correspondiente. Las bases de estas propuestas se centran en la neurología y el desarrollo del hemisferio izquierdo, que durante los años sesentas y setentas se aplicaron en el área educativa, (Alonso, 1994; Garger 1984).

Para poder clasificar los estilos de aprendizaje es necesario definirlos Garger (1984), refiere que es una forma de percibir la información y de procesarla por parte del alumno. Existen dos modelos, el de Catalina Alonso, expresa que se tienen dos categorías de características de acuerdo al análisis factorial. Las características principales y las otras características. Esta forma de clasificar establece cuatro estilos de aprendizaje que a continuación serán descritos. El estilo activo, donde el alumno es espontaneo con actitud de describir el conocimiento, arriesgado, improvisador y animado en el proceso. El estilo reflexivo, donde el estudiante se muestra receptivo, analítico, exhaustivo, concienzudo, ponderado. El estilo teórico en el que destacan las



características de ser metódico, lógico, objetivo y estructurado y finalmente el estilo pragmático, caracterizado por ser práctico, experimentador, realista eficaz y directo (Inclán, 1997).

Por otro lado, existe otro modelo el de Kolb (1984) quien define que es necesario que el alumno trabaje la información en fases teniendo como base la experiencia concreta o la conceptualización abstracta y se categoriza de la siguiente manera: divergente, asimilador, convergente y acomodativo. En cada fase se combinan varias preferencias del alumno, así el divergente combina la experimentación y la reflexión. El asimilador; reflexiona y piensa. El convergente piensa y hace y el acomodativo hace y experimenta. Se aprecia como fundamental el conocimiento del desarrollo psíquico del alumno, estimulando la reflexión sobre la forma en la aprende, y teniendo esa información estimular su desarrollo y aprendizaje.

Se han intentado realizar varios estudios sobre estilos de aprendizaje en diversas licenciaturas del área de la salud. A nivel de médicos residentes en formación se tiene el reporte de Loria (2007), quien realiza un estudio en médicos residentes en los que se pretende definir el estilo de aprendizaje, explorados de acuerdo a las dos propuestas mencionadas con el cuestionario Honey–Alonso y el *test* de Kolb, encontrándose diferencias en perfiles por especialidad médica, pero, en términos generales, predomina el estilo teórico-pragmático en los residentes de Medicina Interna, y en los de Pediatría reflexivo, teórico y pragmático. De igual forma mediante el *test* de Kolb se muestran diferencias respecto a la especialidad, predominando la conceptualización abstracta y centrándose en el estilo convergente.

Sin embargo, no se aplicó a residentes de anestesiología ni a residentes de área quirúrgicas por lo que se tiene un área de oportunidad para explorar en esta especialidad, ya que el perfil detectado en los estilos de aprendizaje orientará en la metodología y seguramente en los logros obtenidos en la enseñanza-aprendizaje de la anestesiología en médicos en formación. Por lo antes mencionado se aprecia que es un reto para el docente conocer a los residentes que forma, pero seguramente tendrá una influencia favorable en ellos y en los resultados obtenidos a lo largo de los años de formación. De igual forma, debería aplicarse a los docentes médicos, para conocer este perfil y adecuar los modos o formas para que el médico se transforme en un docente.

Otro reto para el médico-docente es la evaluación de los médicos residentes. De manera trimestral se debe asignar una calificación para cada residente, lo que permite conocer sus avances dentro de la especialidad y la manera en como lo está realizando. Por lo tanto el docente

debe conocer la forma de evaluar. Dentro del Plan de especialidad y en el Programa de la especialidad existen objetivos que rigen el quehacer educativo. Y la evaluación es el mecanismo regulador y sistema de control de calidad del producto resultante (Ramos, 2015).

No obstante, surgen interrogantes al realizar la misma, que abarcan aspectos del diseño de esa evaluación. Independientemente de la manera que se realice, un objetivo dentro de ella es la confiabilidad y la validez (Borrego, 2015). Una de las opciones utilizadas para evaluar son las evaluaciones escritas con la elaboración de preguntas con opción múltiple, sin embargo, existen elementos sutiles que se debieran conocer por el docente como la confiabilidad y validez de las mismas para realizarlos con tres, cuatro o cinco opciones.

Margalef (2014), refiere que existe una falta de comprensión e información en los procesos de evaluación, así como la necesidad de que el profesorado cuente con referentes y aprendizajes al respecto. Su propuesta va encaminada a la evaluación formativa, donde se realiza una concepción distinta del aprendizaje y la evaluación. Dejando de ser esta última un mecanismo de control y clasificación de los estudiantes. Promoviendo las características de la misma centradas en el aprendizaje autónomo y autorregulado, desarrollo personal, moral académico y social y una evaluación holística, democrática, ética e ideológica.

En este tipo de evaluación se considera la construcción del aprendizaje de manera activo-reflexiva, con el desarrollo de conocimiento y de habilidades intelectuales en relación a la comprensión, aplicación y razonamiento. La integración de habilidades complejas de resolución de problemas (Bigg, 2006). Por otro lado, Boud (2006), hace hincapié en la importancia de la evaluación de las habilidades sociales y las actitudes, indispensables para el desarrollo del trabajo en equipo. Quizá el elemento característico de la evaluación formativa sea el *feedback* que es la retroalimentación, sobre todo fundamentada en el diálogo (Carless, 2007), ya que tiene un efecto positivo en el aprendizaje de los alumnos y los profesores, permitiendo la autoevaluación, que es un paso muy importante de autocrítica y fomenta el desarrollo personal.

González (2012), manifiesta que existe una disociación entre la teoría sobre metodología docente y la realidad donde el profesor tutor se desarrolla, se aprecia una limitada disponibilidad de tiempo, pobre formación docente en algunos casos nula y no hay presupuesto. Una combinación que no favorece la evaluación de la formación de los médicos residentes. Menciona que debido a ello, se ha generado una serie de medidas para solventar la evaluación, dando respuesta parcialmente al vacío de los instrumentos con los que se debería contar. Uno de los elementos fue el “*Libro del residente*”, para dar contención a las actividades tanto del residente como del tutor.

Como es de esperarse, deben resolverse algunas interrogantes antes de evaluar: ¿Qué se evalúa?, ¿Por qué se evalúa? ¿Para qué? ¿Quién evalúa? ¿Cuándo se evalúa? Es importante destacar que la respuesta a estos cuestionamientos debe buscarse en el propósito y basarse en el contenido definido en el Plan de estudios o Programa académico, en los que se definen las competencias profesionales. La planificación docente, que anteriormente respondía al ejercicio práctico primordial. Sin embargo, actualmente se considera que se requieren programas específicos para capacitar al residente en el dominio de la especialidad y no solo sobre la actividad asistencial, donde se pretende desarrollar las habilidades psicomotoras, sino de manera integral adquirir conocimientos y desarrollar las actitudes requeridas para dicho desempeño. Esto implicaría no solo priorizar la actividad asistencial, por lo tanto se requiere otorgar tiempo para la actividad educativa *per se*, con la consideración temporal que ello implica.

Durante la residencia se realizan rotaciones en diversas instituciones que se consideran interesantes, sin embargo, González (2012) propone establecer objetivos precisos de cada rotación, cognitivos, procedimentales, actitudinales. Que orienten al residente sobre la formación que requiere cubrir en esa rotación. De manera inicial es deseable que al llegar el alumno se realiza una inmersión a la residencia, mediante un curso de introducción. Posteriormente se le entrega una “Guía del residente de Anestesiología”, contiene en ella los documentos que le orientarán y el Programa formativo completo, los programas complementarios docentes, la bibliografía y el reglamento interno.

También, el docente tiene un programa, estructurado por seminarios, con las actualizaciones sobre la disciplina y modalidades pedagógicas entre las que destaca el trabajo en unidades de simulación. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2011), existen en diversos países en América Latina programadas rotaciones para los residentes, sin embargo, es importante destacar que las rotaciones varían de país en país y uno de los grandes problemas es el tipo de evaluación durante la rotación, pues se observa que en algunos casos la evaluación es muy subjetiva y al no estar determinados y definidos los objetivos de la misma, se desconocen los alcances obtenidos, por supuesto, esta problemática va de la mano con la elaboración de programas de asignaturas y rotaciones, en los cuales se carece de dichos elementos en la mayoría de países.

La evaluación de los residentes se debe realizar centrada en los objetivos de aprendizaje, ya que una evaluación formativa y una evaluación sumativa tiene diferencias sustanciales. La primera ya fue referida con antelación en la propuesta de Margalef (2014), que en síntesis pro-

mueve la misma con una finalidad de evaluar el proceso de la formación del residente, identificar las áreas de oportunidad y reconocer las fortalezas, la autonomía y la autoevaluación con el elemento central que es el feedback. En el caso de la evaluación sumativa el cometido es distinto, ya que se precisa calificar, o certificar al residente, por lo que se deben los siguientes requisitos técnicos: validez, fiabilidad, reproducibilidad, practicabilidad, aceptabilidad, impacto educativo y eficiencia de acuerdo a Jansen (1996) y González (2012).

Las rotaciones en otros hospitales durante la especialidad es una práctica común, y la evaluación de la misma informa sobre el aprendizaje logrado. Se han implementado algunas herramientas como el libro electrónico donde se puede observar el alcance descrito por el residente durante sus actividades, este instrumento electrónico está conectado a un sistema estadístico que permite que el alumno y el profesor conozcan la información sobre las actividades realizadas y su desarrollo, para identificar áreas de oportunidad y fortalezas. Los registros de la actividad asistencial que el residente hace mediante las Memorias formativas anuales de cada residente (MEFOR) que tienen un carácter obligatorio, y refieren que son de gran utilidad para el tutor.

La evaluación docente es otro ejercicio obligado, son muchos los elementos que se muestran como importantes en ella. Y han sido investigados diversos criterios, en la actualidad se consideran dos: el aprovechamiento de los estudiantes y la valoración de los alumnos acerca del desempeño docente del profesor. De manera tradicional la evaluación de los docentes se ha realizado por los alumnos, Pozo (2000) realizó un estudio para identificar las características que al alumno le permiten definir al profesor ideal, los descriptores fueron: expresión clara, informado y competente, lo que apela a la capacidad docente propiamente dicha.

Shevlin (2000) presenta un análisis de los resultados de varios estudios al respecto de la evaluación del desempeño docente, donde se describen por diversos investigadores los factores que fueron encontrados en cada estudio. La claridad en la presentación y el manejo del grupo (Swart, 1990); estimulación intelectual y *rapport* interpersonal (Acevedo, 2004), el respeto a los alumnos, habilidad de organización y presentación (Patrick y Smart, 1998). En diversas partes del mundo la evaluación docente es distinta los indicadores van tomando ponderaciones diversas (Navarrete, 1999; Rizo, 2004). Por lo tanto, la evaluación requiere ser global e implicar al residente y al docente. Sin embargo, cuales son los elementos con los que cuenta el médico-docente para promover la enseñanza en el profesionalismo y posteriormente como se enseña y como se evalúa, quizá es un terreno escabroso la reflexión sería un ejercicio necesario.

Con lo ya expuesto, se hace evidente que el docente médico requiere contar con las herramientas que exige el trabajo docente, contar con el tiempo para realizar dicha función y con partidas presupuestales que lo estimulen en este desempeño. Sin embargo, hasta este momento se ha mencionado la participación del docente dentro de la disciplina, con algunos toques del aspecto relacionado con la formación humana. Por lo tanto, es importante referirnos a la creciente necesidad de enseñar y evaluar las enseñanzas sobre el profesionalismo.

Al analizar la respuesta a una pregunta planteada por Hafferty (2000), ¿Dónde se ubica en el proceso de la formación de médicos las actividades pedagógicas diseñadas para culturalizar en valores y orientarlos normativamente?, Refiere en su hallazgo que de 126 universidades solo una tiene en su currículum un curso dedicado al tema de profesionalismo, sin embargo en otras se puede hacer la inferencia. Sin embargo en respuesta a las evaluaciones y acreditaciones de la calidad la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) considera que la formación en el profesionalismo debe tener tres rubros: bases cognitivas, pedagogías para enseñar y aprender y la evaluación para conocer cuánto se ha cumplido de acuerdo con los objetivos prefijados.

Arcadi (2011), menciona que dentro de las bases cognitivas las aportaciones de la ética, la sociología, la psicología y la antropología son fundamentales. Las pedagogías para aprender y enseñar profesionalismo, se sitúan dentro de la teoría del “aprendizaje situacional”, acotado a las comunidades o culturas y las redes sociales que sustentan las creencias a las que se debe respetar. Todo ello permitirá la transformación del conocimiento en aplicativo y por lo tanto utilizable. Mann (2006) refiere que este tipo de aprendizaje se ha utilizado en la clínica y se realiza mediante etapas modelaje, andamiaje, responsabilización y coaching.

En este modelo, la reflexión es crucial, sin embargo, el papel del docente es múltiple, pues exige conocimientos ya que es el modelo y el referente. Por lo tanto, es importante que el docente cubra con este requisito, de tal forma que se fortalezca el aprendizaje experiencial en que está inmerso el profesionalismo (Schön, 1983). Para ello las metodologías aplicadas juegos de rol, simulaciones, discusión en pequeños grupos y el modelaje de roles son muy importantes. Por lo tanto, se requiere la presencia de un habilidoso educador con características y cualidades de alto nivel. Como se aprecia el alumno confía en el tutor no por lo que dice pero si por lo que aprecia que hace. El docente entonces debe conocer las características de la culturalidad en la que está inmerso y contar con los elementos para enseñar el profesionalismo.

#### **4.6 El docente y el clima educativo**

El clima en el que se desarrollan todas las actividades del médico especialista es un aspecto de interés, donde el docente realiza su actividad asistencial y formadora de recursos para la atención de salud. El exceso de actividades de atención médica, las horas prolongadas de trabajo, la posibilidad de descansar pocas horas o ninguna en el peor de los casos durante las guardias crean un ambiente poco propicio para aprovechar de manera íntegra las horas aula de la formación. Priorizar la actividad asistencial, sin preocuparse por el trato médico-paciente en algunas áreas de la salud como odontología pueden favorecer ambientes de aprendizaje complejos se acuerdo con Alcota (2016). Otros aspectos que deben estudiarse son las conductas prejuiciosas, los favoritismos, y juegos de poder son aspectos que pueden modificar el valor moral del proceso del aprendizaje (Tankersley, 1997).

Durante los procedimientos asistenciales, el médico-docente, se encuentra en una rica relación con los pacientes, donde la presencia del residente y su interacción con el paciente, permite dimensionar que el currículum oculto se expone sustancialmente. El docente se comporta como un modelo a seguir donde la actitud y comportamiento hacia el paciente orientarán al alumno sobre un ideal. La exigencia es alta, ya que, en diversos escenarios debe tener una gran capacidad de adaptación, ser reflexivo y flexible. El medio en el que se desarrolla la enseñanza-aprendizaje hospitalaria tiene desafíos y retos que se deben encarar, por lo que es esencial que el docente sea ejemplo moral dentro de la enseñanza de la especialidad. Inicialmente, la autorización de consentimiento informado, voluntario y explicando cada elemento que lo constituye, de manera clara explicar las expectativas de cada procedimiento, los riesgos y beneficios, en cada situación es diferente: niños, mujeres embarazada, pacientes con discapacidad, cirugías de emergencia y urgencia o programadas, explicar al paciente y sus familiares a satisfacción y confirmando se comprenda lo que se explica.

El principal reto es enfrentar el proceso enseñanza aprendizaje dentro del quirófano, donde se encuentran situaciones clínicas emergentes, al lado de un paciente en escenarios impensables y bajo una carga emotiva y de estrés enorme. Por lo tanto, el docente debe estar entrenado para responder y enseñar en ese ambiente clínico. Únicamente enseñar el aspecto disciplinar que es complejo, es un reto, pero enfrentar las emociones que se siente por ejemplo ante la muerte de un paciente o una complicación inesperada, son límites ante los que el docente se debe aún entrenar. El encarar procesos de diferente índole dentro de ese ambiente como el trabajo de equipo bajo presión, la manera de enfrentar el estrés por el equipo quirúrgico y el propio son elementos que hacen de la enseñanza aprendizaje en el quirófano todo un reto. De la mano

van las estrategias de comunicación que el docente deben tener en esos ambientes, para dar malas noticias a los familiares y al mismo paciente.

Por lo antes expuesto, es importante considerar la ética y el profesionalismo, dentro del plan de estudios donde no están declaradas como asignaturas por lo que quedan en el currículo oculto. La enseñanza de la práctica reflexiva es una herramienta hacia el desempeño del perfil integral del alumno. La práctica consciente permite centrar la atención, desarrollar la conciencia de sí mismo, la aceptación y por lo tanto ejercer una mejor práctica clínica. Es de esperar que el residente logre una mejor comprensión de sus sentimientos y desarrollar la empatía hacia el paciente.

Al analizar las experiencias vividas y su contexto, se tienen más herramientas para enfrentar las situaciones futuras, reconociendo las fortalezas e identificando las debilidades con el objetivo de otorgar una atención médica de excelencia (Schön, 1983). Sin embargo, estas prácticas médicas no se efectúan de manera cotidiana con los médicos en formación siendo una herramienta que ayudaría a aportar mucha información en los ambientes clínicos dando esta apertura la comprensión de los fenómenos que se viven y que son extremadamente intensos permitiría obtener la mayor enseñanza mediante la practica reflexiva (Dharamsi, 2010). El médico especialista tiene gran influencia en la formación de recursos para la salud, sobre todo la coherencia con lo que se piensa, dice y hace, así el docente es observado por sus estudiantes, quienes tiene una alta expectativa en que el docente sea humano y empático en la relación que con ellos establece. Al evaluar las características que consideran debe cumplir el docente ideal expresan las siguientes: responsabilidad, honestidad y perseverancia, solidaridad, justicia, altruismo y humildad, además debe saber trabajar las emociones y los valore, que sea evidente que disfruta hacer lo que hace y con una comunicación amable y respetuosa.

Creando un clima de trabajo y actividades donde se construyan especialistas excelentes, sino, también excelentes seres humanos. Entonces el rol del docente es importante porque es una imagen a imitar. Tanto en Estados Unidos, Canadá y Europa se han abordado los valores profesionales de la docencia, mencionándose que son preferencias axiológicas, que guían las actitudes, los comportamientos y juicios. Comprendiendo que su caracterización dependerá en forma personal de las prioridades e intereses del profesional.

Así los valores son interpretados de manera distinta en función de la subjetividad y trayectoria personal. Lo importante es conocer cómo se estructuran y como se ponen en práctica esos valores. De tal forma que, la interpretación y la jerarquización de los valores dependerán

del profesional en cuestión. Los valores referidos con mayor frecuencia son el respeto y la empatía a partir de ellos se puede estimular la reflexión crítica, la tolerancia y la empatía dando origen al valor más importante que es el compromiso que es la responsabilidad y el juicio moral del profesor para reconocer lo que se hace y tener la capacidad de dialogar para establecer las bases de una cultura docente con base en las actitudes de respeto, la comunicación asertiva y la práctica clínica adecuada. El objetivo es la realización de las actividades dentro del respeto, la autonomía, el pensamiento crítico, el juicio reflexivo y el trabajo en equipo, de igual forma para transferir actitudes humanísticas al médico en formación.

Sin embargo, la relación entre el educando y el educador, es relevante, pero no se analiza y planifica el currículo poniendo atención a éste aspecto. Kenny (2003) aporta que el desconocimiento y la falta de valoración del rol del docente en la formación profesional hacen que sea más compleja la implementación de las reformas reales aplicadas al contexto clínico, ya que, en la mayor parte de casos se hace una modificación curricular, pero no en la práctica. Sin embargo, las tendencias de la ética profesional, van encaminadas a la formación de médicos especialistas buenos, pero sobre todo buenas personas dentro de un marco ético profesional relacionado con las exigencias de la sociedad que sepan convivir con base en las competencias logradas en su formación en distintas áreas afectivo-emocional, cognoscitivo-técnico, ético y social. Asimismo, al adquirir las competencias mencionadas será posible hacerlas vida en el trato con el paciente. Por lo tanto, el ambiente, debe ser idóneo para cultivarlas.

Para lograr esas competencias es necesario involucrar al docente, hacer revisiones de los planes de estudios y las adecuaciones en la curricula. Generar un modelo pedagógico por competencias, como se ha realizado en la Universidad Nacional Autónoma de México (Hamuí, 2016) a nivel de la Licenciatura en Medicina, sin embargo, se apreció durante la transición en el 2010, cierta resistencia por parte de los docentes para realizar ese cambio, argumentando muchos elementos. Sin embargo, con base en las propuestas de Jolly (2014), se realizó la capacitación docente, socialización de planes, programas y contenidos, actualización de estrategias didácticas y modalidades de valuación.

Por lo ya mencionado se hace evidente que el desempeño del docente dentro del ámbito de la medicina debe contemplar tanto las competencias profesionales específicas como las competencias profesionales generales, entendiendo entonces que el desarrollo de los valores en los médicos en formación constituye una gama responsabilidad y reto. Por lo tanto, la residencia no solo se muestra como un lugar para adquirir conocimientos disciplinares, se transforma en un



espacio donde se forman y transmiten valores y profesionalismo, los que deben manifestarse en conductas y actitudes, comportamientos específicos en el médico residente.

El clima educativo en el que se desarrolla la residencia con hábitos nuevos, altas condiciones de estrés y presión, una gama de actividades obligatorias que desempeña el residente y las altas exigencias de mantenerse en vigilia por periodos muy prolongados en algunos casos 32 horas con descansos escasos forman parte del contexto que se vive en la residencia.

Por otro lado, el docente clínico, debe tener un perfil que le permita realizar las labores de acompañamiento y asesoría del alumno, cumplir las exigencias disciplinares y poseer el bagaje de conocimientos pedagógicos y didácticos para enfrentar la responsabilidad que le confiere ser médico y docente. Ejercer su actividad con reflexión y flexibilidad para fortalecer los sentimientos y acciones del médico residente frente al paciente. Convirtiéndose en un modelo a seguir por el alumno, los escenarios clínicos permiten trabajar las competencias transversales profesionales que en la mayoría de las veces solo se encuentran en el currículo oculto pues no hay evidencia de ellas en los planes de estudio. El docente debe prepararse para contar con estrategias metodológicas y de evaluación tanto para los aspectos técnicos como para la formación en valores lo que le facilitará el proceso enseñanza-aprendizaje (Alcota, 2016).

Quizá, una oportunidad de crecimiento es la realización de autoevaluaciones a los profesores de las actividades clínicas en el posgrado, Osornio, Sánchez, Méndez, Moreno, Ángeles y Hurtado (2015), muestra los resultados de una autoevaluación de profesores de clínica integral, sobre su desempeño docente, basados en la reflexión crítica del profesor y por medio de este estudio se pueden observar que el docente reconoce la necesidad de integrar nuevas estrategias didácticas, asimismo se refieren comprometidos con las actividades académicas, esta autoevaluación a nivel de posgrado, sería una herramienta valiosa para conocer la autopercepción del docente, para instrumentar estrategias con el objetivo de elevar localización educativa a partir del trabajo con el docente.

Las universidades son espacios donde se puede enriquecer el docente, a través de ellas preparar a los futuros profesores titulares y adjuntos, lo que redundará en la formación de los residentes, tanto en la disciplina como en su formación en valores, Alcota (2016), la importancia de crear comités ético-docente donde se fortalezcan el desarrollo de los valores profesionales y en situaciones que lo requieran sancionar la deficiencia en los mismos dentro del desempeño clínico. Para ello se requiere compromiso universidad- hospital- docente con la finalidad de observar un comportamiento ético-profesional, con una preocupación constante de los aspectos

valóricos en todo el mundo, lo que redundará en la formación de profesionales de la salud preparados y comprometidos con la sociedad.

A manera de cierre, es importante destacar que para educar, se requiere de un docente, de un facilitador y que exista por otro lado un alumno. Dentro de la relación que se establece, hay elementos fundamentales a cubrir y entre ellos conocer los perfiles de cada uno de ellos es elemental. En el caso del docente, los perfiles para poder fungir como tal, y cubrirlos seguramente redundará en el nivel de eficiencia terminal, en la formación de los alumnos y en los alcances que se deseen. Es pertinente mencionar que el docente requiere ser formado, es decir profesionalizarse en la docencia de posgrado en el área sanitaria y a nivel hospitalario. Y es muy importante priorizar el aspecto educativo, ya que se trata de la formación de educandos y contextualizar que esta actividad se desarrolla en el medio laboral. Por ello es necesario desvincular el proceso formativo del laboral y constituir una figura específica, estructurada y formada del educador y del educando, que permita establecer un modelo educativo de formación formal y acorde a todas las áreas del conocimiento necesarios para concebir a la especialidad de manera completa.

Probablemente, sea necesario reconocer las actividades que desempeña y reconocer la importancia que reviste en la formación de personal de la salud. Por supuesto, esta no es una labor únicamente desarrollada, estimada y alentada por la voluntad. Debe ser una profesión, por lo tanto debe formarse, estructurarse, llevarse a otro nivel, no solo cognitivo y de manera escrita sino en la praxis.

La gran responsabilidad que entraña asumir este rol en el medio hospitalario, representa un reto, al que se debe enfrentar con capacidad, con formación, con soporte. Esto se puede generar desde las instituciones educativas y sanitarias con la finalidad de soportar la formación de los médicos becarios con miras a elevar los niveles de satisfacción y calidad de los egresados. De igual forma, es necesario crear los tiempos y espacios para la formación del docente especialista en el seno del trabajo asistencial, reconocer esta labor y otorgar un estímulo adecuado y suficiente acorde al papel que desempeña el docente de un hospital.

## Capítulo V

### El profesionalismo médico desde miradas que lo atraviesan

Para abordar este capítulo, se propone en primer lugar compartir el procedimiento metodológico realizado para el mismo. La reflexión sobre este capítulo se originó como consecuencia de la reflexión sobre el tema del profesionalismo y la formación de residentes en anestesiología, ya que se pudo observar que existían varios aspectos con el tema y problema de investigación. No fue sencillo vislumbrar esos alcances, pero poco a poco se descubrieron elementos importantes que se entrelazaban. Muchos de los artículos en donde se consultaba el tema del profesionalismo y la formación de médicos residentes, dejaban ver que la distribución geográfica marcaba a grupos de países que compartían características similares en cuanto a la manera de formar médicos especialistas y el proceso educativo. Europa, específicamente Inglaterra, era un país donde la formación en las especialidades médicas estaba relacionada con la formación de los docentes y la infraestructura, el currículum y la evaluación. Estados Unidos y Canadá con avances en la formación de las residencias médicas, de sus docentes y en la forma de evaluar el proceso de enseñanza y aprendizaje.

En Latinoamérica, se comparten la forma de enseñar y aprender, la formación docente semejante, las revisiones de avances tecnológicos y la revisión de sus programas. Así como la condición laboral de los residentes. La búsqueda fue extensa, pero, no se encontró material que permitiera conocer la forma en la que se refiere la enseñanza del profesionalismo en algunos países.

Conforme transcurría el tiempo, fue evidente que el fenómeno de estudio está inmerso en sistemas y fenómenos sociales tienen relevancia. Esa unión de cosas que se entrelazan y entrelazan alrededor de un fenómeno de estudio conforman su contexto: el entorno físico o de situación, político, histórico, cultural o de cualquier otra índole en el que se considera el hecho

La educación, fue uno de los temas angulares con subtemas como las universidades, el plan de formación de médicos especialistas y relacionarlo con países como Australia y América Latina. Los hospitales y la actividad realizada por el médico en formación en el posgrado, el docente y su perfil, sus competencias y su programa formativo. Y con respecto al alumno, las competencias transversales con las que se espera egresen de la especialidad médica. En el aspecto educativo se encuentra inmerso el proceso enseñanza-aprendizaje por medio de la práctica clínica diaria. La bioética, fue encontrada en varios artículos formando la red de relaciones con

el profesionalismo, lo referente a la enseñanza de la bioética, la aplicación clínica, el código de ética y su relación con el humanismo, orientada a la búsqueda del bienestar del paciente en el respeto a su dignidad, a los derechos humanos, a los principios de justicia, beneficencia y no maleficencia.

Este material se encontró en revistas, libros y más en entrevistas a bioeticistas como el Dr. Fernando Lolas, a quien se entrevistó durante un congreso de bioética global en marzo del 2018. Durante la investigación, también se entrevistó al Dr. Jordi Pagés español y escritor sobre el tema del profesionalismo médico. Las organizaciones, conformaron otro rubro del contexto, la *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) UNESCO, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Espacio Europeo de Educación Superior, la Asociación Americana para la Educación Médica, entre las más importantes. Por medio de diversos artículos y entrevista con alguno de los representantes, sobre todo de la unión europea, específicamente, de España. La cultura es un aspecto que influyen el profesionalismo médico, la diversidad cultural y el concepto de profesionalismo, acuñado y vivido en distintas culturas. Se consideró un factor básico para mantener el tejido social que influye en el concepto y la introspección del mismo. También, la globalización y su impacto en el quehacer médico.

Otro aspecto que cobró inetrés, fue el contexto político, las medidas instauradas para fomentar la atención médica, sobre todo a masas, es importante pero no suficientes. Los programas en los que se pretende fomentar el profesionalismo médico, y políticas que lo consideran en su discurso son incoherentes, empoderando el rendimiento numérico de consultas e infravalorando la calidad de la calidad de la atención. Lo que importa en este sistema son los indicadores, los números.

Esto está relacionado con la calidad, y para ello se debe entender el perfil del usuario actual de los servicios de salud y la satisfacción de sus necesidades. Analizar estos aspectos desde la óptica de los beneficiados por el servicio médico, es fraccionada. Es necesario analizar las condiciones desde otras perspectivas, la del servidor público, constituido por el personal de salud, donde la influencia de la medicina gerenciada (evaluada por los indicadores impuestos) influye en la actitud del profesional de la salud hacia el profesionalismo médico. La búsqueda del material científico en cada apartado se realizó mediante los buscadores ya citados en la parte introductoria del primer capítulo. El concepto inicial del contexto se modificó y se amplió. Ello

permitió comprender el fenómeno desde múltiples perspectivas, permitiendo un análisis integral. Después de realizar la investigación documental de cada elemento, se dio paso a la lectura y redacción del capítulo. A través de este capítulo se comprendió la complejidad de esta investigación, intervienen factores diversos con una ponderación distinta, desde la situación de la globalización y su influencia en todos los ámbitos de la vida como lo expresa Bauman (2003), que al parecer de manera inadvertida, sutil y silenciosa se convierte en circunstancias líquidas, como las relaciones entre países, entre ciudades y entre personas. Y siendo el profesionalismo una actividad en la que la relación entre personas: paciente- médico, es pertinente y necesaria, la influencia del entorno es clara, generando en este ambiente relaciones líquidas con las respectivas consecuencias.

Castells (2010) reflexiona respecto a la globalización y a los cambios sociales, y su implicación puede ser extrapolada a muchas dimensiones entre ellas la salud, la población y sus condiciones de vida. Estos conceptos permitieron visualizar el profesionalismo de una forma muy distinta a la que originalmente tenía. De esta forma, se ha compartido la ruta metodológica que se siguió para elaborar el presente capítulo. Y a continuación se dará paso al mismo.

Para conceptualizar el Profesionalismo de los médicos residentes de anestesiología, es necesario recurrir a elementos complejos, que interactúan de manera profunda y que, al comprender su influencia permiten interpretar lo que es el profesionalismo en la actualidad. Con base en los antecedentes, se pueden vislumbrar varios tópicos desde los que el profesionalismo es visto, estas vertientes dan una perspectiva del mismo y la interpretación propia de cada uno. En la práctica de la medicina a lo largo de su historia se establece que la relación médico-paciente ha sido la piedra sobre la cual descansa el compromiso social de la profesión donde el contexto económico, social y político tiene gran influencia en la forma de la aplicación de la disciplina.

Con el paso del tiempo, las sociedades han cambiado, y con ello, se han modificado las formas de vida de los seres humanos, los hábitos alimenticios, los códigos de conducta, así como los roles de las personas dentro de la sociedad. Se habla ahora de la aldea global, pero ¿cómo han influido todos estos cambios sociales, económicos, políticos, educativos, culturales en el profesionalismo? Pushel (2017), hace referencia a la difícil tarea de definir el profesionalismo, sobre todo, en estos momentos de grandes cambios económicos y sociales. Sin embargo, es pertinente analizar de manera integral las condiciones actuales, con la finalidad de comprenderla situación del profesionalismo médico contemporáneo.

El objetivo general de este capítulo es abordar la situación del profesionalismo en su entorno. El entorno está configurado circunstancias como la ubicación geográfica, la influencia de organizaciones internacionales y nacionales. De igual forma con gran impacto sobre el fenómeno se sitúa el factor económico y político, la medicina gerencial donde se priorizan conceptos como el negocio, el cliente, el servicio y la calidad. Y finalmente, la bioética y las circunstancias en las que se desarrollo en este momento histórico. Cada uno de los elementos que conforman el entorno del profesionalismo tiene una influencia particular.

En términos generales, lo que se pretende es deducir la repercusión de la situación geográfica en el profesionalismo, explicar de qué manera se han agrupado países con respecto a su situación geográfica y comprender cuál es la perspectiva general de la formación del médico residente y con proyección al profesionalismo en esos bloques geográficos. Las organizaciones internacionales y nacionales y sus propuestas o proyectos respecto a la educación para el profesionalismo.

Y la repersiones que ha tenido la economía en la forma de ejercer la medicina así como en el trabajo del médico especialista y en todo el contexto de formación de profesionales para la salud, así como los actores educativos para facilitar dicho proceso. Y por supuesto las políticas de salud y su influencia sobre el mismo proceso educativo.

La bioética constituye un marco referencial en la atención a la salud, que guarda relación directa con las instituciones educativas, instituciones de investigación. También, por medio de los Comités de ética en la investigación y bioética hospitalaria se norma el trabajo médico considerando la deontología médica, los valores morales y los derechos humanos con la finalidad de apoyar el bienestar del paciente. Este trabajo se efectúa en distintos entornos internacionales, nacionales y locales. Su aplicación depende de múltiples factores, es por ello que la actividad asistencial del médico debe sustentarse en el conocimiento y la práctica de la bioética. Lo que redundará en un servicio con profesionalismo.

Además, relacionar la administración de los bienes públicos para satisfacer con calidad las necesidades sociales, una de ellas es precisamente la atención de la población para prevenir, tratar o diagnosticar problemas de salud pública. Se vive en la aldea global, en un mundo que se ha modificado según su contexto. Por lo tanto, es importante elucidar la forma en que la globalización ha modificado el profesionalismo. Entender que la revolución tecnológica marcó una manera muy distinta de ejercer la educación, donde están implícitos valores y compromisos como en el caso de la formación de médicos en el pregrado o posgrado.

Otro factor que ha influido en el profesionalismo médico, es el concerniente a las políticas sanitarias que los gobiernos han implementado, con la finalidad de resolver las demandas de la atención de salud a poblaciones abiertas. En México, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, creó el Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular (vigente hasta el año 2019) con lo que, el Estado asegura la atención de los ciudadanos que estén incorporados al sistema. Bajo estas circunstancias, es importante dilucidar el impacto de la política implementada y la repercusión en la calidad de los servicios médicos, sobre todo, desde la perspectiva de los usuarios y proveedores en relación al profesionalismo médico.

## **5.1 La ubicación geográfica y su peso**

La formación de médicos a nivel licenciatura ha experimentado cambios importantes. La intención es responder a las necesidades actuales y futuras de la sociedad. Se han incrustado asignaturas como geriatría, desarrollo de habilidades para la vida, bioética, metodología de la investigación entre otras. Sin embargo, la etapa de formación de los médicos en el posgrado, donde se preparan durante tres o más años para dominar un área disciplinar de la medicina, carece de asignaturas concernientes al profesionalismo o a la bioética o ética en investigación en los planes de estudio de posgrado.

De manera inicial, se abordará el contexto educativo en relación con la ubicación geográfica, categorizando a Europa, Estados Unidos, Latinoamérica y finalmente México. Con el afán de perfilar lo que sucede cuando se inicia una especialidad se describirá brevemente el inicio de este proceso educativo-formativo. Es importante mencionar que la especialidad se inicia en un área poco conocida para la mayoría de médicos. La inmersión es brusca, con exigencia de tiempo completo, largas jornadas laborales, pocas oportunidades para dormir, altas demandas de trabajo y estudio, alimentación dependiente de la unidad sede formadora de residentes, en la mayoría de los casos lejos de su familia y en otro, con su familia, pero imposibilitados para convivir con ella, debido a las exigencias horarias asistenciales y de estudio. Esta descripción corresponde a la forma en que se desarrolla la residencia médica en nuestro país. Sin embargo, es importante considerar lo que sucede en otros lugares del mundo. De ahí, que es necesario analizar algunos aspectos en distintas partes del continente y conocer la situación de México.

### **5.1.1 Los alcances de las distancias.**

En esta sección se presentarán las características de las regiones del mundo en el aspecto de la formación de los residentes en relación a la manera que se ejerce la misma desde el punto de vista educativo, por supuesto, el aspecto descriptivo del aprendizaje en el trabajo esta implícito. Europa será el primer escenario donde se centrará la importancia de la ubicación geográfica. En esta región del mundo, han existido aportaciones para tratar de fortalecer a los médicos especialistas en formación. Y fueron resultados de distintos procesos, la Declaración de Edimburgo, El Proceso de Bolonia, donde se establecieron desde 1999 algunos “dominios de competencias para construir hitos definidos como descriptores de comportamientos para marcar niveles de rendimiento y ser herramienta de evaluación para el residente en formación” (González, 2015, p. 259).

En España, se presentaron condiciones favorables para la formación de médicos residentes, ya que tanto los Ministerios de Sanidad y Política Social como el Ministerio de Educación trabajan de forma conjunta y cumplen las siguientes funciones: elaboran los programas formativos de la especialidad, definen los criterios de evaluación, proponen criterios de evaluación de las unidades docentes, informes de los programas y la formación de los profesionales y diseñan planes integrales de la especialidad (Infante, 2011).

La capacitación del profesorado en diversos hospitales de España e Inglaterra, la infraestructura y las exigencias en general en la formación médica y en algunos casos la formación y rotación en distintos países favorece el desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas en el médico residente, en el docente a favor del paciente. Es importante señalar que la educación de posgrado a nivel mundial ha sido objeto de reflexión en varios países, sobre todo con respecto al fortalecimiento de las competencias transversales médicas, que fueron identificadas como área de oportunidad.

A nivel internacional, las tendencias de las evaluaciones instituciones giran alrededor de varios puntos: la integración social y/o económica por regiones o subregiones. La expansión de empresas de la seguridad social, la movilidad de los profesionales, la formación de médicos con rotaciones fuera de los países que dejan en claro la calidad de la formación en su país de origen por lo que, se requiere establecer normas o estándares de calidad común de acuerdo al área disciplinar de desarrollo. La enseñanza de la ética médica en España, se ha impulsado de manera importante apoyado por organizaciones nacionales, relacionando temáticas de interés como la relación médico-paciente y la formación humanística del profesional médico. Y de igual forma ha destacado el interés en la formación del profesionalismo desde el pregrado, aunque al parecer se requieren hacer algunas modificaciones para lograr los alcances esperados.



En relación al continente Americano, Estados Unidos y Canadá son países que tiene un total de 193 instituciones formadoras de médicos, de acuerdo a la *Foundation for Advancement of International Medical Education International* (FAIMER), referida por Burdick et al. (2010) y quizá de manera conjunta con los países europeos, quienes tienen un total de 541 escuelas de medicina, son quienes más trabajos tienen acerca del profesionalismo médico. El diseño de la especialidad es cuidada de manera que al ingresar el alumno aceptado para una especialidad ha pasado varios filtros de selección. Se diseñó un plan académico y un programa operativo, ajustado a modelo por competencias en algunas instituciones educativas y de acuerdo con esto se diseñan las actividades de las dimensiones competitivas a lograr.

En relación al ámbito docente, es cuidadosamente preparado por las universidades y los hospitales, de manera que existen sistemas que permean la información para conocer el desempeño y desarrollo del residente en cada lugar donde se encuentra. De igual forma la preparación continua en las academias, es importante. Muchos docentes médicos son profesores en diversas universidades de su localidad. Una de las grandes diferencias es la práctica de la medicina de simulación, existiendo ya programas establecidos que se deben acreditar para poderse mantener vigente en la residencia. La simulación y los tiempos que deberá pasar el residente en entrenamiento con esta técnica de aprendizaje son de carácter obligatorio. Los cursos de actualización y la revisión de la bibliografía “del día” así como el acceso a esta información se encuentran al alcance de la mano del residente.

Las estrategias pedagógicas elaboradas son diseñadas por especialistas en las áreas. Se forman equipos de trabajo tanto para la docencia como para la investigación y cada uno aporta los conocimientos de su expertiz educativo o investigativo para construir el perfil de egreso del residente que con antelación se ha definido.

Las técnicas de aprendizaje basado en problemas, la revisión de casos, el apoyo de revisión de bibliografía y la presentación de pacientes previo a su trabajo asistencial, son prácticas diarias y obligatorias. Todo el trabajo en el espacio hospitalario es supervisado. Las evaluaciones se realizan de diversas formas y con diversas vías, evaluación de 360 grados, evaluación mediante escenarios clínicos con instrumentos validados y que permiten el aprender permitiéndose aprender en un ambiente simulado al real pero bajo una perspectiva completamente distinta que en el escenario clínico con paciente real. Las rotaciones fuera de los hospitales son establecidas desde el inicio y se tiene un programa y plan de la rotación, así como la forma de realizar la evaluación dependiendo del lugar y contexto.

El residente se capacita en el ámbito educativo e investigativo, participa en líneas de investigación con sus adscritos recibiendo los créditos correspondientes. Como se puede visualizar se tiene una organización completa, una gestión de la educación integral y además se incrustan áreas de la educación que son herramientas que perfilan al anestesiólogo como líder en todos los terrenos médicos.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han hecho grandes proyectos para recabar información referente a las residencias médicas, sobre todo, en América Latina. El objetivo es caracterizar e identificar las tendencias actuales. Existen grandes diferencias entre países latinoamericanos con respecto al número de especialidades reconocidas. Los que tienen un mayor número son Colombia que reconoce 82, México 81 y Perú 74 especialidades. Otros países reconocen muy pocas como el Salvador con 6, y Honduras con 17, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2011). Las especialidades acordes con las características de cada país se pueden clasificar atendiendo a distintas connotaciones clínicas quirúrgicas, de atención a adultos, a niños, de apoyo de investigación, planeación y gestión. La anestesiología es clasificada como una especialidad clínica en la mayor parte de los países de Latinoamérica. La duración de la especializada dependerá del país, por ejemplo, en Colombia, Cuba, Costa Rica y Paraguay tiene una duración de tres años. Cuatro años en Honduras, República Dominicana y Uruguay.

Con respecto a la cantidad de hospitales sedes para la formación de residentes se cuenta en México con 252. Los rangos están entre Brasil con 686 y Honduras con 6 sedes. De los 14 países que fueron estudiados, el 83% de las plazas que se ofertan las conforman los siguientes países: Argentina, Brasil, Cuba y México. Son países que pretenden dar respuesta a la alta demanda de atención interna a la población por médicos especialistas. Sin embargo, las proporciones requeridas por número de habitantes y médicos aún están desfasadas. El total de plazas anuales por país se encuentra de la siguiente manera Brasil 11,263, Cuba 4,801 México 6,122 (datos del 2009) según se refiere en Residencias Médicas de América Latina mencionado por Pieroni et al. (2011).

Con respecto a los mecanismos jurídicos para el residente, predomina la denominación como funcionarios públicos los derechos legales correspondientes (salario, licencias, aguinaldos, subsidios por enfermedad). No siendo homogénea esta consideración en todos los países. La cobertura de seguridad social y beneficios, se realiza en la mayoría de los países, incorporándolos a la obra social de los trabajadores del Estado con lo que adquieren un seguro de trabajo y seguro de vida. Otros países los contratan bajo modalidades diferentes, mediante un contrato

temporal como funcionario médico becario o becario en formación. Bajo estos tres lineamientos se establece la relación con el médico en formación en Argentina, Chile, Brasil, Costa Rica, Cuba, El Salvador, México, Honduras, Perú, República Dominicana y Uruguay. Sin embargo, en Colombia se tienen los elementos legales como estudiante, otorgando alimentación y hotelería, ropa de trabajo, con la salvedad que, la cobertura de seguridad social no aplica; ellos deberán contratar cobertura de seguridad en términos sociales y riesgos profesionales. No tienen cobertura de pensión, porque como se mencionó, la modalidad de contratación es como estudiante.

Las horas semanales de carga de trabajo varían. En términos generales, se consideran a la semana 2.5 guardias en México, en otros países pueden oscilar entre 01 guardia, por ejemplo, en Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Uruguay, Perú, República Dominicana. Sin embargo, en otros países como El Salvador, Honduras y Paraguay se refieren 3 guardias por semana. Con respecto a las condiciones laborales y ambientales existen una gama de situaciones desde condiciones semejantes a las del resto de profesionales del sistema de salud: médicos adscritos y enfermeras. Y otras, donde se provee únicamente de alimentos y uniformes, y en una minoría las condiciones son deplorables sin cubrir las necesidades básicas: aseo, alimentación, reposo y estudio como se refiere según esta investigación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2011), ejemplos de esto son Salvador y Paraguay.

La actividad médica asistencial debe estar acompañada de las condiciones adecuadas para que el médico pueda tener un excelente rendimiento, entre ellas destacan el solventar las necesidades elementales del médico en formación. Se deben considerar los aspectos alimentarios, de limpieza, la infraestructura, solventar los requerimientos económicos para el sostén digno del residente y su familia, cubrir las horas de descanso (sueño) y equilibrar su estilo de vida. Siendo una especialidad clínica que requiere y exige el ejercicio de la profesión con profesionalismo, se deben otorgar las condiciones mínimas para ejercerlo. Es esta una reflexión, ciertamente es un reto, pero es dignificar las condiciones de la formación de médicos residentes.

El segundo personaje importante es el médico-docente, un personaje importante en este proyecto de las residencias médicas a nivel mundial. Sin embargo, es importante mencionar que, en la mayoría de los casos, quien se dedica a esta actividad la realiza desde un área disciplinar en un alto porcentaje, desconociendo las competencias docentes requeridas para esta misión. Por lo regular, se le invita a algunos miembros del equipo asistencial a formar parte del grupo de docentes, para ello debe cumplir con los requisitos que las instituciones de salud y educativas impongan, pero, sobre todo, una actitud empática hacia la formación de médicos residentes. Desafortunadamente, los deficientes o nulos conocimientos en el área educativa, hacen que la

formación y evaluación de los residentes dependa en gran parte del compromiso y entusiasmo del médico-educador.

Con respecto a las unidades docentes, en la mayoría de los países están presentes. Sin embargo, en dos países no hay esta representación. Las funciones que se encomiendan son la realización de actividades de organización para el desarrollo de programas académicos, apoyo en investigación y desempeño. En México, Argentina, Chile, Cuba, Perú y Uruguay la función es la organización de guardias, rotaciones y evaluaciones, aplicación del reglamento y sanciones disciplinarias. En cuanto a la capacitación del personal docente existen programas específicos en algunos países sin carácter obligatoriedad, sólo para quienes deseen conocer al respecto. En otros realizan capacitación y otorgan incentivos. En algunos más, no existen cursos de capacitación, por lo que el desarrollo de las actividades docentes depende de la disposición y compromiso del médico especialista. González (2012), hace hincapié en la caracterización del médico docente, donde existe una limitada formación en este sentido, tiempo limitado para la realización de la actividad y no existe partidas económicas para su financiamiento, siendo condiciones semejantes a las descritas en la mayoría de los países de América Latina.

Los gobiernos y las universidades apoyados por la Fundación *WK Kellogg* organizaron lo que denominaron Una Nueva Iniciativa en la Educación de los profesores de Salud (UNI), con la finalidad de reorientar la formación de los profesionales de la salud hacia la atención primaria, realizando una revisión curricular proyectada a la atención de la sociedad (Tancredi y Barondess, 1978). También, la *World Federation Medical Education (WFME)* y *Task Force* (2000) definen los estándares internacionales para la formación médica; uno de los factores es el docente como ente educador y formador de recursos para la salud, refiriendo la necesidad de cuidar el perfil de quien se dedica al acompañamiento de los médicos residentes.

Por lo ya mencionado, se aprecia que el médico-docente, incursiona en la actividad sin una formación precisa. Hurtado (2015) refiere que aprende por descubrimiento, con la ayuda de la experiencia de otros profesores quienes colaboran al compartir sus aprendizajes. El ejercicio de la docencia en la actualidad tiene altas exigencias, el conocimiento de las competencias que se requieren para el desarrollo de esta actividad, repercutirá en la definición de los planes formativos y en el proceso enseñanza-aprendizaje de los médicos en formación (Prats, 2016). Sin embargo, se hace evidente que, en Latinoamérica el perfil para el médico educador formador de recursos para la salud en las especialidades médicas, está definido de manera parcial. En algunos planes de estudios (PUEM, 2008) se aprecia en forma segmentada, pero en lo operacional parece

ser un común denominador que no se aplica. De igual forma, la formación docente para los médicos especialistas no es una realidad.

El cuidado en la selección del docente, definiendo los perfiles necesarios y llevándolo a la práctica, será un elemento crucial para un cambio en la formación de los nuevos especialistas. Se hace evidente, el compromiso del médico-docente en esta encomiable tarea, pero se encuentra solo frente a grupos de médicos con altas exigencias, no solo educativos sino también asistenciales y de gestión. Desafortunadamente, se hace patente la ausencia de las herramientas para cumplir decorosamente con esa tarea.

Las instituciones educativas que proporcionan el aval a la especialidad, son universidades de prestigio que cuentan con una Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado, en la que se realizan procesos de inscripción y reinscripción. Se tienen normado los criterios de permanencia, baja y posteriormente los trámites para titulación y trámite de cédula. La actividad educativa se realiza mediante sesiones mensuales donde se reúnen los médicos residentes de distintos hospitales sedes para la discusión y argumentación de casos interesantes.

También, la universidad recibe el trabajo de tesis que, es el trabajo final de la especialidad, siendo un requisito para la titulación. Se cuenta con un Plan de Estudios de la Especialidad en Anestesiología que, marca los antecedentes de la especialidad, el concepto y la base legal. Las competencias profesionales, las características de las unidades formadoras de residentes, los objetivos curriculares y las estrategias educativas. De igual forma, el perfil de ingreso y egreso, la descripción del mapa curricular y el listado de las asignaturas para cada año de la especialidad. Es importante mencionar que, las unidades didácticas no cuentan con un programa de las mismas, sólo un listado de los contenidos en la mayoría de los planes de estudio.

A nivel de América Latina, los programas de formación están basados en acuerdos entre hospitales e instituciones educativas sanitarias en Argentina, Brasil, Bolivia, Cuba, México y República Dominicana. En otros países se realiza un convenio tripartito entre Universidad, Secretaría de Salud y la Institución de Seguridad Social, como en Costa Rica y Honduras. En Colombia, Chile, El Salvador y Perú, el programa de formación es dictado por la Especialidad Médica Universitaria. En Paraguay y Uruguay los programas son realizados por los hospitales con el aval académico de las universidades. La revisión y actualización de los programas académicos en los distintos países es variable. Los países que revisan cada 1-3 años son Bolivia, Honduras y el Salvador. Otros países cada 3-5 años como Cuba, Colombia, Uruguay y Perú. Países donde no es frecuente como México, República Dominicana y otros que no especificaron el periodo como Argentina, Brasil, Costa Rica y Chile.

El acompañamiento por parte de las universidades a los programas académicos es muy variado. En algunos países la universidad es la responsable de la formación académica: Colombia, Costa Rica, Cuba, Honduras, México, Chile. Otros, refieren que, formalmente existe, pero no se mencionan las características de los procesos como en Bolivia Brasil, Perú, Chile, existiendo entre ellos países que trabajan de manera conjunta la universidad y la institución sanitaria. La OPS (2011) refiere que, en algunos países el acompañamiento de las universidades durante el proceso educativo no se hace evidente.

La revisión de programas de estudios y el desglose completo de las asignaturas y una planeación, con objetivos, estrategias y formas de evaluación, es imprescindible. La actualización debe estar acorde con los contextos de cada país y evitar prácticas que pueden poner en riesgo la vida de los pacientes. Probablemente, la intención al realizar algunas actividades es responder de manera impetuosa a los requerimientos de cada escenario. Sin embargo, el desarrollo de la práctica de la especialidad desde la reflexión y el juicio crítico, podrá dar certidumbre al trabajo diario hospitalario. Un ejemplo de circunstancias en donde se observan malas prácticas en el trabajo de la anestesiología lo muestra Navarro (2014), médico de la Facultad de Medicina de Colombia, él encuentra que un alto porcentaje de médicos tanto especialistas como residentes de Latinoamérica realizan prácticas durante su ejercicio profesional que, podrían comprometer la vida de pacientes en el sentido de realizar actividades de manera simultánea en dos salas quirúrgicas. También, su implicación en la seguridad del paciente, ya que, se aplica un listado de verificación previo del procedimiento anestésico, lo que podría incrementar la posibilidad de eventos indeseables en el trabajo anestesiológico. Por lo tanto, nuevamente se hace evidente la necesidad de promover la educación médica orientada al profesionalismo y seguridad del paciente.

Por otro lado, las instituciones sanitarias en donde se forman los residentes, son hospitales con una organización particular. Que deben cubrir los requisitos para ser sedes de formación de residentes. En cada una se encuentra un departamento de enseñanza con un coordinador. También, se cuenta con coordinadores de investigación y profesores titulares y adjuntos de cada especialidad. En esta sede el alumno se forma durante tres años en el caso particular de anestesiología. Ella es responsable de otorgar alimentación durante las guardias, tutoría y asesoramiento de los residentes, también realiza los trámites pertinentes para las rotaciones fuera de la unidad sede. La actividad asistencial, las clases y las actividades de investigación se realizan en la sede. La presencia del médico-educador es indispensable en la supervisión de los procedimientos que diariamente desempeña el residente. Asimismo, de manera trimestral se envía la

evaluación de cada residente a la universidad para captarla en su historial académico. Tanto las instituciones de salud como las educativas, deben juntar esfuerzos y generar las condiciones óptimas para la formación de médicos especialistas. Cuidando las condiciones en las que se realiza la especialidad, con supervisiones a las áreas de trabajo asistencial, proporcionando los elementos necesarios para la concreción de los programas operativos, previamente supervisados y consensados por ambas partes, con la participación de expertos en educación y médicos-docentes.

Por otro lado, Ramos (2015) manifiesta que, en Cuba se ha tenido una gran preocupación por la forma de enseñanza aprendizaje de los médicos residentes, quienes de manera tradicional se han formado en distintas instituciones de educación y salud. Hacen hincapié en este documento en la forma de evaluar las competencias mediante el uso de tarjeta de evaluación, exponiendo la necesidad de analizar el Plan de estudios de la residencia; instructivo de llenado de la tarjeta y el perfil profesional y ocupacional. En la primera parte, se aprecia lo referente a los aspectos político-ideológicos donde se encuentra inmerso el profesionalismo y la ética, dentro de su análisis aprecian desde el punto de vista de los antecedentes que, la tarjeta de evaluación adolece de objetividad, por lo que sugieren la modificación de la misma, independientemente de la sumatoria.

De esta manera, se observa que hay grandes inquietudes en los países como Cuba con respecto a la forma de evaluar a los médicos en formación y ellos comparten esta propuesta, para hacer una evaluación integral. Una de las observaciones que, de acuerdo a lo ya referido en Latinoamérica es también percibida en Cuba, es la ausencia de formas evaluativas en el desempeño de los médicos en formación (Ministerio de Salud Pública, 2004). En México, la percepción es semejante. Además, con el déficit en la formación docente, la evaluación que es necesaria se convierte en una actividad compleja, que es una fuente de oportunidad para la mejora. Yasuharu (2009), manifestaba que en Japón existe una situación semejante a la del resto del mundo, en lo referente al profesionalismo. Sobre todo, respecto a las modificaciones y adecuaciones a los cambios culturales y sociales, que llevan a modificar el ejercicio profesional médico. Sin embargo, se analiza que durante la formación médica y de residencia no se realizaron adiestramientos sobre profesionalismo, evidenciando la necesidad de educación en el mismo para poder dar respuesta a las diversas situaciones médicas que, actualmente se presentan en el ejercicio clínico de la medicina.

La formación de los médicos residentes en México, comparte varios aspectos de los descritos para otros países de América Latina. En el 2017 de acuerdo a la información publicada

por la Comisión Interinstitucional para la formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) y como resultado del XLI Examen Nacional para aspirantes a Residencias Médicas 2017, se tiene un total de 8,263 plazas distribuidas de la siguiente forma: Anatomía Patológica 75 plazas, Anestesiología 863, Audiología, Otoneurología y foniatría 27, Calidad de la atención Clínica 7, Cirugía General 743, Epidemiología 42, Genética Médica 29, Geriatría 139, Ginecología y Obstetricia 698, Imagenología diagnóstica y terapéutica 286, Medicina de la actividad física y deporte 7, Medicina de rehabilitación 103, Medicina de Urgencias 620, Medicina de trabajo y ambiental 44, Medicina Familiar 1659, Medicina Interna 1126, Medicina legal 7, Medicina Nuclear e Imagenología molecular 16, Medicina preventiva 10, Neumología 55, Oftalmología 179, Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello 89, Patología clínica 20, Pediatría 772, Psiquiatría, 173, Radio Oncología 34 y Traumatología y Ortopedia 440, estas son las plazas ofertadas en la categoría nacional para los mexicanos.

Sin embargo, existen otras que se ofertan a extranjeros siendo un menor número que las nacionales. Suman un total de 524 plazas distribuidas de la siguiente forma: Anestesiología 67 plazas siendo el mayor número de plazas de ese año en este rubro. De acuerdo con los resultados mostrados en el 2017 por CIFRHS, se hace evidente que ha existido un incremento en el número de plazas para la formación de médicos especialistas, sin embargo, la tendencia es hacia una medicina curativa, no preventiva, lo que seguramente mantendrá en situación de contingencia al país.

Por otro lado, se hace patente que, a pesar de las circunstancias actuales en las que los cambios en la pirámide poblacional muestra un incremento paulatino, continuo y progresivo de la población adulta mayor y que la calidad de vida se ha modificado con la esperanza de vida que se incrementa con el desarrollo y advenimiento de tecnología e innovaciones en la industria farmacéutica, la atención al paciente adulto mayor será insuficiente pues únicamente una pequeña porción de médicos que corresponden al 1.6% del total de plazas ofertadas a mexicanos, se especializará en geriatría. En condiciones semejantes se encuentran las especialidades de Medicina Preventiva y Calidad en Servicios de Salud. En la formación de médicos residentes se tienen condiciones específicas y variables de acuerdo a cada país con respecto a los mecanismos jurídicos de contratación, protección en salud y las condiciones para el desempeño de la especialidad. En el campo de los sistemas de contratación de los médicos residentes al margen de tres consideraciones: los mecanismos jurídicos de protección, la cobertura de seguridad social y beneficios, así como la modalidad de contratación.



En México, se han abierto varias universidades y escuelas de Medicina. No todas cuentan con las condiciones necesarias para una formación con calidad, que den respuesta a las necesidades sociales actuales. También, es importante resaltar que la pertinencia social de los programas es una necesidad imperiosa, ya que la revisión de los mismos es escasa y muchas veces no se realiza esto. En un mundo globalizado implica una gran responsabilidad ya que, hay producción de profesionales, pero no se da respuesta al perfil necesario para cumplir con la función social y compromiso que la profesión requiere.

Debido a los procesos de reforma que se han estructurado en el sector salud, es necesaria la correspondencia en la educación entre la teoría y práctica de la medicina en relación con las necesidades de salud y los objetivos de la atención en la formación de médicos especialistas. La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en el Plan de estudios de la Licenciatura en Medicina, cuenta con la asignatura de Bioética médica y profesionalismo. En la Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) existen consideraciones sobre Ética, Bioética y profesionalismo, sin embargo, igual que en Cuba, no se aprecian los programas de la asignatura. En tal sentido, se hace necesaria una implementación formal y práctica. El estado de Puebla, en el Plan de residencia médica en anestesiología no contempla el abordaje de este tema de forma estricta. Sin embargo, se observa desde los objetivos el perfil de egreso bajo un enfoque humanista. Las condiciones de formación de médicos especialistas en Europa, Estados Unidos, Canadá y Latinoamérica son muy distintas y los resultados son evidentes.

Cada región del mundo tiene condiciones diversas, historias que han conducido a cambios y cada país definirá de acuerdo a esas circunstancias su manera de estructurar y gestionar la formación de médicos especialistas. Purschel (2017) hace un análisis de las dimensiones personales, interpersonales y sociales del profesionalismo en relación con los atributos encontrados, en el que se muestran aspectos de interés respecto a cada una de ellas. Así, desde el punto de vista personal en Estados Unidos, Canadá y Europa se observa que el altruismo está presente al abordar el profesionalismo por distintos autores: Teherami, Hosgson, Banach y Papadaski (2005), Adkoli, Al Unram, Al-Sheikn, Deepak y Al-Rubaish (2011), Van Mook et al. (2009), Duverger (2014) y Chandratilake, McAler y Gibson (2012), en contraposición en artículos de América Latina según Purschel sólo mencionan como atributo en Murphy (2007). Sin embargo, existe referida la generosidad y la prudencia en atributos personales de América Latina e inexistente en el Bloque europeo-norteamericano (Valenzuela, 2009). Como se puede observar, la cultura es un elemento crucial en la concepción del profesionalismo en diversos lugares del mundo, y es así como algunas de sus características tienen mayor o menor importancia o en

algunos casos no se consideran en la construcción del profesionalismo. Así, el profesionalismo debe ser analizado en cada cultura de acuerdo a las circunstancias propias de cada país, considerando el marco económico, educativo, social y su historia.

Existe un consenso mundial, sobre la necesidad de educar en el profesionalismo médico. Se evidencia por el incremento de los reportes de *mal praxis* médica reportado por la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI) en el marco del XIII Congreso Argentino de Salud (2010). De igual forma, en las escuelas y facultades de Medicina se observa que es un fenómeno a cuidar desde esta perspectiva. De acuerdo con los artículos publicados en el mundo sobre profesionalismo, la gran mayoría pertenecen a un bloque estructurado por Europa, Estados Unidos y Canadá, donde la inquietud en este tema ha generado varios documentos al respecto. Otro bloque está constituido por países Latinoamericanos, con menor desarrollo en esta problemática, pero quizá las diferencias culturales y sociales ejercen una influencia que permee en un concepto distinto desde el aspecto teórico del profesionalismo. Sin embargo, en el aspecto práctico, seguramente, según lo observado hay grandes diferencias, por lo que existe un área de oportunidad a desarrollar. Una manera de mostrar el profesionalismo médico ejercido en su entorno, es hacia los médicos becarios, existen en el mundo diversas manifestaciones de la violencia de la que se sienten objeto los residentes. ¿Qué está pasando? ¿Cuáles son los factores que llevan a que esto suceda? y ¿Qué se está haciendo al respecto? Por lo antes mencionado, es necesario, generar una investigación acerca de la percepción del profesionalismo tanto de los médicos en formación como de los docentes, con el contexto mexicano. Probablemente la respuesta esté en la educación, y en este momento, la reflexión, genere acción conciente al respecto

## **5.2 Todo está interconectado: Las Organizaciones Internacionales y Nacionales**

El profesionalismo ha despertado inquietud a nivel mundial. La manera en cómo se practica la medicina actualmente ha sido cuestionada desde varios ángulos. Siendo objeto de reflexión de varios intelectuales y críticos. También, muchas organizaciones internacionales se han ocupado del tema. A finales del siglo XX se apreció un cambio social, con nuevas interrogantes y retos, ello generó en algunas organizaciones médicas serias reflexiones con respecto a la presencia o necesidad de caracterizar un Nuevo Profesionalismo, acorde a todos los cambios y a los fenómenos de globalización, inmersos los intereses, los valores y el comportamiento humano cambiante con miras al nuevo siglo. Existen organizaciones internacionales y nacionales, que han mirado hacia la formación del personal médico, las que serán abordadas.

### 5.2.1 La Organización Mundial de la Salud (OMS).

Por medio de la Agenda de Salud para las Américas que se encuentra formada por los Ministros de Salud de las Américas, Delgado (2008) refiere que se establecen compromisos de los países en ella incluidos, para dar respuesta a las necesidades de salud en sus poblaciones, teniendo como principales objetivos la universalidad de los servicios, el respeto a los derechos y valores humanos, la equidad, accesibilidad y la inclusión así como la participación social. Se proponen diez áreas de acción con la finalidad de superar las condiciones actuales. De manera colaborativa con la OPS por medio del Proyecto de Desarrollo de los Recursos Humanos para la Salud de Áreas de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS, proponen dialogar y reestructurar la formación de los médicos a nivel regional, buscando dar in perfil distinto a la formación médica, orientada a la comunidad, de manera preventiva y que, al egresar se cuente con una actitud y conducta propia de especialistas y además, con las competencias técnicas y sociales que le permitan desempeñar su papel en forma comprometida y ética.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha realizado esfuerzos desde hace más de 30 años para definir a la asistencia sanitaria mediante el uso de métodos y tecnologías, con valides científica y aceptados socialmente, mediante un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. Sin embargo, esto no ha sido posible, se aprecian inequidades e inconsistencias por lo que se vio la necesidad de replantear el problema. A pesar de ello, se puede apreciar que la atención primaria en salud es una estrategia factible para reducir las inequidades, lo que se abordó en el Consejo Directivo aprobando la resolución CD4, se solicita por medio de esta resolución a todos los países realizar sus propuestas para mejorar la formación de los trabajadores sanitarios, se comparta la información sobre buenas prácticas. De alguna manera, las propuestas y los fundamentos de *Salud para todos*, consideran que se pueden seguir aplicando y que la atención primaria en salud es una piedra angular en las políticas de salud (OMS, 2003). Sin embargo, hay mucho por hacer, pese a las buenas intenciones de diversos proyectos, la concreción en acciones ha sido tórpida y no aplicable, se aprecian en diversos países cinturones de miseria en donde el derecho a la salud es violentado y no ejercido.

### **5.2.2 La Organización Panamericana de la Salud (OPS).**

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS, 2003), trabajando de manera conjunta, han referido que los recursos humanos son factores esenciales en la atención a la salud, enmarcando la necesidad de conocimientos, habilidades, normas éticas y el trato digno y respetuoso. El principal énfasis está en la atención con calidad, otorgada en equipos interdisciplinarios. Para cubrir estos objetivos es necesario contar con el personal. Planificar los recursos en relación a las necesidades y, de igual forma, capacitarlos. También, determinan que es necesario caracterizar el perfil y competencias requeridos, así como otorgar las condiciones adecuadas para el desempeño del trabajo y del personal.

Para ello, se enfrentaron a desafíos, por lo que fue necesario establecer compromisos entre los países generando el documento titulado *Llamado a la Acción de Toronto*, considerando el trabajo de cada país para diseñar el plan de acción, deben contenerse las políticas y planes para desarrollar el proyecto, seleccionando el personal para cada lugar, optimizar el control del desplazamiento del personal, promover ambientes de trabajo saludables para facilitar el compromiso con la misión de la institución y favorecer mecanismos de cooperación entre las instituciones. Así, todos los países miembros reunidos firman el compromiso en el 2007, durante la Conferencia Sanitaria Panamericana. En total, se proponen 20 metas. Las últimas cuatro plantean problemas relacionados con la formación médica, la falta de compromiso social, la necesidad de incrementar los conocimientos de los egresados de las facultades, los costos de la salud, la centralización de la práctica en los hospitales y la creación de una formación integral desde el punto de vista humanitario. Para la OPS fue necesario determinar el tipo de médico que cada país requería. De tal forma que, se pudiera conocer las necesidades de la comunidad y se dé respuesta de manera particular atendiendo a las distintas necesidades y contextos.

### **5.2 3 Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME).**

Esta organización estadounidense tiene su sede en Chicago Illinois. Se encarga de promover la educación médica de calidad a nivel internacional, fungiendo como una organización que provee de acreditaciones en distintas especialidades y subespecialidades. Dentro de las reflexiones que la misma ha realizado, está determinar los dominios de competencias que los médicos especialistas deben adquirir durante su periodo formativo. Analizando el tipo de especialidad y las ne-

cesidades de cada una, se aprecian que existen diferencias en las competencias a obtener atendiendo a los distintos perfiles de pacientes con los que se trata, por ejemplo, el paciente pediátrico en el abanico de grupos etario y el paciente adulto mayor, como extremos de edades (Schonhaut, 2009). Es evidente que se requiere de acreditaciones y certificaciones mismas que se pretende eleven la calidad en la atención médica. Sin embargo, estandarizar es una práctica que debe contextualizarse ya que, existen distancias diversas entre los países no sólo geográficos, sino en sus circunstancias, situaciones y marcos económicos, políticos, sociales, ideológicos que influyen en su forma de vida y en su salud.

#### **5.2.4 Otras organizaciones.**

La Federación Mundial de Educación Médica (WFME, 2000) por sus siglas en inglés, también, ha sugerido que la facultad de medicina debe dar la garantía a sus estudiantes de la cantidad de pacientes y recursos hospitalarios para formarse. Creando estándares internacionales para la educación médica de pregrado. Siendo la antesala de la especialidad, la formación en esta etapa determina el perfil que continuará el profesionalista, es el inicio de la vida hospitalaria y de la relación en un medio real con el paciente y colegas. A partir de esta etapa se generarán los lazos más estrechos con el compromiso médico a favor de la salud del paciente, adquisición de conocimientos y de responsabilidades propias del quehacer del médico en la sociedad.

González (2009) refiere que el *Network Towards Unity for Health* compila los requisitos de las instituciones de salud deberán cumplir como mínimos en la atención de pregrado y posgrado, destacando el análisis curricular adecuado a las regiones y naciones. De igual forma, refiere que, el modelo de mentorías, da prioridad a la investigación en la atención médica y al trabajo estructurado dentro de la interdisciplinariedad.

La Academia de Medicina de Colombia, presentó en el 2006 una Propuesta de reforma curricular para la formación del médico, estableciendo la importancia de las ciencias sociales, la gerencia, la administración dentro del Curriculum de la formación médica. La Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI, 2009), plantea la necesidad de modificar el enfoque en la educación superior, y es expresado en un proyecto que refiere Marchesi (2009) desde distintas aristas. Una de ellas es la formación de profesores y programas de estudios, con la finalidad de permitir a los profesores formar a los alumnos en conocimientos y en las competencias necesarias en este siglo. De igual forma, por parte de la UNESCO se han realizado programas compartidos con otras organizaciones internacionales y

universidades para el análisis y reflexión respecto al profesionalismo médico. La Organización Médica Colegial de España, promueve el profesionalismo mediante el estudio de ética médica y congrega a 15 universidades españolas con la intención de divulgar, promover y enseñar el profesionalismo médico.

La Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid (AMYTS, 2017) anunció que, en Murcia se llevó a cabo el I Foro de Profesionalismo Médico en noviembre de 2017. Este evento fue organizado por el Centro de Estudios Universitarios en Educación Médica, donde se pretende reflexionar sobre el profesionalismo médico. Y por supuesto, destacó en este encuentro la necesidad de que atravesase de manera transversal el currículo para que pueda filtrarse a la conciencia de la población estudiantil y sobre a la población docente. Por lo mencionado se observa que existe una preocupación general por organismos internacionales y nacionales respecto al profesionalismo médico. Sin embargo, falta aún mucho por hacer, según se aprecia en la información que hasta este momento se tiene.

### **5.2.5 Europa y sus instituciones educativas.**

En Europa existen dos asociaciones interesadas en la preparación de médicos en formación, quienes han realizado una *Guía formativa de posgrado europeo en Anestesiología, Dolor y Cuidados Críticos*, que son las bases de la formación en el bloque europeo. Este trabajo tiene como objetivo hallar puntos de encuentro, impulsarlos e identificar las áreas de oportunidad para mejorar el perfil de los egresados. Así, las *European Board of Anaesthesiology guidelines*, permiten conocer las propuestas en diversas áreas de la anestesiología, en ella la formación en dolor y reanimación, así como cuidados críticos y paliativos, complementan la preparación del médico y también para definir directrices sobre la educación médica continua citado por Alahuhta, Melu, Blunnie y Knape (2007), quienes muestra en su artículo estas directrices, le parece que el diseño curricular relacionado al contexto es muy importante y sobre todo la formación integral del residente. Se puede deducir la presencia de una preparación formal en cuatro años o más de los especialistas en anestesiología, dentro de otras asignaturas, la presencia de programas completos, con modalidades distintas de educación, hacen de esta propuesta una rica opción para cubrir un perfil elevado del egresado de la especialidad.

Además esta organización presenta un soporte educativo e investigativo consistente, existe la educación médica como compromiso para pertenecer y las certificaciones periódicas para dar certidumbre sobre el estado de actualización de sus agremiados.

### ***5.2.5.1 Sociedad Española de Anestesiología (SEDAR)***

Esta sociedad fue constituida desde 1953, es española. Su finalidad está circunscrita a contribuir en el prestigio de la especialidad, promover y colaborar en los programas de enseñanza de la anestesiología, reanimación y terapéutica del dolor, controlar el cumplimiento de las normas deontológicas. Como se ha observado, las organizaciones hasta ahora mencionadas son inherentes al área disciplinar o están inmersas en la medicina. Cassinello (2013), muestra la importancia de esta proyección sobre la disciplina, pero apuntalando hacia la formación médica en el profesionalismo, que lleva implícito el ejercicio de la seguridad hacia el paciente. Muestran tendencias para iniciar la instrucción formal en el profesionalismo, desde distintas condiciones y bajo diversas perspectivas, pero todas ellas apelando a la excelencia en la formación médica. Confluyendo en la necesidad de la formación en el profesionalismo.

Desde el punto de vista educativo, existe también una gran preocupación por promover la educación en valores en las Instituciones de Educación Superior (IES), tanto internacionales como nacionales. Dentro de las primeras se encuentran varios organismos como La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y en las segundas se encuentra la Asociación Nacional de Instituciones de Educación Superior (ANUIES) y la Secretaría de Educación Pública (SEP). Todas ellas mediante distintos documentos manifiestan su preocupación por implementar estrategias que permitan incorporar valores que permitan vivir en un mundo globalizado con tendencias que obligan a construir una nueva educación (García, 2013).

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), por medio de su documento. La educación superior en el siglo XXI, visión y acción realizado en 1998, refiere que la educación es el instrumento que puede transformar y bajo los principios axiológicos incidir en la vida de los seres humanos. Lo que pretenden es que la educación tenga un carácter universal. Por medio de los diez principios que sustenta, en los que menciona que la educación tiene una función ética, orientadora en periodos de vulnerabilidad y que permite la construcción de redes universales. La Educación Encierra un Tesoro es una obra de la UNESCO. Es uno de los textos más interesantes donde permean los retos que vislumbra la educación con el tiempo y de igual forma se manifiesta que es la educación quien puede promover los principios para la paz, libertad y justicia (Delors, 1977).

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en conjunto con la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) promueven varias propuestas para los países que pertenecen a la CEPAL. En 1992 el documento, Educación y Conocimiento: eje de la transformación productiva con equidad (CEPAL-UNESCO), refiere la importancia de los componentes del sistema educativo, haciendo especial mención a la axiología.

Por otro lado, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) en su documento, Exámenes de las Políticas Nacionales de la Educación, hace referencia a la educación y su injerencia en el ámbito social. También, ofrece una reflexión sobre la calidad que requiere para dar respuesta a las necesidades sociales de acuerdo con las nuevas condiciones de los países (García, 2013). De tal forma que, la educación debe transformarse, las exigencias son altas y es necesario contextualizarlas de acuerdo a las circunstancias propias de cada país. En México, se observa interés en la educación en valores. La Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES), en el año 2000 presenta un documento llamado *La Educación Superior en el siglo XXI: Líneas estratégicas de desarrollo*, una propuesta de la ANUIES. En el documento se da a conocer las propuestas respecto a líneas de aplicaciones económicas, culturales y políticas. De igual forma, hace hincapié en el desarrollo de valores que favorezcan el crecimiento educativo del país, que permitan fomentar la libertad, la justicia y la democracia (ANUIES, 2000). Asimismo, la Secretaría de Educación Pública (SEP), planteó una serie de estrategias orientadas a mejorar la educación. Se presentó el Programa Sectorial de Educación 2007-2012, donde hace referencia a la importancia de la formación en valores: “La escuela ha de adoptar y enseñar la ética de la responsabilidad y la participación” (García, 2013, p.45).

En conclusión, el interés por la enseñanza del profesionalismo y la educación en valores está presente en organizaciones internacionales y nacionales. Y desde distintas perspectivas consideran que la educación es el elemento principal para generar el cambio en el mundo, la enseñanza de valores ha tomado importancia para construir el espacio de convivencia que se desea donde el respeto, la libertad y la justicia sean.

### **5.3 Dos grandes influencias: la Economía y la Política**

La influencia de corrientes economicistas, ha permitido que la salud se mercantilice, siendo un producto más de consumo. Convirtiendo sin pensar al paciente en “el cliente”. Pardell (2009)



menciona que La Fundación Educación Médica utiliza el concepto de Attali como “bricolaje de la vida”, al proyectar al médico del futuro y se refiere al costo de la industrialización de la salud que hace que el humano se transformara en materia viviente y el sujeto en una mercancía. Además la regulación directa externa ejercida por las autoridades en diversos países, modifica el ejercicio libre y genuino de la autorregulación de la profesión médica, lo que asegura tendrá consecuencias en la forma de ejercer la profesión. En algunas ocasiones el médico se puede transformar en agente de los grandes *lobbies*, planteando conflicto de esta orilla a que, los países enfrentan el reto de mejorar la calidad de la atención médica y dar una respuesta eficaz a las necesidades de los pacientes. Sin embargo, contar con los fondos suficientes para solventar estas exigencias forma parte de un inmensurable reto. Por lo tanto, es necesario reflexionar al respecto ya que, podría verse el sistema sanitario de muchos países rebasado por las exigencias de la población. Quizá, sea necesario buscar financiamiento adicional para solventar este problema.

De cara a los cambios en la población, se ve la necesidad de implementar la cultura de cuidados en especial en adultos mayores. Sobre todo, de forma preventiva, y por supuesto, la asistencial. La forma de atender al paciente con enfermedades crónico-degenerativas, puede ser el factor detonante de una crisis del modelo asistencial actual. La atención en salud, se fundamenta en una base económica que permita desarrollar las estrategias para cumplir con la sociedad, en la búsqueda de su bienestar, ejerciendo una medicina preventiva y no sólo curando las enfermedades. Es preocupación a nivel mundial tanto en instituciones formales e informales mejorar el sistema sanitario, que se ha visto rebasado por las exigencias poblacionales (Meneu, 2011). Sin embargo, a pesar de estas observaciones se puede apreciar que la planeación en la formación de médicos especialistas está encaminada a apoyar a la Medicina Interna, Medicina Familiar y con menor interés, a la formación de geriatras, quienes en un corto periodo serán insuficientes para enfrentar la atención a una población vulnerable que irá creciendo en forma desmedida.

Para ello, la aspiración es tener un buen gobierno, capaz de enfrentar los retos actuales no exclusivamente del área de la salud pública, sino en términos generales. En esta consideración, se retoman términos como la gobernanza (*World Health Organization*, 1998). Según la OMS, la gobernanza en el campo sanitario debe ser considerada como la actuación, implementación de políticas, programas que promuevan sistemas de salud equitativos y sostenibles. Para ello, las interacciones entre las instituciones formales e informales determinarán las relaciones sociales, económica, políticas de la sociedad. Por lo tanto, para que se pueda expresar, requiere

analizar los “cambios en la función del gobierno en un contexto complejo de globalización/re-localización, complejidad social, descentramiento de la política y pérdida del carácter autosuficiente del Estado” (Zurbriggen, 2011, p. 42).

El Banco Mundial (2017) advierte sobre una crisis en el aprendizaje a nivel mundial, en el *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2018*. Se insta a aumentar las mediciones del aprendizaje. Ya que, la inequidad genera situaciones que repercuten en el aprendizaje, y por ende, en la economía de un país. El resultado puede ser desalentador. Sin embargo, exhorta a terminar con la pobreza extrema y a generar prosperidad y compartirla. Declarando que:

(...) “la crisis en el aprendizaje es una crisis moral y económica”. Considera que las dimensiones de la crisis del aprendizaje discurren entrelazadas. Debe evaluarse el aprendizaje, aplicarse para corregir o disminuir las causas inmediatas y entre ellas destacan la preparación de los docentes y los insumos no presentes en las aulas, la mala administración y gobernanza. Y otras causas que son más profundas, el sistema educativo donde los actores buscan satisfacer sus necesidades olvidando la misión educativa. La repercusión de considerar re direccionar las políticas educativas redundarán en crecimiento económico y desarrollo social (Informe sobre el Desarrollo Mundial. Banco Mundial, 2018, p. 4).

Para lograr esa transformación es necesario tener un equipo que reconozca en el centro del interés al aprendizaje. Los elementos fundamentales de acción son los estudiantes, docentes, insumos escolares y la gestión de las escuelas. La calidad de los gobiernos impacta en la gestión de las organizaciones sanitarias y la práctica clínica, siendo factor importante en el desarrollo de la atención médica en instituciones de salud públicas y privadas. Los problemas detectados, donde la incapacidad para hacer frente a las múltiples necesidades de educación en salud de una sociedad, a la gestión propiamente dicha de la salud pública y un modelo fragmentado de salud (Torres y López, 2017), son parte de un gran problema. Además, la forma en que el ejercicio de la medicina está estructurado y financiado, son también factores impactantes en la atención médica y formativa. Los elementos citados e inmersos en el ámbito sanitario, obligan a hacer una reflexión sobre la interacción entre estos y el nuevo profesionalismo médico.

Meneu (2011, p. 337) propuso en España, cuatro puntos para incrementar la productividad: se refieren a la mejora del capital humano, disminuir los costos de los servicios y que sean supervisados por reguladores independientes de partidos políticos, que la inversión pública sea acertada y favorecer la movilidad de personas y capitales. En general, refiere que, “se requiere una mejor política para una mejor gestión”, en la búsqueda de un beneficio social.

El entorno económico presiona a los países a adoptar medidas para subsanar las situaciones en ámbitos educativos y sanitarios. De ahí que, las políticas instrumentadas muchas veces

no resultan en un beneficio hacia la sociedad o por lo menos con el impacto deseable. Sin embargo, existen propósitos de distintos países hacia el bienestar recopilados en objetivos que fueron consensuados por 189 naciones en el año 2000 en Nueva York, en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas. El documento, *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio* (ODM) relacionados con la salud siguen siendo distintos entre países como en los objetivos aplicados a cada caso. Sin embargo, se aprecia que la desnutrición, la mortalidad infantil donde predominan enfermedades infecciosas respiratorias y gastrointestinales, la mortalidad materna, las fuentes mejoradas el abastecimiento de agua potable se han modificado, pero aún queda mucho por hacer. Por lo que, realizar un análisis del gasto en salud, de acuerdo con las cuentas nacionales de salud (CNS), a los marcadores internacionales de diversos países como España, Chile, Estados Unidos, Colombia y México durante el 2008 es el siguiente según la Organización Mundial de la Salud (Tabla 5).

Tabla 5  
Gastos en salud

Rubro	Chile	Colombia	Estados Unidos	México	España
<b>Gasto total en salud (%)</b>	75	5.9	15.2	5.9	9.0
<b>Gasto del gobierno en salud (%)</b>	44	83	47.8	46.9	69.7
<b>Gasto privado en salud (%)</b>	56	16.1	52.2	53.1	26.9
<b>Gasto total del gobierno en salud (%)</b>	15.6	18.3	18.7	15	15.2
<b>Recursos externos para la salud (%)</b>	0	0.1	0	0	0

Nota. Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2011.

Se muestran grandes diferencias en los gastos en salud a partir de las políticas instauradas y se aprecia un rezago en la calidad de la atención con el modelo actual en México y en otros países. Seguramente, esta inversión en el sistema de salud, tendrá una repercusión en la calidad

de los servicios y en la percepción del paciente, quien muchas veces ajeno a la situación económica imperante y al conocimiento de los sistemas gerenciales implementados y a las políticas prevalentes, puede interpretar como una falta al profesionalismo el actuar médico por el no suministro de medicamentos o realización de estudios. Que tienen su origen en el campo económico-político y su efecto se aprecia en el operativo.

En España, Sánchez, Albellán y Moreno (2014) analiza la privatización de la gestión sanitaria pública, con la esperanza de que, el sistema sanitario sea solvente, porque esto trae repercusiones en la gestión de las organizaciones sanitarias y en la práctica clínica. Para comprender este concepto hay que recurrir a la taxonomía clásica de índole jurídica expresada por Meléndez (2008), el que refiere la existencia de tres modalidades de privatización: formal, funcional y material. Las dos primeras, consideran la gestión directa la primera a través de entidades de titularidad pública pero sometida al derecho privado. La segunda, es la gestión indirecta mediante la contratación de su provisión a entidades privadas. Así, la privatización puede repercutir en la atención a la salud de varias formas que conducirán en la mayoría de los casos a modificar la percepción del paciente respecto al ejercicio de la medicina sobre todo la institucional.

Ambas están orientadas al cumplimiento de objetivos y resultados mediante los modelos gerenciales o gerencialistas. La forma indirecta, a su vez tiene dos maneras de operar; la primera se conoce como *Private Finance Initiatives* en donde, se concesiona la obra pública, incluyendo la infraestructura sanitaria y los servicios no asistenciales, en cambio la segunda opción considera la prestación de los servicios sanitarios. La evaluación de estas intervenciones es controversial, ya que existen versiones sobre el beneficio y otros en contra, refiere Pairó (2012) (2012). Quizá, de acuerdo con la experiencia de comunidades inglesas, algunas de los aspectos a considerar son que, los mayores costes se asocian a una menor calidad y flexibilidad y el otro problema, es la ausencia real de transferencia de riesgo al sector privado MacKee (2006) y Pollock (2002). Sin embargo, en otros países se muestra que tanto las instituciones privadas como las públicas no acreditan diferencia en sus desempeños, muestran que, es un gran problema y se requiere reparar cuidadores y servicios adecuados para pacientes vulnerables y que, políticamente debería ser prioritario enfrentarlo por el sistema de salud nacional.

Como se puede ver, los resultados con contrastantes. Sin embargo, existe la necesidad de conocer los indicadores del desempeño de ambas propuestas y reflexionar para poder decidir una mejor opción. Por lo tanto, la evaluación de los resultados de los países que ya han instaurado deberá ser tomada con cautela, ya que, el análisis geográfico, político, cultural e histórico repercutirá en los resultados.

#### **5.4 Miradas interesantes: Servicio, Negocio y Calidad**

En la comunidad médica mundial, el tema del profesionalismo ha cobrado interés debido a la ruptura del contrato social que se establece con el médico. Existen elementos importantes en este gran escenario, el servicio médico, el negocio, el bienestar laboral y las condiciones de trabajo que influyen en el profesionalismo. Las crisis económicas han tenido un impacto negativo en los ambientes médicos profesionales, generando malestar y frustración (Blanch, Ochoa y Sahagún, 2012), la situación específica en los recortes de los presupuestos generales del estado y su redistribución, han generado un recorte al sector salud.

Otros elementos cruciales son las reformas a los sistemas de salud (Fernández y Oviedo, 2010), y la manera en que se han aplicado al contexto asistencial, no respondiendo a las necesidades de la población ni del profesional médico. Por lo tanto, la realidad laboral está cambiando, inmerso al contexto de la modernización del estado y servicios públicos cuyo objetivo es incrementar la efectividad y eficiencia. Giddens (1989) expresa respecto a los sistemas expertos que son sistemas con logros técnicos o de experiencia profesional, que buscan organizar áreas del entorno material y social en el que se desarrolla la humanidad sin dejar de lado los vertiginosos cambios culturales, económicos y políticos que acompañan e influyen en la experiencia de la educación y del conocimiento y el desempeño profesional del hombre.

Por lo tanto, en los sistemas de salud entran en juego distintos factores, entre ellos, los cambios de la sociedad, los avances agigantados de la tecnología y la vorágine de conocimientos que día a día emergen de las investigaciones, la cantidad de información en los sistemas abiertos a los que se puede tener acceso fácilmente tanto usuarios como personal sanitario, con ello cambian las circunstancias del desempeño médico. Así, bajo estas condiciones se debe enfrentar el profesional médico a las nuevas exigencias de la economía política del mercado. Como se aprecia a lo largo de este capítulo, la crisis del profesionalismo tiene varias perspectivas desde la psicología, antropología, política, económica, ética (Evetts, 2012) que interactúan y desde las cuales se intenta rebalancear el profesionalismo médico.

A nivel internacional se identifican por diversos autores, competencias transversales en las que existe un vacío dentro de la formación de los médicos especialistas, entre ellas se encuentra la gestión, la mercadotecnia y las finanzas. En Chile, Schonhaut (2009), abiertamente expresa de acuerdo a la exploración sobre las competencias adquiridas en la residencia, entrevistando médicos de distintos niveles de especialidad y especialistas que hay una carencia de

formación en estas áreas. Manifiesta la necesidad de esta formación con base al requerimiento de trabajo en instituciones donde los desafíos laborales sean un hecho. Hafferty y Franks (1994), Batladen et al. (2002) y Ros-Martrat (2004), mencionan la necesidad de adecuar la formación médica en respuesta a las políticas de salud de cada país, incorporando de manera formal e intencionada el *curriculum* basado en competencias, buscando por los expertos en educación y el área disciplinar innovar metodologías para su obtención.

Como se puede observar, es un reto el mantener la atención a la salud con profesionalismo en una medicina gerencial que responde a las exigencias del mercado y a la globalización, donde lo más importante es la productividad y la calidad. En la que se aprecia una migración del concepto del paciente al de cliente o usuario. Olvidando las consideraciones éticas, la atención humana y científica (Morales, 2013). Lo deseable para este enfoque es acreditar los establecimientos y medir la calidad total como indicador del trabajo realizado. Es entonces cuando la intervención del usuario es importante, solicitando evaluar la satisfacción de las expectativas del cliente, que tienen distintos alcances, pueden ser. Intrínsecas o básicas, explícitas y latentes estas últimas son las que evidencian la excelencia.

Un elemento que se ha destacado en la construcción de nuevos modelos de atención médica es la implicación en la relación médico paciente, que tradicionalmente se ha caracterizado por ser un modelo paternalista el cual debe reorientarse para responsabilizar a cada individuo de sus cuidados en salud, informando y dirigiendo, pero respetando las decisiones en la autonomía de cada ser humano (Herskovic, 2005). Las relaciones que se establecen durante el encuentro médico, pueden ser deformadoras al asumir el paternalismo, arrebatando al paciente su autonomía y condenándolo a asumir una actitud sumisa o dependiente del médico. Se requiere educación para adquirir los elementos necesarios para lograr la autonomía necesaria en el mundo contemporáneo.

Los cambios que se han gestado desde el punto de vista económico, social y en las políticas de salud van encaminados a cubrir por un lado las necesidades sociales de la población en relación a la salud y por otro a cumplirlas con calidad. Por lo que, es deseable observar un desempeño profesional basado en la ética y acorde con las expectativas de los pacientes, ejerciendo un profesionalismo que se caracterice por una mística de servicio orientado a ofrecer una atención con interés genuino por el bienestar del paciente (Esponda, 2003). En algunos sectores del personal sanitario específicamente en enfermería se han realizado análisis sobre la importancia de ejercitarse en el profesionalismo para lograr la excelencia profesional y la satisfacción personal. También, acorde con los organismos internacionales que promueven la calidad global,

grupos de estomatólogos han realizado mapeos de sus procesos para medir la satisfacción del cliente y a través de su análisis lograr comprender la percepción del paciente y su situación real, con la finalidad de otorgar una mejor atención (Letelier y Velandia 2010). Estos procesos de mejora continua son aplicados en hospitales privados y públicos. Los que deben ser acreditados por las instancias evaluadoras, quienes al supervisar los mismos emitirán recomendaciones que deberán realizarse para posteriormente ser reevaluados y acreditar a cada institución lo que redundará en beneficios para las instituciones y para la atención de los pacientes con tendencia a lograr la excelencia.

Sin embargo, estos elementos referidos no siempre se cumplen en su totalidad y así se muestran distintos grados de satisfacción en el servicio de salud de los pacientes, quienes día a día se muestran con mayores exigencias para su atención. Existen factores que pueden limitar la misma entre ellos están la infraestructura, el personal, los suministros. Por ejemplo, al realizar el monitoreo de la atención de los pacientes se requiere medir el tiempo de espera para su atención (consulta), donde todos quieren ser atendidos con prontitud. No obstante, desde el punto de vista de quien otorga la consulta, el tiempo requerido para realizar una consulta completa es mayor que el tiempo programado para la misma; motivo por el cual, la satisfacción del paciente puede verse alterada y efectivamente la atención otorgada no cubrir los estándares que la relación médico-paciente exige.

Así, en los modelos gerenciales de atención a la salud donde la productividad es un elemento preponderante por encima de la calidad de la atención medida desde la perspectiva del usuario y del prestador de servicios, tal vez sea posible cubrir el estándar del tiempo programado para la consulta médica, pero la calidad de la misma y la autonomía del médico, quizá se encuentren modificadas. Se cubren las expectativas numéricas y producción, pero no la calidad. Por ello una propuesta interesante es realizar un estudio que permita no sólo medir el grado de satisfacción de los usuarios y también, el grado de satisfacción del prestador de servicios con respecto a la infraestructura con la que cuenta el sector sanitario donde se desarrolla la actividad asistencial y su grado de satisfacción por la consulta otorgada en este caso específico respecto al tiempo. Uno de los factores más importantes es el entorno cultural en el que se desempeña nuestro país, los usos y costumbres que han de respetarse y adecuarse a cada contexto de consulta, y comprender que el ser humano es vulnerado en su salud y requiere ser atendido con diligencia, prestancia y empatía la que no se puede estructurar bajo la presión del tiempo y la de los demás pacientes que requieren una apremiante atención por respeto a sus ocupaciones.

## 5.5 Bioética y circunstancias

Los estudios sobre Bioética, por parte de diversas organizaciones mundiales como la Organización Mundial para el desarrollo de la Educación, la ciencia y la cultura (UNESCO), por medio de su Observatorio Mundial de Ética, se promueven el conocimiento y se plantean escenarios hipotéticos, en un ambiente que permita el desarrollo de los conocimientos y la reflexión. La dialogicidad de esta propuesta permite conocer los principios elementales de la bioética. Sin embargo, la enseñanza teórica no es suficiente, por ello se aprecia el esfuerzo de implementar por medio de videos, de la música y el arte nuevas estrategias para logara generar el vínculo de la bioética y la actividad asistencias, sobre todo en los dilemas éticos a los que el médico se enfrenta en su quehacer cotidiano.

Desde las dimensiones de estudio del profesionalismo propuesto por Puschel (2017), la dimensión interpersonal, es analizada con base en la ética de las virtudes. En ella, se explicitan los atributos que el buen médico debe poseer como base de la ética médica y que se enfoca en la relación entre el profesional médico y los valores que soportan la relación médico-paciente, en una interacción fundamentada en los principios éticos: autonomía, beneficencia, respeto, empatía, compasión, confidencialidad, herramientas para una comunicación efectiva y trabajo en equipo.

Sin embargo, estos atributos según los distintos autores a nivel mundial se han modificado de acuerdo con las regiones del mundo de la cual se trate, ya Chandratilake et al. (2012) externaban las diferencias culturales que repercuten en el profesionalismo. De esta manera, algunos atributos considerados como la empatía son más aceptados en América Latina. Sin embargo, la compasión es la más aceptada en Estados Unidos, Canadá y Europa. El panel de expertos convocados para el estudio de perspectivas del dolor que incluye al profesionalismo en América Latina en un consenso multidisciplinar y Panel Delphi (Sudore, 2017) muestra diversos tópicos entre los que, destacan la dignidad humana, la autonomía y la responsabilidad individual, el consentimiento, la privacidad y confidencialidad, la igualdad, justicia y equidad así como la protección del medio ambiente, la biósfera y la biodiversidad que, pretenden compartir los conocimientos de la ética médica e implementar formas de aplicación práctica en el ámbito clínico. En Europa, existen universidades interesadas en la promoción de la bioética médica, quienes reúnen a varios especialistas para estructurar programas propositivos en los que expertos bioeticistas dirigen el diálogo respecto a los dilemas bioéticos cotidianos en el quehacer



profesional. Específicamente la Universidad de Murcia y la Asociación de médicos y titulados de Madrid (AMYTS) han tenido interés especial.

La preocupación por explorar la necesidad y el reconocimiento del nivel de competencias transversales adquiridas por los médicos residentes ha sido objeto de estudio en varios países, en Chile a partir de estudios realizados bajo la entrevista a profundidad se ha logrado identificar la necesidad de que el médico integre en su formación los conocimientos propios de la especialidad, pero también que adquiriera una conciencia integral del paciente como ser humano. La competencia en Bioética es señalada como una necesidad y se manifiesta que debe ser formativa y además desarrollada durante toda la especialidad, de igual forma que deben realizarse supervisiones periódicas para acompañar al médico en su desempeño y, de manera conjunta, aprender en la vida práctica cuidando los modelos (médicos adscritos) en su formación disciplinar, pero, también en bioética, ya que, se adolece de ello.

Sin embargo, existen otras opiniones donde se manifiesta una falta de interés en los residentes por los dilemas bioéticos que de manera frecuente se presentan en la práctica médica (Schonhaut, 2009). Desafortunadamente, esta es una observación preocupante, ya que, no se ha logrado despertar el interés en el médico en formación en esta área del conocimiento y del saber. Aunado a ello, las implicaciones que a diario puede tener en el ejercicio profesional, donde los dilemas éticos son frecuentes, las investigaciones se realizan y exigen seguirlos los lineamientos de una ética en la investigación y el conocimiento de las implicaciones morales y legales del trabajo médico. Probablemente, parte del problema se centre en que las recomendaciones o sugerencias emitidas permanecen en este ámbito y hasta este momento no han mostrado el apoyo legal que requiere. Por otro lado, los intereses de las sociedades actuales, están dirigidos a la inmediatez y al consumismo. Sin embargo, hay tendencias contrarias que dirigen sus esfuerzos hacia la educación en valores, educación en derechos humanos en la ética y la bioética no en una connotación teórica sino en sus implicaciones prácticas.

Con respecto al profesionalismo, existen documentos como la *Carta sobre Profesionalismo Médico*, que invita a hacer una reflexión formal acerca de los códigos, declaraciones y juramentos médicos que existen en la historia y las actuales condiciones sociales, culturales, económicas de la sociedad actual que conducen a un análisis ya una interpretación distinta respecto a los anteriores conceptos de profesionalismo, que cuando se hace desde un marco bioético, se alimenta la interpretación realizada al basarse en los principios de la ética aplicada a la atención en salud (Ocampo, 2011). De acuerdo con las distintas asociaciones como el Buró Americano de Medicina Interna y el Colegio Americano de Médicos representando a América

y, por parte de Europa, la Federación Europea de Medicina interna, quien en 2002 emiten la carta ya referida, y que cita Ocampo:

“Toma de conciencia sobre los cambios en los sistemas de salud que están teniendo lugar en la sociedad industrializada: explosión tecnológica, cambios en las fuerzas del mercado, problemas de prestación de servicios de salud, bioterrorismo y globalización que amenazan los valores del profesionalismo médico” (Federación Europea de Medicina, 2011, p. 50).

Los fundamentos del documento se encuentran en la *Ética Médica de las virtudes*, como los documentos tradicionales en los que se expone de manera clara la relación médico-paciente. La bioética es una reflexión profunda y un análisis crítico de las relaciones del hombre con diversos fenómenos de la vida (Ocampo, 2007). A pesar de que existen documentos normativos referentes a la Ética y Bioética médica, también, existen opiniones en contra debido a la poca aplicación real de la normatividad (Romano, 2013), donde se manifiesta la importancia de que exista una ética que pueda llevarse a la práctica cotidiana. A diferencia de los códigos deontológicos y el resto de escrito sobre normatividad que son solo excelentes escritos de difícil aplicación en un mundo tan diverso. De ahí que, deba adecuarse a cada contexto, con respeto a las costumbres, a la cultura de cada sociedad y con apego a los derechos humanos.

Son las presiones en distintas vertientes las que pueden vulnerar los principios referidos en ese documento, sobre todo las exigencias administrativas y las fuerzas del mercado con esquemas ya referidos en donde existe el peligro de que el bienestar del paciente no sea el principio rector en la práctica clínica. Por otro lado, el respeto a la autonomía del paciente puede verse influenciado por las políticas de salud, las presiones económicas y el grado de conocimiento o desconocimiento del paciente y sus familiares, ya que debido a la información no confiable de la que a veces hacen uso, sin evidencia científica, podrían tomar decisiones sin contemplar los principios éticos.

De igual forma, los diez compromisos expresados deben ser analizados desde la perspectiva del paciente y del médico que realiza la actividad asistencial, al hacer este ejercicio será posible reconocer la responsabilidad de las instituciones de salud, de las políticas sanitarias y de la importancia del respeto a los derechos humanos. La reflexión de este documento va dirigida hacia la deshumanización de la medicina. Sin embargo, la Bioética, sus principios fundamentales como la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia son tratados de manera confusa (Ocampo, 2011). Los factores como la economía de mercado, tecnificación, la institucionalización de la medicina han influido en los cambios actuales en la atención médica.

Por lo tanto, hay dos perspectivas: la primera, la ética médica tradicional, paternalista y la bioética con su discurso principialista secular. La primera influye en una relación médico paciente vertical y la segunda, de manera horizontal. De tal forma, que se presenta cierta ambigüedad. Sin embargo, es una reflexión con buenas intenciones que permite ver una gran necesidad de que a nivel de las universidades se integre una formación en valores que tenga como punto de partida una ética racional y analítica (Ocampo, 2009). Al respecto, Godina (2013), hace una reflexión sobre la manera cómo se ha infiltrado un paradigma político en materia de educación, que es un derecho humano y se ha transformado en una mercancía. De igual forma, hace hincapié en la negativa para que la educación forme parte del acuerdo comercial de la Organización Mundial de Comercio.

Otro fenómeno es la privatización de la educación que algunos consideran necesaria y lo declaran abiertamente, pero en otros países se encuentra enmascarada por reformas educativas. Por lo que se hace patente el interés político-económico de privatizar la educación dejando de ser un derecho y sólo grupos elitistas podrían tener acceso a ella. En América Latina, existen programas educativos que se deben considerar como empresas que están obligados a acreditar su eficiencia, eficacia, rentabilidad y calidad. Todos estos conceptos desde el punto de vista mercantil. Se pretende eliminar el derecho a la educación y por lo tanto desarrollar modelos tecnocráticos con mano de obra calificada pero no pensante, sin criterio, con ello afectando al humanismo, a la ética y a la humanidad. Al ser considerada la educación como una empresa, se pierde el fin de la misma dejando de lado el desarrollo humano y el compromiso social. El hombre es entonces concebido como un medio y no como un fin, refiriéndose al mismo como capital humano o recurso humano. Una de las respuestas a los planteamientos ya referidos es la educación en valores. La que puede ser abordada desde contextos muy distintos, el pedagógico, psicológico, antropológico, histórico según lo refiere Fabelo (2013), desde el punto de vista filosófico y específicamente el axiológico. Los valores deben ser considerados no solamente desde el punto de vista personal, sino social y sobre todo de manera más amplia considerando al género humano.

A manera de cierre podemos observar al profesionalismo médico como un fenómeno en que están implicados muchos actores, creando un entramado denso, fino y con gran cohesión. El propósito de este capítulo fue el de apreciar la complejidad del fenómeno del profesionalismo, como un producto de diversas aristas aisladas en algún momento, pero íntimamente conectadas en lo global.

Ello permite la comprensión desde varias miradas, de lo particular de cada una de las expresiones hasta lo general. Y por lo tanto ilumina la concepción inicial del fenómeno de estudio, su formación y su transformación. Observar las interrelaciones y la preocupación por algunas asociaciones y despreocupación de otras. Deja ver que son muchos elementos que interfieren en el profesionalismo, aclara y vincula con los aspectos teóricos de las construcciones y teorías que sustentan esta investigación específicamente lo vinculan con la sociología y aún más específicamente con Freidson, quien por medio de su teoría, permea las circunstancias económicas, políticas y laborales y su influencia en las dinámicas y conceptualizaciones de las profesiones, específicamente el quehacer del personal sanitario y la ética de las instituciones.

Conforme se intenta desintegrar el fenómeno en sus partes que interactúan a nivel interdisciplinar, se puede permear la visión de Elliot Freidson, adelantado a su época y magistralmente visionario que por medio de su teoría describe y ubica de manera concreta y aclara la evolución de la profesión y del fenómeno de estudio.

## Capítulo VI

### **Cimientos de la construcción del profesionalismo médico: Fundamentación Teórica**

Al iniciar este capítulo, se consideró adecuado mostrar la forma en que se realizó el procedimiento metodológico del mismo y posteriormente se abordará la fundamentación teórica propiamente dicha. Este capítulo de la fundamentación teórica se inició buscando referentes teóricos para sustentar el profesionalismo médico, para ello se buscó y revisó información desde diversos tópicos: desde la economía, desde la psicología, desde la pedagogía, desde la historia. Cada una de las teorías estudiadas fue analizada de acuerdo a la propuesta de Guba y Lincoln (1994), en relación a las tres preguntas: ontológica, epistemológica y metodológica.

La sociología fue la primera con la Sociología de las profesiones, Sociología del trabajo y Teoría de las representaciones sociales. También, se investigó acerca de la Teoría de la Estratificación social, encontrando a autores destacados en la Sociología como los que cita Freidson (1985) y Weber (1901). El profesionista tiene un estrato social específico, que determina un nivel de vida y también un prestigio. La naturaleza de la relación entre quien conoce y el que busca conocer, se da por medio de los conocimientos específicos, especializados, del trabajo técnico, la capacitación, el control sobre el trabajo, la autorregulación y el ser independiente. La manera de conocer el fenómeno por parte del investigador está en relación al estudio de ingresos económicos, de los campos temáticos, de la economía de la educación, del sistema de valores y su importancia funcional.

La Teoría de las profesiones, tiene principios específicos, que están centrados en: los conocimientos especializados, la formación escolar, la ocupación integral del tiempo, el código de ética, la autonomía en el trabajo, la garantía de competencia, el código de conducta el servicio para el bien público, la decisión a favor del cliente y la compensación para subsistir Freidson (1985). La relación entre quien busca conocer y que conoce se manifiesta por medio de la educación formal institucional. Y por la práctica bajo una visión humanística y espiritual de la profesión. Se puede conocer por medio de evaluaciones formales, reconocimiento, observando las conductas, costumbres y prácticas, con el código de ética y de conducta.

La teoría de la Sociología del trabajo, establece como sus principios al estudio de las actividades, la constitución del trabajo y las modificaciones del trabajo. La relación entre la cohesión social e interacción, la relación entre la educación y las relaciones sociales del trabajo,

la escuela, la familia y diferentes grupos de iguales. Para poder conocerla se requiere comprender y explorar al trabajo como relación social, identificar los mecanismos de integración social y dentro del ámbito laboral conocer las ópticas sociales grupales. De igual forma, se procedió a buscar literatura referente a otras teorías: la Teoría de las representaciones sociales, en el que se encuentran sistemas cognitivos con representaciones propias, cuya finalidad es organizar y describir la realidad, el estudio del mundo material y social así como el estudio de la comunicación dentro de la comunidad, que generó conceptos: la objetivación y el anclaje. La objetivación se refiere a lo social en sus representaciones, y el anclaje, en la transformación de lo que es extraño en algo familiar. La forma de estudiarlas es en la vida cotidiana.

El análisis de estas teorías se realizó de acuerdo a tres principales cuestionamientos: epistemológicos, ontológicos y metodológicos (Guba y Lincoln, 1994). Los tres cuestionamientos que se aplicaron son: ¿cuáles son las formas, principios o propiedades del profesionalismo que ocurre, por lo tanto que es lo que puedo conocer de él? (Pregunta ontológica). ¿Cuál es la naturaleza (principio generado, propiedad de las cosas conjunto de cualidades) de la relación entre quien conoce o busca conocer y lo que puede ser conocido? (pregunta epistemológica) y ¿cómo puede el investigador arreglárselas para averiguar si lo que él o ella cree puede ser conocido? (pregunta metodológica).

Otro grupo de teorías investigadas son las siguientes: la teoría conductual, teoría histórico-cultural, teoría constructivista, teoría del desarrollo moral del hombre, teoría de la educación evolutiva, teoría del aprendizaje situacional, teoría del capital humano, teoría histórico social, teoría para educar en valores, teoría humanista, teoría del constructivismo social. De cada una de estas teorías se buscaron artículos que las abordaran, se realizó la lectura y se elaboraron cuadros donde se plasmó la información respecto a las respuestas de las tres preguntas formuladas. Posteriormente, se analizó cuál de las teorías era la que explicaba el profesionalismo médico. Inicialmente, se encontraron dos teorías que explicaban el fenómeno. La primera, la teoría del profesionalismo de Elliot Freidson; y la segunda, la teoría del desarrollo moral del hombre de Kohlberg.

Después de seleccionarlas se abordaron, con lo que se proyectó que, la teoría del desarrollo moral de Kohlberg daría una proyección descriptiva y la teoría de las profesiones, una proyección explicativa.

En este capítulo, a partir de la información y lectura realizadas, se describieron las teorías y a partir de ellas se explicó el fenómeno del profesionalismo. Se consideraron en conjunto los conceptos y definiciones de cada teoría. La estructura, las reglas y los principios. En cada una

de ellas de realizó la introducción y descripción, sin embargo, de acuerdo a cada teoría se organizó la información y se valoró su pertinencia. Así, en la teoría del desarrollo moral de Kohlberg se abordaron los niveles de desarrollo moral, valores, razones y estadios así como los determinantes del desarrollo moral.

Con respecto a la Teoría de las profesiones de Freidson, se abordó la ética práctica, los códigos de ética, las circunstancias históricas, la práctica tradicional, las éticas institucionales para nuestro tiempo, la ética actual y la identidad profesional con un enfoque cognitivo. Se buscó más información sobre las teorías, hubo que releer para comprenderlas y posteriormente, describir y establecer la relación con el profesionalismo médico. Una vez concluida esta descripción del procedimiento metodológico para este capítulo, se procede a abordar las teorías.

Este estudio de investigación el profesionalismo de los médicos residentes de anestesiología, visto desde la formación y la implementación del mismo, se apunala en el campo educativo y se apoya en las Teorías de la Sociología, específicamente la Sociología de las profesiones y la Teoría del desarrollo moral de Kohlberg. La educación tiene varios objetivos, sin embargo, uno que es deseable, hace referencia a educar para que el hombre actúe moralmente bien. Desde antaño existe la inquietud acerca de que la moral podría ser enseñada y aprendida. Actualmente, en relación a las necesidades en la educación, existe un acuerdo en enseñarla, pero, ¿qué enseñar? y ¿cómo enseñar? es el dilema. Asimismo, la concepción de la moralidad está en función de la investigación y su tendencia prevalente. En términos generales, hay dos formas de abordarla, la primera está orientada desde la sociología en la que es concebida como la adopción de valores o normas, que posteriormente se interiorizan en la persona (Aussbel, 1970), es propuesta por varios autores (Harstshorne y May, 1930; Havighurst y Taba, 1949). Otras teorías entre las que destacan: la teoría de los aprendizajes sociales (Bandura, 1973) y la teoría psicoanalista (Brown, 1974).

La segunda forma de abordarla es la postura filosófica, que concibe a la moralidad como la adquisición de principios morales autónomos, ubicándose dentro de las teorías estructuralistas o cognitivo-evolucionistas, cuyo concepto medular es la evolución de la comprensión moral, dentro de sus representantes se encuentra Piaget (1971) referido en Palomo 1991, que en su obra el Criterio Moral del Niño traducido al castellano en 1971 pretende estudiar el juicio moral del niño y Kohlberg (1974), también referido por Palomo en 1991.

En la educación superior, continúa siendo necesario el desarrollo del juicio moral. Que en la licenciatura de medicina es también, objetivo de formación. El profesionalismo es un elemento fundamental en la profesión médica, ya que, en el ámbito de atención a un paciente se

requieren conocimientos, actitudes, conductas y habilidades que permitan cimentar la relación médico-paciente con base en la confianza y el respeto. Para explicar la fundamentación teórica del profesionalismo es necesario referir que es multidimensional y que se entrelazan teorías con la finalidad de explicar la forma en que se construye este fenómeno.

En el presente capítulo se tratará el fundamento teórico del profesionalismo a partir de dos teorías; la primera de ellas con una perspectiva descriptiva la Teoría del Desarrollo Moral del Hombre, de Lawrence Kohlberg, donde se abordarán la naturaleza de los valores morales, los aspectos morales del comportamiento y el rol de la educación en el desarrollo de la moralidad. La segunda, acuñada por Eliot Freidson sobre la Sociología de las Profesiones, abordando el profesionalismo y la ética institucional, que tiene un carácter explicativo.

Asimismo, es importante mencionar que, existe una diversidad teórica que podrá aplicarse a la formación del profesionalismo. Los elementos que conforman al profesionalismo en su totalidad, no es posible explicarlos por una sola teoría. Algunas de sus partes son aclaradas y soportadas por propuestas teóricas específicas, lo que permite comprender la complejidad del fenómeno. Sin embargo, la presente investigación se fundamenta en las Teorías de la educación Moral de Kohlberg y la Teoría de la Sociología de las profesiones de Freidson.

## **6.1 El desarrollo moral del hombre**

La formación moral es fundamental en la educación, sin embargo, la dificultad radica en la unanimidad del enfoque que debe darse. En la sociedad actual, la educación en valores equivale a educar para uno de los pilares en los que se basa la educación aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a ser, aprender a vivir juntos (Delors, 1997), este último pilar permite desarrollar la comprensión del otro y de las formas de relacionarse con él (Agúndez, 2015) y comprender que saber relacionarse, es una educación que se debe promover desde el currículo a nivel de la escuela, pero, se aprende desde la familia. Asimismo, en el saber relacionarse, se concreta la forma de resolver dilemas respetando el punto de vista de otros dentro de un marco de tolerancia y armonía.

Lo moral que deriva etimológicamente del latín *mos-moris*, costumbre, manera, uso o práctica. Está implícita en el actuar cotidiano, pudiendo encontrarse el desarrollo moral de un individuo de acuerdo a la teoría de Kohlberg en algún estadio específico, pero, con la posibilidad



de modificarse y reconstruirse después de cada experiencia, para ubicarse en una línea ascendente hasta llegar a la madurez moral. El objetivo de la educación es orientar hacia la formación de valores universales, mediante la educación moral (Elorrieta, 2012).

La sociedad es determinante en el desarrollo moral, ya que, se establecen las normas sobre lo bueno y lo malo. Así, es privativo de cada sociedad establecer estas dos asignaciones. Kohlberg estudia la moral o las normas morales a través de la actuación de las personas, para explorar esta información diseñaron dilemas morales como material didáctico, exponiendo valores que se oponen entre ellos. La comprensión de la respuesta se explica en la siguiente fase donde se indaga el porqué de dicha elección.

El objetivo de la educación es el desarrollo moral intelectual de cada persona (Ramos, 1999), de ello que inicialmente se comience la formación teórica, para, posteriormente llevarlo a lo pragmático. Esta teoría es propuesta por Lawrence Kohlberg en 1992, donde se plantea la manera secuencial del desarrollo del juicio moral en jóvenes y adultos, desde un enfoque socio-cognitivo. Esta teoría se fundamenta en los estudios de Piaget y tiene como soporte el modelo cognitivo-evolutivo o estructuralista. También, se aprecia la influencia de filósofos, psicólogos y sociólogos: Kant, Baldwin, Dewey referido por Kohlberg, (1989, p.19).

La importancia de educar, recae en reconocer la justicia y la vitalidad de una comunidad como la herramienta fundamental para generar una educación de la ciudadanía, estos son conceptos del autor de esta teoría, quien propone una renovación educativa a partir de la escuela de comunidad justa. Donde se pretende promover las relaciones estudiantiles respetuosas, amistosas que culminen en la formación de la competencia para convivir.

Para Kohlberg, la experiencia adquirida en los *kibutz* fungió como el modelo vivo para aplicar su teoría dentro de las escuelas de comunidades efectivas. Son los principios de justicia y cuidado los que soportan la reflexión de profesores y alumnos para hacer un cambio en el currículum, que responda a las necesidades de la nueva escuela, este estudio se “centró en las normas y los valores que regulan la disciplina y las relaciones sociales de las escuelas (currículum oculto) presente en la educación moral” (Kohlberg, 2008, p. 17). Precisamente, el grupo conformado por residentes de anestesiología, estructuran una comunidad, en un medio educativo, donde existen normas y valores, quizá no explicitados, pero vividos desde el currículum oculto. Son estos principios los que forman la moral en los estudiantes y en la facultad de medicina o en el posgrado son elementos que cabría reflexionar y analizar con los alumnos en relación a la necesidad de la modificación del currículum con una proyección hacia el futuro.

En 1958 Kohlberg publica su tesis, sobre el juicio moral en niños, después de realizar un trabajo continuo de observación y desarrollo de la moral a setenta y cinco niños, después de doce años de trabajo. Sin embargo, realiza una actualización de su teoría en 1973, argumentando que, debido a la interacción experiencial el adulto desarrolla otros estadios en la edad adulta. De igual forma, presenta sus observaciones en distintas culturas: Canadá, México, Taiwán, Gran Bretaña. Considerando después de ellas la universalidad de las etapas estructuradas y mencionadas en la secuencia propuesta. Para Kohlberg “el nivel de razonamiento moral cambia con la edad y la madurez y define el significado moral de la acción en el que se aprecia la influencia de factores personales y situacionales” (Palomo, 1989, p. 5). Asimismo, la formación del personal sanitario, específicamente los residentes, el contacto con la realidad de manera cotidiana, los enfrenta a dilemas éticos que modifican los conceptos previos y lo conducen al desarrollo de conocimientos, habilidades, actitudes y valores.

Según Marchesi (1986) expuesto en Palomo (1989), las teorías estructuralistas tienen algunos postulados en común: el desarrollo moral se centra en los marcos interpretativos con lo que se estructuran sistemas de pensamiento globales que nacen de la interacción social del individuo. Se rigen por esquemas de comprensión social que se desarrollan debido a la interacción personal. Así, es la interacción la que permite madurar en la moralidad. La clave en el desarrollo moral es el concepto de justicia. A través de la evolución de la persona permite la modificación de los esquemas del razonamiento moral.

Los aspectos principales de la Teoría de Kohlberg (1982) tienen carácter universal, considera que es aplicado a todas las culturas y sociedades porque se comparten las mismas problemáticas, lo que demostró al realizar estudios en varios países. La motivación se centra en la aceptación de los otros, la realización personal y el amor propio. En primer lugar, el medio tiene una influencia fundamental dependiendo del tipo de estímulos y la calidad de los mismos, según el autor, el desarrollo moral depende de los estímulos y existen características que lo hacen especialmente importante. Los estímulos cognitivos para desarrollar el razonamiento lógico-formal lo refieren como requisito de desarrollo en el contexto cultural. En segundo lugar, la oportunidad para adoptar roles con lo que la experiencia se obtiene, permitiendo ponerse en el lugar del otro. Es esta experiencia de adoptar roles lo que permite transitar entre lo cognitivo y lo moral. Lo que llama Kohlberg el nivel de cognición social.

El ambiente o el medio social donde se desarrolla la moral, proporciona oportunidades en la familia, la escuela, el estatus social en el que se adoptan roles e intercambiar puntos de vista, la observación de actitudes y fomento del diálogo en valores son escenarios en los que se

cohabita y favorece la evolución de la persona desde diversas perspectivas, una de ellas es el ámbito moral. El niño aprende de esta experiencia y para asimilar se requiere la reciprocidad en la relación con los elementos de los grupos o medio sociales donde se desarrolla. Los medios sociales con mayor avance o desarrollo permitirán al niño adoptar esas posturas, y las mezclas del razonamiento moral, acción moral y reglas se verán como un conjunto estructurado del estadio moral. De igual forma, la convivencia diaria en el medio hospitalario estimula el desarrollo de habilidades comunicativas, la adquisición de experiencias en el trato con pacientes y familiares, enfrentar conflictos con distintas personas: pacientes, familiares, colegas, personal administrativo. Además, la oportunidad de asumir roles distintos, desde la perspectiva cambiante cada año al ser residente de jerarquía distinta. También, favorece el conocimiento de enfermedades y sus matices, situaciones complejas de la conducta humana y una sobrecarga de trabajo que arrastra en un flujo intenso el día a día de la vida de los residentes. Esas condiciones fomentan el adoptar una postura moral dadas las exigencias de la actividad asistencial.

### **6.1.1 Conceptos fundamentales en la Teoría de Kohlberg.**

El trabajo de Kohlberg respecto a la forma en que se tomaban las decisiones sobre todo en lo referente a los juicios morales en niños de diez y seis años, en donde apreció las distintas respuestas a dilemas éticos propuestos y las clasificó en seis categorías. Sin embargo, es necesario referir los elementos centrales de la teoría para poder explicar cada una de las etapas.

Los conceptos que la Teoría del desarrollo moral considera como más importantes son: el juicio moral, el sentido de justicia, la descripción de los estadios y la relación entre iguales y el desarrollo moral. El juicio moral surge como resultado de las interacciones sociales de la persona. Para su desarrollo se requiere de poder ver las cosas desde otras perspectivas y es el conocido *Role-taking*, una condición fundamental en el desarrollo moral que se sustenta en las capacidades cognitivas. Se define como un proceso cognitivo que nos permite reflexionar sobre nuestros propios valores y ordenarlos en una jerarquía lógica (Palomo, 1989. p. 5) este elemento es definitivo para desarrollar el profesionalismo médico y la empatía. Comprender la perspectiva del otro, permite desde el conocimiento médico, considerar los valores propios y jerarquizar para otorgar la atención requerida de acuerdo con la jerarquización personal de valores.

El sentido de justicia es quizá la parte medular de la teoría de Kohlberg, lo que le interesa es el proceso del razonamiento que hace el niño y considera que se modifica con el tiempo en la medida que interactúa con el medio social donde se desarrolla. El material diseñado para esta

exploración es una serie de cuentos que los niños interpretan. Hersh (1984) deduce que entonces la moralidad no se enseña, es el niño y el adulto quien construye sus propios valores morales, que está integrado a nuestro pensamiento y que utiliza al enfrentar los conflictos morales en su vida.

De manera sucinta, la descripción de los estadios de desarrollo moral utiliza los dilemas hipotéticos (método clínico revisado) que según Kohlberg (1969) apoya para identificar el estadio real de desarrollo. Las consideraciones generales para las etapas son que cada una cuenta con forma de pensamiento característico, una manera social de respuesta egocéntrica en el nivel preconventional, social en el nivel convencional moral en la que identifica el nivel posconventional. El hecho de que el niño sea capaz de adoptar roles que le permitan ver desde otra perspectiva, genera un cambio en los juicios morales. Por ello, es muy importante que se tenga la oportunidad de tener estímulos cognitivos y sociales adecuados. Para que el profesionalismo se desarrolle se requiere incrementar los estímulos cognitivos y sociales, mirando desde diversas perspectivas la condición de los pacientes con la finalidad de modificar los conceptos o juicios previos para avanzar en el desarrollo moral.

Cabe mencionar que el autor refiere que cada etapa es irreversible, tienen continuidad y los elementos importantes para poder avanzar en el nivel evolutivo es el desarrollo cognitivo y la capacidad para asumir roles. También, la progresión es universal, sitúa a cada persona en distintos niveles de enfoques. La etapa preconventional se concibe antes de los nueve años. La convencional en los adolescentes y adultos, la mayoría de los adultos permanece en esta etapa y la postconventional es la etapa a la que pocos adultos alcanzan (Palomo, 1989). Las investigaciones efectuadas por el autor de esta teoría en ambientes culturales lo establecen como universal. Finalmente, la relación entre iguales y desarrollo moral, se efectúa en la infancia con los juegos en donde se siembra el sentido de cooperación y respeto por el otro.

Otro aspecto importante es la participación social, ya que el hombre es un ser social y requiere ponerse en la situación del otro para construir las formas de práctica social. Para sustentar los niveles del desarrollo moral adopta conceptos acuñados por Dewey quien expresa que este desarrollo se establece en tres niveles del desarrollo del juicio moral, cada nivel a su vez se divide en dos estadios (Linde, 2009).

### **6.1.2 Etapas del desarrollo moral.**

Kohlberg establece tres niveles principales del desarrollo moral y en cada uno hay dos estadios. El primer nivel es considerado como el básico, es conocido como preconvencional, el segundo nivel es el convencional y el tercero y último es el posconvencional. En el nivel I o preconvencional se encuentran dos etapas: la primera de la moral heterónoma y la segunda del individualismo, propósito instrumental o intercambio. El nivel II o convencional tiene dos etapas: la tercera etapa de relaciones expectativas interpersonales mutuas y conformidad interpersonal y la cuarta etapa del sistema social y conciencia. El último nivel que es el posconvencional o de principios, consta de la quinta etapa referente al contrato o utilidad social y derechos individuales y la sexta etapa expone y alude en la formación y respeto sobre los derechos individuales.

En cada etapa, la información se analiza teniendo en cuenta las siguientes consideraciones: ¿qué es correcto?, ¿cuáles son las razones para hacer lo correcto y la perspectiva social de la etapa? La etapa 1 de la moral heterónoma considera que lo correcto es evitar transgredir las reglas establecidas por miedo al castigo, es la obediencia por la obediencia misma, evitar el daño a personas y bienes. Las razones para este proceder se explican ya que el individuo evita el castigo y enfrentarse al poder superior de quienes son autoridad. Por lo tanto, se caracteriza por contar con una perspectiva individual, las reglas externas son las dominantes en el sentido moral.

La perspectiva social de esta etapa, no considera los intereses de los demás, las acciones son consideradas físicamente y no en términos del otro. Existe una confusión de la perspectiva de la autoridad y la propia (Reimer, 2008) Es probable que esta sea una forma inicial en el desarrollo moral. Sin embargo, puede observarse este proceder elemental en los médicos residentes sobre todo en las etapas iniciales de la residencia. Donde el miedo al castigo y al enfrentamiento a las autoridades hace que se asuman de manera automática las condiciones emitidas por los superiores para evitar el castigo.

En la etapa 2 la orientación es hedonística, donde predomina el ingenio, el egocentrismo (Ramos, 1998). Así, las reglas solo se siguen si es para solventar el interés inmediato de uno mismo, para satisfacer los intereses personales y también permitir que el otro lo haga. Por lo tanto, lo correcto es lo justo, el intercambio equitativo, un trato, un acuerdo. Y considerar que el otro tiene también sus propios intereses. Es una perspectiva individualista concreta, ya que se reconoce que cada uno tiene sus propios intereses y que lo correcto es relativo.

En una perspectiva social, en esta etapa es donde se percibe como el centro de atención y asume el punto de vista de la autoridad. Otra característica de este periodo es la concerniente a la indiferencia hacia los demás. Con respecto a la forma en que se interrelaciona con la autoridad, es definitivamente unidireccional y sólo se sustenta en la autoridad y su poder (Reimer,

2008). La instrumentalidad en cada área es la siguiente: en relación a la perspectiva social la persona ve sus propios intereses, considera las consecuencias, pero no es capaz de entender la intención. Aparece el pensamiento de la reciprocidad pragmática: el pensar que existe la reciprocidad. Por otro lado, se aprecia la posibilidad de intercambiar en forma honesta y recíproca. Con base en la igualdad y la justicia.

Por lo tanto, el egocentrismo y mantener el bienestar, son algunas de las principales características de este nivel de manera inicial. Las áreas analizadas correspondientes a esta estadio son seis; las relaciones interpersonales, la relaciones con el gobierno, la forma de relacionarse con las reglas, las sanciones, la propiedad y la vida. Dentro de las relaciones interpersonales, se mantienen debido al temor al castigo, por lo tanto trata de obedecer y mantener el bienestar, el individuo vela por su prosperidad y procura verse en primer lugar sobre todo lo demás. La persona busca su placer, solo ayuda si puede recibir recompensa. La segunda área está representada por el gobierno, así la autoridad es vista como el poder, la fuerza y la sabiduría, escoge al líder.

Con respecto a las reglas, estas son establecidas por la autoridad, que indica que se hace o no. Estas reglas se perciben como medios para lograr un fin y solo se obedecen si resulta de ello un beneficio. Las sanciones y el premio son la base del sistema, las primeras pueden ser de varios tipos: físicas, psicológicas y sociales. La propiedad ajena es respetada por temor al castigo, se inicia con una percepción de pérdida de la autoridad y con ello aparece el concepto de los derechos absolutos. La vida se valora por los criterios físicos externos, de acuerdo al bienestar individual (Ramos, 1999). Durante la época de la residencia médica se experimenta esta segunda etapa, al verse después de ser médico y gozar de cierto poder, llegar nuevamente a una estructura y funcionalidad singular que otorga el ambiente de formación, donde el poder se desvanece para quienes se están formando, mirando por preservar su finalidad, no existiendo los derechos absolutos.

El nivel convencional es aquel constituido por un sistema, dentro del cual se establecen las reglas sociales, es importante mantener el orden mediante acuerdos que pueden ser formales o informales (Elorrieta, 2012). En la tercera etapa, se considera el desarrollo de una moralidad acorde con las relaciones interpersonales mutuas, y conformidad interpersonal. Las áreas que se encuentran implicadas son: la perspectiva social, en la que se aprecia el respeto y la empatía, comprendiendo que se trata de la sociedad. También, adopta una posición que le permite comprender los diversos puntos de vista distintos al suyo, por lo que requiere habilidades para asumir

una convicción social respetando la divergencia de opiniones. El residente requiere haber logrado avanzar hasta esta etapa para poder discutir, respetar la divergencia de opiniones, asumiendo la responsabilidad de las mismas y sus actos ante su gremio y ante el paciente.

En esta etapa se desarrollan los nexos que fortifican a los grupos y surgen relaciones interpersonales basadas en afecto mutuo, respeto, empatía con base en las reglas y preservando la autoridad. Se desarrolla la honestidad, la integridad, la lealtad, la gratitud, la confianza y compromiso con los demás. Teniendo claro que existen derechos y responsabilidades en las relaciones interpersonales. Al correlacionar algunas de las características con las que se describe al profesionalismo y las que en esta etapa se desarrollan desde el punto de vista moral, se pueden apreciar la coincidencia de elementos que en una futura actividad serán necesarios para la vida de formación y para la vida de relación con el paciente y sus familiares. Es precisamente en esta etapa donde se acuña la regla de oro referida así a la preocupación por el otro, es la necesidad de ser una buena persona ante sus propios ojos y ante los de los demás. Al extrapolar esta situación a las dinámicas hospitalarias equivale a que el paciente percibe al médico como buena persona y el médico tenga la misma concepción de sí mismo. Con lo que se fortalece una conducta estereotípicamente buena.

El cuarto estadio, está orientado hacia el mantenimiento del orden social, establece la presencia de un sistema social y conciencia. Con la comprensión del sistema social donde existen reglas y leyes. La concepción de las reglas se modifica y se convierten en elementos usados para el bien común, protegiendo a la sociedad y mantienen en orden. Es en este estadio donde se realiza la internalización de las reglas, hacerse consiente. Las sanciones se utilizan para manifestar una inconformidad o rechazo por parte del grupo, el objetivo es modificar la conducta y generar el deseo de ser mejor. Siempre se refiere que el objetivo es mantener el orden social (Reimer, 2008). El quehacer médico forma parte de una función social de la medicina y es por medio del contrato social expresado en la relación médico-paciente donde se permite manifestar las atribuciones desarrolladas en el nivel anterior y además comprender que se encuentra dentro de un sistema social de atención a la salud donde es posible favorecer al paciente en el actuar médico.

La perspectiva del individuo en relación con otros individuos, se genera la conciencia de los sentimientos, la empatía aunque aún no considera al sistema en general, tiene la capacidad desarrollada de llegar a acuerdos y tener expectativas que comparte dentro del sistema en el que se desarrolla. Es esto lo que al médico en su constante actividad asistencial formativa se le exige, la empatía es uno de los elementos fundamentales que se encuentran referidos por varios autores

(Crues, 2009; Federación Europea de Medicina Interna y Asociación Americana de Medicina Interna, 2010) y que es piedra angular de la relación médico-paciente, el contexto de trabajo y las exigencias del mismo hacen que el médico se ejercite dentro del sistema social y el sistema de salud en el que está inmerso, conociendo parte de ellos pero no su totalidad, ni tiene la claridad para magnificar el impacto de su actuar. Sin embargo, algunos pretenden desarrollar la empatía y concretarla en sus ámbitos de trabajo y de vida. Destaca en especial el rol que desempeña dentro del sistema y las normas que rigen su actividad, ese conocimiento lo desarrolla en esta etapa. Al integrar las normas que rigen el grupo al que pertenece, conocerlas, asimilarlas, analizarlas y adoptarlas, le permite lograr una identidad y de igual forma un compromiso que dentro de la institución sanitaria le ayudará a desarrollar la autonomía, el criterio, el respeto y la convivencia dentro de la normatividad.

El nivel III es conocido como de principios o posconvencional, en él se adquiere conciencia respecto a los valores universales, a los derechos humanos y la moral adquiere un valor general y abstracto. Ramos (1999) refiere que el adulto joven se apega a los principios generales, se tiene una perspectiva individual apoyada en los principios de justicia e igualdad. Así, en la quinta etapa desarrolla los conceptos de contrato social y organización legislativa. Por lo tanto, se asume que existen derechos individuales. También, en esta etapa se hace consciente que la gente posee distintos valores y opiniones, que existen reglas y juicios de valor y que ellos corresponden al grupo al que pertenecen, comprendiendo que deben ser respetados en cada individuo. Sin embargo, es consciente de que existen valores y derechos universales como la libertad y la vida. En esta postura que sustenta el actuar del médico en todos los ambientes de su desempeño profesional, tanto en la relación médico-paciente y médico-familiar como en las relaciones interprofesionales.

La concepción de hacer respetar la ley para el beneficio de la mayoría, es imperioso. Asimismo, el compromiso que adquiere en forma libre hacia la familia, la confianza, la obligación de trabajar (Reimer, 2008). El paciente es con quien se adquiere un compromiso libre, cimentado en la confianza, la búsqueda del beneficio para el paciente, la benevolencia, la justicia y la no maleficencia que refleja la madurez obtenida hasta esta etapa. De igual forma, se establecen contratos formales, imparciales y objetivos. Y se está consciente que en más de una ocasión se pueden presentar dilemas bioéticos a resolver, preponderando la ética principialista, hecho que exige reflexión e integración.



La sexta y última etapa, tiene una orientación ética universal, con respeto a los derechos individuales que todo ser humano tiene. Se concibe la confianza y se proyecta a todas las relaciones humanas (Elorrieta, 2012). Las reglas se asumen sólo cuando respetan los derechos humanos. La justicia rige las conductas y la propiedad se valora en relación a los principios de justicia. Se considera que salvar la vida es un deber moral, independientemente de los intereses que puedan estar presentes.

Dentro de la práctica de la anestesiología, donde la vida de los pacientes se encuentra resguardado por el anestesiólogo, la responsabilidad, el compromiso por preservar la vida y su integridad, requiere que el médico en formación logre adquirir el nivel de desarrollo moral en el que se manifiesta este grado de madurez y compromiso social, basado en la beneficencia, no maleficencia y la justicia. Y por encima de todo en la defensa de los derechos del hombre y su dignidad. Estos principios son elegidos por uno mismo y son principios universales como los ya referidos. También, se pueden agregar a los anteriores el principio de igualdad y respeto por la dignidad de los seres humanos. Por lo tanto, el médico genera la percepción como persona racional en la validez de principios morales y universales. Asimismo, asume un compromiso moral con ellos y los pacientes. La perspectiva en esta etapa va en relación al reconocimiento de la naturaleza moral y de que cada individuo es un fin en sí mismo, por lo que el abordaje de los pacientes se realiza bajo esta óptica con una perspectiva bioeticista e integral con respeto a sus derechos humanos y a su dignidad.

Como se puede observar, la base de estos estadios está en la socialización entre iguales, en reglas democráticas, valores relacionados con la justicia. El ser humano es un ser social, que se interrelaciona en todo momento, está obligado a sumir una actitud bajo esta perspectiva con el conocimiento de las reglas y consecuencias que su actitud puede generar. Sin embargo, al niño a quien se le explica el comportamiento de sus compañeros de manera racional, lo comprende y estructura intelectualmente la disciplina que influye en el juicio moral y en su conducta, se espera de ello que finalmente logre una conducta moral autocontrolada es este un elemento que en las etapas de desarrollo moral influirá de manera determinante en el rol de la profesión como en el caso de la medicina, donde el médico tendrá que auto controlarse para emitir de manera racional sus juicios morales que serán modificados con las experiencias y en el contexto de la comprensión hacia el paciente.

Las condiciones para que el desarrollo moral se efectúe deben ser cuidadosamente estructuradas con base en la confianza, la escucha, el respeto en las intervenciones, la comunicación. Esto se aprende en la interacción social. El papel del docente es importante para crear las

condiciones que favorezcan el desarrollo moral. El crear conflictos que faciliten el crecimiento para autogenerar el pensamiento moral en interacción social y con cambios de acuerdo al bagaje cognitivo y a la experiencia. De tal forma que para generar el conflicto cognitivo y favorecerlo, se pueden observar distintos tipos de interacciones: dialogo del alumno consigo mismo, dialogo del alumno con sus compañeros, diálogo con sus profesores y el diálogo del profesor consigo mismo para reflexionar sobre las condiciones y conductas para favorecer el desarrollo moral.

Por otro lado, es necesario asumir roles, quizá por medio del diálogo. En esta actividad el profesor debe asumir roles y mostrar por medio de la integración de la actividad la importancia de mirar desde las otras perspectivas. La finalidad es estimular la conciencia moral del alumno y se utilizan dilemas hipotéticos clásicos y dilemas morales reales, Agundéz (2015), resalta la importancia de que el sujeto en formación reconozca al otro y tenga claras las formas de relacionarse con la otra persona. Bajo condiciones de confianza y respeto se puede lograr la participación del alumnado. En las actividades cotidianas hospitalarias, el médico en formación, puede tener un ambiente propicio para desarrollar su juicio moral mediante la implementación de casos clínicos hipotéticos y reales, con la finalidad de mirar cada caso desde distintas perspectivas en un ambiente de confianza y respeto, que redundará en incrementar su conciencia moral.

Hersh (1984) hace recomendaciones para generar un clima que facilite el desarrollo moral, entre los factores que ellos consideran importantes es la disposición del aula de forma que permita la comunicación entre alumno y profesor. Distribuir en grupos pequeños, para que permitan interacciones directas y se sientan más confiados. Uso de modelos de aceptación, de tal forma que encuentre la apertura y confianza para escuchar los puntos de vista de otros sin sentirse criticado. Las técnicas de escucha y comunicación efectiva.

La relación básica que se establece entre el paciente y el médico, en el análisis de la disposición del consultorio condiciona ambientes que favorecen la comunicación directa, se encuentran en un espacio cerrado, respetando la información compartida por el paciente, cuidando el secreto profesional y permitiendo con ello generar la confianza para que el paciente no se sienta criticado o juzgado durante la entrevista médica. Muchos de estos son elementos fundamentales en el profesionalismo médico que Kohlberg establece en los ambientes y quizá en el aula sería recomendable realizar esta actividad para que se pueda adoptar roles y se sensibilice el médico al jugar el rol del paciente.

De acuerdo con esta teoría, se puede intentar desarrollar un currículum de desarrollo moral, la asignatura debe hacerse parte del programa existente en la especialidad de anestesiología, que está avalado por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP). Identificar los temas morales en el currículum, centrados en la práctica diaria de la anestesiología ya sea en el consultorio, en la unidad de cuidados postanestésicos, en el quirófano, en las salas de radiodiagnóstico o de endoscopia. Se puede relacionar el tema con la vida hospitalaria cotidiana y que resulte de interés para poder generar motivación y asumir los roles. Fomentar el desarrollo cognitivo y llevar este nivel más alto del previo ello se puede generar con debates, diálogos, entrevistas o películas. Posteriormente, explorar el juicio moral y el desequilibrio que se puede generar con respecto al estado previo.

Para que Kohlberg pudiera realizar esta estratificación, realizó una investigación longitudinal, con seguimiento cada cuatro años de los individuos que participaron en el estudio para evaluar el desarrollo del juicio moral en ellos. La duración del estudio fue de veinte años. A finales de los sesentas elabora la Teoría cognitivo-evolutiva de la moralización. Posteriormente, se dedicó por años a la aplicación en el ámbito educativo de su teoría. La primera aplicación la realizó con uno de sus estudiantes: Moshe Blatt. En este caso, la hipótesis puede resumirse así: estimular y presentar de manera sistemática y continua un razonamiento de la etapa superior próxima suponiendo que se apropiaría de ella y cautivados por este razonamiento y avanzarían al siguiente nivel de manera más rápida, porque se estimularía el desarrollo hacia el siguiente nivel de desarrollo moral.

Blatt (1975) trabajó en una escuela judía con alumnos de sexto grado, una clase semanal por tres meses, realiza un planteamiento de un dilema ético y permite se propongan alternativas para resolver el dilema moral. A manera de debate se planteaban las soluciones para el mismo problema. Después del debate, decide comentar la solución correcta del dilema, la solución es dada por un alumno de un grado mayor. Se argumenta el porqué de su postura, hasta dejar clara la fundamentación de la decisión.

Esta acción se hace cotidiana, después de cierto tiempo de práctica se observa que al evaluar al grupo, se ha logrado un avance en el 64% del alumnado hacia otro nivel de mayor complejidad. De igual forma, este grupo fue dirigido por un maestro a diferencia de los otros grupos mostró un nivel de juicios morales distinto y que los conceptos permanecen. Una vez más se aprecia el papel importante de la influencia del medio en el que se desarrolla el individuo. También, el peso de una directriz con perfil definido para lograr que el alumno evolucione en los juicios morales emitidos.

Con la actividad de Blatt (1975), se propone que para el desarrollo de los juicios morales hay tres puntos importantes en la educación moral. El primero de ellos es que puede realizarse en periodos distintos dependiendo de que existan estímulos constantes que lo faciliten. El segundo es que el tipo de conocimiento es duradero. Y el tercero el concerniente al crecimiento que se genera si las condiciones lo favorecen, algunas estrategias son la asunción de roles, dar oportunidad al conflicto cognitivo y al tener acceso a una forma moral superior, el alumno tiene condiciones que le permiten asimilar y migrar a este nivel.

Otro elemento que permite avanzar es el desarrollo moral conflictivo basado en el razonamiento que favorece el avance moral. Sin embargo, es necesario mencionar que se requiere de la asunción de roles y de la presencia de conocimientos. Kohlberg (1976) expresa que es necesario enseñar valores durante la instrucción que los profesores dan a sus alumnos. Refiere que estos valores están implícitos en las constituciones de países donde se encuentran implícitas las normas y valores morales. En este grupo los más importantes son los valores de la justicia. También, en el periodo formativo del médico en el posgrado se puede considerar que los valores morales son muy importantes y muchos de ellos están contenidos en los códigos éticos y de bioética, así como los deontológicos.

La educación tiene varios objetivos, uno de ellos es el desarrollo moral, este concepto es creado por Kohlberg y Mayer (1972) que pueden tener objetivos distintos: de transmisiones culturales, evolutivas y progresivas. En el primer enfoque, se considera que el desarrollo de valores y aptitudes en los estudiantes favorece un cambio del estilo de vida saludable y satisfactorio (Reimer, 2008). En el segundo, se considera que enseñar conductas y actitudes tradicionales de la sociedad con lo que se transmite de manera cultural. Esta posición es considerada en la formación de pregrado, actualmente con la implementación a nivel del currículum de la asignatura de bioética, se pretende enseñar las actitudes y las conductas adecuadas de acuerdo a la sociedad en la que el médico se desarrolla, respetando los usos y costumbres de cada comunidad.

Otro enfoque se centra en la enseñanza en el estudiante de las técnicas que le permitan vivir en forma eficaz como miembro de la sociedad. Estos elementos culturales eran transmitidos por los galenos a sus discípulos de manera verbal y era mostrar cómo se comportaban los miembros de cierto grupo social con la finalidad de conservar su rango y características así como su rol social. Finalmente, existe un enfoque en el que se pretende que el desarrollo de aptitudes en áreas cognitivas, sociales, emocionales y morales, favorecerán su desarrollo moral y la evolución del mismo hasta la última etapa dentro del tercer nivel de desarrollo moral.

De los tres enfoques Kohlberg (1987) escoge el evolutivo ya que cuenta con el valor intrínseco y además las aptitudes humanas se desarrollan de manera coherente a lo largo el tiempo. Los otros tres enfoques se consideran que están implícitas en la educación. Sin embargo, el objetivo perseguido va más allá de cambiar conductas, se requiere cambiar la capacidad estructural que es irreversible. Así, cuando una persona logra desarrollar una capacidad estructural, esta se mantiene a lo largo del tiempo y debe ser evaluado de acuerdo a los juicios de valor. El ensayo de Kohlberg y Mayer (1972) presenta dos puntos de reflexión; el primero, en la educación evolutiva no se pretende apresurar el cambio de etapa; y el segundo, referente a buscar el desarrollo y profundidad nivel de desarrollo moral. Para Kohlberg un ideal era transformar el currículo oculto en un currículo de justicia. Este objetivo lo pretendía realizar por medio de la estrategia utilizada por Blatt en donde los dilemas fueron explorados, este ejercicio llevado a las normas, reglamentos y relaciones sociales en la enseñanza. Por lo tanto:

“extender las discusiones de la justicia en el aula a la vida real es tratar cuestiones de justicia en la escuela. La educación para la justicia requiere entonces de hacer escuelas más justas, y estimular a los estudiantes para adoptar un rol activo para hacer más justa la escuela” (Kohlberg, 1971. p. 82).

La propuesta de Kohlberg requiere un planteamiento diferente del currículum oculto, se requiere hacerlo explícito, para lo que propone dos modelos: el romántico propuesto por Neill (1960) y el de transmisión cultural propuesto por Durkheim (1950) en la Educación Moral, referidos en Kohlberg (2008, p. 37). En el primer caso la propuesta es que el currículum oculto se transforme en un currículum de libertad, esto es, que el alumno desarrolla su naturaleza y los profesores no tienen que imponer los valores.

Por otro lado, Durkheim propone hacer explícito el currículum oculto. Para lograrlo el profesor debe considerar el aula como una pequeña sociedad en la que existen estructuras, funciones, reglas propias, obligaciones y cohesión. En la descripción que el autor hace es relevante la centralización en el respeto de las normas y la disciplina. De igual forma que, se le confiere a la escuela esta función y no a la familia. La finalidad es formar una moral del aula para que se comporte como una sociedad en pequeño.

Por lo tanto, la teoría de Kohlberg está más identificada con la propuesta de Durkheim. Sin embargo, Reimer (2008) opina que quizá esta propuesta de Durkheim sirva para modificar en el pequeño entorno las conductas pero sugiere que no estimula el desarrollo moral del individuo. De igual forma, en el entorno hospitalario, se forman pequeñas sociedades con una moral del grupo, normas, reglamentos y códigos de conducta. En ocasiones se aprecia la observancia

de las mismas y en otras no, pero, probablemente fuera de esta pequeña sociedad, las normas sean otras. Sin embargo, precisa generar la identidad grupal y la integración del médico en formación al gremio para originar el compromiso siempre latente ante el paciente.

La intención era un cambio del currículum oculto hacia el currículum de justicia. Con ello la escuela es el lugar donde se interactúa. Destacan los derechos de alumnos y maestros. Dando prioridad a valores como la justicia y la equidad. Promueve los valores éticos y por el tipo de ideología progresista se promueve también la democracia. Es ella el medio para el desarrollo moral. Los motivos que condujeron a ello son los siguientes: en las reuniones democráticas se consideran los problemas reales y se dan soluciones a los mismos, se pueden promover respuestas o propuestas a los dilemas éticos que se planteen. La democracia invita a reflexionar para resolver de manera autónoma los problemas planteados. La mejor forma de aprender es haciendo las cosas. La brecha cultural en la escuela puede acortarse mediante el uso de la democracia, ejerciendo su poder para elegir las normas del grupo, de la pequeña sociedad.

De la misma manera, en la formación en el posgrado debiera hacerse una reflexión en torno al currículum vigente y evidenciar la necesidad de educación en valores llevadas a un currículum de justicia, de mano con la bioética, ética médica y la deontología médica con la finalidad de generar el desarrollo moral del médico residente y del docente médico. En este enfoque, el papel del profesor es importante, su formación influirá en la mediación de las discusiones es un entorno escolar bajo esta directriz democrática. El objetivo de su actividad se centra en promover el desarrollo crítico del estudiante y la reflexión, no la inmediatez obtenida en la evaluación tradicional. Probablemente, el tener la oportunidad de tomar decisiones propicia la autonomía y el desarrollo del estudiante.

Es precisamente en la medicina uno de los objetivos el desarrollo reflexivo y crítico de la atención en salud. Durante el periodo formativo hay posibilidades de desarrollarlo bajo la presencia, supervisan y apoyo de médicos profesores que acompañan durante todo el proceso formativo a los residentes. Por otro lado, de acuerdo con las tendencias actuales respecto a la formación del personal sanitario, cuidando los derechos humanos y la bioética. Es deseable fomentar el desarrollo de las habilidades y actitudes en escenarios clínicos seguros como la medicina de simulación (Morales, 2018) apegados a los principios de seguridad y calidad para el paciente, mediante situaciones hipotéticas y la presencia de *debriefing* dirigido por el profesor experto y capacitado en la actividad. Por lo tanto, se favorece la creación de reglas, normativas y lineamientos que serán producto de las interacciones del grupo, de la pequeña sociedad,

con lo que se disminuye el carácter autoritario, fomentando los ambientes de aprendizaje armónico y el desarrollo moral del médico en formación.

## **6.2 Las profesiones: Eliot Freidson**

Existen distintas formas de conceptualizar la profesión dependiendo de las perspectivas sociológicas que se refieran. Algunas de las importantes en este campo son: la evolucionista, la estructural-funcionalista, la marxista, la comprensiva, la del cierre social o poder, la interaccionista y la integradora (Ochoa, 2012). La historia describe que durante el siglo XIX, las personas se dedicaban a dar atención especializada en diversas ramas del conocimiento. Las principales características eran que atendían a minorías, a través de las que se otorgaba la instrucción o la atención en ese conocimiento especializado. Estas actividades fueron denominadas hasta el siglo XX como profesiones. Este hecho, se realizó en un contexto de grandes cambios, sobre todo, en la industrialización, cuando se desarrolla el mundo del trabajo y como consecuencia, un mercado laboral distinto y un impacto en la distribución de las clases sociales. El surgimiento de estas profesiones y su impacto social fue estudiado desde la Teoría de la sociología de las profesiones, ésta tiene una peculiar orientación hacia el área de la salud.

El fundador de esta teoría fue el sociólogo Eliot Freidson quien la desarrolla en la tercera década del siglo XX. Los países que desarrollaron de manera inicial el estudio de las profesiones fueron Inglaterra y Estados Unidos. Freidson escribe su obra sobre la profesión médica, siendo el referente en este terreno, en el ámbito médico estadounidense (Fernández, 2007). El conocimiento de este autor en México, es gracias a los médicos e investigadores: los Doctores Jorge A. Fernández Pérez, la Doctora Guadalupe Barajas Arroyo y la Doctora Laura Barroso Yáñez, quienes en su afán de investigar realizan el contacto personal con el autor, quien les concede la autorización para la traducción al castellano de sus obras, entre la que destaca: *Theory of the professions. State of the art.*

En sus obras se aprecia la forma en que concibió la profesión médica, siendo vista como un ejemplo de profesión, destacando el estatus privilegiado que socialmente se observó. El libro titulado, Profesión, ocupación y trabajo (2007) compilado, traducido y editado por los investigadores ya referidos en el 2007, permiten conocer las propuestas del profesor Freidson desde distintos ángulos. La concepción de la división del trabajo, la teoría de las profesiones propiamente dicha, las profesiones artísticas y de manera constante se aprecia una tendencia al estudio en el área de la salud como el caso específico del profesionalismo en enfermería.

La visión del profesor Freidson relacionada con el profesionalismo médico y la ética institucional, su evolución y sus consecuencias, son consideraciones que proyectó con base en la forma de práctica de la medicina imperante y su proyección hacia el futuro. Por lo tanto, al ser la medicina institucional la que según el autor se establecería como el ejercicio predominante de la atención médica, postula cambios en la relación médico-paciente. Y en consecuencia, cambios en el profesionalismo médico. Apelando a la ética como la salvadora del profesionalismo médico.

### **6.2.1 Una realidad: la división del trabajo.**

Freidson (1978) considera que la división del trabajo debe ser analizada desde varias perspectivas, por ejemplo, desde la industria al conocer los límites que enmarcan la labor, el trabajo y los miembros de la fuerza laboral o de trabajo (los obreros); de igual forma, conceptualizar los tipos de trabajo y trabajadores; y un análisis crítico de la división del trabajo como un elemento genérico de la sociedad. Para definir el trabajo, se requiere dominio de conocimientos sobre economía, política, sociología, relación con el Estado y mercados. Así, Freidson define el trabajo como miembros activos de la fuerza laboral, los que realizan una actividad a cambio del ingreso recibido desde fuentes reconocidas y aceptadas oficialmente refiere Freidson (Fernández, 2007, p. 51). Como se puede apreciar no se menciona si producen o no bienes o servicios útiles, de manera que, lo que resalta es la relación de intercambio y la relación con el mercado externo.

La forma en cómo se divide la actividad del trabajo humano es compleja de describir, ya que, influye en su estructura e intereses. Las distintas clasificaciones que se hacen del trabajo en el mundo laboral van encaminadas a fines de producción. Es pertinente considerar la clase y las relaciones profesionales para clasificar el trabajo desde otra perspectiva. La evaluación realizada con base en el grado de especialización profesional fue necesaria para la eficacia y productividad de las naciones, lo que fue bien aceptado por quienes se encontraban ubicados en los altos grados de especialización. Freidson manifiesta que los críticos neomarxistas han realizado observaciones al respecto de la desigualdad y la degradación de la vida del trabajo, que se encuentran implícitas en la forma de ejecutar la división del trabajo. Y que ha favorecido a los intereses de debilitar la conciencia de la explotación laboral y el control del trabajo en el gremio de trabajadores. Por lo tanto, se trata de una función del capitalismo únicamente, presentando a esta división como una forma de manipulación. Así, ellos sugieren se modifique la forma de realizar la división del trabajo en beneficio de una sociedad más competente para la realización



de distintas formas de trabajo, con lo que se incide en el poder de clase, que repercute en la organización social de la aplicación de conocimiento, habilidad y esfuerzo.

### **6.2.2 ¿Qué es una profesión?**

Gran dificultad se aprecia por distintos personajes para estructurar la definición de una profesión, siendo analizado y cuestionado por distintas vertientes: desde economistas, politólogos, filósofos hasta sociólogos. Las formas de intentar definir y encasillar las profesiones han sido diversa. Sin embargo, Freidson refiere que, es necesario partir de conceptos para desarrollar su teoría y analiza que existen dos formas para definir la profesión. La primera de ellas lo circunscribe a un estrato de ocupaciones especialmente privilegiadas, que soportan sus conocimientos en una educación superior y que se identifican por su estatus educativo, no así por sus habilidades ocupacionales específicas (Fernández, 2007, p. 65)

El otro, es un concepto de profesión que se refiere a un número específico de ocupaciones, que comparten rasgos característicos e ideológicos que los identifican. A partir de este concepto de profesión se puede acuñar o comprender el profesionalismo que se encuentra situado en la forma de organización de una profesión (Johnson, 1972) lo que conduce al desarrollo de identidad profesional y de igual forma criterios inclusivos y selectivos de cada profesión.

Aunado a estos conceptos se debe ver el desarrollo del concepto de clase, de estatus social que desempeñar una profesión confiere. Y que, en los países donde se han estudiado las profesiones como en Gran Bretaña y Estados Unidos, es posible detectar elementos que confiere la actividad de las profesiones. Siendo una profesión de tiempo completo, respetable, el médico, la enfermera el abogado, se ha distinguido entre las profesiones tradicionales. Los conceptos de profesión son múltiples, quizá es importante precisar que una definición específica, pero esta es una necesidad no solventada por los escritores y estudiosos de las ocupaciones.

La medicina es una actividad u ocupación en donde se otorga asistencia al paciente, se otorga un servicio. En situaciones de crisis se crea la posibilidad de recortar los servicios, de manera que se otorguen, pero a menor costo (Fernández, 2007) las empresas deben identificar donde se invierte más, al ubicarlo estudian de qué manera pueden modificarlo, para que el impacto les sea favorable y reducir esa inversión. La mano de obra es el sitio vulnerable y es donde se incide. La forma de realizarlo es variada, pero analizan donde no se requiere mano de obra especializada y ese es el sitio donde instauran la modificación con mano de obra no calificada, o poco calificada a quien se le puede pagar menos. En los servicios de salud, se han realizado

cambios para impactar en este rubro, aunque siempre apoyados en la productividad y eficiencia. Sin embargo, al analizar el grado de satisfacción del usuario en la medicina gerencial institucional, se han encontrado resultados diversos.

El coste real de esta atención, se puede observar en estudios de mercado. Sin embargo, para poder realizarla se diseñó un ataque directo al servicio profesional desde distintos ángulos. Atacando las características de discrecionalidad, la atención personalizada no estandarizada y la autonomía médica. Estos hechos que atentaron a la autonomía del profesional sanitario específicamente el médico y su libertad han marcado la dinámica de la atención médica, actualmente (Ruíz, 2016) y en diversos países de Latinoamérica, como Colombia y México es evidente esta situación. Además, existen otras condiciones culturales que favorecen tensiones entre distintos tipos de medicina, quizá, los sistemas de salud híbridos puedan tener cabida en el futuro.

Por otro lado, realizar un análisis de la profesión comprendiéndola desde un proceso articulado, en donde existen claves de la reconstrucción de la realidad. Zemelman (1989), hace una propuesta por medio de tres parámetros, la articulación entre áreas de la realidad económica, política y cultural en las que existen indicadores de una profesión. También, hay una articulación espacio-temporal y finalmente una articulación de la dialéctica praxis-estructura, referente a sujetos y fuerzas sociales.

En el primer postulado apela a desechar la atomización tradicional de los indicadores de la profesión. La interconexión e interacción permanente trasciende a la lógica interna de la ocupación profesional. El análisis del proceso de la profesión y de la relación con el estatus social y la retribución económica. En el segundo parámetro se realiza un análisis en el contexto espacio-temporal. En donde situaciones del micro y macro influyen dentro de un sistema, modificando estructuras. Así la profesión médica se encuentra inmersa en un ámbito pero tiene conexiones o vinculaciones con las grandes tendencias profesionales y la relación es bidireccional.

El tiempo es otro parámetro que le da movimiento, el proceso de formación profesional está relacionado con el desarrollo de los mercados de trabajo, sin embargo, a nivel económico los cambios son muy rápidos en comparación al ritmo de las adecuaciones a nivel profesional que son lentos. El tercer parámetro se refiere a que los cambios en la institución profesional tienen una relación con la sociedad, con entes individuales o colectivos (Zemelman, 1989). Así, tanto las prácticas que se suscitan en la formación profesional como el ejercicio profesional, son consideradas como una actividad social, ya que se encuentra dada por interacción de seres reales.

Otra característica de las profesiones que es importante señalar es la dificultad conceptual para definirla. Existiendo propuestas diversas apoyadas en distintos elementos para hacerlo.

Algunas se encuentran en relación a las estructuras. Otras en las características funcionales. Dentro de las segundas existen definiciones como la de Claves: “una profesión es una ocupación que requiere un conocimiento especializado, una capacitación educativa de alto nivel, un control sobre el contenido del trabajo, autorganización y autorregulación, altruismo, espíritu de servicio a la comunidad y elevadas normas éticas” (Claves, 1985, p. 33), esta definición de profesión es la que se asumió o adoptó para esta investigación. Y precisamente la profesión médica cumple con estas características funcionales que se proponen.

Por otro lado, el paradigma funcionalista establece que son clases sociales en razón de su especialización, en el caso específico de la anestesiología se han congregado o conglomerado en comunidades homogéneas, donde se generan cohesión en relación a la identidad profesional, los roles sociales y laborales de desempeño valores e intereses que se comparten según refiere Peñaloza (2013) destacando que la actividad profesional inicialmente tenía como fin el servicio para el bienestar público, generando una identidad en el gremio. De esta manera se puede comprender la formación de Colegios de anesthesiólogos nivel local, nacional e internacional, identificados con el desempeño ocupacional, social e identificado desde distintos elementos que generan una cohesión en función del desempeño que se realiza.

También desde este paradigma existe la apreciación de la aplicabilidad en un contexto de la universalidad, lo que quiere decir que aplica a toda la sociedad independientemente de sus contextos socioeconómicos (Parson, 1967). De tal forma que, tanto la universalidad como la racionalidad y la especificidad son ejes interpretativos de las profesiones modernas. La práctica de la anestesiología se encuentra dentro de esta consideración la atención médica es universal, racional y específica. Y se hace evidente esta aplicación a nivel mundial con la homogenización de conocimientos y semejanzas en sus interacciones y funciones sociales, existen sin embargo, diferencias acotadas a cada contexto específico.

Otro sentido del universalismo es el acuñado por Barber (1963), quien considera una serie de atributos que el comportamiento profesional lleva implícito y que definen el nivel de profesionalismo en el desempeño de su ocupación. La influencia de las sociedades y el contexto económico definirán muchas de ellas. Así, en la anestesiología la seriación de atributos deseables en nuestro medio han sido analizados por varios autores en diversos contextos. Sin embargo, existen algunos que permanecen presentes en las distintas escalas descriptivas del comportamiento profesional. Cabe señalar que de acuerdo a los distintos investigadores que han reflexionado respecto a la problemática de las profesiones, desde las propuestas hechas por Durkheim (1893) respecto a los grupos profesionales y la división del trabajo, posteriormente

por Parson (1967) donde se estructura de manera más sistemática y organizada ha prevalecido la preocupación por la cohesión social. Y es por medio de las reglas establecidas por un grupo conocedor de la profesión y sus compromisos con lo que se instrumenta la generación de una corporación o grupo profesional.

En este caso específico de la Anestesiología, existen grupos de profesionales que comparten ideales e intereses, agrupados en colegios médicos, que intervienen de manera parcial en las actividades contemporáneas de los anestesiólogos o de los residentes en formación. Al referirse a la forma parcial es debido a que la pertenencia a este gremio es voluntaria. En la actualidad, debe cubrirse un costo por la membresía, lo que ha permitido solventar gastos de la corporación. Sin embargo, esto puede en algunos casos ser un factor limitante para la incorporación de algunos especialistas al gremio. Cabe destacar que este grupo está integrado por especialistas en la materia, conocedores de la profesión y sus compromisos quienes promueven el ejercicio de la anestesiología bajo principios éticos y fomentando el desarrollo de conocimientos así como su actualización. Por medio de los mismos se insta a desarrollar habilidades y destrezas ya que para mantener vigencia en el colegio se requiere refrendar cada cinco años la actualización pertinente y acreditarla mediante las constancias legales que al caso convengan.

El papel de las profesiones cumple un rol de orden social, que Durkheim denomina moral profesional, que son un grupo de reglas acordadas por los profesionales que rigen la actividad de esa profesión por encima de los intereses particulares, pero sin la estigmatización de las relaciones comerciales e industriales (Gómez, 1990). Sin embargo, en la actualidad, es importante apreciar que, en primer lugar esa moral profesional se ha visto fracturada con el impacto en el orden social. Por otro lado, dadas las tendencias de la medicina institucional donde las relaciones laborales están determinadas por otras instancias y no por el cuerpo colegiado, la repercusión en la dinámica de la estructura y función del profesional ha cambiado. Se han hecho explícitas las luchas de poder y la pérdida de la autonomía del médico en función de la medicina gerencial y la productividad en el ejercicio médico. Dejando la evidencia de que la realidad profesional no es homogénea.

La ideología del profesionalismo surge con Gouldner en 1980, donde plantea que se incorpora a las profesiones aunado a la base de conocimientos y habilidades de cada ocupación, siendo importante destacar las funciones de cada una. Sin embargo, tanto Gouldner como Freidson destacan que la orientación al servicio no es una característica peculiar de los grupos profesionales, por lo que sugiere sea considerado como elemento de una ideología (Gómez, 1999).

Actualmente, se puede apreciar que en la profesión médica existen elementos de evaluación de la atención que marcan como indicadores algunas de las características del profesionalismo médico cuando se habla de calidad en el servicio. De igual forma, ante una inconformidad que sienta el paciente en relación a la atención médica, en los hospitales, existe el teléfono rojo, donde se pueden manifestar las inconsistencias en la atención y muchas de ellas están relacionadas con atributos señalados como elementos que definen la profesión (Claves, 1957; Parson, 1967). Por lo tanto, en la actualidad, la ideología referente a las actitudes y habilidades en la atención médica forma parte de una exigencia en la atención sanitaria en algunos.

Por lo tanto, de acuerdo a la Teoría de la sociología de las profesiones, Freidson evidencia la característica ausente y sugiere se considere una ideología, quizá deseable en el desempeño médico y de acuerdo a la evidencia en calidad médica el servicio es considerado desde muchas aristas, económica, política, social lo que ha llevado a una actividad gerencial que lo promueva. La evolución histórica de las profesiones y el profesionalismo están relacionados, el contexto social, político, económico hace que existan diferencias en la concepción y aplicación del mismo. Inicialmente la cultura anglosajona bajo sus circunstancias peculiares, aborda este fenómeno, sin embargo, en América Latina las circunstancias son otras.

### **6.2.3 El cambiante mercado laboral.**

De forma analítica Freidson refiere que existen en el mercado varios tipos de trabajo: el trabajo objetivo u oficial, mercado de trabajo criminal, mercado de trabajo informal y el mercado de trabajo subjetivo. En los tres primeros, la motivación se centra en la remuneración económica y, en algún caso específico, por disfrutar el trabajo mismo. En el último no se recibe remuneración directa y se requiere otra fuente de trabajo para subsistir. El trabajo objetivo u oficial, este es el trabajo legítimo, la fuerza productiva laboral de un país cuya estimación y características varían de un lugar a otro. Está conformado por un grupo de trabajadores que tiene unas condiciones laborales específicas, salarios precisos y existen inscritos en una base de datos.

Por otro lado, el trabajo criminal es el que agrupa las actividades laborales que no están clasificadas como tales, que existen pero se hacen invisibles y que no se pueden consensar en un tabulador, sólo se estiman. En ellas están consideradas actividades que desempeñan los ladrones y sexoservidores, por ejemplo. El trabajo informal es un trabajo legal, que no se encuentra en el registro de una nómina, sin embargo es crucial para la subsistencia de quien lo realiza.

Como ya se mencionó, el trabajo subjetivo no tiene como principal interés el dinero, se tiene una actividad laboral, pero no se reconoce la misma por otra condición de vida que lo sujeta, Freidson (1978) menciona a la condición de esclavitud como un ejemplo. Los esclavos, quienes pueden desempeñarse como campesinos o herreros pero no se les reconoce por esa actividad, sin embargo, se les ubica como esclavos. La otra forma de trabajo subjetivo es el voluntario, donde no se tiene una remuneración o un registro como ocupación sin embargo por medio de estas actividades se da asistencia a grupos vulnerable en el medio sanitario como pacientes discapacitados, en comunidades de aprendizaje y de práctica en programas de ayuda mutua y autoayuda, donde se desempeña un trabajo que requiere habilidades especializadas.

En la conjunción de trabajo que requiere especialización y tiene un periodo de práctica prolongado con un compromiso para la realización del mismo es donde surge el trabajo profesional. Aunque parece confuso o contradictorio, el autor lo enmarca en este sitio debido a que cubre requisitos establecidos para la realización del trabajo subjetivo, tiene la característica de ser no oficial por la forma en que la que se gana la vida (Fernández, 2007, p. 86) aunque los ingresos para vivir pueden provenir de una ocupación pagada, ingreso privado o patrocinio nupcial. En este trabajo la persona se identifica y se compromete a realizar la actividad por el cariño a realizar la ocupación y por contribuir al bienestar de los demás.

Asimismo, es el compromiso hacia el trabajo mismo y su recompensa social, simbólica y psicológica, ya que carece de recompensa económica. Por lo tanto, existen circunstancias que se ignoran en el mercado: el prestigio, el honor, la gratitud humana, el placer absoluto de hacer bien un trabajo y el profundo interés de los argumentos intrínsecamente técnicos de retar al trabajo (Fernández, 2007, p. 87) pueden en ocasiones ser más importantes que la recompensa económica. Siendo un área de oportunidad no explotada en el mercado laboral. Estas observaciones aplicadas al profesionalismo pueden renovar o fortalecerlo, sobre todo en un perdido en donde se escucha hablar de un profesionalismo caduco o en declive.

Por otro lado, el paradigma funcionalista de la teoría de las profesiones considera factores de cómo realizan sus actividades quienes se dedican a una profesión y propone homogenizar conceptos. Esta postura es cuestionada por autores como Elliot Freidson quien manifiesta en su teoría interaccionista de las profesiones que no es posible considerar a todos los segmentos de profesionales de manera semejante, ya que, de acuerdo con su actividad se acuñan distintas definiciones, convirtiéndose en un grupo específico. De ello, surge el concepto de redes de colegas, donde se da la identidad del grupo. Así, la autonomía y sus privilegios por un lado y el prestigio y el reconocimiento por el otro son defendidos por los grupos de profesionales para

legitimar las tareas e ingresos que perciben según lo expresa Gouldner, 1980). Y quizá a partir de esta consideración, se pueda comprender la función actual del profesionista de la medicina con respecto a la autonomía que necesita para poder otorgar la atención requerida por el enfermo, la que ha sido vulnerada, violentada y sometida debido a las tendencias económicas y políticas actuales, en busca de la medicina gerencial que obedece sobre todo a intereses económico-políticos.

De igual forma, cuando se refiere a la labor altruista de la medicina y desmitificación de la misma, se analiza que son bajo los privilegios obtenidos para ciertas profesiones como la medicina en este caso la privada, se establecen lineamientos para el cobro de los servicios médicos. Aun cuando un grupo identificado de especialistas médicos, que se denominan colegios de anesthesiólogos en el mundo, en los países y en nuestra ciudad, los alcances en este tenor no son de alto impacto. En el norte del país existe un colegio de médicos especialistas que han emitido propuestas para nivelar los costos a cobrar por los procedimientos anestésicos con la finalidad de normar y homologar. La finalidad es evitar la desvaloración del trabajo en este sentido en los grupos interdisciplinarios como por empresas privadas.

Una estrategia de poder es el saber profesional, Freidson (1978), hace énfasis en el impacto del conocimiento en la dinámica de las relaciones sociales, que de alguna forma permea para dar un estatus a diversas actividades profesionales. En el caso de la medicina su evolución histórica muestra el estatus que ha tenido a través del tiempo, en algunos momentos muy identificada por el surgimiento de una clase privilegiada, en la actualidad bajo otras circunstancias que han sido objeto de análisis bajo diversas ópticas entre las que destaca la economía y la gestión.

Por lo ya referido, se puede apreciar que el paradigma funcionalista de la Teoría de la sociología de las profesiones descrito por Freidson (1978), también referida como un enfoque de atributos, según Bridgsock (1976) citado en Gómez (1990) considera los orígenes sociales de las profesiones que determinan en algunas ocupaciones la ubicación en el sector profesional. Asimismo, los atributos o características de un profesionista como parte de la actividad que desempeña. En contraposición, en la perspectiva interaccionista citada por Gómez (1990) hace evidentes la autonomía, el prestigio y el impacto en el nivel de las clases de profesionistas, lo que impacta en los privilegios de los grupos de profesionales y en el cobro de sus honorarios.

La conjunción de partes de ambos enfoques en la actualidad en donde existen sectores profesionales distribuidos en distintos puntos dentro de un abanico de posiciones de trabajadores del área de la salud por un lado. Asimismo, los atributos y características que se mencionan son

necesarios en el ejercicio médico profesional y formativo de los anestesiólogos, donde la autonomía y el reconocimiento a su trabajo favorecen la posición en la que se encuentran y su función social.

Por otro lado, la forma en que se concibe al conflicto es diversa dependiendo desde la perspectiva que se analice. Así, desde el funcionalismo se entiende al conflicto como anomia, disfunción o desviación, debido al enfoque homogéneo de su concepción. El mismo fenómeno manifestado como tensiones, diferencias y contradicciones es considerado desde la teoría del conflicto como mecanismo inmerso en los procesos sociales, visto como natural, esperado y hasta funcional.

Collins (1977) desarrolló propuestas técnico-funcionalistas respecto a la estratificación de las profesiones, destaca que la elevación de las exigencias educativas obedece a los intereses de grupos por controlar el mercado de empleo y establecer normas. Dejando de lado al mercado ocupacional y lo que se piensa que incrementa los requerimientos y habilidades profesionales. Por lo tanto, no es únicamente el grado de conocimientos, el que determina el estado de una profesión en la estratificación de las profesiones. Se concluye que serían tanto el grado de conocimientos y la obtención de bienes simbólicos en conjunto los que determinan el status de una profesión.

A manera de cierre, en este capítulo se han descrito las teorías de la Sociología de las profesiones, específicamente se desglosó la Teoría de Freidson (2001), en la que está sustentado esta investigación y de igual forma la Teoría del desarrollo moral del hombre de Kohlberg, con sus etapas que se encuentran inmersas en el ámbito educativo y la forma como se construyen los juicios del hombre y la interrelación con los otros. Ambas son los soportes teóricos de la investigación.

La forma como ambas se entrelazan y se van desplegando a lo largo de la investigación es interesante. Dejan ver aspectos que la teoría soporta y a su vez lo complejo del fenómeno. Por supuesto, el papel de los actores: los educandos y educadores y como se verá en los resultados de la investigación, asumen los posicionamientos que refiere Kohlberg inmersos en lo que Freidson expresa en relación a las profesiones y la influencia de los factores que los sujetos de investigación manifestaron de manera clara, como la influencia de las relaciones laborales y las dificultades de la gestión educativa en el medio. Sin embargo, otros no tan evidentes o poco mencionados entre los que destacan la responsabilidad de las instituciones, las políticas sanitarias, las tendencias económicas y la transformación de la sociedad.



## Capítulo VII

### La investigación etnográfico-educativa: su procedimiento

El procedimiento metodológico para realizar esta investigación, fue cuidadosamente elaborado, se realizó una investigación de corte cualitativo, bajo la perspectiva del constructivismo. En este capítulo se presenta los elementos sustantivos que argumentan la estrategia metodológica. Por lo tanto, se consideran el tipo de estudio, el método etnográfico que fue el seleccionado, las técnicas que se utilizaron fueron las entrevistas en profundidad, la observación participante y los grupos focales. De igual forma se presentan los instrumentos elaborados para la investigación de campo. Como en toda investigación es importante referir el universo de trabajo como la unidad de análisis y el trabajo de campo.

#### 7.1 Modelo de la investigación

Esta investigación se encuentra dentro de un modelo cualitativo, el cual tiene como objetivo descubrir una realidad existente, evidenciar, interpretar y construir (Lorenzano, 2010). Comprendiendo que existen varias realidades subjetivas relacionadas con el modo de pensar o sentir del sujeto de investigación, ya que, el mundo social es relativo y la realidad es una construcción social que debe considerar el contexto, el tiempo, las condiciones y circunstancias para su correcta interpretación.

Inicialmente, el modelo cualitativo de investigación, produce datos descriptivos, que son las palabras de los sujetos de la investigación en un lenguaje oral o escrito y lo que de ellas se observó. Hay algunas características propias de este modelo. La lógica que se aplica es la inductiva de lo particular a lo general (Lorenzano, 2010). La investigación es inductiva, los investigadores desarrollan conceptos, intelecciones y comprensión partiendo de pautas de datos (Taylor y Bogdan, 1996). El diseño de investigación es flexible pero tiene su rigor científico (Guba y Lincoln, 1994). Otra característica, es la forma como se ve a los participantes y al escenario de investigación; siendo holística, los médicos residentes fueron vistos como personas y en su contexto, considerando su pasado y su condición actual. La sensibilidad del investigador es amplia, estuvo consciente de lo que su presencia puede suscitar en la unidad de investigación. Se cuidó la manera de integrarse al lugar del estudio, interactuando de manera natural con los informantes.

Por lo tanto, se describió, comprendió e interpretó el profesionalismo de los médicos residentes a través de las concepciones y significados producidos por la experiencia de los médicos en formación, con respeto e inclusión en la unidad, la intención de la investigadora fue pasar desapercibida para que el participante actuara con naturalidad. En este modelo, el investigador debe abstraerse de sus propios juicios, creencias, perspectivas, predisposiciones, debe conservar el ánimo como si todo sucediera por primera vez, por ello nada se debe dar por sobreentendido (Bruyn, 1966).

Fue importante describir las circunstancias y momentos tal y como se percibieron, cuidando los detalles. Lo que se pretendió fue buscar todas las perspectivas, entendiéndolas como valiosas sin sobreponer una a la otra. También, se hicieron evidentes las voces de quienes pocas veces son invitados a participar, de manera directa y clara: los residentes. El aspecto humano en la vida social es indispensable, por ello en la investigación se le dio un interés singular a la persona y sus retos en la vida diaria, éxitos y fracasos, alegrías y frustraciones, logros e ilusiones, dan el toque humanista de este tipo de modelo. Y se tiene el acceso a conocer si lo que el participante dijo es lo que hace, por lo tanto, debido al diseño de la investigación, ya que el contacto con el conocimiento fue directo.

Un aspecto preponderante es que todos los escenarios se incluyeron, por lo que fue posible observar y describir desde distintos momentos, lugares y circunstancias el fenómeno de estudio, lo que le confiere un carácter único. Los médicos residentes se desarrollaron en distintos lugares y escenarios, no únicamente en la consulta. El quirófano es el lugar donde se realizaron la mayoría de actividades asistenciales. Sin embargo, las salas de hemodinamia y endoscopía, así como el laboratorio de radiodiagnóstico son áreas donde la intervención del médico becario fue importante y donde muestra todas sus habilidades, destrezas y conocimientos y por lo tanto se pudo observar el ejercicio de su profesionalismo.

La posición de la investigadora fue explícita reconociendo sus valores y creencias y forma parte del estudio. La interacción entre la investigadora y el profesionalismo fue próxima, estando en contacto con el fenómeno. El papel del profesional, por lo tanto, fue activo, dentro de la investigación. Existió una relación de interdependencia y dimensionando de manera específica la presencia del otro, lo que Gurdián (2007) refiere como la otredad. Dadas las características de este modelo de investigación manifestadas por Creswell (2009) como aquella que tiene un punto de partida en una realidad que descubrir, construir e interpretar y que la realidad es la mente. También, deja claro que existen realidades múltiples y subjetivas construidas por el investigador, las que se ven influenciadas por aspectos políticos, sociales, económicos, étnicos,

género, cultura y por lo tanto fueron versátiles como lo son los individuos, por ello se establece que el mundo social es relativo y diverso en relación a los agentes estudiados.

Asimismo, el concepto de la realidad es cambiante, en relación a las construcciones y reconstrucciones que mediante la obtención de datos y procesamiento de los mismos se permea ese cambio continuo y esa relatividad (Hernández, 2014). Se destaca en forma importante el admitir la subjetividad y el principal objetivo es la descripción, comprensión e interpretación de los significados y percepciones del fenómeno en los sujetos en este caso específico del profesionalismo en los residentes de anestesiología. En este modelo cualitativo la participación del investigador fue explícita, ya que la investigadora se ubicó en el medio de la investigación con sus valores y creencias y formó parte del estudio como lo describe los expertos en este tipo de investigación cualitativa (Flick, 2005). Por lo tanto, al encontrarse en el medio de desempeño y donde se genera el profesionalismo la participación fue continua, activa y directa. Existe una relación entre el investigador y el profesionalismo así como con los participantes cercana, empática, respetuosa, en donde se encontraron involucrados todos los referidos (Tarrés, 2013).

## **7.2 Enfoque**

Para estudiar el profesionalismo en el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) en Anestesiología fue necesaria una posición ontológica clara, un bagaje epistemológico preciso y la estructuración de un proceso metodológico *sui generis*. Por lo referido, es importante definir el concepto de perspectiva o enfoque y su uso dentro de esta investigación. De acuerdo con investigadores que se desempeñan en la investigación cualitativa (Guba & Lincoln, 1994), existen enfoques para estructurar la investigación, es decir corresponden a la teoría o conjunto de teorías cuyo núcleo central se acepta sin cuestionar y que suministra la base y modelo para resolver problemas y avanzar en el conocimiento.

Existen también otras formas de concebirlo, Flores (2014), lo refiere como un sistema de creencias que permiten tener una visión del mundo, este último es acuñado como un conjunto de sistemas en el que el individuo se desarrolla y relaciona. Asimismo, se establecen las relaciones que esa postura permitirá con lo que considera existente (Flores, 2004). De acuerdo con este concepto, se dirige a la investigadora para contactar y conocer (Ramos, 2015) el fenómeno de estudio en este caso el profesionalismo. También, se puede considerar que es el marco que conduce el proceso de investigación, anteriormente era conocido como indagación natural y es

un sistema básico de creencias o visión del mundo que guía al investigador, basados en supuestos ontológicos, epistemológicos y metodológicos, por lo que es posible tener una postura que define la naturaleza del mundo, de las relaciones y del lugar del individuo dentro de ellas.

Lorenzano (2010), refiere son el conjunto de principios generales que conducen a leyes específicas de un sector de la realidad y modelos empíricos a los que se aplican. Considera que están formados por dos elementos: las generalizaciones simbólicas que son los enunciados generales que encabezan a los cuerpos teóricos, también, en este primer rubro se incluyen las leyes especiales que forman un entramado teórico y empírico que son los principios que guían. El otro elemento está constituido por los modelos empíricos de aplicación que se utilizan para pequeñas porciones caracterizadas.

Algunos de los enfoques existentes son el positivismo, el pospositivismo, la teoría crítica y el constructivismo (Guba y Lincoln, 1994), establecen una serie de características y aspectos que permiten conocer la naturaleza de la realidad y la relación del sujeto que pretende conocer el problema y lo que de él puede conocer, así como la forma de conocerlo (Flick, 2005). Después de realizar un análisis de los enfoques, los supuestos ontológicos, epistemológicos y metodológicos se decidió que sería el constructivismo el que cobijara esta investigación del profesionalismo. Así, desde el punto de vista de diversos autores, se aprecia que un fenómeno que es estudiado, debe abordarse con la consideración de la diversidad de interacciones sociales, significados y representación del mismo en los sujetos de estudio.

La pregunta ontológica planteada por Guba y Lincoln (1994) como: ¿cuál es la forma y la naturaleza de la realidad, y por lo tanto, qué es lo que podemos conocer de ella? El constructivismo, permite ver a las realidades como una construcción local. Considera que, existen distintas realidades sociales, a veces concordantes, otras veces muy distintas, considera estas construcciones producto del intelecto humano de ahí que sea considerado un relativismo del constructivismo. También, otra consideración es que esas construcciones se modifican de acuerdo a sus constructores convirtiéndose en realidades sociales que se construyen de manera más completa, informadas y sofisticadas. Para contestar a esta interrogante, la investigadora estuvo inmersa en la investigación, existiendo multiplicidad de realidades por lo que para su interpretación, se requiere comparar y contrastar los datos obtenidos con la finalidad de consensar la que represente la realidad de las construcciones.

La manera como se apreció al profesionalismo médico en los médicos becarios de posgrado fue una construcción local, inmersa en un ambiente de un hospital-escuela, bajo contextos específicos de tiempo, lugar, forma, espacio, antecedentes y su historia. En la que influyeron las

distintas realidades sociales vividas por el médico en formación, también, aspectos personales que lo conformaron y aspectos del entorno. De igual manera, elementos del ámbito hospitalario, su gestión y aplicación en la realidad que se vivió. La investigadora permaneció dentro del medio donde se vivenció el profesionalismo, por lo que pudieron apreciar las múltiples realidades existentes.

La pregunta epistemológica se planteó bajo esta interrogante: ¿cuál es la naturaleza de la relación entre quien conoce o busca conocer y lo que puede ser conocido? El conocimiento se creó en la interacción entre la investigadora y quienes le respondieron. Por lo tanto, existió una interacción, una relación y trato entre la investigadora y los sujetos de estudio. Por lo que fue considerado transaccional. Los hallazgos fueron obras que se crearon en la interacción de ambas partes. La realidad estuvo inmersa en los significados construidos por el grupo de estudio, por ello, para acercarse a ella se interactuó con los sujetos de estudio, donde la investigadora fue un miembro del mismo grupo de estudio. Fue mediante el cotidiano interactuar que se observó la construcción del profesionalismo, bajo las distintas construcciones que dependiendo de cada uno de los participantes fueron construidas y mediante la interacción entre ellos y la investigadora se manifestaron sus realidades, fue en el interactuar diario donde se identificaron los hallazgos, que se gestaron en la interacción de ambas partes.

Y en relación a la pregunta metodológica: ¿cómo puede el investigador (el que busca conocer) arreglárselas para averiguar si lo que ella cree puede ser conocido? La hermenéutica consiste en la interpretación de las construcciones que los individuos han creado, la dialéctica es la comparación de las construcciones de la realidad de los actores y el investigador. De tal forma que ello al ser confrontado permitió la construcción de una realidad acordada por todos los sujetos de estudio inmersos en esta investigación sobre el profesionalismo de los residentes de anestesiología. Fue por medio de las estrategias diseñadas para acercarse a conocer el profesionalismo de los médicos residentes de anestesiología como se logró interpretar las construcciones acerca del objeto de estudio, adaptando las técnicas existentes y factibles de aplicar de acuerdo a los contextos.

Por lo tanto, el interés de la investigadora se situó en la comprensión y reconstrucción. En relación a las diez características del constructivismo expuestas por Guba y Lincoln (1994) se encontró que la naturaleza del conocimiento, está en relación a las reconstrucciones hechas y el consenso de miembros del grupo considerados como competentes. En ocasiones, pueden existir conocimientos diversos, que también fueron consensados. En esas circunstancias, se comprende que la diferencia en los factores sociales, políticos, económicos, influyeron en la

construcción del profesionalismo médico. El residente en formación ya es un profesional, tiene una licenciatura, por lo tanto, tiene construcciones ya hechas a partir de las cuales inicia su camino en la especialidad. Sin embargo, estas construcciones se reconstruyen a lo largo de los tres años de estudio que realiza en anestesiología, por la influencia de múltiples factores.

Los criterios de calidad de la investigación, se establecieron con base en la credibilidad, la auditabilidad y la transferibilidad en comparación. Dentro del primer criterio que sería equiparable a la validez interna, se realizó un periodo de campo diseñado para entrenamiento, donde la investigadora pudiera darse cuenta de su perspectiva y por medio del ejercicio piloto, iniciarse en el trabajo de campo para contrarrestar esta perspectiva. De ayuda fueron las notas de campo, la transcripción textual de las entrevistas en profundidad. La transferibilidad o aplicabilidad fue considerado un criterio de validez externa, concebida como el criterio que permita extender los resultados del estudio a otras poblaciones.

Además, existen otros criterios: la justicia (autenticidad), la autenticidad catalítica que estimula a la acción y la autenticidad tácita que da empoderamiento Guba y Lincoln (1994). La fidelidad de los criterios de credibilidad en la obtención de los datos de los médicos residentes en anestesiología y la transferibilidad al interactuar con el investigador y compartir por medio de las diversas técnicas las construcciones en relación al profesionalismo en un ambiente de confianza, permitió que emergiera la realidad que aprecian y que viven.

El constructivismo considera al investigador como facilitador y director de procesos de investigación, así en el ambiente médico asistencial y médico educativo el investigador se encuentra inmerso tanto como un facilitador como una directora de la propia investigación, en la que se promovió el descubrimiento o la manifestación de lo que estaba secreto, ignorado además hizo evidente lo que estuvo presente. La ética estuvo intrínseca y se le consideró como el conjunto de normas morales que rigieron la conducta de las personas en cualquier ámbito de su vida, en este grupo social formado por los médicos en formación existieron un conjunto de normas explícitas o no que se conocían, se hicieron evidentes, se declararon, y se vivenciaron ello se logró con la confianza y emergió durante la investigación, la revelación y la cotidianidad.

Los valores identificados como cualidades que poseen algunas realidades, consideradas bienes y por lo cual son muy estimadas se encontraron considerados como algo imprescindible, que influyeron en la creación de resultados y estuvieron presente tanto en las construcciones originales como en las más elaboradas por personas competentes o por la investigadora. Así, el investigador dirigió y realizó la investigación ceñida a las directrices del constructivismo. Se

identificaron también, a lo largo de una investigación con un modelo cualitativo, algunas situaciones especiales relacionadas con la confidencialidad y anonimato del participante, debido a la cercanía de la investigadora, mismas que dentro de las estrategias programadas para la realización de este modelo investigativo se solventaron y fortalecieron con la autorización del consentimiento informado.

Otra implicación del constructivismo en la práctica fue la voz de la investigadora quien se mostró como una participante apasionado con alto compromiso en describir y reconstruir la participación de múltiples participantes y la suya propia. Asimismo, se promovió la participación de los sujetos de estudio lo que facilitó la captura de la información para reconstruir las diversas realidades, para ello el empoderamiento y la confianza manifestada tanto por del investigador como por los participantes fue fundamental.

Una condición que está especialmente relacionadas con la investigadora es la necesidad de resocializarse por medio del conocimiento del constructivismo, educarse dentro del mismo, conocerlo para poder trabajar en él (Guba y Lincoln, 1994). La hegemonía está en búsqueda de reconocimiento. Por lo tanto, la creación de las construcciones de los participantes forma parte del proceso de esta investigación, la finalidad fue comprender esas construcciones y reconstruirlas con el consenso de todos. Con ello se obtuvieron nuevas interpretaciones más completas. Por todo lo expresado, se argumenta que esta investigación se cobijó en el constructivismo.

### **7.3 Diseño de la investigación**

El diseño de la investigación está orientada a darle rigor científico, planeando las metodologías, las técnicas y los instrumentos con la finalidad de realizar una investigación profunda y enriquecedora. Se pretendió que fuera una investigación donde existieran los alcances descriptivos, analíticos e interpretativos. Por ello el diseño de la misma se realizó cuidadosamente en coherencia con los objetivos generales y específicos. Generando preguntas de investigación secundarias.

Según los objetivos de investigación fue catalogada como una investigación básica, de acuerdo con la modalidad de interferencia, como es característico en la investigación cualitativa fue inductivo. Por los alcances de la investigación se planeó como descriptivo, analítico, explicativo e interpretativo. En relación a la variable de tiempo fue longitudinal y según la estrategia de investigación se diseñó en dos partes: la investigación documental y posteriormente el trabajo

de campo utilizando a la etnografía método. Las técnicas que se utilizaron fueron: entrevista en profundidad, observación participante y grupos focales.

Dados los objetivos de la investigación sobre profesionalismo se pretendió una perspectiva holística, para lo cual fue necesario crear una explicación extensiva y con gran profundidad propia de la etnografía. La intención fue conocer y comprender las partes constituyentes de la totalidad. En esta interacción humana con fines educativos, se requiere una actitud reflexiva, que por medio de la etnografía, condujeron a la investigadora al conocimiento de lo que se tiene en el medio hospitalario-educativo. La investigadora, participó en el proceso educativo, lo que le permitió conocer las distintas concepciones del fenómeno que tenían los participantes. Fue una investigación con matiz inductivo, donde primero se delimitó el profesionalismo, posteriormente, se caracterizó y en un tercer momento se contrastó entre los estudiantes con la finalidad de identificar los distintos contenidos referentes al profesionalismo.

La importancia de esta investigación educativa es ver a través de los ojos de los participantes, para lo que se requirió la empatía tanto pasiva como activa y penetrar en los contextos y los significados con los que el participante opera los también llamados marcos de referencia del participante (Aravena, 2006). Así, se consideró el hospital como una globalidad que debe ser entendida, estudiada en su totalidad para de manera integral conocer el marco contextual de los valores y prácticas de las estructuras propias donde el residente vivió diariamente. Por otro lado, fue muy importante que el estudio del profesionalismo estuviera acorde con el contexto histórico y social de la unidad del lugar de estudio.

Una de las necesidades para que se realizara el presente estudio fue la introspección y la empatía para adentrarse en los pensamientos y sentimientos de los residentes con la finalidad de conocer los significados de sus acciones (Aravena, 2006). Se generó un ambiente de confianza que permitió las condiciones propias para esta investigación educativa. La etnografía desde los años setenta ha sido una manera muy aceptada dentro de la investigación educativa por sus características propias de acercamiento al ámbito donde el fenómeno se genera y con los actores de manera directa.

Para comprender el profesionalismo de los médicos residentes dentro de un ambiente o espacio educativo y considerar el proceso enseñanza-aprendizaje. La intención fue conocer el profesionalismo médico en los residentes y su construcción, la forma en cómo fue construido, describirlo, comprenderlo e interpretarlo. Así, aproximarse a las acciones diarias y al sentido de las mismas, inmersos en la cotidianidad de la vida de los residentes de anestesiología se pudo construir y conocer la subjetividad del fenómeno dentro del mundo intersubjetivo en el que se



crea el profesionalismo de los médicos becarios. La finalidad educativa condujo al análisis reflexivo de la manera en cómo se está formando el profesionalismo y la forma en que se vivió y se manifestó.

### **7.3.1 Tipo de investigación.**

La investigación básica puede ser conceptualizada de diversas formas, Ander-Egg (1995) la refiere como un proceso reflexivo orientado a descubrir o interpretar fenómenos y las relaciones de un fenómeno, que pretende conocer la realidad y también identificar algunas fallas concepciones de la misma. Kemmis y Mc Taggart (1992) refieren que la investigación básica es un proceso reflexivo de un ámbito específico que tiene como objetivo comprender la forma de actuar de las personas. Aunque su enfoque es hacia el ámbito administrativo- gerencial y la optimización de recursos. En este tipo de investigación no se realiza ningún tipo de intervención o aplicación. Que genere un cambio o transformación intencionada en los sujetos de estudio.

Con respecto a otra de las características del tipo de investigación, el modelo cualitativo es inductivo, los investigadores desarrollarán conceptos, intelecciones y comprensiones a partir de pautas de datos, esta serie de datos son obtenidos mediante diversas técnicas, que posteriormente serán transcritas por el investigador con la finalidad de conservar las ideas, conceptos, sentimientos, significados del sujeto de investigación. Todas estas técnicas se aplicaron dentro un diseño flexible (Taylor y Bodgan, 1994) que permitió la inmersión del investigador en el campo. Por otro lado, parten de conceptos particulares propios de los casos de estudio y posteriormente generalizan, esa fue la intención del investigador. Por el tipo de investigación no se pretendió replicar, ni comprobar el fenómeno de estudio. Si se identificó como objetivo describir y detallar lo observado lo que posteriormente, me permitió elaborar los resultados, el análisis y la interpretación.

Por los alcances de la investigación fue inicialmente descriptivo, analítico, explicativo y finalmente, interpretativo. Se describió detallando aspecto del profesionalismo por medio del lenguaje. Se realizó la separación del fenómeno en sus partes para conocer su composición el segundo alcance y se realizó el análisis. La explicación, fue en relación a dar a conocer lo que piensan los sujetos de estudio y finalmente, la interpretación se ha relacionado con explicar o declarar el sentido del profesionalismo en los médicos residentes. El método utilizado fue el

etnográfico cuya finalidad inicial fue la descripción de un fenómeno (Hammersley, 1994), entendiéndose por describir, detallar el aspecto del profesionalismo médico de los residentes de anestesiología por medio del lenguaje.

Por lo tanto, el estudio fue analítico, como segundo alcance de este proyecto considerado como desagregar, desglosar o desintegrar en sus partes para conocer su composición. El tercer alcance fue el explicativo, en este parte se intenta dar a conocer la causa del profesionalismo vigente en los residentes de anestesiología y la interpretación fue declarar el sentido del profesionalismo.

En relación al tiempo en que la información fue obtenida, en el presente estudio se realizaron varias visitas y la información se obtuvo a lo largo de un periodo de tiempo prolongado y fueron varias intervenciones durante En este caso, el trabajo de campo se diseñó para realizarse a lo largo de un periodo largo de tiempo, en varias visitas al hospital para aplicar las técnicas seleccionadas y requeridas para la investigación.

Según la estrategia de investigación, se dividió en dos tipos: la primera, se refiere a la investigación documental por medio de la descripción de cómo se implementó el profesionalismo en el Plan Único de Especializaciones Médicas para la anestesiología (PUEM, 2008), el que consistió en detallar el abordaje del profesionalismo en las asignaturas de la especialidad de anestesiología; el segundo aspecto fue relatar la manera en que se promovió el aprendizaje del profesionalismo durante la residencia en anestesiología de acuerdo al PUEM. Y se señaló la inserción del profesionalismo en el currículum oculto en la formación de los médicos residentes de anestesiologíaLa segunda se refiere al trabajo de campo: entrevistas en profundidad, observación participante y grupos focales. Se utilizaron varias técnicas clásicas como la entrevista, la cual permitió conocer los conceptos, ideas, emociones, creencias, pensamientos y experiencias, el lenguaje verbal y no verbal. En la entrevista en profundidad se realizaron, preguntas generales y específicas, cuidando el ambiente, que sea cotidiano, tranquilo, para crear un clima de confianza en donde el entrevistado pudiera sentirse en la libertad de participar, y obtener los significados del profesionalismo tanto a nivel individual en cada uno de los residentes como el del grupo de residentes. Es importante mencionar que, el investigador fue entrenado para realizar su función como entrevistador debido a que, se requerían habilidades como el manejo de emociones, comunicación verbal y no verbal, entre otros. Se diseñó una forma para que se realizara la entrevista los pasos fueron los siguientes: planeación, identificar inicialmente al entrevistado, se le contactó y le explicó el propósito de la entrevista, se aclaró la confidencialidad y se firmó

el consentimiento informado, todo para asegurar su participación y acordar la cita para el encuentro. Se utilizaron varias herramientas: grabación de audio, notas en libreta o computadora y fotografías.

Durante la realización de la misma la investigadora escuchó en forma activa al entrevistado, en forma respetuosa, paciente, mostrando interés en la conversación. Dejando que fluyera la misma y captando los aspectos verbales y no verbales. Al finalizar se preguntó al entrevistado si existía alguna duda o deseaba agregar algo. Se agradeció y se explicó nuevamente el uso de los datos obtenidos. Después de la entrevista, se realizó un resumen, se transcribió en una ficha de identidad del entrevistado con todos los datos obtenidos y posteriormente se envió un mensaje de agradecimiento por su participación. Esta técnica se eligió por las bondades que tiene, por medio de ella se pudo establecer una relación más estrecha con el entrevistado, y de igual forma pudieron emerger características que se pudieron observar durante la misma en un lenguaje no verbal. Es una forma de permitir que el profesional en formación manifieste de manera abierta sus opiniones y sus pensamientos, así como sus sentimientos.

La observación participante fue una técnica con la que se recolectaron datos, para efectuarla se requirió de una preparación previa. Se realizó un periodo de pilotaje, ya que fue necesario que la investigadora se entrenara para observar y apoyarse de todos los sentidos, al mantener un papel dinámico y reflexivo permanente. Se requirió observar el ambiente físico, ya sea el quirófano o el consultorio y hacer una descripción completa. También, el ambiente social y humano, la forma de organización, las características individuales y grupales. Además, de registrar de las actividades de los participantes en forma individual y colectiva, se puso atención a lo realizado en su actividad cotidiana. Los formatos de observación que se utilizaron fueron una hoja de papel en la que, inicialmente anoté los datos como fecha, hora, lugar la dividí a la mitad: a la izquierda se escribirá lo que se observa y a la derecha la interpretación.

Las sesiones de los grupos focales, se realizaron con grupos pequeños, ahí se reflexionó en torno al profesionalismo y la forma en que se ha implementado en la especialidad, desde su perspectiva. El objetivo fue generar y analizar la interacción entre los participantes. El número de sesiones necesarias se determinó conforme se realizó el estudio. Al término de la misma, realice el reporte de la sesión, con los datos de los participantes, edad, género, estado civil, fecha y duración de la sesión, y la información completa de la misma. Se grabó la sesión con la finalidad de poder analizar posteriormente los datos. Con anticipación realicé una agenda de la sesión a profundidad, así como de los tópicos a tratar. El trabajo de gabinete fue una fuente valiosa

de datos teóricos, técnicos y metodológicos que me ayudaron a entender los elementos centrales del profesionalismo.

Para ello, las técnicas y los instrumentos de recolección de la información estuvieron conformados cuidadosamente y el objetivo fue conocer el significado que los residentes dan al profesionalismo médico específicamente en el área de anestesiología. Lo que se obtuvo fue lo siguiente: 1) la descripción del profesionalismo de manera concreta, rica y libre, 2) conocimiento respecto a las diferentes perspectivas de los médicos residentes 3) identificar la esencia y la estructura, así como las relaciones dentro del mismo profesionalismo, 4) la construcción de significados del profesionalismo en la conciencia de los residentes, 5) para ello fue necesario que la investigadora suspendiera sus juicios respecto al profesionalismo de los médicos residentes para apreciar con libertad los elementos que fortalecen, la forma que los residentes lo perciben, 6) se interpretaron los significados profundos del material obtenido a lo largo de la investigación.

En general, el método etnográfico, enriquecido con las técnicas descritas permitió conocer el modo de vida institucional, conformada por los residentes en anestesiología que es la riqueza del contexto del desempeño educativo. Además, se describieron y comprendieron sus percepciones, acciones y normas de juicio. Los rasgos que la caracterizaron esta investigación fueron el conocimiento de la naturaleza del fenómeno (el profesionalismo en la formación de los residentes de anestesiología).

De manera sintética, la forma de desarrolló la investigación fue mediante la observación directa, permaneciendo en el lugar, conversando con las personas, descubriendo a los sujetos en el escenario y distinguiendo lo que sucede en repetidas ocasiones para realizar una observación contextualizada y profunda. La duración aproximada fue de un año, se obtuvieron varios datos mediante, notas de campo, documentos y registros con el uso de la tecnología como fotografías y audios. Se utilizaron instrumentos como el registro de observaciones y entrevista diseñada para un escenario específico, conociendo el punto de vista de los sujetos (escuchar al residente) *in situ*. El punto central, fue descubrir el conocimiento cultural en las mentes de los participantes con una mirada holística, para caracterizar el profesionalismo en los residentes de anestesiología.

### **7.3.2 El método de investigación.**

El método de investigación fue el etnográfico, propio de la antropología. De ahí, que, se consideró pertinente citar algunas definiciones. La antropología de acuerdo con Geertz, (1994) es la ciencia que se encarga del estudio del hombre inmerso en su cultura. La cultura a su vez, se define como el “conjunto de los comportamientos (hechos), ideas, valores, creencias y sentimientos (pensamientos) implicados en el proceso de satisfacción de necesidades de un grupo humano en un contexto situacional determinado.” (Siles, Cibanal, Vizcaya, Gabaldón, Domínguez, Solano y García, 2001, p. 75). Así, la antropología tiene una relación con las conductas, ideas, valores pensamientos y sentimientos de los grupos humanos, los que indaga mediante el método etnográfico.

La etnografía, también conocida como investigación etnográfica, surge en los años setentas y tiene su origen en Inglaterra, Estados Unidos y Australia. Posteriormente, se extiende su uso en América Latina, sobre todo su aplicación en el ámbito educativo. Su uso inicial fue para describir la cultura de grupos específicos, tanto educativos, como médicos, de ahí la pertinencia de este método en el presente proyecto.

El método etnográfico es considerado una forma de aproximarse a la investigación social, de acuerdo con Hammersley (1994), tiene características importantes entre las que destaca que el investigador se incrusta en el medio de estudio de manera abierta o encubierta, participando de manera directa en la vida diaria del grupo de estudio, observando, preguntando, escuchando. Lo que se pretende conocer es que sentido le da la gente al fenómeno de estudio en su vida, en lo cotidiano. Siendo, este aspecto el que constituye una fortaleza, estar en el contexto de observación.

Otra cualidad de este método es el naturalismo, ya que, el fenómeno es estudiado en su estado natural, teniendo respeto a la naturaleza del lugar. Lo que permite, comprender las acciones de los otros en su contexto (Matza, 1981). Las acciones humanas contienen significados sociales: motivos, actitudes, creencias, de tal forma que, no es posible sólo pensar en esquemas de causa-efecto. Existen otros aspectos más amplios y vistos de manera global que influyen para crear una realidad determinada acorde con el bagaje de cada individuo. Por lo tanto, es importante conocer sus significados, mediante el aprendizaje de su cultura, y así, comprender el comportamiento de los fenómenos, pero para lograrlo se requiere comprender el acontecimiento desde el interior, de manera profunda (Flick, 2004). La finalidad que se persigue es la descripción de las culturas, detallando la experiencia y las reglas y patrones identificados.

Sin embargo, el trabajo del etnógrafo no es sólo descriptivo, Hammersley (1994) también, comenta que se requiere la comprensión, el análisis y la interpretación. Así, se da la “construcción del mundo social mediante la interpretación” (p. 25) y en muchas ocasiones, mediante la investigación se realiza una intervención social, lo que obliga al investigador a estar consciente de las consecuencias en los valores y en los efectos del trabajo que desarrolla. La reflexividad, es una característica de la etnografía, que debe ubicarse dentro del contexto socio histórico, contemplando los valores e intereses que ese momento tiene. Y es esta una de las características más importantes del trabajo etnográfico.

El trabajo etnográfico, se circunscribe a un grupo social: el de los residentes de anestesiología. Donde se pretendió conocer, describir, comprender e interpretar el profesionalismo de los médicos residentes de anestesiología. Siendo este un grupo social específico, que se desarrolla dentro del ámbito hospitalario y que provee cuidados específicos a los pacientes bajo su cargo, donde se requieren relaciones interpersonales adecuadas que permitan la realización de las actividades asistenciales teniendo como base elementos cognitivo, actitudinales, procedimentales y de valores, donde se vive, aprende y existe el profesionalismo. Así, mediante la entrevista en profundidad, la observación participante, los grupos focales y herramientas como los instrumentos o guías, el diario de campo, se conoció el profesionalismo de los residentes de anestesiología, estudiado a partir de la disciplina de la antropología clínica con el método etnográfico, de tal forma, que, es factible conocer los conceptos, las interpretaciones del residente dentro de un marco holístico.

De manera inicial, se realizó la descripción de la realidad observada mediante las técnicas utilizadas por este método, de tal forma que la realidad se reescribió (Geertz, 2009). Posteriormente, la interpretación de lo observado en el campo, tiene una dualidad interpretativa, ya que los fenómenos sociales tienen una perspectiva “*Emic* y un *Etic*” que son formas de interpretación básicas, en el primer caso, se reproducen los contenidos culturales como se le presentan a los individuos que pertenecen a la cultura de referencia. En el segundo caso, la descripción de los contenidos culturales se hace en relación al conocimiento de los factores o elementos que se conocen de los individuos. Buscando encontrar el “*Emic*” esa interiorización.

Para llevar a cabo este método se utilizó la observación, por medios de los sentidos, la atención, la percepción, la reflexión se recopilaron datos en una herramienta que a la vez es evidencia, instrumento de reflexión y recolección de experiencias que es el diario de campo se nutre los datos, de los que realicé el análisis. Existen elementos fundamentales para considera

la idoneidad del observador y la pertinencia de este tipo de método. Durante este periodo formativo se realizaron lecturas que permitieron a la investigadora tener una idea del método etnográfico: Denzin y Lincoln (2015), Hammersley (1994) y Taylor y Bogdan (1994).

Quizá, uno de los elementos más importantes fue la relación de la investigadora y el contexto. Ya que, fue necesaria la comprensión de los fenómenos de estudio y para ello se identificaron ciertas características de la investigación etnográfica señaladas por Boyle (2003): la naturaleza holística y en el contexto, ya que para comprenderlo se requería conocer las circunstancias y cómo se dan las mismas, en el tiempo y espacio. La característica reflexiva que parte del mundo que se estudia y los conceptos *Emic* y *Etic* que, finalmente darán un producto que es la etnografía. De acuerdo al mismo autor, se establecieron categorías taxonómicas. La etnografía tiene las siguientes categorías: la etnografía procesal, donde se describen procesos sociales, que a su vez se subdivide en 4 subcategorías: holística, particularista, intersecciones y etnohistóricas. El presente estudio se ubicó en la subcategoría particularista ya que el estudio se realizará en un hospital y específicamente, de población de estudio es un grupo de médicos en formación de posgrado.

También, de acuerdo con otros autores como Morse (2016), se puede clasificar como etnografía enfocada, ya que se estudia a un grupo de la población. Esta metodología de acuerdo a Sandín (2003) tiene características específicas, es flexible, no lineal y emergente, se adapta a la realidad y a las condiciones. Durante todo el proceso se dio la reflexión continua. Por lo tanto esta investigación educativa realizada con el método etnográfico, se subcategorizó en la etnografía particularista o enfocada.

El extrañamiento, considerado por González (2000) como una actitud que nos faculta para poder realizar operaciones importantes y ver que en los otros mundos no se hace lo que el investigador piensa o realizaría, hecho observado en esta investigación. Por lo tanto, la investigadora necesitó su actitud y pensamiento para conocer otras formas de pensar y de vivir. Otra característica del método etnográfico es que la permanencia de la investigadora en campo es prolongada, y así resultó en esta investigación, comprendiendo en este caso específico que, el hospital tiene una organización compleja, es un sistema social con estatus y roles específicos, que cuenta con un conjunto de valores y finalidades precisas que de acuerdo con Tarrés, (2013) deben ser respetadas y en este caso así fue.

En todo momento se asumió que una de las características del investigador era ser respetuoso y empático con los sujetos de estudio, ya que se formó un vínculo, cimentado en la confianza para que compartieran sus experiencias. La identificación de informantes claves, fue

fundamental, ya que, fueron quienes permiten conocer y mostrar su realidad, su visión y sus significados, siendo los residentes, los principales actores. La importancia de este método radica en que fue posible escuchar la voz del sujeto de investigación, de manera libre, voluntaria, respetando sus creencias e ideas. Por todo lo anterior, el método etnográfico fue pertinente en la investigación sobre el profesionalismo de los médicos residentes de anestesiología.

### **7.3.3 Las técnicas y los procedimientos de la recogida de la información.**

Las técnicas utilizadas en esta investigación, son las propias del método etnográfico: la entrevista en profundidad, la observación participante y los grupos focales. Se utilizaron varias técnicas clásicas como la entrevista etnográfica, la cual permitió conocer los conceptos, ideas, emociones, creencias, pensamientos y experiencias, el lenguaje verbal y no verbal. La entrevista se realizó, teniendo lineamientos generales y específicos, cuidando el ambiente, que sea cotidiano, tranquilo, para crear un clima de confianza en donde el entrevistado pueda sentirse en la libertad de participar, y poder obtener los significados del profesionalismo tanto a nivel individual en cada uno de los residentes como el del grupo de residentes.

Es importante mencionar que estas técnicas fueron interactivas y requirieron una implicación de la investigadora en lo que observa. La importancia recae en privilegiar mediante estas técnicas la voz de los participantes por encima de la del investigador. Y, precisamente así se realizó. Sin embargo, uno de los retos fue la transcripción de las experiencias vividas en un tiempo y lugar específicos en escritos que pueden ser consultados en otros tiempos y momentos.

La investigadora consiente que para realizar la función como entrevistadora necesitó desarrollar habilidades como: la observación, la sensibilidad de leer los lenguajes verbales y no verbales, tener la prudencia para discernir sobre los momentos de intervención y no intervención. También, fueron necesarias habilidades para el manejo de emociones y comunicación efectiva. A continuación, se describirán cada una de las técnicas, sus características y se expresa el motivo por el cual se eligieron y qué se buscaba en cada una de ellas.

#### ***7.3.3.1 Entrevista en profundidad.***

Es una técnica utilizada por los sociólogos con la finalidad de obtener la información de manera profunda (Benney y Hughes, 1970). De manera general en ella las dos partes que participan el



investigador y el entrevistado tienen elementos complementarios, respectivamente, uno tiene las preguntas y, otro las respuestas. Se considera una entrevista flexible, dinámica, adaptativa al escenario, son abiertas. Se define como “reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, situaciones o experiencias, expresados con sus propias palabras” (Hammersley, 1994, p. 101).

En este proceso, la investigadora comprendió que ella era el instrumento de la investigación y se guió por el formulario de la entrevista. Sin embargo, durante el proceso se aprendió el proceso de hacer preguntas y discernir sobre lo que quería saber o preguntar. Se avanzó en la medida de lo posible en cada encuentro, de tal forma, que, se estableció un *rapport* con los informantes. Revestirse de paciencia, una actitud de escucha y observación durante toda la entrevista fue fundamental para la investigadora. Quizá, una diferencia sustancial entre esta técnica y la observación participante fue el escenario, ya que, en la entrevista en profundidad se cuidaron los detalles para favorecer el encuentro. Hammersley (1984) refiere que existen tres tipos de entrevista en profundidad: historia de vida o autobiografía sociológica en ella el individuo comparte su visión de la vida, se piden experiencias y modos de ver de la persona entrevistada, las segundas son aquellas en la que dirige al conocimiento de aprendizaje sobre acontecimientos y actividades que no se pueden observar y finalmente cuando se utiliza esta técnica para estudiar a un número grande de personas en un lapso breve de tiempo. Una de las características de las entrevistas en profundidad de esta investigación es que se realizaron en varias sesiones a lo largo del periodo de investigación.

Por otro lado, fue necesario considerar el factor tiempo, ya que existieron limitaciones por parte del tiempo del participante, lo que durante la investigación se fue manejando de manera flexible. La investigadora fue cautelosa con respecto a lo expresado por el sujeto de investigación, pues son palabras y pueden ser distintas a lo que realmente apreció en la observación participante como lo citan Taylor y Bogdam (1996). Por lo tanto, fue necesario realizar varios encuentros, para conocer a la persona y comprender lo que realmente expresa, hacer la entrevista en profundidad permitió ver como el informante se ve a sí mismo y a su mundo, con ello se pudo comprender mejor sus conceptos y contexto, siendo esta una de las características que buscaba la investigadora y es uno de los motivos por el que se eligió esta técnica.

La planeación de la investigación fue fundamental. Se establecieron la logística, establecí los horarios y lugares, así como la duración aproximada, de preferencia fue periódica con un tiempo razonable que permitiera la continuidad y el seguimiento de la temática tratada y el

cumplimiento de sus actividades asistenciales, por lo que respetando esta circunstancia, fue necesario adecuar y flexibilizar lo programado, como sucede en este tipo de investigaciones. La entrevista inicial planteó el tono de la relación con los informantes. La manera de guiar la entrevista fue variada: con preguntas descriptivas, relatos solicitados, la entrevista con cuaderno de bitácora y los documentos personales. Se realizaron entrevistas a un total de 10 residentes, de distinto nivel jerárquico, con una duración total de 3:30 horas como tiempo promedio.

Por otro lado, la guía de entrevista fue una forma de asegurarse que los temas que se programaran fueran vistos. Fue una manera de recordar los puntos que deseaba investigar. De igual forma, la investigadora silenció sus y permití que el entrevistado hablara, prestando auténtica atención sobre lo que compartía, manifestando en todo momento una actitud de respeto. El trato fue acompañado de la concepción de que el informante es una persona, que brinda su tiempo, que abre su mundo y que merece respeto y consideración, no sólo es una fuente de datos como lo expresa Tarrés (2013). Recordar todo lo mencionado en la entrevista es complejo, por lo que un recurso valioso fue la grabación de la entrevista, que fue solicitada su autorización antes de iniciarla. Fue una forma de registrar todas las palabras que compartió el entrevistado, con la finalidad de tener una fuente fidedigna a partir de la cual hacer la transcripción. También, se contó con el consentimiento informado autorizado, desde las primeras entrevistas, donde se explicó en términos muy generales el objetivo de la investigación, el importante papel que juega el sujeto de la investigación, el anonimato y la confidencialidad de la información.

La entrevista en profundidad fue una técnica muy útil para conocer el profesionalismo del residente en sus propias palabras, conceptos y significados, enriquecida de distintas formas, ya sea mediante preguntas directas o bien, por medio de relatos que se solicitaron cuando existió más confianza. Fue un encuentro entre dos personas en igualdad de condiciones, dos seres humanos, buscando hacer *rapport*. Definitivamente, el grupo de los residentes tuvo características en horarios y actividades diversas, por lo que, la flexibilidad fue muy importante. Las jornadas laborales eran extensas y el cansancio hizo que en ocasiones no se dieran las condiciones ideales para conversar, compartir pensamientos y sentimientos. La duración de las entrevistas, en varias ocasiones fue modificada por las necesidades asistenciales de los médicos residentes.

La entrevista en profundidad fue seleccionada como técnica debido a que se requería información compleja, que puede ser delicada. Es útil y se puede utilizar el anonimato lo que otorga cualidades que permiten al sujeto de investigación participar. Es una manera de obtener información rica en contenido.

### ***7.3.3.2 Observación participante.***

Se define como “un observación interna o participante activa, en permanente proceso de lanzadera, que funciona como observación sistematizada natural de grupos reales o comunidades en su vida cotidiana, y que fundamentalmente emplea la estrategia empírica y las técnicas de registro cualitativas” (Gutiérrez y Delgado, 1989, p. 144). Con el objetivo de conocer las distintas realidades, se requiere encontrar técnicas que permitan producir conocimientos, por medio de la observación de hechos, acontecimientos, estructuras e interacciones es posible conocer los supuestos relacionados con las formas de concebir la sociedad.

Para ello, los marcos generales son la macroestructura que son las formas que determinan la estructura de la vida social y la microdinámica donde los individuos producen estructuras mediante la interacción (Jeffrey y Giesen, 1994). La observación puede ser exógena o endógena, en relación al lugar donde se ubica el investigador, fuera del grupo de estudio o al interior del mismo, respectivamente. Los personajes principales son el observador y el actor, sin embargo, las condiciones de igualdad y respeto son las que deben prevalecer entre ambos. Por medio de la observación participante, pretendí conocer los estilos de vida, los significados, identidad de movimientos sociales, los estratos jerárquicos, la manera de organizarse, lo que deseaba era conocer los sentidos y significados que da el sujetos de estudio a las prácticas y acciones que realiza.

La observación detenida, detallada, cuidadosa, abierta de la vida social, permitió descubrir los significados de las conductas (Ruíz e Ispizúa, 1989). Según Tarrés (2013), es la forma más directa, rica profunda y compleja de recoger la información. Sin embargo, no se trató de la observación cotidiana, sino de, una observación científica en donde se necesitó seleccionar de manera cuidadosa el escenario en relación al tema de investigación. Las observaciones y el registro de la información fueron sistemáticos, requisito que debe cumplir por el tipo de observación deliberada controlada a diferencia de las cotidianas que son tácitas cotidianas y cotidiana deliberada. De esta forma se consiguió que fueran altamente formales. En ella también se buscó trascender la distancia cultural entre el observador y los observados, para comprender mejor los significados culturales.

Las características de la observación participante fueron varias y se cubrieron las condiciones metodológicas para su realización: la investigadora convivió un largo periodo de tiempo con los sujetos de investigación en su ambiente natural, los escenarios fueron determinados previamente, se mantuvo la distancia de los sujetos de estudio, estas consideraciones dependieron

del fenómeno a estudiar y momentos en que se estudió. Se realizó una observación reflexiva y crítica de los procesos conservando ecuanimidad y suspensión de los juicios del investigador. Así, se describió el fenómeno de estudio desde el lugar donde se gestó, se obtuvieron los datos relacionados al contexto, a la forma de vida y sus hábitos. La observación participante tuvo etapas: el acceso, la recopilación de datos y el registro de la información. El acceso al escenario fue la parte inicial, primero hay que seleccionarlo, de preferencia que fuera conocido o familiar para la investigadora. Ya que, de lo contrario, es más difícil conocer los significados porque existen otros elementos que impiden o no permiten que tenga toda la objetividad necesaria para comprender el problema.

El acceso se realizó mediante solicitud al portero (jefe de servicio), se le explicó en forma general los objetivos del estudio con la finalidad de que conociera el motivo de mi presencia dentro del escenario. Lo importante era que la presencia de la investigadora no afectara o alterara la dinámica del escenario. El objetivo era alcanzar la compenetración adecuada para generar un *rapport*, simpatía con las personas estudiadas. Para ello, fue necesario considerar la puntualidad, respeto, presentación, consideración y humildad lo que favoreció la confianza.

De acuerdo a lo ya referido, la observación participante fue una técnica que se utilizó con la finalidad de estudiar al grupo formado por los médicos residentes de anestesiología en relación al profesionalismo. Para ello, fue necesaria la integración del investigador en la vida cotidiana de la comunidad de los médicos becarios de posgrado, considerando una relación de respeto e igualdad entre el investigador y los actores. Por lo tanto esta investigación fue endógena. La intención que se persiguió fue conocer y comprender los significados de sus comportamientos, actitudes, estilos de vida, hábitos adquiridos durante la residencia en los escenarios naturales, donde se desarrollaban sus actividades cotidianas. Los escenarios fueron varios: la consulta externa, la unidad de cuidados postanestésicos, la unidad de procedimientos ambulatorios y el quirófano. Por lo tanto, el estudio se realizó por un periodo prolongado de tiempo. La observación participante fue una forma de recolectar datos que, requirieron de una preparación previa. La investigadora realizó un pilotaje, se entrenó para observar con un papel dinámico y reflexivo permanente. Fue necesario comprender que habría que observar el ambiente físico, ya sea el quirófano o el consultorio y hacer una descripción completa y detallada. También, el ambiente social y humano, la forma de organización, las características individuales y grupales. Además, se registraron las actividades de los participantes en forma individual y colectiva, se prestó atención a lo que utilizaron y a los hechos que fueron relevantes en su actividades. Son

muchos los motivos por lo que la investigadora eligió esta técnica, entre ellos destaca el propósito de observar algunas actitudes y comportamientos que se dieran en su contacto. Se planeó sistemáticamente, su duración y frecuencia a lo largo del tiempo de trabajo de campo. Fue de gran utilidad para la parte descriptiva del estudio, permitió conocer la interrelación de la gente y sus parámetros culturales y una mejor comprensión del fenómeno de estudio. Es una aproximación la realidad social de manera directa, en los momentos precisos, refleja con los patrones de comportamiento. Y permite una descripción detallada.

### ***7.3.3 Grupos focales.***

Esta una de las técnicas utilizadas en las investigaciones que tienen como finalidad explorar y recolectar datos en distintos ámbitos, pero en el médico ha destacado su uso, sobre todo en investigación de la formación médica (Steiner, 1973). Los grupos focales han sido definidos por muchos autores externando que se explora un tópico de manera profunda en un pequeño grupo específico Y este es el motivo por el cual se seleccionó esta técnica. Pues es una forma de obtener los datos de un grupo en forma intuitiva y naturalística (Kitzinger, 1994). Ya que al ser un grupo de discusión organizado expofeso para explorar de manera específica alguna cuestión específica de la actividad colectiva, con la finalidad de interactuar y obtener datos para la investigación.

Inicialmente esta técnica fue descrita por Merton y Kendal en 1946 y ha tenido en su historia varias formas de referirse a ella: grupo de intervención focalizado, grupo focal de discusión, grupo focal, grupo focal de intervención, grupo de intervención y entrevistas grupales. Sin embargo, sobre todo con esta última existen diferencias sustanciales que aborda Parker (2005) mencionando que en un grupo focal el investigador adopta un papel periférico, como moderador y facilitador, lo que quiere decir facilita la intervención grupal y la discusión grupal (entre ellos) y no con el investigador. Sin embargo, en la entrevista grupal el papel del investigador es tal, asumiendo el rol investigativo, estableciendo un control de la dinámica grupal, dialogando con los participantes y estableciendo una mecánica de participación uno a uno, semejante a una entrevista en profundidad individual pero ampliada.

Esta técnica consistió en un grupo sujetos reunidos con la finalidad de hablar de sus experiencias respecto a una tema, donde sus puntos de vista pudieran ser expresados en forma abierta (Taylor y Bogdan, 2015). Esta técnica ha sido utilizada por distintos estudiosos de grupos sociales, geógrafos, trabajadoras sociales. Es una técnica que se ajusta al constructivismo,

viendo la construcción de las realidades en la interacción social del individuo y la sociedad. Es descubrir cómo la gente hace sentido a partir de la experiencia en el mundo. El investigador se interesa en las ideas, pensamientos, sentimientos, acciones y circunstancias que acompañan al fenómeno de estudio y explican y dan sentido a la construcción del participante.

El grupo focal tuvo las siguientes características: se promovió la discusión dentro del grupo de personas en relación al tema o foco de investigación. Para esta discusión se determinó un tema específico, se dirigió la reunión, y a participación de la investigadora fue como guía o moderadora y se estimuló la participación activa de los participantes en la discusión. Y fue precisamente la discusión la fuente de datos para la investigación. El papel desempeñado por la investigadora fue activo y creativo ya que, se promovió la discusión donde se puede conocer la percepción, los pensamientos, los sentimientos y las impresiones de los miembros del grupo con respecto al tema enfocado. Otra característica que se buscó fue la profundidad de los datos que perseguía obtener, desde los distintos puntos de vista de los participantes, saber que pensaban y sentían con detalles y animando para que explicaran sus circunstancias, mismas que han marcado y construido sus significados.

¿Cómo se conformó el grupo focal? Los sujetos participaron dentro de un grupo homogéneo por ser residentes todos los participantes y heterogéneo en relación a los distintos grados de estudio, el número de participantes tuvo un margen de seis a diez, pero se considera un número adecuado ocho participantes con la finalidad de integrarlos al diálogo discusión. Ya que con grupos mayores se puede dar la fragmentación y el objetivo no se alcanzaría. La duración idealmente referida fue de una hora y hora treinta minutos, respetando los tiempos de los participantes.

Una de las aportaciones de Krueger y Casey (2009) a los grupos focales es la descripción de las partes que debe contener el abordaje de un grupo focal y la importancia de las preguntas a estructurar como guías. Las etapas fueron introducción, transición, *key questions* y cierre. Por medio de esta técnica y de la discusión que se propició, se obtuvieron datos mediante la técnica de grupos focales sobre el profesionalismo de los médicos residentes de anestesiología, estructurando un grupo de residentes de niveles jerárquicos múltiples que es la forma como interactúan en su desempeño cotidiano. El investigador asumió la postura de moderador, una posición no controladora, de tal forma que se otorgaran las condiciones para que fluyeran las opiniones de manera libre generando un clima de confianza. La duración de las sesiones fue de una hora, con antelación se indicó el lugar, la fecha y la hora de la reunión

La selección de las técnicas de esta investigación están en relación con los objetivos y las preguntas secundarias planteadas, de igual forma se ponderó la importancia de estas para el abordaje de las creencias, percepciones y emociones que el fenómeno de estudio complejo entraña en su interior. Además por medio de estas técnicas, los participantes pudieron compartir sus experiencias lo que permite una visión de la realidad que se pretende conocer. Se consideró como una técnica para esta investigación porque proporciona información en profundidad, genera un marco de interacción grupal que permite conocer diversas opiniones, y se planearon temas específicos para la discusión lo que permite conocer la diversidad de opiniones de los participantes.

#### **7.3.4 Instrumentos.**

Los instrumentos o guías utilizados para cada técnica fueron cuidadosamente diseñados, de acuerdo con los objetivos y con las preguntas de investigación. La intención fue identificar y caracterizar la formación del profesionalismo de los médicos residentes. En relación a las entrevistas en profundidad, siendo una entrevista semiestructurada donde las respuestas son abiertas los puntos a explorar fueron relacionados a la identificación de los conocimientos relacionados con el profesionalismo. La identificación de los valores profesionales del médico residente. Conocer la relación de los hábitos sociales adoptados durante la residencia con la percepción del profesionalismo en los médicos residentes y deducir el sentido que tiene para el médico residente desarrollarse con profesionalismo en la práctica clínica.

En relación a la observación participante, se tuvo siempre presente los propósitos específicos para su realización. Se planeó de manera cuidadosa, se realizó un reporte escrito de la misma. Fue de gran ayuda para conocer cómo se priorizan las cosas y por lo tanto una mejor comprensión de lo que se estudió. Relatar la manera como se promueve el aprendizaje del profesionalismo durante la residencia. Reseñar la inserción del currículum oculto en la formación de los residentes. Contrastar las diferentes actitudes y conductas del residente relacionadas con el profesionalismo.

Lo relacionado con la exposición de los efectos del estrés laboral en las actitudes y comportamientos profesionales del médico en formación, y para significar el profesionalismo de los médicos residentes se utilizó la técnica de grupos focales. En la tabla 6 se muestra la forma en la que cada categoría se relaciona con las subcategorías y componentes teóricos.

Tabla 6

*Relación de las categorías, dimensiones, componentes teóricos y técnicas de investigación*

Categoría	Subcategoría	Referentes teóricos	Técnica
Implementación del Profesionalismo en el PUEM	Abordaje en las asignaturas Promoción del aprendizaje Currículum oculto	Kolhberg, Teoría del desarrollo moral del hombre	Observación participante
Elementos centrales del profesionalismo	Conocimientos Actitudes Conductas Valores	Kolhberg, Teoría del desarrollo moral del hombre	Entrevista en profundidad Observación participante
Factores que influyen en la formación del profesionalismo	Intrínsecos	Kolhberg, Teoría del desarrollo moral del hombre	Entrevista en profundidad Observación participante
	Extrínsecos	Freidson, Teoría de las profesiones	Grupos focales
Concepción del profesionalismo	Significado Sentido	Freidson, Teoría de las profesiones	Grupos focales
	Actores médico-educativos	Freidson, Teoría de las profesiones	Entrevista en profundidad

Fuente: Creación de la investigadora



La coherencia y concordancia entre las preguntas de investigación y los objetivos que a su vez se han desagregado en objetivos secundarios, se plantearon formas para esa proyección y de igual forma se propuso una técnica, guion acorde con el trabajo programado para realizarse de acuerdo a la técnica seleccionada para cumplir con esa tarea. De cada una de las técnicas se diseñó un guion de entrevista en caso de la entrevista en profundidad, una guía de observación en caso de la observación participante y se fijaron los temas de discusión para ser abordados con la técnica de grupos focales. De tal forma que es posible observar la propuesta en relación a la pregunta secundaria a los objetivos y a la técnica en la tabla no. 7.

Tabla 7

*Relación entre preguntas de investigación, objetivos y técnicas*

<b>Pregunta</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Técnica</b>
1. ¿Cómo se implementa el profesionalismo en el PUEM?	Describir la implementación del profesionalismo en el PUEM	Investigación documental
1.1 ¿Cómo se aborda el profesionalismo en las asignaturas de la especialidad de anestesiología?	Detallar el abordaje del profesionalismo en las asignaturas de la especialidad de Anestesiología.	Observación participante
1.2 ¿Cómo se promueve el aprendizaje del profesionalismo durante la residencia en anestesiología de acuerdo al PUEM?	Relatar la manera en que se promueve el profesionalismo durante la residencia en anestesiología de acuerdo al PUEM	Observación participante
1.3 ¿Cómo se inserta el profesionalismo en el currículum oculto en la formación de los médicos residentes de anestesiología?	Reseñar la inserción del profesionalismo en el currículum oculto en la formación de los médicos residentes de Anestesiología.	Observación participante

<p>2. ¿Cuáles son los elementos centrales del profesionalismo vigente de los médicos residentes de anestesiología?</p>	<p>Analizar los elementos centrales de profesionalismo vigente de los médicos residentes de anestesiología</p>	<p>Entrevista en profundidad</p>
<p>2.1 ¿Cuáles son los conocimientos sobre profesionalismo en los médicos residentes de anestesiología?</p>	<p>Identificar los conocimientos sobre profesionalismo en los médicos residentes de anestesiología.</p>	<p>Entrevista en profundidad</p>
<p>2.2 ¿Cuáles son las actitudes y conductas del médico residente de anestesiología que se relacionan con el profesionalismo?</p>	<p>Contrastar las diferentes actitudes y conductas del médico residente que se relacionan con el profesionalismo.</p>	<p>Observación participante</p>
<p>2.3 ¿Cuáles son los valores profesionales del médico residente de anestesiología?</p>	<p>Identificar los valores profesionales del médico residente.</p>	<p>Observación participante</p>
<p>3. ¿Por qué los factores intrínsecos y extrínsecos modifican la percepción del profesionalismo en los médicos residentes de anestesiología durante su formación?</p>	<p>Explicar la influencia de los factores intrínsecos y extrínsecos en la percepción del profesionalismo de los médicos residentes de anestesiología.</p>	<p>Entrevista en profundidad y observación participante</p>
<p>3.1 ¿Por qué los hábitos sociales adoptados durante la residencia modifican la percepción del profesionalismo en los médicos residentes de anestesiología?</p>	<p>Relacionar los hábitos sociales adoptados durante la residencia con la percepción del profesionalismo en los médicos residentes de anestesiología.</p>	<p>Entrevista en profundidad y Observación participante</p>
<p>3.2 ¿Por qué el estrés laboral afecta el comportamiento y las actitudes profesionales del médico residente de anestesiología?</p>	<p>Exponer el efecto del estrés laboral en las actitudes y comportamiento profesional del médico residente en anestesiología.</p>	<p>Grupos focales</p>

4. ¿Qué concepción tiene el médico residente de anestesiología en torno al profesionalismo?	Interpretar la concepción que tienen los médicos residentes de anestesiología del profesionalismo.	Entrevista en profundidad
4.1 ¿Qué significa el profesionalismo en la práctica del médico residente?	Significar el profesionalismo de los médicos residentes de anestesiología.	Grupos focales
4.2 ¿Qué sentido tiene para el médico residente de anestesiología desarrollar con profesionalismo su práctica clínica?	Deducir el sentido que tiene para el médico residente de anestesiología desarrollarse con profesionalismo en su práctica clínica.	Entrevista en profundidad
4.3 ¿Qué actores médico-educativos han incidido en la concepción actual que tiene acerca del profesionalismo?	Descifrar los actores médico-educativos que han influido en la concepción del profesionalismo de los médicos residentes.	Entrevista en profundidad

Nota. Fuente: Creación de la investigadora

Los instrumentos que se utilizan en la investigación deben tener una estructura apegada a lo que se desea investigar, es decir relacionada con los objetivos de la investigación. En la Tabla 8 se presentan la propuesta del guion de la entrevista en profundidad. De igual forma la guía de observación de la observación participante y de los grupos focales.

Tabla 8

*Guiones y guías de las técnicas de investigación*

Entrevista en profundidad	Observación Participante	Grupos focales
¿Qué concepto tiene usted del profesionalismo?	Actividades educativas: asignaturas, abordaje de temas.	Hábitos sociales adoptados en la residencia y el profesionalismo (influencia).
¿Cuáles considera que son sus componentes?	Abordaje de los conocimientos.	El estrés y sus efectos en el comportamiento y actitudes

¿Qué estudios sobre el profesionalismo o relacionados con ello tiene usted?	Casos clínicos y actividad reflexiva: cognitiva y actitudinal.	Las exigencias laborales y su influencia en el ejercicio del profesionalismo.
¿Cuándo los hizo?	Ambientes de aprendizaje en el aula	Significado del profesionalismo
¿Le parece adecuado el programa de la residencia en la especialidad para su formación integral?	Vestimenta, saludo, presentación, actitud del sujeto.	
¿Qué sentido tiene para usted el profesionalismo?	Relación entre las diversas jerarquías de residentes y el proceso educativo.	
¿Qué ha influido en su historia de vida en la construcción de su profesionalismo?	Lenguaje verbal, lenguaje no verbal.	
¿En la residencia que ha influido en su formación en el profesionalismo?	La relación médico-paciente: Interrogatorio, exploración (actitudes y comportamiento).	
¿Cómo describiría a un médico anestesiólogo con profesionalismo?	Consentimiento informado y su explicación.	
¿Considera que los hábitos sociales adoptados en la residencia modifican su profesionalismo?	Riesgos y la forma de explicarlos y corroborar qué se comprendió.	
¿Qué propone para elevar el nivel de profesionalismo en los médicos residentes de anestesiología?	Relación paciente- médico: comunicación sobre la enfermedad y procedimiento.	

¿Quiénes han influido en usted para construir su profesionalismo?	Relación familiares-médico: explicación aclarar y corroborar información.	
¿Considera que tus relaciones sociales (padres, maestros, amigos, compañeros residentes y adscritos de la especialidad y de otras especialidades) ayudaron a construir el profesionalismo que actualmente tiene?	Relación médico docente-residente.	
Las exigencias laborales y su influencia en el ejercicio del profesionalismo	Relación residente como educador al residente de menor nivel jerárquico.	
	Manejo de conflictos y actitudes ante ellos.	
	Uso de celular: lugar y razón de uso	

Fuente: Creación de la investigadora

#### 7.4 La población de estudio

La población que fue objeto de estudio corresponde a los médicos residentes de anestesiología, adscritos a un hospital de segundo nivel. Este lugar fue elegido por tener médicos becarios que se están formando en anestesiología, distribuidos en distintos grados. También, es donde se encuentran las condiciones para desarrollar el presente proyecto, ya que el investigador conoce el lugar de análisis. Ellos eran médicos en etapa formativa de una especialidad y la importancia radica en que en un periodo de tres años, deben formarse como especialistas con todas sus competencias.

De acuerdo con la planeación del curso su tenían rotaciones periódicas, recibían clases y desarrollan su actividad asistencial. El programa académico de tres años deberá ser cubierto para obtener su título como anestesiólogos. De igual forma, debían cubrir todos los requisitos explicitados en los formatos de ingreso, permanencia y egreso de la especialidad.

La unidad de análisis se eligió por conveniencia o juicio, de acuerdo al número de residentes presentes en la unidad de estudio en el periodo asignado para la recolección de datos. Como ya se mencionó en la población objetivo aun cuando el número de residentes es de diez por cada año escolar, la presencia de ellos en el hospital no es continua, pues están sujetos a las rotaciones programadas dentro y fuera del estado a las que acuden con carácter de obligatoriedad.

En el año del trabajo de campo se tenía una plantilla de treinta médicos residentes, distribuidos en distintos grados. En primer año eran nueve, en segundo año once y en tercer año diez. En ocasiones específicas la sede recibió médicos visitantes. Esta distribución por jerarquía de estudio fue variable pues como un hospital que funciona como sede y subsede, se recibieron médicos para el segundo año procedentes de otras unidades formadoras:

La permanencia (presencia dentro de la sede) de los residentes fue muy variable, debido a las actividades extrasede programadas tanto en nuestro estado como fuera del mismo. Pero, en promedio estuvieron mensualmente diez médicos.

El rango de edad de los médicos fue de 24-35 años de edad, su distribución por género 12 hombres y 18 mujeres. En relación al lugar de origen, procedían de diversos lugares: tres son extranjeros de Colombia y el resto mexicanos. Los estados de procedencia fueron: Zacatecas, Hidalgo Oaxaca, Guerrero, Michoacán y Puebla. Todos hablaban español, lo entendían y escribían y su nivel escolar era licenciatura en medicina. El 40% de los residentes eran casados y con hijos, el 60% solteros. Del grupo de casados vivían con su familia el 70% y el 30% radicaban en la ciudad de Puebla donde vivieron solos. Los solteros en un 40% vivían con sus familias y el resto solos.

De igual forma, durante todo el año cada mes se contaba con la presencia de residentes de distintas jerarquías, en proporciones muy variables pero siempre hubo médicos residentes en la sede, sin embargo, se requería que los médicos aceptaran participar en el estudio y firmaran el consentimiento informado por lo que fue necesario hacer varias sesiones al respecto. El criterio de selección de los participantes se relacionó con la aceptación para participar en la investigación, manifestado por medio de la firma del consentimiento informado.

Es importante mencionar que el tipo de muestreo utilizado fue a conveniencia del investigador, se realizó de esta forma debido a que la cantidad de médicos residentes varían cada mes, ello secundario a sus rotaciones en campo, así como sus periodos vacacionales en instituciones de la ciudad de México y en la misma ciudad, y algunas situaciones imprevistas (enfermedad, embarazo). Por este motivo se utilizó una muestra a conveniencia del investigador. La elección

del tipo de muestreo estuvo en relación a estos problemas ya identificados, por lo que la muestra fue dirigida.

## **7.5 Trabajo de campo**

El profesionalismo de los médicos residentes de anestesiología fue estudiado a partir de este enfoque que vinculó lo médico y lo etnográfico con la finalidad de describir, analizar e interpretar el profesionalismo médico de los residentes de anestesiología. El tipo de investigación se encontró inmersa en la investigación social, en la investigación de fenómenos sociales, con la metodología etnográfica. Ello debido a que las acciones humanas se encuentran inducidas por significados sociales, intenciones, motivos y actitudes así como creencias. El valor de la etnografía se centra en que es un método para investigar las variaciones en los modelos culturales de las sociedades, también se le considera como la descripción de los significados que las personas utilizan para comprender su mundo (Hammersley, 1994), explotando la capacidad del actor social para aprender nuevas culturas, teniendo como finalidad la descripción, el análisis y la interpretación del fenómeno del profesionalismo.

Hymes (1987) y Spradley (1980) con la finalidad de facilitar la realización de una investigación, han sugerido tres modalidades: la etnografía comprensiva, la etnografía con una orientación temática y la etnografía guiada por hipótesis. De las cuales, el estudio del profesionalismo quedó encasillado dentro de la etnografía con una orientación temática y en la etnografía comprensiva. Existen muchas modalidades de etnografías existentes (Colás, 1977) la etnografía antropológica, la etnografía clásica, la etnografía sistemática, la etnografía interpretativa, la etnografía crítica y la etnografía de la comunicación. La etnografía antropológica se centra sobre aspectos específicos de como las personas actúan y viven en sus ambientes, así como sus creencias y costumbres en el mundo. En ella se hace una investigación que permite conocer la forma de vida de distintos actores y observar y definir las diferencias. Son muchos los datos recolectados, en periodos prolongados de tiempo y tiene fuentes muy diversas para la obtención de los datos (Sandín, 2003). Una de las características de este diseño es que es altamente reflexiva. Es esta reflexibilidad un aspecto prioritario para los diseños etnográficos, lo que se experimentó durante este trabajo investigativo.

Así, la etnografía, es una forma de investigación de las ciencias sociales que surge de la antropología cultural y la sociología educativa. En este tipo de investigación se ha descrito el modo de vida del grupo de residentes de anestesiología. Algunos rasgos característicos de la

etnografía son los señalados por Latorre (2003): holística, naturista, inductiva, carácter fenomenológico, libre de juicios, carácter reflexivo. También, se realizó un análisis fuerte con la finalidad descifrar tendencias (Hammersley, 1994).

El estudio se realizó en un hospital de segundo nivel, con mayor antigüedad en la formación de residentes. Se fundó como un hospital- escuela, desde entonces ha cubierto los requerimientos para esa labor. Se forman médicos especialistas de especialidades clínicas y quirúrgicas, cirugía, medicina interna y pediatría. La anestesiología queda englobada en el área quirúrgica de desempeño pero en el área clínica por la intervención. El hospital cuenta con área de quirófano y quirófanos que se habilitan las veinticuatro horas de todos los días del año para atender pacientes quirúrgicos tanto para cirugía electiva como de urgencia. Las especialidades que se atienden son muy diversas así como subespecialidades que van desde cirugía menor hasta cirugía mayor, cirugía de una extremidad hasta cirugía de corazón abierto, en cada área se cuenta con una unidad de cuidados postanestésicos. Por otro lado, existen áreas fuera del quirófano, laboratorio de radiodiagnóstico, con sala de rayos X, tomografía y resonancia magnética. Sala de hemodinamia con procedimientos de intervencionismo cardiaco y neurológico. Salas de estancia corta para realizar el registro vigilancia, de pacientes para procedimientos endoscópicos.

Como en todas las sedes, hay un departamento de enseñanza quien coordina todas las actividades de los residentes, al seno del servicio existe un médico titular, un médico adjunto y médicos tutores de cada grado, primero, segundo, tercero. También, los médicos adscritos actualmente dieciocho, participan en la actividad de enseñanza-asistencia, dentro de los quirófanos y áreas asignadas para realizar labores asistenciales. Todos ellos son anestesiólogos titulados.

El abordaje médico educativo se definió por el grupo de estudio. Y se dejó establecido que el desarrollo del mismo fue en un lugar determinado en este caso hospital, con relaciones específicas, definidas hacia el paciente y otras dentro de la sociedad de atención a la salud: médicos, especialista, enfermeras, trabajadoras sociales, secretarias, administrativos, químicos, personal de intendencia. Siendo un grupo social que construye formas de interactuar específicas con lenguajes propios de la materia de estudio, la salud.

Específicamente, el profesionalismo es un fenómeno que puede ser estudiado en el personal médico de distintas jerarquías. En efecto, esta investigación ha sido enfocada al personal médico becario de posgrado (residentes) en el área de anestesiología, quienes conformaron un grupo social específico con características que han sido descritas en el aparatado de unidad de análisis. Sin embargo, es importante conceptualizar que el hospital fue el sitio donde se realizó la investigación, donde el acceso dado el perfil del investigador, es posible y la presencia de los



informantes también y en algunos casos específicos, se realizó fuera del mismo en lugares predeterminados. Este fue el medio donde se desarrolló el médico residente y se formó el profesionalismo y también se vivenció.

Después de hacer esas consideraciones es importante definir la estrategia del trabajo de campo, por lo que se iniciará con la descripción de los procedimientos de recogida de la información. Estos estuvieron enmarcados de acuerdo a la metodología etnográfica, con las técnicas ya descritas y con el investigador inmerso en el lugar donde se realizó la investigación. Previo al ingreso al trabajo de campo, se solicitó de manera verbal permiso al jefe del área para realizar la investigación, quien aceptó y permitió el ingreso del investigador. Posteriormente, después de una clase, se realizó la invitación a los participantes en una sesión, donde se explicó de manera somera y general lo que se planeaba realizar y solicitando su apoyo para participar. Enfatizando el anonimato de su participación si así lo deseaban así como la libertad para no participar o dejar de participar si esa fuese su decisión en el momento que lo decidieran. A quienes aceptaron participar se les solicitó la firma del consentimiento informado. Una vez logrado el acceso al lugar de investigación, previa autorización por el jefe de servicio, profesor titular y médicos residentes. En una reunión posterior, cuando estaban otros residentes (ya que rotan en otras unidades y no permanece la misma población todo el año) nuevamente se explicó la intención de la investigación y se invitó a los participantes a participar y firmar el consentimiento informado el que se leyó y explicó a satisfacción de los residentes.

Para realizar la entrevista en profundidad, se procedió a planear las entrevistas en profundidad con los distintos participantes. Se le solicitó indicaran una hora adecuada de acuerdo a sus actividades para dialogar respecto al profesionalismo, en algunos casos no fue posible debido a las actividades asistenciales que son prioritarias. Sin embargo, en otros casos se calendarizaron y se pudieron lograr. Uno de los aspectos importantes fue determinar el lugar preciso, así se realizaron en las áreas de estancia corta o cirugía ambulatoria, la unidad de cuidados postanestésicos, en el aula de clases de anestesiología, consultorios de los pisos en el área de hospitalización, en el área de consulta externa, que se encuentra anexa a la unidad.

En otras ocasiones, la entrevista se realizó fuera de la unidad hospitalaria, en la biblioteca central de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), en un aula de la facultad de medicina, en un café. La finalidad era encontrar un lugar para el encuentro y el diálogo, en que se tuviera calma, y privacidad, para que ambas partes nos sintiéramos confortables. No fue una tarea sencilla, muchos lugares fueron explorados, durante varios meses, en algunos, las interrupciones frecuentes, en otras los pacientes, en otras más los familiares y el personal que

transita en ciertas áreas no permitieron un ambiente adecuado. Posteriormente, se encontró un lugar que estando dentro del hospital, está asilado, con privacidad y en una zona tranquila, donde se pudo trabajar con los residentes para realizarles las entrevistas.

Una vez establecida la comunicación con el sujeto de estudio, se solicitó me indicara que disponibilidad de tiempo tenía, de esa forma se acordaba el día, la hora, la duración y dependiendo de ello, el lugar. Un día antes de la entrevista le mandaba un mensaje para recordarle y confirmar su asistencia. Una vez confirmada se procedía. La investigadora llegaba antes de la hora citada para escoger el mejor lugar y tener la privacidad que se requería. Al llegar el entrevistado, lo saludaba y empezábamos a platicar, en cuanto se consideró oportuno, se mencionaba el objetivo de la reunión, se solicitó permiso para grabar la conversación y en la mayoría de los casos aceptaron. Durante la realización de la misma se escuchó en forma activa al entrevistado, con actitud respetuosa, paciente y mostrando interés en la conversación. Dejando que fluya la misma y captando los aspectos verbales y no verbales, que en la conversación se dieron.

Posteriormente, se realizaba la entrevista de acuerdo a los puntos de interés (guion), al término de la misma, agradecí al entrevistado su apoyo, confianza y tiempo. Dejando abierta la posibilidad de una entrevista posterior, la que era aceptada, por lo que el procedimiento para la siguiente parte de la entrevista era recordarles un día antes, y llegar puntual el día de la entrevista con mi material preparado. Tiempo después, de acuerdo a las necesidades de la investigación y la disponibilidad de tiempo del entrevistado, se planearon dos o tres citas más, de acuerdo con la información que requería y sobre todo en relación a los tiempos del residente.

Con la finalidad de obtener la información requerida, previo análisis de acuerdo a la técnica utilizada y los logros que se esperaban obtener en ella. El objetivo en la entrevista a profundidad se centró en identificar los puntos referidos en el guion preestablecido con la consideración de que debía ser flexible y escuchar. Al finalizar, se preguntó al entrevistado si existía alguna duda o deseaba agregar algo, el respeto al tiempo designado para la entrevista, que siempre se determinó con base en la disposición de tiempo del médico sujeto de estudio. Se agradeció y se explicó nuevamente lo que se haría con los datos.

La investigadora, después de la entrevista, realizó un resumen, de la misma, las primeras impresiones o las partes que más llamaron la atención. El siguiente paso fue la transcripción de la entrevista, (auxiliándome de la grabación) lo cual llevaba mucho tiempo.

Para desarrollar la observación participante, se realizó en las áreas de admisión hospitalaria, en estancia corta o cirugía ambulatoria, quirófanos, unidad de cuidados postanestésicos, consulta externa y en el aula de clases de anestesiología. En estas áreas, previo permiso para

ingresar a ellas, la investigadora se dio a la tarea de observar los elementos de interés de acuerdo a la investigación, sobre todo los relacionados con el relato de la forma en que se promueve el aprendizaje del profesionalismo durante residencia en anestesiología de acuerdo al Plan Único de especializaciones Médicas (PUEM), en relación a las asignaturas y la guía de la observación participante. La misión fue observar las diferentes actitudes y conductas de los médicos residentes en esas áreas encontrar las semejanzas, las diferencias y contrastarlas. Posteriormente realizando la redacción de lo observado y cuidando todos los detalles como se hace en la investigación etnográfica.

Para efectuar los grupos focales se planeó una sesión de sesenta minutos con el grupo de residentes en el aula de enseñanza de anestesiología, se acordó una semana antes de su realización con la finalidad de generar diálogo y discusión, respecto a un tema. El objetivo era desarrollar los temas indicados en el guion y conocer el significado del profesionalismo de los médicos residentes. También, conocer las ideas, pensamientos, sentimientos referentes al efecto del estrés laboral en las actitudes y comportamiento profesional del médico residente en anestesiología. Con esta finalidad nos reunimos a las siete de la mañana, se explicó que esta actividad forma parte de las técnicas que se aplicarían para el proyecto de Doctorado en Investigación e Innovación Educativa, invitándoles a participar en forma libre, manifestando que se respetaría el anonimato.

Primero, se realizó una inducción al tema paciente con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Posteriormente, se les informó que requería ser valorado para su intervención quirúrgica. Y se inició con las preguntas clave con la finalidad de promover la discusión y el diálogo respecto al significado del profesionalismo en pacientes en condición de vulnerabilidad. Durante sesenta minutos, se discutió el abordaje en circunstancias diversas, con actitudes distintas y formas de ver el fenómeno. Cerca del término de la sesión, se realizó el cierre y las conclusiones de la misma. Agradecí el tiempo otorgado, la confianza, la actitud participativa y empática de los sujetos de estudio.

La segunda sesión de grupos focales, se confirmó una semana antes de su realización, en el aula de enseñanza de anestesiología. En esta ocasión, se invitó a participar y se les informó antes de la sesión que se realizaría a las siete de la mañana, y que el tema a explorar sería el estrés laboral y su efecto en la atención del paciente. La duración fue de sesenta minutos. Se inició con una inducción orientada hacia la actividad de los médicos residentes en su faceta asistencial y a partir de ella se plantearon discusiones respecto a varios tópicos relacionados con

el estrés laboral, la ambigüedad del papel del residente y el impacto en la atención con profesionalismo a los pacientes. El objetivo fue la interacción con los médicos participantes y externaron en forma libre sus pensamientos y sentimientos y se compartieron experiencias. Lo que permitió reflexionar y finalmente concluir entre todo el grupo y proponer opciones de mejora.

Las sesiones de los grupos focales, se realizaron con grupos pequeños (ocho sujetos en promedio), ahí se reflexionó en torno al profesionalismo y la forma en que se ha implementado en la especialidad, desde su perspectiva. El objetivo fue generar y analizar la interacción entre los participantes. Al término de la misma, se realizó el reporte de la sesión. Las sesiones con grupos focales fue una técnica con un grupo de personas reunidas con el fin de interactuar en una situación de entrevistas grupal, semiestructurada y focalizada sobre una temática particular, que fue común y compartida por todos. Se consideró como mínimo seis personas y máximo doce. El lugar de reunión fue establecido por el entrevistador desempeñando un papel de moderador y se fomentó la discusión, se detonaron distintos puntos sobre el tema referidos en la guía para esta técnica. En esta técnica, fueron evocados recuerdos, sentimientos y actitudes por parte de los participantes que enriquecieron la sesión. Se obtuvo información referente a las percepciones, opiniones, actitudes en el lenguaje propio de los entrevistados. En estos casos se planeó tener tres momentos inicio, intermedio y la parte final de la misma. La parte fundamental fue el establecimiento del *rapport* que es el grado de simpatía y empatía entre los entrevistados y el entrevistador, en el que tuve cuidado especial en la forma de vestir, el trato y el comportamiento durante el grupo focal.

La tercera sesión, se realizó el aula a las siete de la mañana. Para desarrollar esta técnica nuevamente se informo al grupo de residentes que forma parte del mismo proyecto de investigación en el que estoy trabajando, de tal forma que les solicité su apoyo para participar y aceptaron. Inicialmente, retomé el tema del profesionalismo, mismo que he tratado con ellos en otras sesiones bajo otras técnicas. En este campo afloraron temas: la familia, los maestros, médicos, pacientes, las señoritas enfermeras, al equipo sanitario. Pudieron externar sus opiniones con libertad así como todos sus comentarios y posteriormente expliqué que les entregaría una hoja para la actividad de ese día. Les entregué una hoja impresa con los nombres de todos los residentes y médicos adscritos del servicio de anestesiología de todos los turnos. A continuación, les solicité leyeran la lista con los nombres y seleccionaran los que quisieran para ponerles una palomita a los nombres de las personas que han influido positivamente en su formación como

especialistas. Explicué que esa sería la única actividad con respecto a este tema y que el anonimato se respetaría. Al finalizar, me entregaron las hojas, agradecí el tiempo y la actitud, y se retiraron a sus actividades asistenciales.

En general, las técnicas descritas permitieron conocer el modo de vida institucional, conformada por los residentes en anestesiología (Hammersley, 2014). Además, se describió y comprendieron las percepciones, acciones y normas de juicio. De manera sintética, la forma en que se desarrolló la investigación fue mediante la observación directa, permaneciendo en el lugar, conversando con las personas, descubriendo a los sujetos en el escenario y distinguiendo lo que sucede en repetidas ocasiones para realizar una observación contextualizada y profunda. La duración aproximada fue de un año desempeñando el trabajo de campo. Se obtuvieron varios datos mediante, notas de campo, documentos y registros con el uso de la tecnología como fotografías y audios (Taylor, 2015). Se utilizaron instrumentos como el registro de observaciones y entrevista diseñada para un escenario específico, conociendo el punto de vista de los sujetos (escuchar al residente) *in situ*. El punto central, fue descubrir el conocimiento cultural en las mentes de los participantes con una mirada holística, para caracterizar el profesionalismo en los residentes de anestesiología.

### **7.5.1 Las herramientas del trabajo de campo.**

El diario de campo fue una herramienta utilizada para almacenar el producto de la observación del investigador mediante la activación cotidiana del ejercicio de la escritura. En este proceso de plasmación narrativa intervienen factores que deben ser controlados por el antropólogo-escritor: los sentimientos, los prejuicios, las creencias, los gustos estéticos, culinarios, etc. La consideración de estos factores y cualquier otro que se derive de su bagaje experiencial contribuirán a una dosificación de su influencia en el proceso de interpretación de lo observado, pero en ningún caso deben suprimirse, dado que incluso es recomendable que queden reflejados en el mismo diario de campo.

El acto de la escritura se realizó, cuando fue posible, en el mismo escenario y en la misma franja horaria (habitación de la actividad) por ejemplo, después de cenar y recogerse en la intimidad de su habitación. El ambiente tranquilo y el aislamiento favorecieron la rememoración de lo observado, así como la reflexión rentabilizando al máximo las notas de campo del día. La característica primordial de esta herramienta consistió en su carácter de “visualización” de los factores que suelen pasar inadvertidos con otro tipo de técnicas. Mediante el diario de campo se

visualizaron las raíces de los comportamientos observables explicándolos comprensivamente mediante la explicitación de los significados que permanecen ocultos en forma de capas compuestas por un material inaprensible: creencias, los sentimientos, valores, etc. En consecuencia no sólo se escribió el acontecimiento objetivable, el hecho en sí, sino que deben describirse los sentimientos y creencias que se experimentan. Se consideró que una hora de trabajo de campo equivale a tres de la transcripción. El momento de retirarse del campo fue cuando se aprecia la saturación, todo lo observado empieza a repetirse.

A manera de cierre cabe mencionar que la caracterización de esta investigación se diseñó desde que se concibe el mismo y fue fortaleciéndose a lo largo de su desarrollo, siendo una investigación educativa, de corte cualitativo, esta cobijada por el constructivismo y cuya metodología fue la etnográfica. Se utilizaron varias técnicas propias de esta forma de conocer las realidades con una interacción directa de la investigadora en el contexto. Lo que permitió obtener una gran cantidad de datos que fueron orientados por los objetivos de la investigación. Con lo que fue posible conocer a los sujetos e identificar los lugares desde donde se forma el profesionalismo de los médicos residentes. Esta es la descripción del mapa y el itinerario que condujo metodológicamente al logro de los objetivos planteados.

## Capítulo VIII

### Etnografía del profesionalismo

Las residencias médicas han sido el producto de esfuerzos para consolidar la formación de especialistas en respuesta a las necesidades de una sociedad demandante de mayor atención, que de la mano con diversas comorbilidades requiere la atención de personal calificado: especialistas y subespecialistas. Este fenómeno se ha observado a nivel mundial. Sin embargo, en América Latina existen esquemas semejantes de la formación de médicos especialistas que son distintos a los prevalentes en otros países del mundo como Europa y Estados Unidos. El profesionalismo en varios escenarios educativos y de preocupación tanto a nivel mundial de pregrado como en el posgrado es la llamada *deshumanización de la medicina* y las consecuencias que de ella derivan. En efecto, se descubrieron una gama de aspectos que inciden en el profesionalismo médico de los residentes y que muchas veces son voces que no son escuchadas o que ni siquiera han tenido la oportunidad de expresarse y que, en su seno generan conflictos de diversas índoles. No solamente en el paciente sino también en el personal sanitario. Quizá, el profesionalismo que actualmente se practica es sólo la punta del *iceberg*, motivo por el cual se requiere profundizar para comprender este fenómeno social. Me he propuesto ofrecer una visión desde adentro de la vida hospitalaria. Considerando la formación del profesionalismo del residente, y de lo que significa crecer en un hospital público en un estado del centro del país. Los médicos residentes de diversas especialidades médicas, se han incorporado a la fuerza laboral en la atención a la salud, tanto en instituciones públicas y privadas. Para la formación de los profesionales de diversas ramas de la medicina se cuenta con programas específicos orientados a egresar médicos con fundamentos científicos para ejercer su especialidad.

El Plan Único de Especialidades Médicas (PUEM) de Anestesiología vigente en México, desde el planteamiento inicial, describe el perfil de egreso del médico en formación, los alcances, las habilidades, destrezas y conocimientos que se espera logren en el periodo de tres años. Las actividades asistenciales dentro del hospital priorizan la atención a pacientes. Esta es una tendencia mundial y en Latinoamérica se incursiona en la vida hospitalaria desde el primer día de ingreso a la especialidad. Cabe aclarar que los programas académicos y las asignaturas que se cursan como anesthesiólogos, son semejantes en varias instituciones, pero la intención de esta investigación se centra en la formación en el profesionalismo, destacando por supuesto su abordaje en el programa de estudios, pero sobre todo en su implementación clínica.

Es urgente la necesidad de comprender como se forma el médico residente de manera holística, y por ello desde el interior de la vida hospitalaria, he decidido abordarlo con una metodología cualitativa. Lewis (1961) refiere que “el uso antropológico del término cultura supone un patrón de vida que pasa de generación en generación” (p. 8). Por lo que apliqué este concepto de cultura a la comprensión de la residencia médica, que es en esencia un proceso educativo. Quiero llamar la atención para pensar que no es sólo un periodo de preparación cognitiva, motora y sensorial, con esquemas específicos y hábitos de vida, sino que existe mucho más. Por lo que me permito describir la cultura del profesionalismo de los residentes.

### **8.1 Binomio Universidad- Hospital generador de especialistas**

De acuerdo con lo reportado por Sistema Nacional de Residencias Médicas (SNRM, 2018) hay 36 universidades que otorgan el aval a instituciones de salud para la formación de especialistas en anestesiología a nivel nacional. En Puebla, existen dos instituciones educativas que respaldan la formación de médicos especialistas: la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP) responsable de diez instituciones sanitarias y la Universidad Popular Autónoma de Puebla (UPAEP) que da su aval a dos instituciones de salud. También, hay una institución con un esquema híbrido tanto de la BUAP como de la UPAEP. Las instituciones sedes formadoras de residentes de anestesiología en Puebla son trece y pertenecen a distintas dependencias: Secretaría de Salud (SS), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituto Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado de Puebla (ISSSTEP) y un hospital de la universidad: el Hospital Universitario de Puebla (HUP).

La unidad de estudio es un hospital de segundo nivel, es una sede formadora de médicos especialistas de anestesiología, cirugía general, ginecología y obstetricia así como de pediatría. Pero, debido a que en la actualidad, existe una demanda creciente se han creado otras unidades de atención a lo largo de veinticinco años, y se ha modificado el perfil de formación de residentes.

Quienes participaron en este estudio son médicos becarios que se están formando en anestesiología, distribuidos en distintos grados. Son médicos en etapa formativa de una especialidad y la importancia radica en que en un periodo de tres años, construyen sus conocimientos básicos respecto a la especialidad y las habilidades, destrezas y valores como profesionistas en



los campos específico de la anestesiología. Tienen rotaciones periódicas, reciben clases y desarrollan su actividad asistencial. Existe un programa académico de tres años que deben cubrir para obtener el título de anesthesiólogos. De igual forma, deben cubrir los requisitos explicitados en los formatos de ingreso, permanencia y egreso de la especialidad, de la sede.

Para poder ingresar a esta sede formadora de médicos especialistas deben cubrir los requisitos establecidos a nivel nacional, contar con la aprobación del examen de especialidades médicas, curso de inglés, y perfil para desempeñarse como alumno de acuerdo a la institución. Las actividades que el residente realiza dentro de la institución de salud corresponden, primero, a una categoría asistencial y, en segundo término, la educativa, en último nivel, se encuentra la investigativa. Es en la actividad prioritaria donde se gesta la relación paciente-médico, trabajo en equipo, relaciones interpersonales con personal médico de distintas jerarquías, enfermería, camillero, asistentes administrativos, asistentes de equipo médico. Donde se establecen las condiciones favorables para el desarrollo del profesionalismo. La consulta, en la unidad de cuidados postanestésicos, en el quirófano, salas de hemodinamia y endoscopia y el laboratorio de radiología con la tomografía y la resonancia, conforman una gama de escenarios propicios donde se realizó la investigación. El criterio de exclusión fue que los médicos residentes estuvieran adscritos a otra especialidad.

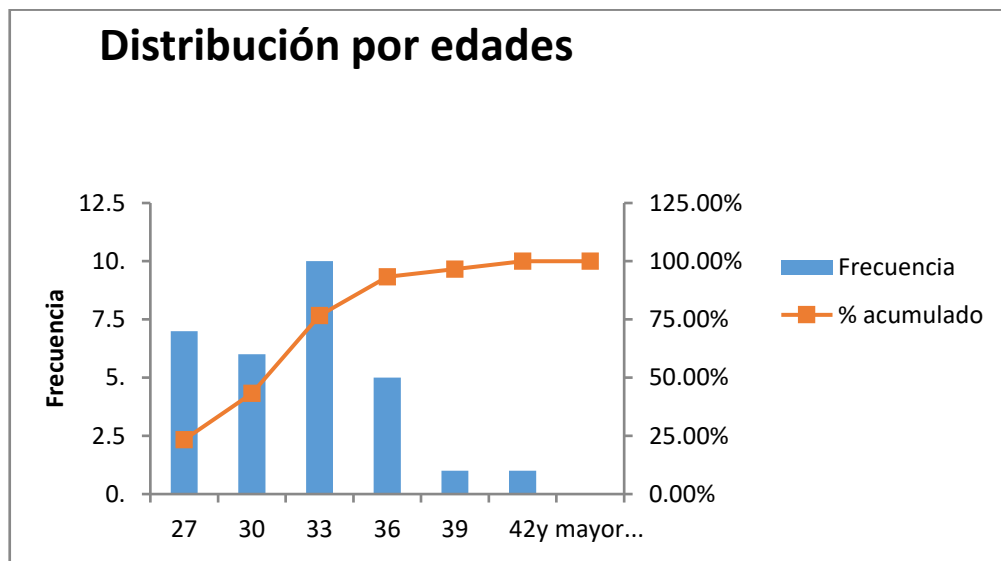
De acuerdo con los resultados obtenidos la población general de residentes está descrita de la siguiente forma. Los residentes de primer año son 9, de segundo año son once y de tercer año son diez, total son 30 residentes. En ocasiones específicas la sede recibe médicos visitantes. Esta distribución por jerarquía de estudio es variable porque es un hospital que funciona como sede y subsele, se reciben médicos para el segundo año procedentes de otras unidades formadoras: Tehuacán y Tlaxcala. La presencia de los residentes dentro de la sede es irregular, debido a las rotaciones programadas, dentro y fuera del estado de Puebla. Con respecto a la distribución por género, se aprecia en la población general que 17 son mujeres (56%) y 13 son hombres (44%). De acuerdo al nivel de residencia, se reparten de la siguiente forma: de primer año ( $R_1$ ) seis son mujeres y tres hombres. En segundo ( $R_2$ ) seis mujeres y cinco hombres y para el tercer año ( $R_3$ ) cinco mujeres y cinco hombre

La población de residentes es variable en relación a su distribución por grado de estudio, ya que depende de varios factores su ingreso a esta sede: haber aprobado el examen para la residencia médica, seleccionar este hospital como sede y ser aceptado para que en él estudie la especialidad. Dentro de los criterios de permanencia está acreditar el idioma inglés. También, conservar un promedio mínimo de siete y no tener condiciones de conducta inaceptable que

limite su permanencia. La permanencia (presencia dentro de la sede) de los residentes es muy variable, debido a las actividades extrasede programadas tanto en nuestro estado como fuera del mismo. Pero, en promedio se tiene una población mensual de ocho a diez médicos, pero no es posible definir de manera uniforme a lo largo del año el perfil de los médicos que permanecerán en la sede. Las rotaciones son a distintas sedes receptoras de rotantes de especialidad, hospitales pediátricos, de obstetricia, terapia intensiva, traumatología y ortopedia, dolor y cáncer, inhaloterapia, neurocirugía y algunas rotaciones extraordinarias dirigidas específicamente y planteadas según requerimientos. Es importante considerar que tienen que disfrutar de dos periodos vacacionales, mismos que son programados con antelación así como sus rotaciones.

Con respecto a la edad, esta fluctúa entre veinticuatro y cuarenta años, existiendo una distribución irregular por grados. En la gráfica 1 se puede apreciar que el grupo etario que predomina es de 33-39 años, sin embargo, existen también algunos becarios mayores de 40 años, por lo que se puede apreciar la equidad y la participación de diversos grupos etarios (tabla 9).

Gráfica 1  
*Distribución de los residentes por edades*



Fuente: Cuestionario realizado por el investigador

Tabla 9  
*Distribución de los becarios de acuerdo a edad*

<b>Rango de edades</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencia acumulada</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
27-30	7	7	23.33
30-33	10	13	43.33
33-36	10	23	76.67
36-39	5	28	93.33
39-42	1	29	96.67
42-45	1	30	100

Fuente: Cuestionario del investigador.

El lugar de origen del grupo de residentes es variado, el 26 de ellos (87%) son mexicanos y 4 (13%) son extranjeros procedentes de Colombia. Del grupo de mexicanos, la mitad de ellos son poblanos, siguen en orden descendiente los residentes del estado de Guerrero. A continuación, igualando el número de residentes están dos representantes por estado, están los estados de Tlaxcala, estado de México, y Veracruz. Finalmente, los Estados de San Luis Potosí, Oaxaca, Hidalgo y Guanajuato tienen un representante en el grupo, estos datos se muestran en la tabla 10.

Tabla 10  
*Lugar de origen de los residentes*

<b>Estado o país</b>	<b>Número de residentes</b>	<b>Estado o país</b>	<b>Número de residentes</b>
Puebla	12	Veracruz	2
Colombia	4	Oaxaca	1
Guerrero	4	Hidalgo	1
Tlaxcala	2	Guanajuato	1
Estado de México	2	San Luis Potosí	1

Fuente: creado por la investigadora

El estado civil registrado por medio del cuestionario que se aplicó a los residentes muestra que un poco más de la mitad 16 de ellos están solteros, ocho son casados, cinco viven en unión libre y uno es divorciado.

Por otra parte, la universidad de la que proceden se puede clasificar en dos grandes grupos: universidades nacionales y extranjeras. Dentro de las primeras, la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP) ha sido el lugar del que han egresado nueve de los médicos residentes. De la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (UPAEP) seis residentes, la

Universidad Autónoma de Guerrero está representada por tres médicos, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) por dos médicos y las siguientes universidades tiene a un médico residente: Universidad del Noreste de Tampico, Tamaulipas, Universidad Autónoma de Oaxaca, Universidad Autónoma de Guadalajara, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH), Universidad Autónoma de Veracruz y la Universidad Cristóbal Colon de Veracruz. Las universidades extranjeras de las que proceden cuatro participantes del estudio son: Universidad Pedagógica de Colombia, Universidad de Santiago de Cali en donde se formaron dos médicos) y la Fundación Universitaria de San Martín en Cali, Colombia.

Para realizar una especialidad médica es necesario presentar el Examen Nacional de Residencias Médicas (ENARM), el número de veces que se ha presentado el examen para obtener un lugar está distribuido de la siguiente forma: trece lo lograron en el primer intento, nueve en el segundo, dos en el tercero, cuatro en el cuarto, uno en el quinto y uno en el séptimo.

Por otro lado, la intención al presentar el examen y la elección de una especialidad, en el examen para otra especialidad distinta a la anestesiología: medicina interna (4 residentes), ginecología y obstetricia (tres residentes). Por Finalmente, psiquiatría y pediatría fueron las especialidades elegidas de primera intención en dos casos.

En relación a las horas de sueño diario antes de ingresar a la especialidad, los participantes describen desde cinco hasta nueve horas. Sin embargo la distribución a detalle muestra que cuatro de ellos refieren que dormían un promedio de cinco horas diarias, seis mencionan que dormían seis horas, nueve dormían siete horas, diez menciona que ocho horas y un participante dormía nueve horas diarias. Otro de los hábitos que se investigó, fue el relacionado con los alimentos. El número de ingestas diaria fue lo explorado, no la cantidad ni la calidad de los mismos. Al respecto, el número de veces que consumían alimento en promedio fue de tres veces al día. Sin embargo, algunos participantes refirieron dos alimentos al día y otros hasta seis.

Las actividades que los padres de los residentes desempeñan se distribuyeron de la siguiente forma: ocho de las madres se dedican a las labores del hogar desempeñándose como amas de casa. Seis son maestras, cuatro se desempeñan como personal administrativo e igual número son enfermeras. Tres se dedican al comercio. Dos son médicos, una odontóloga, una es ingeniero y una es contador público. Por otro lado, los padres tienen las siguientes actividades: cuatro son contadores públicos e igual número de padres se desempeñan como maestros, comerciantes y trabajadores de dependencias gubernamentales. Médico e ingenieros son tres en cada actividad. Abogados son dos y en las siguientes actividades sólo se describe a un padre en

cada ocupación: empresario, economista, mecánico, herrero y arquitecto. Como se muestra en la tabla 11.

Tabla 11

*Ocupación de los padres de los residentes*

<b>Ocupación de pa- dres</b>	<b>Número</b>	<b>Ocupación de ma- dres</b>	<b>Número</b>
Agricultor	1	Ingeniero	1
Arquitecto	1	Odontólogos	1
Comerciante	5	Enfermeras	4
Contador público	4	Labores del hogar	8
Dependencias de go- bierno	4	Personal administra- tivo	4
Economista	1	Contador público	1
Empresario	1	Médico	2
Ingeniero	3	Maestras	6
Licenciado en leyes	2	Comercio	3
Maestro	5		

Fuente: Creado por la investigadora.

En México la atención a la salud de la población, es otorgada por varias instituciones públicas o privadas. Las políticas en salud instauradas han llevado a que se tenga un “perfil de hospital” de distintos niveles según la capacidad que pueda atender y lo especializado de los servicios que pueda dar. Por supuesto, esto está respaldado por el nivel de instrucción del personal que en el labora, la preparación y capacitación del personal y la infraestructura. En un hospital general, la atención es a la población abierta, considerado de segundo nivel pero, que hace funciones en algunas ocasiones como de tercer nivel. Ya que, este hospital de Puebla es uno de los hospitales al que se refieren a los pacientes que en otros niveles de atención no puede resolverse su condición de salud, por estar muy enfermos o por complicaciones en su evolución que requieren cuidados que exigen personal calificado y equipo.

El hospital de segundo nivel, donde se realizó la investigación cuenta con un gran número de camas censables y servicios integrales para apoyo. Para poder dar la atención a los pacientes hay múltiples servicios y áreas, esta división obedece a organigramas bien establecidos cuya finalidad es que sea funcional. Así, existen áreas médicas y áreas quirúrgicas. Estas últimas son donde se realizan las operaciones a los pacientes. El diseño de esta región hospitalaria es único y contiene subáreas para realizar todo el protocolo de atención de un paciente que se operará.

Inicialmente, se cuenta con un área de admisión hospitalaria, donde el paciente ingresa para la realización de los procedimientos a los que ha sido programado. La siguiente área, corresponde al lugar donde los pacientes son preparados para dirigirse al quirófano, hasta este lugar pueden permanecer con sus familiares y los médicos en algunas ocasiones los visitan en esta área ubicada a un lado de las salas de operaciones. Una vez preparado el paciente, es solicitado por el personal de quirófano. El camillero lo pasa a la Unidad de Cuidados Postanestésicos (UCPA), antiguamente llamada Recuperación. Durante el traslado hacia el quirófano, el paciente va acompañado de una enfermera y el camillero para ser presentado e identificado nuevamente por la encargada del ingreso a UCPA.

A su arribo, se recibe y pasa por una puerta poco convencional, es realmente una ventana grande por donde se desplaza al paciente y se cambia de camilla, en todo momento el paciente permanecerá acostado. A esta parte se le conoce como *transfer* tiene una puerta desplazable en sentido vertical que al cerrarse aísla al quirófano del resto del hospital. Posteriormente, en esta área, el personal de enfermería identifica al paciente quien se encuentra solo en espera de ingresar al quirófano que se le haya asignado. El paciente es identificado nuevamente, se corrobora nombre, edad, procedimiento a realizar, el médico responsable, la sala a la que entrará. El tiempo de espera en esta área puede ser variable: desde su paso inmediato a la sala de operaciones hasta dos horas de espera de disponibilidad, hecho que sucede cuando una cirugía urgencia ocupa el quirófano programado, por lo que, el paciente debe esperar un tiempo no determinado de minutos a horas. En la UCPA el paciente en muchos casos es conocido por el personal médico y de enfermería previo a su procedimiento quirúrgico, en otras, el paciente ya fue valorado y nuevamente identificado y re interrogado por el personal.

Aquí cohabitan el cirujano, el anestesiólogo, las enfermeras, el personal de intendencia del área, un camillero y los médicos residentes de anestesiología y cirugía. Todos con rápidas moviidades en este espacio. Sin embargo, los que permanecen en ella por largos periodos de tiempo son los residentes de anestesiología, ya que esta es su casa. Es un gran espacio cerrado, donde no se puede ver el exterior, con paredes muy altas que terminan en pequeñas ventanillas en la parte superior, donde se alcanza únicamente a ver el cielo. Por lo tanto, la iluminación es artificial y el aislamiento del resto del hospital es la regla. El quirófano tiene su propio sonido, está lleno de ruidos de succiones de pared de diversas salas, electrocauterios, agua que corre en el área donde se lavan las manos antes de operar y sonidos conjuntos de todas las salas de los monitores para el cuidado del paciente. Además, puede agregarse el sonido de música de diversos géneros que en ocasiones se escucha en las salas y que confluyen para hacer un ambiente

único. El personal que aquí labora emite palabras, dialoga en diversos tonos y en algunas ocasiones grita. También, se dejan escuchar diálogos de distintos tópicos y risas. Pero, también, llanto y en algunas ocasiones silencios. El olor del quirófano es peculiar, se pueden entremezclar diversos olores, desde la sangre fresca, tejidos expuestos, tejidos infectados, órganos amputados y malolientes, vómito, excretas, líquidos corporales material purulento, cada sala tiene su olor específico, dependiendo del tipo de caso que en ella se aborde. Se crea un ambiente muy especial, con un esquema de movimiento del personal diseñado para evitar contaminación para los pacientes. Así, está determinada la puerta de entrada y el código de vestimenta para permanecer en el área: uniforme quirúrgico, gorro, cubrebocas (que debiera cubrir la boca y la nariz) y botas desechables que cubren el calzado del personal. Y también, con un esquema de flujo de pacientes específico. A esta área no pueden entrar otro personal que no corresponda o este asignado al quirófano.

Una vez que es solicitado un paciente a quirófano, se llega al lugar donde se opera, son espacios rectangulares o cuadrados, de diversos colores, donde existe una mesa quirúrgica (cama), aparatos para coagulación, porta sueros, mesas para material todo metálico, y aparato de anestesia con monitores. En el techo una lámpara enorme que se puede desplazar para dar la angulación necesaria y que ilumine el área a operar. La sala de operaciones se encuentra entre dos pasillos, uno de ellos es donde están las tarjas para efectuar el lavado de manos del personal y al iniciar el pasillo esta la puerta de acceso del personal a las salas. El muro que lo conforma es el que conecta con el exterior del hospital. Para entrar a cada quirófano existe una puerta para cada uno. Atravesando el quirófano rumbo al otro pasillo encontramos otra puerta y enseguida un pasillo ancho, por donde el paciente ingresa a la sala. Este pasillo cuenta con suficiente espacio para transitar con una camilla y para que el personal se movilice de la UCPA al quirófano y viceversa. Al final del pasillo se encuentra la puerta de salida del personal. En la parte lateral derecha el *transfer* y la entrada a la UCPA que es una sala rectangular de aproximadamente 15 metros de largo por 10 metros de ancho, alberga a diez camillas y existen algunos monitores, es un espacio cerrado totalmente aislado que únicamente se conecta con el pasillo y por medio de éste puede darse continuidad rumbo al quirófano o al *transfer*.

Para explicar por dónde se ingresa a las salas de operaciones se requiere describir que existe un vestidor para cada sexo, en él se encuentran una regadera y un baño. Dentro del vestidor hay *lockers* para que el personal guarde sus pertenencias. Esta disposición es semejante en el vestidor de mujeres y hombres. Sin embargo, el vestidor de hombres es más pequeño que el de mujeres.

Anexo a lo ya descrito, existe un pasillo con una puerta lateral izquierda que da a una sala para médicos donde se puede charlar, hay una barra para escribir en toda su periferia y bancos para sentarse. También, esta una pantalla de televisión. Es una habitación de aproximadamente cuatro metros por cuatro metros, el muro dirigido al oriente tiene mitad construcción y mitad ventanal pero los vidrios no son transparentes, sin embargo, la luz del sol se refleja y no se requiere de luz artificial en el día. El resto de los muros son de material de construcción lisos. A un lado de esta sala, pero del lado izquierdo se encuentra la oficina de la secretaria del servicio, llena de muebles, con espacio para poder sentarse, escritorio, computadora, archivero y varios estanteros con materiales diversos, un espacio sin ventilación y cerrado, solo tiene luz artificial y aquí es el sitio real de reunión en lo práctico para los residentes. Al salir de esta oficina hacia el pasillo se puede llegar caminando por el a la “salida del laberinto” donde solo personal del área puede pasar. Al salir se encuentra frente a uno la estancia corta o cirugía ambulatoria.

Es esta área donde el paciente tiene el primer contacto, la describiré en función del quirófano que es de donde ahora venimos de acuerdo a la descripción anterior. Al entrar se observa del lado derecho la central de enfermería, formada en dos bloques: uno para enfermería y el otro para los médicos, aquí están los expedientes de los pacientes que se intervendrán en ese día, el teléfono, la barra para escribir y las sillas para el personal. El carro rojo, que es un mueble pintado de rojo y que tiene cajones y llantas, sobre el aparato como el desfibrilador y en los cajones donde se resguarda el material para auxiliar en caso de situaciones críticas de salud del paciente como un paro cardiaco.

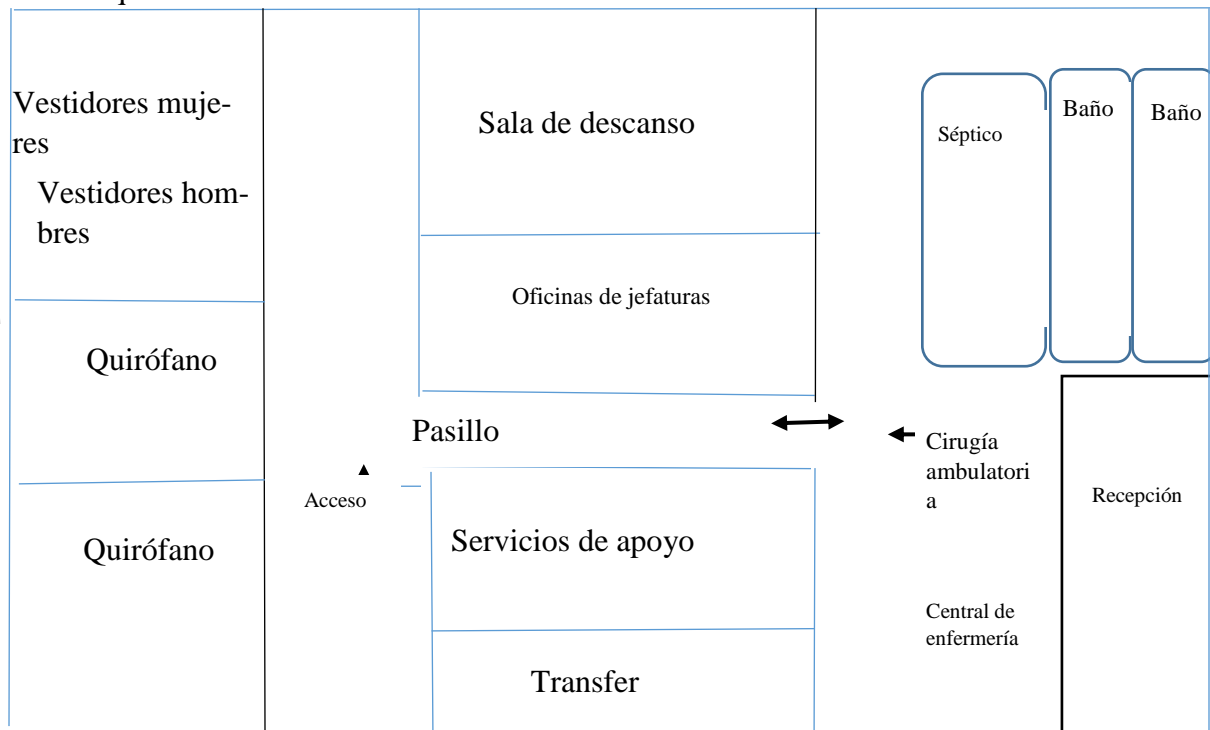
En la UCPA hay espacio para diez camas de paciente, distribuidas alrededor de la central de enfermería, a los lados derecho e izquierdo con cuatro camas cada uno. Al frente y atrás de la central están dos privados con espacio para una cama. También, está el sanitario para hombres y mujeres, la utilería, una bodega y al fondo la recepción. En esta parte se encuentra la recepcionista, quien recibe al paciente cuando se va a operar o se le realizará algún estudio que necesita apoyo por el personal de anestesiología. Adjunta a la recepción, está la sala de espera, donde hay muchas bancas metálicas y termina con una pared de cristal transparente. Es aquí donde el paciente ingresa para solicitar una cama para el día de su intervención. La descripción que he realizado puede verse en el siguiente croquis del área.

Las actividades del residente de anestesiología se desarrollan en diversas áreas. Las que describiré a continuación están fuera de la referida anteriormente. Los estudios de tomografía y resonancia se encuentran dentro del área de Imagenología o Rayos X, junto a esta se encuentra la sala de endoscopia. La sala de hemodinamia, está en otra parte, anexa al hospital. El común



denominador es que en todas estas áreas el equipo con el que se cuenta es una máquina de anestesia, toma de oxígeno y succión, y casi todas cuentan con electrocardiógrafo, la luz es artificial y poco intensa lo que incomoda y no permite realizar las actividades del residente de una manera confortable. Para comprender mejor la disposición de las áreas de trabajo, realicé un croquis de la misma.

Gráfico 2  
Área de quirófano.



Fuente: creación de la investigadora.

Las áreas donde existe radiación cuentan con paredes protegidas con plomo, para evitar daños al exterior. Sin embargo, al interior de la sala se da la radiación secundaria y el residente de anestesiología permanece dentro durante todo el procedimiento. La sala de tomografía tiene un espacio mayor para el trabajo, cuenta con la máquina de anestesia únicamente. En la sala de resonancia magnética debido a que es un campo magnético gigante, una cámara de *Faraday* La Jaula de Faraday (también conocida como Blindaje de RF), es una sala blindada contra las ondas electromagnéticas ambientales, especialmente aquellas cuya frecuencia se encuentra del orden de las frecuencias de radio (radiofrecuencia, o RF). se requiere conocer la forma de conducirse dentro de ella y los cuidados especiales de objetos que pueden alterarse al introducirse.

Por lo tanto, se adecúa todo al contexto de desempeño desde el ingreso tanto el médico como el paciente. Y se debe seleccionar cuidadosamente el material que requiere el paciente pues todos los objetos electrónicos y con metales podrían alterarse de manera permanente. Sin

embargo es una habitación especial, está cerrada totalmente, con ruido continuo en su interior, aislada, se comunican por un micrófono a la sala contigua y con bajas temperaturas por los requerimientos del equipo, la luz es artificial y poco intensa, que en varias ocasiones dificulta para trabajar. Otras actividades se pueden realizar de manera no programada, en intervenciones de extrema urgencia en los diversos pisos del hospital, donde se solicita al residente apoyo sobre todo para el abordaje de la vía aérea en emergencias, por lo tanto los escenarios de desempeño son muy variados. Tiene como un denominador común el estrés de un equipo de salud en la atención a situaciones en crisis.

Cabe mencionar que todos los lugares del hospital donde estén internados pacientes, son visitados por el residente de anestesiología que asiste a valorar a los pacientes hospitalizados para una cirugía con carácter de urgencia o de cirugía programada. El trabajo se desempeña en el piso y cama del paciente y en la sala de trabajo médico de cada piso donde se encuentran los expedientes. Como resultado de esta consulta pueden existir solicitudes de estudios o interconsultas que se comunican a otros compañeros del gremio médico o indicaciones que se deberán solicitar al personal de enfermería. La consulta externa es una actividad que se realiza de manera diaria por el residente, se rota a la persona que la desempeña diariamente.

Existe un edificio de una planta anexo al hospital que se llama Consulta Externa, es aquí donde se realiza la consulta de valoración preanestésica en turnos matutino y vespertino. Hay un consultorio designado para la especialidad, y se encuentra ubicado dentro del ala norte, es el segundo consultorio. Los consultorios cumplen con las especificaciones establecidas en la Norma Oficial Mexicana (NOM 178-SSA1-1998): donde se presenta un croquis de un consultorio de medicina general o familiar. Las medidas son de 4.25 metros de largo por 3.30 metros de ancho, está pintado de color blanco y la distribución del mismo obedece a las indicaciones prescritas en la *NOM 178* y se tiene una adecuación en la parte posterior, donde existe una puerta opuesta a la de entrada de pacientes y es para el personal sanitario, teniendo un pasillo que rodea todos los consultorios por su parte externa.

Es un espacio cerrado, aislado y permite la privacidad para atender a los pacientes, se divide en dos secciones: la primera, para el interrogatorio del paciente y existe la posibilidad de que pase un familiar para acompañarlo (es lo ideal), y la segunda parte, dividida de la primera por una cortina, es el área para la exploración física. La luz es artificial y no cuenta con ventilación. La puerta de entrada principal, por la que el paciente ingresa, conduce a la sala de espera y dentro de ella se encuentra el módulo de atención al público

Gráfico 3  
 Consultorio de anestesiología



Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998 Apéndice informativo 1

La residencia médica es un lugar diseñado para que los médicos residentes tengan un área para guardar sus objetos personales, bañarse y en caso de que puedan descansar, hacerlo. Es un área creada exprefeso con ese fin (anteriormente era un cuarto de cuatro por cuatro dividido por una pared y puerta, en la primera parte, se tenían las máquinas de escribir y una mesa y bancos para hacer las notas, en la aparte de atrás una litera para en caso de poder descansar lo hicieran). Se encuentra fuera del quirófano, en otro piso y están todas las habitaciones diseñadas con ese fin, así hay una para internos, residentes de anestesia, de medicina interna, pediatría, cirugía general. También, existen dos aulas: una de ellas de anestesiología y la otra de pediatría. El tamaño de cada habitación permite que se coloquen dos literas, dos sillas, *lockers* dentro de la habitación. Cuenta con baño y regadera y es de acceso exclusivo para el personal becario. Está pintada de color blanco y cuanta con una ventana.

## 8.2 Un día en el proceso educativo

Todo empieza temprano, para alistarse e iniciar las actividades cotidianas de un día de actividades normales, cuando no sale de guardia. Al hospital se llega aproximadamente 6:45 horas o antes, para poder iniciar las clases del día miércoles a las 7.00 horas en punto, con un tema ya asignado y previamente revisado. Regularmente, se llega antes, porque es necesario revisar que los pacientes que se van a anestesiar se encuentren ya en el hospital. Si el paciente ya está internado, entonces corroborar que esté lo que se solicitó con anticipación, es frecuente que lo que no se ha podido realizar es hablar y explicarles a los familiares porque no se les ha encontrado durante la visita previa. Motivo por el cual se deja esa indicación para que estén temprano y se dialogue con ellos sobre el estado de salud de su familiar y lo que se va a hacer, riesgos y requerimientos como el consentimiento informado.

Posteriormente, se inicia con evaluación y desarrollo del tema, a continuación, comentarios argumentados y discusión. Se requiere salir muy puntual de clase para poder tomar el desayuno que tiene un horario establecido y es en el comedor del hospital. Al salir de la clase, si es posible se pasa a desayunar, ahí se encuentra uno a distintos médicos de diversos servicios, y sirve muchas veces para saludarse e informarse sobre los pacientes y actualizarse de las noticias y evolución de casos. Al llegar al comedor, se forma para pasar a tomar su charola, frente a la barra la asistente de cocina, sirve en los platos los alimentos de alto contenido calórico normalmente, café, pan y fruta. Se busca un lugar dentro de las largas mesas para poder sentarse y a veces se encuentra con otros compañeros para charlar, ver el celular y desayunar. También, en ese momento se comenta sobre las noticias del día, o los casos complejos. Dado el tiempo que es corto para ingerir los alimentos, a veces no se puede esperar para pasar, porque se llegaría tarde a sala. Por lo tanto, se sube mejor a preparar todo y después solicitará que le lleven una torta u otro alimento, eso pasa con cierta frecuencia. A veces da tiempo de comer todo, otras veces no, y se llevan la fruta para más tarde.

La prioridad es revalorar al paciente que tiene programado para esa mañana y preparar la sala, checar los pendientes como los resultados de laboratorio solicitados, la placa de rayos X requerida, buscar a los familiares del paciente para llenar el consentimiento informado. También, en algunas ocasiones corroborar la disposición de sangre para la operación o que los medicamentos requeridos estén listos para su uso. El objetivo es cerciorarse que lo planeado y prevenible está listo para dar certidumbre y seguridad a lo que se va a realizar. En caso de no ser así, se le notifica al adscrito de la sala y es el quien tomará la decisión sobre el caso. En términos generales, los pacientes que pasarán al quirófano pueden proceder de tres lugares: de cirugía ambulatoria, si el paciente viene de su casa o si está internado, puede proceder de los

diferentes servicios y ser cirugía programada o de urgencia y otros pacientes proceden del servicio de urgencias. En cada caso lo deseable es que cuenten con una valoración del servicio de anestesiología, sus exámenes de laboratorio, consentimiento informado, y haber explicado a los familiares y al paciente la situación real de su estado de salud y los riesgos, las probabilidades de ser transfundido y sus implicaciones, contar con un tubo de sangre para determinar grupo sanguíneo y Rh y guardar en caso necesario y a veces se solicita para la continuidad de su atención contar con ventilador para el postoperatorio o cama en terapia intensiva.

Después de checar si está el paciente o no, y haber conocido o reconocido el caso y corroborado todo lo necesario, se dirigen al quirófano. Pasan a la Central de equipos y esterilización (CEYE) para solicitar gorro, cubrebocas y botas desechables, de ahí al quirófano. En el vestidor; algunos se asean la boca, se lavan las manos y se cambian el uniforme blanco por el uniforme quirúrgico que traen de su casa limpio, existe una forma de calzarse las botas y es sobre el calzado, la finalidad es cubrirlo y evitar introducir por medio del calzado tierra o algo que pueda afectar el ambiente, pues esta es un área blanca, en donde se operará el paciente y es imprescindible cuidar de no introducir objetos que puedan contaminar el área. Se tiene una puerta muy pesada que sella el paso al quirófano, da a un pasillo largo en donde se encuentran las tarjas para lavarse las manos, y puede uno atravesar el quirófano para salir a otro pasillo y de ahí caminar hacia la unidad de cuidados postanestésicos (UCPA).

Ya dentro del quirófano, se dirige a la sala asignada para ese día y la prepara, también corrobora que esté lista la sala, el personal asignado al quirófano apoya proporcionando el material necesario, al llegar el adscrito, se le presenta el caso asignado a la sala, se hacen los comentarios pertinentes y autoriza se solicite al paciente. Se le informa al personal de enfermería se solicita al paciente por parte de enfermería y es ingresado a UCPA, el residente lo presenta al médico adscrito, primero se corrobora la identidad del paciente, el procedimiento a realizarse, los diagnósticos y la presencia del consentimiento informado completo, así como la disposición de derivados hemáticos o medicamentos que planean se requerirán en el transoperatorio. Analizan el caso y planean la forma de abordar al paciente desde el punto de vista anestésico mientras enfermería realiza todas las actividades propias del área de UCPA.

Posteriormente, una vez corroborado que el quirófano cuente con lo necesario para el procedimiento, se solicita que el paciente a la sala quirúrgica, lo trae el camillero y se pasa a la mesa de operaciones, es recibido por los residentes de anestesiología, le ponen todos los aparatos para su cuidado que se le llama monitoreo y una vez listo se inicia el procedimiento anestésico. Ya sea una anestesia general o una regional, inicialmente, se le comenta al paciente lo que se le

va a hacer y se inicia colocándole oxígeno por una mascarilla o por unos tubitos para colocarlos en la nariz. Una vez instalada la anestesia se pide inicie el cirujano sus actividades. A las nueve se inicia la intervención quirúrgica, durante todo el tiempo, hay que estar pendiente de los cambios y respuestas del paciente durante la cirugía que puede durar desde 30 minutos hasta 12 o más horas. Durante todo este periodo se interactúa con otros médicos residentes, enfermeras, personal de apoyo para anestesiología, médicos adscritos de la especialidad y de otras especialidades. Esta interacción es de muchas formas. El ambiente se construye por varios elementos, el tipo de especialidad quirúrgica dicta mucho de lo que sucederá.

Por ejemplo, dentro de la cirugía existen especialidades: neurocirugía, otorrinolaringología, cirugía pediátrica, oftalmología, maxilofacial, También, se puede clasificar por regiones del cuerpo: cabeza, cuello, cirugía de tórax, abdomen, extremidades. Y dentro de ellas, hay otras consideraciones, la cirugía de tórax puede incluir cirugía de corazón o cirugía de pulmón, la cirugía de cuello puede ser por un tumor, por un proceso infeccioso y a veces la dificultad para el caso, hace que se sienta tensión, en el mejor de los casos las relaciones interpersonales, actitudes y exigencias son encausadas como equipo y se trabaja de manera simultánea. Sin embargo, pueden existir situaciones en donde el equipo de cirugía se muestre impaciente y hasta desesperado, presionando al de anestesia para comenzar lo antes posible. Lo ideal es que exista una estrecha comunicación entre el equipo quirúrgico, el anestésico, el de enfermería para sacar exitosamente el procedimiento. Sin embargo, el común denominador es el estrés que se vive, de manera distinta se proyecta, hay quien guarda silencio, otros, gritan, otros patean objetos, hay quienes bromean, hablan de su vida personal de los pacientes, del cine, de la música, de todo. Depende como se vaya desarrollando la cirugía. Entre el equipo hablan todo el tiempo. También, algunos ponen música de géneros musicales variables pueden ser desde baladas en español hasta rock. Los cirujanos son quienes normalmente llevan la música y las bocinas. El olor es peculiar dependiendo de los tejidos que se cauterizan, otras veces de los productos que se obtengan: material intestinal, material purulento, hasta la sangre que está presente siempre, tiene un olor peculiar. Cada quirófano es un mundo, donde se construyen historias a cada momento.

De manera secundaria, se tiene relación con otros servicios como banco de sangre y laboratorio e Imagenología, es muy importante contar con una relación previa con solicitudes realizadas, para evitar malestares, tardanzas y hasta que se niegue la posibilidad de suministrar sangre a un paciente aun cuando sangre por falta de previsión o porque los tiempos han sido mal calculados. También, con el personal de Imagenología debe previamente notificárseles, por medio de una solicitud y contar con todo preparado antes de que el paciente entre a sala. El periodo

transoperatorio, es el tiempo de estar pendientes de la atención médica, de la evolución, de monitores, del llenado de registro cada cinco minutos en hoja impresa y de la nota que se generará de la intervención quirúrgica. Aquí nada está escrito, es impredecible, por ello hay que estar pendientes todo el tiempo, esto es estresante, pero necesario, hay que seguirle los pasos al ayudante, anticiparse a los pasos del cirujano, checar que le administra la enfermera, ver todo, estar atento a todo, a la coloración del paciente, sus signos vitales, la cantidad de orina que forma cada hora, la administración de los líquidos por las venas, los medicamentos que requiere y ver su reacción a los mismos. Todo esto debe ser registrado en una hoja diseñada para ello, el residente la llena cuidadosamente cada cinco minutos, y cada hora hace balance de los líquidos, en todo momento interpreta los resultados de la frecuencia cardíaca, la tensión arterial, la frecuencia respiratoria, la cantidad de bióxido de carbono expirado, la temperatura, la saturación de oxígeno para mantener al paciente lo más estable posible ante el trauma quirúrgico del que es objeto.

Por otro lado, también, el residente llena los vales de consumo y demás documentos que deben entregarse para justificar de manera completa el consumo de insumos durante el procedimiento, con las copias que se requieran. Al término de la cirugía se verifican los balances de todo lo administrado y se procede después de que la cirugía termina a hacer una evaluación general de todo lo que ha sucedido. Despertar al paciente previa evaluación y coherencia entre todos los medicamentos administrados y sus condiciones generales para pasarlo a la UCPA en caso de que así su estado de salud lo permita o a otra unidad si lo requiere.

Para el traslado se acompaña al paciente por el personal de enfermería, el residente de anestesiología y el camillero a veces los de cirugía apoyan. A su arribo a la UCPA, es entregado al residente de anestesiología responsable de esta área, comentándole los pormenores del caso y se entregará la papelería completa, se terminan notas posteriores a la anestesia donde se detallan todos los puntos del procedimiento anestésico. Mientras todo esto se da, intendencia prepara la sala para la siguiente cirugía. Al término de las notas, está listo para valorar a otro paciente y hacer el mismo procedimiento, evaluar y hacer nota preoperatoria, checar expediente y hoja de consentimiento informado. Diseñar la estrategia y preparar, presentar al médico adscrito y en forma conjunta planear el manejo anestésico. Ingresar al paciente a UCPA en cuanto se indica e iniciar el procedimiento, igualmente, la duración es variable y esto es impredecible. Como lo son los hallazgos transoperatorios y la evolución de cada paciente, esto es una gran interrogante en cada caso que se aclarará en cuanto se explore el organismo y muestre la realidad de lo que aqueja al sujeto.

Así es cada caso, existe estrés, exigencias, angustia y sobre todo un ritmo intenso de trabajo que puede extenderse por horas no calculadas. Cada guardia es distinta, puede ser que solo sea una cirugía en la mañana otra en la tarde y nada en la noche. Pero, también puede ser que no salga del quirófano, porque hay que pasar una cirugía tras otra, que es lo habitual. Incluso, en turnos nocturnos donde hay ocasiones que no se duerme ni siquiera cinco minutos. Para tomar alimentos o para salir al sanitario, se apoyan los residentes. Sin importar el desenlace de la guardia, al otro día las actividades inician a las siete de la mañana en la atención al paciente programado y salir por la tarde del siguiente día o por la noche, dependiendo de la demanda de trabajo en el quirófano. En ocasiones se amanece el residente en sala y la cirugía se continúa por la mañana del siguiente día, por lo que permanece en la sala hasta que termina el procedimiento. A veces, se turnan para poder salir al baño o a tomar sus alimentos, comida, cena y colación, que no es frecuente que se puedan tomar todos los alimentos, a veces solo uno o dos. Aun cuando en la noche no se duerma por trabajo. Sale de la guardia a la hora que se puede y se va a descansar, a veces dependiendo del trabajo, disponibilidad de personal se le cambia en la sala a las dos de la tarde para que se retire a su casa o a valorar los pacientes del siguiente día. Pero, en otras ocasiones por la complejidad del caso, la evolución del mismo o las consideraciones de los adscritos, no se ejecuta el cambio y saldrá cuando termine el procedimiento quirúrgico y entregue a su paciente en la UCPA con el expediente completo. O en el servicio a donde se tenga que entregar como en la Unidad de Cuidados Intensiva (UCI).

Al siguiente día las actividades asistenciales se inician a las siete de la mañana en quirófano, por lo tanto, debe conocer y preparar la sala, corroborar los pendientes o evaluará los resultados de laboratorio ya solicitados, presentar el caso con el adscrito e iniciar el trabajo en sala a las 8:30 horas. Dependiendo de la programación, la atención se terminará cuando la sala haya concluido actividades Al siguiente día las actividades nuevamente comenzarán a las siete, checando los mismos elementos referidos anteriormente pero, nuevamente, le corresponde la guardia, por lo que, la salida del hospital será hasta el siguiente día en condiciones semejantes a las descritas. Las guardias son cada tres días A, B y C, de acuerdo con el rol establecido al inicio de mes por el médico titular de anestesiología. De manera continua, durante todos los días del mes, durante tres años. Se cuenta con dos periodos vacacionales y rotaciones en diversos hospitales, donde las guardias y el trabajo asistencial se distribuye en relación al rol del médico residente que rota en la sede, sujetándose al mismo desde que llega a esta unidad.

Los horarios de clase se intercalan en el tiempo del horario asistencial y de acuerdo con las exigencias de los casos del quirófano. También, existen actividades colegiadas, sesiones que



son con carácter de obligatoriedad. Una dentro de la sede y la otra fuera de la misma. La primera, es una sesión académica semanal y se lleva a cabo los viernes por la mañana en el auditorio del hospital, y es la sesión general, es de carácter obligatorio, y registran su asistencia, algunos llegan después de guardia, sin dormir. La segunda, es la sesión de la especialidad para residentes promovida por la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), esta se efectúa fuera de la sede, los primeros jueves de cada mes, la temática es referente a la especialidad, promovida por la universidad que da el aval a la especialidad. Otra sesión que es optativa la asistencia es la sesión mensual promovida por el Colegio de Anestesiólogos del Estado de Puebla, que es una organización privada de anestesiólogos y que siempre abordan temas propios de la especialidad, se presentan temas relacionados a diversos tópicos de la anestesiología se realiza en un lugar fuera del hospital y es el último viernes de cada mes por la noche, a la que casi nunca asisten los residentes.

### **8.3 El profesionalismo y su implementación**

La formación de los médicos becarios de posgrado, está encaminada a la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas. Las especialidades médicas tienen una amplia trayectoria formando residentes en diversas especialidades. En Puebla, existen lugares con antecedentes en la formación del personal especializado, específicamente en anestesiología. Los lugares con mayor tradición son el Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Puebla (ISSSTEP), Hospital Universitario de Puebla (HUP), y hospitales de la Secretaría de Salud como el Hospital General de Puebla “Dr. Eduardo Vázquez Navarro”, Hospital General de la Zona Norte Bicentenario de la Independencia, Hospital General de Cholula. También, Instituciones privadas como el Hospital de la Universidad Popular Autónoma de Puebla (UPAEP). Todos ellos, con el afán de egresar médicos anestesiólogos con las competencias que la profesión exige introducen en los campos clínicos desde el inicio de la especialidad a los residentes. Así, la incursión en el medio hospitalario es inmediata desde el primer día de la residencia. Por ello, se planteó la categoría de la: Implementación del profesionalismo en el Plan Único de Especializaciones Médicas.

### **8.4 La enseñanza de la especialidad**

El Plan Único de Especialidades Médicas (PUEM) es la base del Programa Académico (PA) y Plan Operativo (PO). Este último se solicita al profesor titular de anestesiología cada año, en él se señala el desarrollo de la residencia calendarizado por servicios, rotaciones, sesiones departamentales y generales, actividades académicas y de investigación, tiempos para la toma de alimentos, descansos, guardias y vacaciones, de acuerdo con el plan de estudios correspondiente. En el Programa Operativo se describen los contenidos temáticos para cada grado de la residencia: 1, 2 y 3. Contiene un temario por unidades didácticas información descrita en una lista de temas que se pretende sean abordados durante los tres años de la especialidad médica. La descripción de las asignaturas está presente, y los subtemas a abordarse de igual manera se encuentran presentes, el médico responsable de que sean revisados con los alumnos y los meses en que se deben abordar también están consignados en el programa operativo de anestesiología. Con respecto al abordaje del profesionalismo médico o materias como ética y bioética, no se encuentran en el programa, por lo menos en el alcance descriptivo que fue revisado en el 2018.

La Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, que es la institución educativa que da el aval universitario a la especialidad, cuenta con un programa académico que fue autorizado en 1970. Conformado por 17 materias y 300 créditos. Con respecto al tema que nos ocupa, en los objetivos particulares del Programa Académico de Anestesiología (2016) se menciona: “Formar médicos especialistas en anestesiología que desarrollen habilidades y actitudes éticas y humanísticas” (p. 17). Y se desglosa en el Plan de estudios la siguiente distribución: para el primer año de la especialidad, ciencias básicas, Medicina interna, Técnicas anestésicas y Práctica Clínica complementaria. Para el segundo año de la especialidad: Obstetricia, Pediatría, Técnicas Anestésicas II, Medicina Crítica y Prácticas Clínicas complementarias. Y para el tercer año: Anestesiología por especialidades y Prácticas Clínicas Complementarias.

La categoría de análisis sobre el abordaje el profesionalismo en las asignaturas de la especialidad de anestesiología, se describe el programa académico para el primer año de la especialidad de la siguiente manera. Ciencias básicas: Seminario de atención Médica 1 donde se mencionan bioquímica, fisicoquímica, anatomía y fisiología de aparatos y sistemas diversos: respiratorio, cardiovascular, renal y el sistema nervioso central. Técnicas anestésicas: Integración de los conocimientos en la práctica clínica y hace referencia a la integración de los conceptos fisicoquímicos. Por otro lado, se abordan dos temas más: vía aérea con las consideraciones específicas de la máquina de anestesia e intubación. Farmacología propuesta como habilidades para la anestesia regional y general. La tercera parte se refiere a medicina interna, donde se tiene

como objetivo general que se conozcan las patologías que comprometen el procedimiento anestésicos y que pueden ser de diversas especialidades: cardiovasculares, neumología, nefrología, endocrinopatías, hematología y de cirugía general. En el cuarto rubro, menciona el Trabajo de atención médica, donde hace referencia a que los pacientes serán atendidos en la unidad hospitalaria, supervisado y desarrollará las competencias y habilidades y destrezas en la anestesiología. El seminario de investigación I. Se aborda su enseñanza como curso-taller para que el alumno aprenda a resolver los problemas que identifica con el uso del método científico, promoviendo la metodología de a investigación. Finalmente, el seminario de educación cuya finalidad es que el alumno adquiera las herramientas pedagógicas para su desempeño posterior y alcanzar las competencias que se requieren.

En el segundo año se lleva el Seminario de Atención Médica II, dentro del cual se da importancia al binomio formado por la madre y el hijo, que son vistos en obstetricia y pediatría. En Técnicas anestésicas II se aborda la vía aérea difícil desde su diagnóstico y aditamentos para su manejo. También, los procedimientos y técnicas relacionados a procedimientos muy específicos como catéter central y línea arterial. La medicina crítica es descrita en tres proyecciones: básica, médica y quirúrgica. Las prácticas clínicas complementarias II, el seminario de investigación que se proyecta sobre la metodología de la investigación y el seminario de educación en el cual se describe metodología educativa. Por otra parte, en tercer año abarca el seminario de atención médica, donde se refiere a la anestesia para las diversas especialidades quirúrgicas, seminario de investigación III refiriendo la tesis y el seminario de educación III citando métodos educativos y herramientas educativas. Las prácticas clínicas complementarias III. Al revisar el programa académico, se muestran los elementos descritos anteriormente. El PUEM que presenta actualmente la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), contempla una actualización (2008, p. 30) en donde se describe el seminario de atención médica I en cuyo contenido detalla el profesionalismo médico (tabla 12) de la siguiente forma:

- Profesionalismo Médico
- Historia y evolución del concepto de profesionalismo en las ciencias de la salud.
- Influencia de la sociedad y otros factores externos en la medicina.
- Plan Único de Especializaciones Médicas Anestesiología.
- Marco conceptual y definiciones de profesión, profesionista y profesionalismo en general y aplicadas a la medicina.
- Atributos y conductas del profesionalismo: Altruismo, honor, integridad, compasión, responsabilidad, rendición de cuentas, excelencia, compromiso con la erudición y los

avances científicos en su campo, desarrollo profesional continuo, medicina basada en evidencias.

•

Tabla 12

Seminario de atención Médica I

Liderazgo	Ética y profesionalismo	Autoevaluación
Preocupación por los demás y por la sociedad	Aspectos legales del profesionalismo.	Evaluación por pares.
Altos estándares éticos y morales	El profesional de la medicina y la industria farmacéutica.	Evaluación por pacientes.
Confiabilidad	El profesional reflexivo.	Evaluación de 360 grados.
Reflexiones sobre sus acciones y decisiones	Estrategias para enseñar y modelar el profesionalismo.	Observación por los profesores.
Manejo de problemas complejos y de la incertidumbre	Evaluación del profesionalismo	Portafolios.
Uso apropiado del poder y la autoridad	Profesionalismo en la certificación y acreditación	Incidentes críticos.
Multiculturalismo		Evaluación por examen clínico estructurado objetivo Exámenes de selección múltiple Simuladores

Fuente: UNAM (2008, p. 30).

Aún cuando este es el programa y plan de estudios actualizados en la UNAM, en el programa operativo y plan de estudios no se encuentra esta modificación. Las asignaturas que ya se han mencionado, se abordan desde un punto de vista disciplinar únicamente. Por lo tanto, es evidente que el aprendizaje del profesionalismo no se encuentra confinado de manera explícita en el programa académico ni en el plan operativo.

### 8.5 ¿Cómo se promueve el profesionalismo?

El aprendizaje del profesionalismo en los residentes de anestesiología apegado de manera estricta al Plan Único de Especialidades Médicas se encuentra enmarcado en los objetivos generales de la especialidad, sin embargo, de acuerdo al Plan Operativo en el que se basa la enseñanza en anestesiología, no se encuentra presente la descripción del mismo. Sin embargo, eso no quiere decir que no se promueva el mismo y que no se enseñe, por supuesto que en el diario ejercicio de la anestesiología está presente, pero en el currículum oculto. Los residentes lo perciben y hacen observaciones y aportaciones en este trabajo, una vez que se han dado cuenta en las entrevistas que esta ausencia explícita, requiere hacerse presente en el Plan Operativo y en Programa Académico. Con la finalidad, de sentar las bases de su conducta y normar las decisiones que en casos específicos como los dilemas bioéticos requieren. Al llegar al hospital se le entrega a los residentes por parte de enseñanza, un conjunto de normatividades a las que se debe apegar su desempeño, de alguna forma, marcan una orientación sobre los lineamientos de conducta a seguir al interior del hospital y en la relación con el paciente.

De igual forma, a partir de su ingreso al servicio por parte del profesor titular y jefe de servicio, se les da la bienvenida y se explica la manera como se trabaja, se pone a su alcance el plan de trabajo y programa académico, También, establecen lineamientos para tener un buen desempeño y sentar las bases para el trabajo. Se presenta especial atención a los casos clínicos que son revisados de manera grupal, dirigidos a todo el grupo de residentes de anestesiología presentes en el momento de la sesión dentro de las instalaciones. En la sesión se revisan casos que favorecen los puntos a tratar en el debate y el mostrar algunos elementos y criterios de conducta. Sin embargo, están encaminados a la temática disciplinar y de manera extraordinaria, se contemplan otros aspectos como de profesionalismo, éticos, bioéticos y legales.

Entonces, ¿Cómo se aprende el profesionalismo?: El Currículum oculto. La vida clínica dentro de la que se forma el residente, enfrenta situaciones múltiples y distintas con cada paciente. Contextos diversos que enmarcan las actitudes con las que el paciente llega para ser atendido. Los pacientes cargan múltiples cuestionamientos antes de una operación, enfrascados en miedos o terrores. Preocupaciones que les impiden ver objetivamente la situación que viven. Por otro lado, el residente se presenta a cada procedimiento con los conocimientos adquiridos, las conductas aprendidas y observadas de otros y la propia como el resultado de la reflexión o del impulso, pero también, con sus emociones y sus miedos. Cada caso es distinto, desde la edad de los pacientes, puede tratarse de un recién nacido a quien le corresponda atender, a un adulto en edad fértil o a un paciente senil. Sin embargo, no se encuentra solo para afrontar el reto anestésico, está al lado de un adscrito quien tiene toda la responsabilidad y el poder de decidir

el manejo anestésico del paciente. Además, está rodeado casi siempre de otros residentes de anestesiología dentro de la sala, de distinto grado. La manera en que interactúan dependerá del adscrito, quien dará la orientación respecto a la forma de hacer el trabajo.

Sin embargo, existen actividades propias de cada uno de los residentes de acuerdo al grado que tienen y a la época del año escolar que se observe su actuar. Cuando se trata de inicio de curso, son los residentes de primero los que observan y aprenden, primero observando y después, haciendo lo elemental como es la preparación de la sala. La observación sobre lo que hacen los residentes de primero es posterior a los tres meses, ellos ya desempeñan algunas actividades y asumen la responsabilidad que ello implica. En la parte final del curso, se espera que ya preparen la sala, preparen medicamentos y además, ya valoran a los pacientes, siempre supervisados y asesorados por el residente de mayor jerarquía y por el adscrito.

Por lo tanto, los residentes de primer grado son quienes una vez capacitados por el residente de mayor jerarquía, para preparar la sala quirúrgica, incluyendo el material requerido de manera estándar para todo procedimiento como lo es la presencia de oxígeno, la máquina de anestesia funcionando, la succión y sondas que se requieren para aspirar, los monitores que se utilizarán así como el material para conectarlos al paciente. En seguida se habilitará en la preparación de los medicamentos, que ya han sido estudiados durante el periodo de tiempo que lleva en su inmersión en el servicio de anestesiología. Las jeringas y sus etiquetas dado que son gran responsabilidad, prefieren que al inicio las prepare el residente de segundo año o tercero según el personal que este asignado en la sala. Todas las tareas, deben ser supervisadas de manera ideal por el residente de mayor grado y asesoradas y validadas por el adscrito de la sala.

Dentro de la sala, lo que se dice o no dependerá del adscrito, lo que pregunte, las exigencias las determina él. De esta forma se aprende a tomar decisiones mirando los diversos escenarios y viviendo las situaciones diversas que se presentan en el día a día. La manera como se promueve el profesionalismo de acuerdo con los entrevistas realizadas es por medio de la práctica cotidiana: en lo operativo-asistencial, al lado de los médicos adscritos de la especialidad. Los participantes comentaron sobre el concepto del profesionalismo, que es la:

(...) “Capacitación técnica y científica, con características humanas, valores, ética que sobrepasa a lo técnico propiamente dicho y que se manifiesta en servicio al otro” (RA 2.1, Entrevista personal, 7 de marzo 2018).

Y es así como en el aula-práctica que es el quirófano se aprende no solamente lo técnico, las habilidades, las destrezas y la forma de relacionarse con otros: el paciente, el adscrito, el compañero residente de distinto grado, los compañeros de otras especialidades, el personal de enfermería y de servicios de apoyo. Es donde se pone en práctica lo teórico. Como todos son

adultos, llegan con el bagaje que su desarrollo, crecimiento y experiencia de vida les ha dado y con todo ello enfrentan los retos anestésicos. Respecto al aprendizaje de los adscritos los becarios expresan:

“Algunos me enseñan lo que debo hacer, otros dan otros ejemplos y uno decide que tomar para sí mismo” (RA 4.1 entrevista personal 4 de mayo del 2018).

Por lo tanto, en el adscrito recae la responsabilidad de enseñar muchas más cosas que lo disciplinar, la teoría sustenta las decisiones, pero no todo se concreta a esto, los residentes aprenden que hay adscritos que cuidan mucho al paciente,

“Algunos les importa el paciente, lo desean optimizar, pero otros lo pasan como esté” (RA 7.2 entrevista personal 12 de diciembre del 2018).

Y de acuerdo a ello se ponderarán las consecuencias de las acciones o decisiones tomadas. Algunos adscritos comparten sus conocimientos, generan discusión con los residentes sobre el caso, previo a entrar a sala y de manera conjunta acuerdan la distribución de actividades. Se evalúa al residente sobre el conocimiento del caso en general y las actualizaciones posteriores a la valoración y la técnica de abordaje anestésico, también se hacen observaciones sobre la manera de decir los diagnósticos y se comenta sobre el estado de ánimo de los pacientes, como se muestra en la siguiente experiencia:

La señora A. H. E. de 42 años, con diagnóstico de cáncer de ovario derecho programada para laparotomía exploradora, los médicos se presentaron y la saludaron al llegar a verla en la UCPA, abordaron todo el contexto médico necesario. Notaron que la paciente se encontraba muy angustiada, consideraron que era por la cirugía pero no le preguntaron si había algo más. (En la cara de la paciente había mucho miedo, y a la vez decisión porque le quietaran el tumor que era un cáncer de ovario. Se preocupaba por su hija, por su esposo, por el dinero. Me acerqué a platicar con ella mientras los médicos tratantes se alejaron para discutir el caso. La escuché atentamente, sus ojos se llenaron de lágrimas, externó que deseaba regresar a casa con bien. La escuché respetuosamente). Posteriormente, uno de los residentes le administró un medicamento para disminuir la angustia y se quedó a cuidarla hasta su traslado, todo ello autorizado, supervisado de cerca y acompañado por la adscrita de la sala. (Observación participante 11, Unidad de cuidados postanestésicos (UCPA), 28 de noviembre del 2018).

En este caso, fue patente que durante la cirugía las cosas pueden cambiar abruptamente, ya que, se requería un medicamento con urgencia, pero, ni en la sala, ni en el quirófano se contaba con él, por lo que fue necesario solicitar apoyo a la jefa de enfermeras quien se dio a la tarea dada la exigencia del personal de anestesia, de tratar de conseguir el medicamento de manera urgente. Mientras tanto, uno de los residentes hizo una receta para entregársela al familiar de la paciente. Al comentarle a la adscrita la situación económica de la paciente y el estado de salud de su esposo (Casi ciego, siendo el único familiar que a acompañaba), decide tomar otra

actitud y llama para retirar la receta, y buscar por otro lado en el hospital. Finalmente, lo encuentran y se le administra.

En esa misma visita, se presentaron otras urgencias, una de ellas fue para una paciente de sexo femenino de 40 años de edad a quien urgía quitarle la vesícula, su diagnóstico era Cáncer de vesícula, debido a las circunstancias y presiones del servicio de cirugía, abrieron una sala sin adscrito de anestesiología, habilitándola con los residentes y bajo la supervisión de otro médico que estaba atendiendo ya una sala, pero por las circunstancias se acercó y adoptó la otra sala también. Por lo tanto, de manera simultánea se realizaron los dos procedimientos con un mismo anestesiólogo responsable. En esta sala, que es la de mayor tamaño se sentía frío, la paciente ya estaba en sala cuando la adscrita llegó, preguntó a los residentes y decidieron iniciar el procedimiento. Apenas había iniciado el paso de medicamentos el adscrito de cirugía descubre a la paciente y le retira la bata para realizar el aseo del área a operar, -note el enfado de la adscrita por esta actitud del cirujano, sin embargo, no dijo nada y prosiguió con su trabajo. Así, transcurren los procedimientos, checando ambas salas y atendiendo hasta que las cirugías finalizaron. Las pacientes pasaron a UCPA donde estuvieron cuidadas por el personal de esa área (Observación participante 11, UCPA y sala de operaciones, 28 de noviembre del 2018).

Los escenarios que a diario se viven son complejos, en todas las áreas donde desempeña su labor el residente de anestesiología. En la consulta externa, se tiene asignado un consultorio. El consultorio cumple con los lineamientos requeridos por la Secretaría de Salud para este fin, es rectangular, pintado de color blanco, cuenta con escritorio, sillón del médico, dos sillas para el familiar y el paciente, vitrina, mesa de exploración. Poco ventilado con luz artificial y fresco. Para ingresar a él se puede hacer por dos puertas una de ellas es la entrada de los pacientes conectada a la sala de espera y la segunda es un pasillo para el personal. Las actividades en el consultorio inician a las 8:30 horas, se tiene asignada una lista de pacientes programados para consulta de valoración anestésica, de acuerdo con el orden de llegada y toma de signos vitales se otorga una ficha con un número progresivo, y pasarán a la consulta de acuerdo a este número. El residente asignado a la consulta externa, realiza las siguientes actividades:

“Inicialmente, la doctora preparó y revisó el material necesario para realizar su actividad, recetas, solicitudes, hojas de interconsulta, formatos de consentimiento informado, abatelenguas, expedientes de los pacientes y revisa que estén en orden progresivo. Posteriormente, tomó el primer expediente, leyó el nombre en voz alta y lo llamó desde la puerta del consultorio. El paciente y su familiar ingresaron al consultorio saludaron someramente y de igual forma la doctora saludó sin mirar al paciente. El paciente no levantaba la mirada, estaba encorvado y muy pálido, solo escuchaba y contestaba con monosílabos”. (Observación participante 1, consulta externa, 18 de abril 2018).



Se trata de una residente de primer año, enfrentando una situación de consulta con un paciente callado, ausente, que arrastra las palabras y realmente quien contesta es su esposa. El señor tiene 23 años enfermo, y ahora desafortunadamente, se ha agregado al diagnóstico de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, el de Cáncer de pene. La consulta se da de manera clara y directa, sin hacer hincapié en nada. La exploración fue respetuosa, explicando lo que en cada momento iba a realizar. Al finalizar la misma, se remitió al expediente para anotar los hallazgos clínicos y de laboratorio. Miró al paciente y le explicó la técnica anestésica, el paciente nunca levantó la cabeza, pero quien asintió con la cabeza fue su esposa. Ella recibió las indicaciones, la doctora preguntó sobre las dudas que pudieran existir al ser negativa la respuesta, procedió a la firma del consentimiento informado y dio por terminada la consulta (Observación participante 1, consulta externa, 18 de abril 2018).

La valoración anestésica es una piedra angular en la atención perioperatoria, aquí se hace el primer contacto del paciente con el servicio, se establecen las bases del procedimiento anestésico, se identifican las circunstancias relacionadas con la salud del paciente que lo llevan a la realización de un estudio o de una cirugía. Por ello, se hacen muchas preguntas, se explora al paciente y se revisan sus resultados de laboratorio, con la finalidad de conocer el caso, explicar riesgos y hacer una propuesta que debe ser autorizada en el consentimiento informado. O se soliciten las intervenciones que cada caso requiera.

La estancia llamada cirugía ambulatoria, es una zona del hospital donde el paciente que procede de su domicilio, ingresa y de este lugar pasará al quirófano. En algunas ocasiones es la parte donde se tiene el primer contacto con el paciente por parte del residente de anestesiología que acompañará al paciente en su cirugía o procedimiento anestésico. Los pacientes son de edades diversas, este caso fue de una paciente de 10 años de edad, con una malformación en labio y paladar, la residente la atendió en cirugía ambulatoria y preguntando los antecedentes de la paciente a la madre de la niña quien siempre la ha acompañado, comentó que esta es la primera vez que se programa en este hospital, ya tenía dos intervenciones y han sido en un hospital de especialidad en pediatría. Por lo que fue necesario preguntar por las experiencias previas en anestesiología, la madre de la pequeña mencionó:

“(…) la primera vez me tocó una anestesióloga muy prepotente, que no explicaba, ni nada. Solamente la cirujana, me dijo, todo, pasito por pasito, aunque se tarda pero explica todo. Pero, la otra es mala.- Digo, son doctores pero también se deben poner en los zapatos de los pacientes. Créame no es por gusto estar aquí. No tiene sensibilidad, fue muy pesada. La segunda vez, fue un doctor muy buena gente, le dio su dulce, le dijo: ¡ten mi chiquita! Y mi niña se sintió mejor” (Observación participante 9, 25 de julio 2018).

Este tipo de experiencia en esta ocasión fue bajo el cuidado de la residente durante todo el proceso de ingreso, UCPA, quirófano, UCPA y egreso, la residente se veía muy tranquila y hacía su trabajo a gusto, la madre de la paciente lo percibió muy bien, manifestando su agradecimiento al finalizar todo, para irse a su casa (Diario de campo, 25 de julio del 2018). Quizá, una de las experiencias más complejas es cuando un paciente desarrolla una reacción muy severa a algún medicamento administrado en cualquier momento de su atención médica, Ello puede conducir a los pacientes a situaciones críticas y pongan en riesgo su vida. Desde la valoración anestésica debe ser identificado este problema y crear las condiciones para atender mejor al paciente y otorgar seguridad. El día del ingreso de la paciente los residentes de anestesiología notificaron a su adscrito de la situación. De acuerdo con lo referido en el expediente tanto a la paciente como a sus familiares se les explicaron los riesgos que podría correr ante una cirugía de una hernia en el ombligo, no por la hernia en sí, pero si por los antecedentes de alergias a muchos alimentos y texturas.

Sin embargo, la paciente obsesionada con la cirugía, insiste en ser operada ya había firmado el consentimiento informado y así se hace, el comentario del familiar es respeto su decisión y la respaldo. Se prepararon con el material necesario para enfrentar cualquier situación compleja. Aunque es una paciente obesa, la colocan en una posición que permita abordar su espalda y la bloquearon, fue una anestesia en la espalda, exitosa. Ya iniciada la cirugía se decide administrar un medicamento para evitar el dolor después de la cirugía, después de pasar el medicamento por la vena, la paciente presenta complicaciones importantes, por lo que dieron la asistencia respiratoria y cardiaca, y la continuidad del manejo en la terapia intensiva, la paciente estaba grave. El residente de anestesia acompañado por el adscrito notificó a los familiares la gravedad del caso, y por qué se había trasladado a la terapia intensiva. Después de algunos días la paciente salió muy bien. El residente siguió el caso por varios días hasta su egreso (Observación participante 4, quirófano y terapia intensiva, 23 de mayo del 2018).

Durante las entrevistas se les preguntó a los residentes sobre los temas que consideran estaban ausentes en el programa académico de la especialidad, las respuestas coincidieron en varios puntos, en general se menciona que no se aborda ética, profesionalismo y bioética, pero que desean que sean vistos desde una perspectiva actual, acotadas al contexto, a las condiciones actuales de la vida, liderazgo, aplicación de la normatividad de anestesiología y su análisis desde el punto de vista médico-legal. Ellos sugieren que son temas que deben darse a conocer, (...)

“En primer lugar, dándolo a conocer, quiero decir abordándolo pero en un campo real de este tiempo” (RA 3. 2, entrevista directa, 12 de mayo 2018).

Lo descrito por algunos de los residentes durante las entrevistas, permean las necesidades que ellos sienten y que no son satisfechas y lo expresan de la siguiente manera:

(...) “Se debería hacer un apartado en el programa académico, de temas que no son conocimientos teóricos. Pero que para el ejercicio de la anestesiología son importantes. Hay cosas que cada uno las aprende como puede. No se hablan nunca, se sienten pero, se callan. Algo para involucrarnos más con el paciente fuera del quirófano, nosotros solo lo vemos dentro de las salas de operaciones. Pero, nos debe importar, hacer el apartadito en el temario de cosas que no se aprenden, como dicen en la escuela no te enseñan a cobrar, dar malas noticias, tratar con un paciente difícil, la cuestión legal. Implementarlo y que quede en el programa, el trato con el paciente. Un paciente que se valora y no se le informa o no lo deja satisfecho, entra con miedo, eso es importante. Eso nos falta.” (RA 8.2, entrevista directa, 12 de diciembre del 2018).

Las descripciones de los demás entrevistados coincidieron en que es necesario estudiarlo, aun cuando no viene en el programa, pero que fuera aplicado a su realidad, a los tiempos actuales, también, coincidieron en que les sería de gran utilidad, ya que, no se le da importancia y es fundamental para la relación paciente-médico. Algunos propusieron diversas formas de abordarlo: en talleres con expertos, invitados a dar conferencias, cursos *on line*, otros más mediante revisión de artículos “con conocimientos, con revisión de artículos pero con casos específicos que nos hagan pensar y nos ayuden a ubicarnos”. (RA 4. 2, entrevista directa, 17 de julio 2018). Los médicos entrevistados coinciden en que el profesionalismo está presente en el actuar médico, de igual forma como una característica no solo propia de las profesiones del área de la salud, sino, de las actividades del hombre. Que lo aprenden en el diario ejercicio de la especialidad, no escrito en un texto, sino en la parte vivencial, en el día a día.

(...) “es importante, ya que, hay toda clase de maestros, con mucha experiencia, que enseñan las mañas que han adquirido en su quehacer profesional hasta médicos recién egresados, que tienen lo nuevo y siembran. Pero hay adscritos que te dejan huella, en mente tengo dos o tres que me han dejado huella para bien, todos tenemos partes malas y buenas y me gusta tomar lo bueno, tengo mala memoria y olvido lo que he sentido. Los adscritos que me han estresado, también me han formado: sentir el miedo de que te puedan correr de la sala, te griten, te deje sentada, es doloroso. No es por lo que me exige un adscrito, sino la forma como lo hace la que impacta. Hay otros que con su forma de ser comprometidos, buscando, haciendo, uno tiene ganas de organizarse para hacer tanto como ellos” (RA 2.1, entrevista directa, 7 de marzo 2018).

La manera de referir las experiencias vividas en relación al aprendizaje de muchas cosas que están presentes en el ejercicio diario de la medicina, pero no son expresadas abiertamente es peculiar, saliendo a relucir la figura del médico adscrito. Todos refieren que el médico que dirige las actividades en las distintas áreas de trabajo, enseña. Existen descripciones de los residentes que hacen alusión a lo que observan:

“El compromiso con el paciente es lo que de repente he notado que falta en algunos de los adscritos”. (RA 1.1, entrevista personal, 7 de marzo del 2018).

De distintas formas, pero el ejemplo arrasa. El debate que se genera para atender a los pacientes, la forma de enfrentar problemas o situaciones no confortables dentro del ambiente clínico es aprendido en sala, en el consultorio, y es un referente importante el adscrito y el residente de mayor jerarquía.

“(…) Los adscritos, algunos pasan visita a algún pacientes, la mayoría no lo hace. A veces, nos preguntan por el caso de interés, pero casi nunca. ¿Y que, más a has aprendido de ellos?- Pues, como tratan a los pacientes, hay quienes son amables, pero, también, hay otros que no lo son, son toscos. A algunos les importa el paciente se preocupan porque todo esté listo, pero a la mayoría, los pasan como estén porque hay presiones externas, y requiere que se pase ya. Algo que le aprendí a un adscrito fue la explicación del consentimiento informado, no solo firmado sino la explicación completa y el consentimiento firmado, han sido pocos casos, pero fue una buena lección. Lo vas aprendiendo en el camino” (RA 7. 2, entrevista directa 13 de diciembre del 2018).

Sin embargo, los temas que fueron siendo tratados por los residentes como necesarios y no contemplados en el programa, fueron los siguientes: la muerte de los pacientes en sala y cómo enfrentarla, la comunicación con el paciente y dar malas noticias tanto a los familiares como al paciente mismo, el trato con el paciente, la mirada integral y humana del paciente, trabajo en equipo interdisciplinario, trato con el paciente difícil y familias con conflictos, psicología para el anesthesiólogo y tanatología para el anesthesiólogo, (...)

“Como vivir el duelo de una muerte de un paciente, tanto del paciente grave como del paciente no grave. Y cursos de ayuda para prevenir el desgaste” (RA 9.1, entrevista personal 9 de noviembre 2018).

“Si, se da por entendido que lo hacemos pero, sería muy bueno saber más y nos ayudaría a atender mejor a nuestros pacientes, ya que pueden existir, muchos intereses que modificarían nuestra atención hacia el paciente”. (RA 2.2, entrevista directa, 16 de septiembre del 2018),

En varios casos se comentó la soledad del residente y el manejo de emociones como temas realmente olvidados, y consideran que es una especialidad donde la tensión se encuentra a flor de piel por lo tanto deberían en el programa académico existir más elementos de cuidado al personal becario que se dedica a esta especialidad.

Durante el periodo del trabajo de campo, pude observar que los alumnos aprenden al lado del médico adscrito, y que de acuerdo con el médico se hacen o no algunas precisiones respecto a la conducta de ellos o de un tercero dentro de la sala de operaciones. El residente observa y aprende algunos principios del profesionalismo en el día a día pero, también tiene su

propio criterio y en ocasiones cuando las circunstancias lo permiten, lo saca al escenario. Sin embargo, en otras muchas ocasiones no es así.

## **8.6 Elementos centrales del profesionalismo vigente en el médico en formación**

Para poder describir el profesionalismo de los médicos residentes, se hace necesario, relatar lo que para ellos es el profesionalismo, por ello en esta parte se describirá inicialmente estas ideas externadas en relación al profesionalismo. En segundo lugar se describirán los elementos centrales del mismo. La mayoría están relacionadas con la ética, con las actividades desempeñan y las formas de realizarla.

### **8.6.1 Conocimientos de los residentes acerca del profesionalismo.**

Los residentes inicialmente describen lo que para ellos definen como profesionalismo médico y elementos que lo estructuran: el respeto, el compromiso, la pasión, la entrega a la tarea a realizar, la responsabilidad, la benevolencia, las intenciones que están en el proceder o que inspiran el desempeño laboral, esfuerzo, tiempo, sacrificio, el estar consciente, la capacidad de informar de manera objetiva, directa y precisa, las costumbres del residente, los principios obtenidos de sus familias de origen, la compañía del paciente durante los procedimientos, la escucha respetuosa al paciente , tratar al paciente como le gustaría ser tratado. El profesionalismo es

“Una forma de ejercer las actividades diarias basados en la ética” (RA 9.1, entrevista en profundidad, 9 de noviembre 2018). Otro entrevistado menciona:

“(…) Considerando que existen distintas características en cada área de desempeño de las actividades del hombre y que existen códigos de conducta para cada una de ellas que se deben respetar y adecuar a las condiciones de vida y experiencia para respetar a la persona con quien se trabaja, de tal forma que existirían distintos tipos de ética. Para maestros, arquitectos, odontólogos, (...) Toda persona que ejerce una carrera debe no solamente tener el conocimiento para ofrecer lo mejor que se pueda a la persona con la que estamos contactando” (5.1, entrevista personal 12 de mayo 2018).

Llevado el concepto al ámbito hospitalario, refieren entonces que (...) “son las conductas que adoptamos los trabajadores de la salud, cuando atendemos pacientes (RA 3.2, 12 mayo 2018). Lo identifican como algo que se encuentra ubicado, más allá de los aspectos del conoci-

miento, de las habilidades que se puedan desarrollar, y que tiene que ser aprendido, pero también, gran parte de él viene con el residente en sí, en su persona. Lo enmarca en el servicio a otra persona. (...) “Integrar la parte humana, valores, ética, es sobrepasar el sueño técnico, sueño científico y me sirve para desarrollar mejor el conocimiento que pueda adquirir para el servicio de otro ser humano de la sociedad” (R A 2.1, 7 de marzo 2018). Por otro lado, manifiestan claramente que para lograrlo se requieren varias cosas: una autodisciplina en el respeto al otro, a sus convicciones, a sus creencias, a sus sentimientos, a sus intenciones. Y para hacerlo vivirlo, (...)

“Se necesita tiempo, dedicación, esfuerzo y mucho sacrificio. Si uno lo quiere alcanzar tiene que estar consciente que uno tiene que dar todo eso” (RA 4.1, entrevista persona, 4 abril del 2018).

Al parecer es entonces una decisión personal, quererlo dar a los pacientes, y posteriormente se manifiesta como un deber dar a los pacientes. La ética es una de las palabras más utilizada en relación al profesionalismo, por los residentes. (...)

“Es trabajar con ética, quiero decir, las buenas acciones que tenemos hacia los pacientes, en los procedimientos que realizamos con ellos” (RA 9.1, entrevista personal, 9 de noviembre del 2018).

Sin embargo, al solicitarles definir la ética, la mayoría mencionó que se refiere a las normas de conducta, otra pequeña parte refiere que son las normas morales que nos rigen como médicos y como profesionistas y otros más mencionan sobre el hacer el bien al paciente, sobre el buen actuar médico, hay quienes manifiestan que se refiere a la comunicación adecuada y efectiva con los pacientes y sus familiares. Queda claro en la mayoría de ellos que, son normas de conducta, que están sostenidas por la moral para buscar el bien del paciente.

“(...) hay que tener la idea de preservar la vida y la confidencialidad. De las cosas más importantes es tener conocimientos, pues nuestra intervención marca la diferencia ante el beneficio de un procedimiento quirúrgico o estudio con el fin de mejorar la calidad de vida para nuestro usuario. Se requiere de seguridad, presencia, empatía, conocimiento y destreza” (RA 3.3, entrevista directa 15 de mayo del 2018).

Para algunos residentes, la ética está enfocada a la forma en que se relacionan las personas, esto es la comunicación entre ellos y las otras personas que se desempeñan en su entorno dentro del hospital,

“Es dirigirme con respeto a mis compañeros y a los pacientes. Tratarlos como a mí me gusta ser tratada” (RA 10.1, entrevista personal, 28 de noviembre de 2018),

Las relaciones pueden ser de dos formas en términos generales: frecuentes, directas y destacan los niveles jerárquicos. En otros casos, se hace de manera indirecta, poco frecuente y se dan relaciones de apoyo, encaminadas a la atención del paciente. Dentro del primer grupo, refieren vivir el profesionalismo, en consonancia a esta concepción, como el respeto a sus superiores:

“(…) en varias ocasiones al analizar los casos que le corresponde asistir dentro del quirófano, se encuentra en discrepancia con la decisión tomada por el adscrito, sin embargo, asume las indicaciones debido a que evita entrar en conflicto con su superior y además, respeta las directrices que dicta quien es el responsable del paciente. Aunque, dependiendo del adscrito con quien este y la confianza que se tengan, puede animarse a comentar lo que piensa (Observación participante 7, quirófano, 12 de julio 2018).

Por lo tanto, definir el concepto de profesionalismo no es sencillo como se puede observar, ya que, existen varios componentes que se entretajan y además, al parecer se puede aprender y desarrollar, (…)

“Lo entiendo como el haber recibido una capacitación tanto técnica como científica (RA 2.1, entrevista personal, 7 de marzo del 2018).

El esfuerzo mencionado por muchos residentes para poder lograrlo implica la integración de la parte humana en la atención médica y en todos los casos se menciona la necesidad de saber más de conocer más al respecto para atender mejor a los pacientes. Y (….) ser empático, creer en el paciente y al paciente, atenderlo de manera integral, atender a las dudas de los familiares, explicar lo que sucede” (RA 1.1, 7 de marzo 2018). Parece que se tiene incluido, pero, describen que no es así, que no se debe dar por entendido que se hace, sino que propositivamente se debe persuadir para ejercerlo y debe ser alimentado en la academia.

El ejercicio de esta forma de ser con profesionalismo, ya que algunos lo conceptualizan así, no solo depende del ser humano que lo realiza, sino también, (….) “Tiene que ver con el trabajo en equipo, al compromiso con el paciente y sobre todo con la institución” RA 7.1, entrevista directa, 12 de julio del 2018) permea que para que se realice requiere de condiciones propias institucionales que lo favorezcan y se desarrolle. Ya que está relacionado con la profesión, con el ser profesional de la carrera de la especialidad. Por ello, no se debe preparar únicamente en lo académico, debe reconocerse que (…)

“Influyen varias cosas: la persona, el ambiente familiar, las costumbres, los rasgos de personalidad dominante de cada uno de nosotros., con empatía, con calidez y procurar un buen trato al paciente” (RA 6.1, entrevista personal 25 de mayo 2018).

Ciertamente, al preguntar respecto a la influencia de personas para que el profesionalismo se desarrollara, los residentes respondieron que la familia, los principios inculcados al seno de las familias son la piedra fundamental, algunos citaron a sus padres que son médicos y de quienes aprendieron la parte práctica del ejercicio médico en sus consultorios, en acompañamiento, otros con familiares médicos que igualmente, les enseñaron desde el trato al paciente, la forma de relacionarse con ellos y como comunicarse. Aunque no se tengan familiares médicos, los comentarios emitidos en el grupo focal 1, muestran que la familia pone los cimientos del profesionalismo de acuerdo a lo referido por la Dra. E.

“(…) Esto viene desde la infancia, desde niños, de cómo nos enseñaron en casa. La educación desde la familia. Y pues claro el conocimiento y la formación, son más armas para tratar de evitar situaciones de ponernos en riesgo y evitar que el paciente se sienta vulnerable. El profesionalismo combina cosas. Por ejemplo una persona que tenga muchos conocimientos no siempre es la que da la mejor atención al paciente” (Grupo focal 1, Dra. E, 29 de agosto del 2018).

### **8.6.2 Componentes esenciales del profesionalismo.**

En los conceptos relacionados al profesionalismo de los residentes, se describen varios de los elementos centrales del mismo, el respeto fue muy asiduamente referido. Se mencionó como característica y fue descrito en la entrevista en profundidad: (…)

“Los residentes debemos ser respetuosos, responder a las expectativas de nuestros médicos adscritos y el compromiso ético. También, conocer a los pacientes, establecer una comunicación con ellos para explicarles los riesgos que puede tener una cirugía bajo anestesia.” (RA 1.1, entrevista directa, 7 de marzo de 2018)

Dentro de la valoración anestésica se observó que explicar los riesgos, no fue grato para los pacientes, puedo decir que se percibe como algo que produce tensión en ellos y es desagradable, por ello algunos de los residentes recalcan la comunicación directa, y que no es posible decir (…)

“No pasa nada” y además, destacan la importancia de corroborar que el mensaje se comprendió: (…)

“(…) “a veces, nos damos cuenta que no ha entendido nada” (RA 1.1, entrevista directa, 7 de marzo de 2018).

Otro elemento fue la pasión, mencionada solo por dos de los entrevistados y descrita como el sentimiento profundo que impulsa, sostiene y ayuda a querer hacer las cosas bien, el deseo de estar. Fue evidente que todos los residentes en el desempeño tanto en las clases, como



en las actividades con pacientes en el quirófano, fuera del mismo y en las sesiones generales, que a pesar del cansancio manifiesto en su cuerpo, los ojos que por momentos casi se cerraban, la deshidratación evidente en sus labios y la imposibilidad de salir a ingerir alimentos, el impulso para estar ahí en la escena, en el trabajo era lo que los mantenía en pie. (Diario de campo, en la observación participante). El compromiso, ese poderoso vínculo que se estableció con los residentes y sus pacientes, expresado por todos en las entrevistas en profundidad, a veces acompañado de otras palabras como compromiso ético, otro veces solo, es un común denominador. (...)

“es ejercer mi profesión con mis derechos y mis responsabilidades es vivir la obligación contraída con el paciente, no dejarlo solo, acompañarlo durante todo el proceso anestésico” (RA 6.2, entrevista directa, 5 de julio 2018).

Y que en la UCPA pudo ser observado, con una de las pacientes a quienes requerían atender, el acompañamiento fue permanente, el adscrito tomando su distancia y supervisando las maniobras y el residente muy de cerca con el paciente (Diario de campo, OP 5, 30 de mayo 2018).

La entrega a la tarea realizada fue uno de los elementos observados durante el trabajo de campo, pese a todas las circunstancias de cansancio a veces extremo (sin dormir durante toda la noche), y también quienes estaban descansados, existió una actitud de entrega a la labor ante el paciente. En la consulta, en UCPA y dentro del quirófano. Esta característica fue citada por RA 3 acompañada de la responsabilidad, a la que está vinculada y la que se presenta en los comentarios de los entrevistados. Por medio de las entrevistas y en la observación participante la pude apreciar así vinculada. En una de las consultas realizadas, el médico, parecía agobiado por el número de consultas que tenía que realizar, además estaba posguardia, se veía pálido, cansado, con grandes ojeras, quizá un poco deshidratado, pero ahí estaba, dando consulta.

La responsabilidad, es otra característica comúnmente referida por los residentes, quienes puntualizaron que, (...)

“sabiendo que somos residentes en formación, pero también, somos médicos y tenemos una responsabilidad con el paciente y con los compañeros” RA 8.2 12 de diciembre de 2018). La idea de preservar la vida, la confidencialidad de los pacientes (RA 3.2, entrevista directa, 12 de mayo 2018).

Durante la práctica quirúrgica, súbitamente una paciente presenta una reacción a un medicamento administrado, de manera enérgica todos aportaron lo que debían hacer para mejorar

sus condiciones de salud, se vivió con tensión y decisión, vivida la responsabilidad y el compromiso con el paciente hasta buscar e insistir en la continuidad del tratamiento de manera integral (Diario de campo OP4, 23 de mayo 2018).

La beneficencia, referida por algunos residentes de manera explícita en las entrevistas, vivida y observada en sus acciones en los distintos escenarios. Buscar el bienestar del paciente especificaron que es el ideal en la atención, y son las intenciones que justifican el proceder en el desempeño laboral (...) “ que se vea que es un paciente una persona, no solo al que se ve o receta, que se busque el bienestar,” ( RA 8.2 entrevista directa, 12 diciembre 2018) Dentro del quirófano, corroborar que la sala esté dispuesta de manera correcta antes de iniciar los procedimientos, que cuente con todos los estándares de seguridad para el paciente y además, que de parte de otros servicios se tenga el apoyo para dar certidumbre a los procedimientos a realizarse son todas ellas tareas que se orientan a la seguridad del paciente, a la preocupación por hacer lo mejor para que el paciente salga bien del procedimiento, así fue, a veces por iniciativa propia del residente, otras por la exigencia del adscrito, se corroboraba la existencia de los insumos requeridos para ver por el bienestar del paciente. Cuidarlo y cubrirlo, protegerlo del frío de las salas, es mirar por el bienestar del paciente, estas son actividades que se observan a diario por los residentes dentro de sala (Diario de campo, OP7, 12 de julio 2018). Esta característica es expresada por otro residente de la siguiente forma: (...)

“Actuar todo el tiempo en beneficio del paciente, desde cuanto te presentas y en cada acción como el respeto a las medidas sanitarias para la seguridad del paciente” (RA 7.1, entrevista directa, 12 de julio 2018).

El esfuerzo, es otra característica expuesta por los residentes, se considera por algunos como el ánimo, el brío por sacar adelante los casos, que no sólo considera los aspectos de conocimiento, sino también, las actitudes. Y por lo observado, no únicamente se refiere a este tipo de esfuerzo, también considera el esfuerzo físico, ya que, en muchos casos los residentes tienen que cargar textualmente a los pacientes, para remover objetos bajo de ellos o desplazarlos de una camilla a otra. Otra connotación de esta palabra fue la relacionada con el vencer dificultades que se presentan en el quirófano, en el consultorio, en la estancia corta en UCPA. En la consulta se presentan situaciones en donde se hace evidente esta característica: (...) “Eso era preocupante para el médico quien no podía obtener la información requerida, por lo que le repetía una y otra vez en forma paciente la pregunta. Hasta que finalmente terminó el interrogatorio” (OP2. Consulta externa, 25 de abril 2018).

El tiempo fue una constante referida en la mayoría de las entrevistas, los residentes perciben que este rasgo define como se ejecuta la asistencia anestésica al paciente.

Me parece que se debe tener profesionalismo en todo momento (RA 10.1 entrevista directa, 21 de diciembre 2018).

En la narración de un día en la vida del residente, se plasma de manera detallada el uso del tiempo en la vida del residente, acotado todo a las necesidades asistenciales de la institución que los cobija. En la consulta externa, en el quirófano, en la estancia corta o ambulatoria, el tiempo es referido. Lo citan como la manera como corre el tiempo, (...)

“Todo es prisa, tensión, exigencia (RA entrevistas directas, 11 noviembre 2018) “El tiempo es importante, y el número de pacientes nos corretea y presiona” (RA 8.1, entrevista directa, 12 diciembre 2018).

En todas las actividades que se observaron durante el trabajo de campo, una constante es la forma en cómo se percibe que transcurre el tiempo, es de prisa, en quirófano se revalora rápido, se presenta igual, el procedimiento se realiza con la presión de terceros para que se ejecute pronto; la consulta, se da rápido, y los residentes perciben que es un elemento crucial con el que se vive el profesionalismo ( Diario de campo: OP2, consulta externa 25 de abril 2018; OP4 , quirófano, 25 de mayo 2018; OP11, UCPA, 28 de noviembre 2018).

Y además el consumo del tiempo, en la consulta es percibido como una necesidad despejar las interrogantes de los pacientes, pero, en ocasiones no es de su área de competencia el tema y en segundo lugar ocupa tiempo, por lo tanto existe un dilema: si le explico, me parece correcto, pero los pacientes que esperan ser atendidos, seguramente no lo verán con buenos ojos.

“Al manejar a un paciente no es uno solo, es de muchos y a veces las dudas no siempre nos corresponden a nosotros. No podemos decir: no sé. Sino, aclarar las dudas y dar respuesta a sus preguntas” (RA 5.1, entrevista directa, 12 de mayo 2018).

El conocimiento fue una de las particularidades referidas como necesaria por los residentes. Consideran que dar por entendido que ya son médicos y que tiene profesionalismo, es la causa en la que se apoyan quizá para omitir su abordaje en el programa académico, sin embargo, manifiestan que (...)

“de las cosas más importantes es tener conocimientos, pues nuestra intervención marca la diferencia ante el beneficio de un procedimiento quirúrgico o estudio con el fin de mejorar la calidad de vida para nuestro usuario” (RA 5.2, entrevista directa, 17 de agosto 2018).

Los conceptos y conocimientos que algunos han adquirido en la licenciatura o en los trabajos que antes de empezar la especialidad ejecutaron, les han proporcionado elementos cognitivos respecto al profesionalismo (...)

“Nos dieron un curso donde hicieron hincapié en la forma de tratar al paciente, y así la coordinadora de enseñanza nos comentó que esas buenas relaciones deben ser con todo el personal” (RA, 9.1 entrevista directa, 9 de noviembre 2018).

El sacrificio, es preferido por uno de los residentes, hace alusión a todo lo que deja por estar aquí, sin embargo, cuando son abordados otros de los sujetos, quizá la palabra no se menciona, pero se hace evidente el significado de lo que se deja por estar en la especialidad, refieren a la familia, tanto quienes tienen pareja como hijos los mencionan como el apoyo más grande que tienen, como el riesgo de no estar y como el impulso e inspiración para continuar como la parte más difícil de dejar a un lado, y el peligro de perderla, como en uno de los casos sucedió. Los hijos son piedra angular y en tres de los casos se menciona con pesar, el estar ausentes en la educación y acompañamiento de los hijos. Les es muy doloroso, algunos dejan todo ello, su país sus costumbres, su gente, por estar aquí.

Estar consciente de la importancia de su intervención fue solamente referido por uno de los residentes entrevistados, es un factor importante en su desempeño y un rasgo del profesionalismo (...)

“Una persona comprometida, responsable, consciente de su papel, que busca el beneficio para su paciente y actúa con honestidad” (RA 5.2, entrevista directa, 12 de julio 2018).

Las demás entrevistas mostraron otras características, pero en esta se presentó la descripción precisa, de conjuntar conocimiento y reflexión para actuar, considerando las consecuencias de sus decisiones, sobre el paciente y sobre su entorno. En la visita al quirófano fue notoria la actividad dirigida a la búsqueda del bienestar del paciente, el esfuerzo continuo por atender integralmente.

El cuidado en su presentación, fue citado por pocos residentes como un elemento del profesionalismo, se puede describir tanto para la consulta, como para toda la actividad al interior del quirófano. Se puede relacionar con la seguridad del paciente y, la seguridad del personal sanitario. (...)

“Se requiere de seguridad, presencia, empatía, conocimiento y destreza” (RA 3.2, entrevista directa, 12 de mayo 2018).

La opinión de otra de las residentes a este respecto, es la siguiente (...)

“Desde la forma de vestir, el saludo, el lenguaje, para que te entiendan” RA 4.2, entrevista directa, 11 de julio 2018).

Todas estas partes se integran en la atención al paciente en la evaluación preoperatoria, en los distintos servicios donde se realiza. Por otro lado, cuando se narró un día en la vida de un residente, se cita (...)

“El cambio de ropa por el uniforme, el uso correcto de todo, gorro, cubre bocas y botas” (RA 7.1, entrevista directa, 12 de julio 2018).

Como parte de lo que se tiene que hacer para poder entrar a un área quirúrgica. Dentro del quirófano, se aprecia una gama de colores en los uniformes quirúrgico (pijamas para cirugía) de los residentes, gorros desde desechables hasta de tela, botas desechables que todos usan y cubrebocas desechables. Todos los residentes son responsables del lavado de estos uniformes de manera particular, y los portan limpios. El uso del uniforme está conferido al quirófano de manera exclusiva, sin embargo, existen áreas en donde se portaba el mismo, fuera del área conferida para su uso, esto fue observado durante el trabajo de campo.

De la mano con otros de los elementos ya referidos se encuentra la honestidad, siendo una característica mencionada por los residentes, sobre todo relacionada a la información otorgada a los pacientes respecto a sus diagnósticos, a los riesgos que corren en cualquier procedimiento de anestesiología y sobre todo acompañada del respeto a las decisiones de los pacientes y de su familia. (...)

“Una persona comprometida, responsable, consiente de su papel, que busca el beneficio para su paciente y actúa con honestidad” (RA 5.2, entrevista directa, 17 de agosto del 2018).

La honestidad también se relaciona de otras maneras de acuerdo a los distintos intereses que pueden existir, pero uno de ellos es el relacionado con no cobrar honorarios médicos dentro de las instituciones de salud. Por otro lado, es necesario comentar que para ellos la honestidad está en explicar de manera clara y precisa el diagnóstico de un paciente, el pronóstico esperado y abiertamente, con claridad y precisión exponer las condiciones reales del estado de salud del paciente.

La capacidad de informar de manera objetiva, directa y precisa, es un tópico destacado pues fue repetitivo en las entrevistas, se aprecia que los residentes han detectado cierta dificultad para que la información se comprenda por parte de los familiares, y es por ello que mencionan que además de informar detenidamente deben corroborar la misma, ya que se han encontrado con sorpresas, al darse cuenta que no se ha comprendido la información y que en varias ocasiones los familiares solo entienden lo que desean escuchar, cuando se trata de otro tipo de información no prestan atención o no desean atender cuando se le da. Por lo tanto, la consecuencia de ello es que no tienen presente la información no grata, que pone en peligro la integridad del enfermo. Y ello puede ocasionar serias complicaciones. (...)

“También, explicarle el proceso que lleva un estudio o cirugía. Informarle que se van a repetir las preguntas, en varias ocasiones y que sirve para corroborar que todo esté bien y que toda la información se le dará a él y a su familiar” (RA 4.1, entrevista directa, 4 de abril 2018), (...) “dar información clara a los pacientes, evitar que se vaya a su casa con dudas, darse el tiempo para explicar todo al paciente. Dar un buen trato al paciente, creo que el paciente lo merece, una buena explicación” (RA 9.1, entrevista directa, 9 de noviembre 2018).

De acuerdo al año de residencia se aprecia una valoración distinta del uso del consentimiento informado, inicialmente se percibe como un formulario a llenar y pedir firma, pero, conforme pasa el tiempo, se estima de manera diferente, así una de las residentes del último año, comenta (...)

“Es informar a los pacientes y familiares de las condiciones de lo que se espera encontrar, ser honestos. Explicar el consentimiento informado, no solo solicitar la firma” (RA 10.1, 21 de diciembre 2018).

Así, una reflexión continuamente presente es que el residente considera que debe ponerse a la altura de lo que el paciente y sus familiares comprendan y además deba resolver sus dudas. Y preguntar si tiene comentarios, inquietudes o incertidumbres. Al atender a un paciente no es uno solo, es de muchos y a veces las dudas no siempre nos corresponden a nosotros, por ello como equipo interdisciplinario se deben abordar, en un escenario ideal.

(...) “Ser respetuoso, amable. Es muy común que el paciente nos diga que por otros servicios no se les dio una explicación de lo que se le va a realizar y por ello se generan dudas o problemas, y no quiero que eso pase en la consulta” (RA 9. 1, 9 de noviembre 2018).

La empatía fue el rasgo más mencionado por todos los residentes en reiteradas ocasiones durante la entrevista, y en los grupos focales se hace evidente que las expresiones como “ponerse en los zapatos del otro” o definitivamente (...)

“Hablarle firme y claro pero, empático. Explicar, de manera paciente y detallada lo que sucederá y contestar a satisfacción sus preguntas y dudas, generar confianza” (RA 8.2, entrevista directa, 12 de diciembre 2018).

Algunas características del profesionalismo médico se centraron en el respeto por el paciente y su familia, el ponerse en sus zapatos, considerar su situación real, conocer y dar confianza. Los conocimientos son muy importantes, acompañados de un buen trato es mucho mejor, existen médicos muy competentes técnicamente hablando, con conocimientos, pero, sin actitudes que favorezcan la relación entre ellos y sus pacientes, son distantes o adoptan actitudes paternalistas que no permiten que el paciente conozca su opinión. (...)

“Otros se muestran groseros y altaneros ¡hasta regañan a los pacientes!” (RA 8.2, entrevista directa, 12 de diciembre 2018).

Situación que es relativa, ente frecuente observar y recibir como queda de maltrato en el teléfono rojo (servicio telefónico instalado al interior del hospital con la finalidad de que el paciente pueda reportar alguna falta de servicio o actitudes inadecuadas del personal), también, es referido como tratar al paciente como le gustaría ser tratado.

Los rasgos anteriores como el respeto, la entrega, la atención al paciente persiguen crear un ambiente de confianza, donde el paciente pueda con plena consciencia definir o decidir qué hacer, para ello el residente debe explicar, verificar que se comprende lo explicado y poco a poco avanzar, para generar confianza. Este sólo fue mencionado en dos residentes, sin embargo, fue significado en varios casos más. Desde el momento que un paciente es programado para una operación, se estruja su cuerpo, su mente se altera y el nerviosismo lo invade. Muchas dudas, temores, elucubraciones se hacen presentes. A veces son temores basados en realidades pero, otras veces no. Por ello, después de la evaluación anestésica, que se hace previa a la cirugía se requiere que quien reciba al paciente externe que lo acompañará durante el proceso, eso dará seguridad y confianza al paciente a lo largo del procedimiento (...)

“Acompañar todo el tiempo al paciente, no soltarlo (RA 6.1, entrevista directa, 25 de mayo 2018). En primer lugar conocimientos, actitudes y ganas de hacer las cosas bien, de estar con el paciente, no salirse de la sala, de checar que todo esté listo para lo que se piensa hacer”(RA 6.1, entrevista directa, 25 de mayo 2018).

Dos de los residentes mencionaron que la humildad, es un rasgo que pueden generar confianza y empatía (...)

“Creo que humildad, además, debemos tener esa parte de ponernos en lugar de otro: la empatía y promover la seguridad. Con ello el paciente se siente cómodo y estará de mejor forma. Creo que darle la seguridad de lo que se hace y ofrece” (RA 5.1, entrevista directa, 12 de mayo 2018).

### **8.6.3 ¿De dónde se conoce al profesionalismo?**

Es necesario identificar los conocimientos sobre el profesionalismo médico que tiene los residentes de anestesiología. Para ello se les preguntó si ¿han tenido algún estudio respecto a esta disciplina?, la respuesta fue variable como a continuación describo. Algunas respuestas de los residentes refieren que en sus estudios de licenciatura nunca se mencionaron temas relacionados con el profesionalismo, con la ética, la bioética o formación humana. Y también, cabe mencionar que fue el de mayor edad y en este momento es de tercer año. Por otro lado, comentó que no ha tenido experiencias académicas relacionadas con el profesionalismo médico: (...) –“No, en mis tiempos, no daban esa materia, creo que actualmente sí. Pero, mucho se aprende en la vida hospitalaria, en las prácticas, en lo que vemos y escuchamos” (RA 1.1, entrevista directa 7 marzo 2018). Aunque manifiesta no haber cursado materias relacionadas, comenta que fue a través del día a día en su trabajo previo, en la especialidad, en lo que le toca vivir es donde se aprende, pero, sobre todo destaca que a través del trato cotidiano con el personal sanitario y los pacientes.

Sin embargo, la mayoría de los residentes refieren haber cursado en la licenciatura asignaturas como Ética, Bioética y Formación Humana y que en alguna parte del programa se tocaba la relación médico-paciente, pero, nadie vio profesionalismo médico. Otros más, refieren que lo que les parece más cercano fue un curso sobre comunicación médica (...)

“Realmente como tal no, pero en ética o formación humana, vimos algunos temas afines. Sin embargo, aquí en el camino se aprende y se aprende de ustedes. No recuerdo que viéramos el tema del profesionalismo” (RA 2.1, entrevista directa, 7 de marzo 2018).

Mencionan que se hacía hincapié en el respeto y la comunicación. Por otro lado, en la UNAM menciona una de las residentes que les impartieron un curso de cómo dar malas noticias. Fue de gran utilidad, porque nunca antes lo habían mencionado, fue en la licenciatura pero dejó una reflexión profunda sobre la manera de abordar este tópico tan delicado en muchos pacientes, que necesitan de la sensibilidad del médico tratante y también de la honestidad para enfrentar su situación de vida.

(...) “En la facultad por medio de las clases de ética y bioética. Es penoso ver que el paciente exija un trato digno de una especialidad que es humana. Y tienen razón pues muchas veces se ve



cada cosa, ¡solo se ve la enfermedad, el síntoma, pero no al paciente completo, ni el entorno! (RA 5.1, entrevista directa 12 de mayo 2018).

Hay quienes recuerdan algunos temas de esas materias, otros más tienen opiniones contrastantes de esos hechos, pensando que en primer lugar fueron desagradables, en segundo lugar, fueron aburridas y poco aterrizadas a los contextos reales de los pacientes y al mundo actual. (...)

“Se tocaban temas referentes a ética, código de Helsinki, papel del médico y su entorno. Y me ayudó mucho por todo lo que hacemos con los pacientes” (RA 5.2, entrevista directa, 17 de agosto 2018).

La percepción de estas materias, para muchos es que son de relleno, que no tienen aplicación práctica (...)

“No era una materia interesante, más bien parecía de relleno, era muy aburrida. O quizá, fue como la daban” (RA 8.1, entrevista directa, 18 de julio 2018).

En la especialidad no llevamos la materia, pero aprendemos de los médicos adscritos. Unos enseñan unas cosas y otros nos comparten otras. Pero uno es quien decide que aprender.

Se percibe que hay un pensamiento común resultante de las asignaturas que cursaron la mayoría de los estudiantes en la Licenciatura de Medicina, y está en relación al poco interés que en ellos despertó, además de que la perciben distante a la realidad, al mundo contemporáneo, a este respecto hay quienes refieren que se necesita que lo que se enseñe, esté incrustado en el mundo cotidiano, en lo que se enfrenta diariamente, no en el imaginario y que se muestre como se resuelven los dilemas éticos o bioéticos a los que se enfrentan bajo este referente. Hay interés en los entrevistados por revisar, reflexionar y crear posturas respecto a estas circunstancias de vida. Y varias sugerencias son manifestadas para este propósito: que se debería hacer un espacio dentro del programa académico para ver estos temas, que se podría invitar a diversos ponente con la finalidad de aprender toda esta información que se ha dejado de lado y se hace necesaria en el desempeño del residente y el futuro especialista, pero que sea acotada al momento actual. Por otro lado, algunos manifestaron que se puede aprender en talleres con expertos en el tema.

Durante la primera sesión de grupos focales, se trató sobre la atención médica a un paciente con una enfermedad infectocontagiosa, que además tenía tuberculosis pulmonar, desnutrición importante y apendicitis y requería ser atendido dentro del quirófano, para ello era necesaria la intervención del servicio de anestesiología. Inicialmente, valorar su estado de salud y secundariamente, darle la atención anestésica para la operación. Fue muy interesante la forma

en que interactuaron, de manera unánime contestaron que atenderían al paciente de manera directa, personal, por lo tanto le harían la valoración anestésica. Manifestaron que no existen motivos para dejarlo a un lado, las diversas intervenciones versaron respecto a que es un paciente, que tiene derechos y debe ser respetado. Otros mencionaron que el compromiso es igual que con otros pacientes, algunos más dejaron claro que sea cual fuere el diagnóstico de los pacientes, la atención no debe ser negada. Sin embargo recalcaron el notificar a los familiares de los riesgos de complicaciones serias del enfermo debido a sus condiciones. Dra. Gab mencionó (...) “desde la escuela me han enseñado como tratar a los pacientes y hay que ser empático, independientemente de lo que tengan” (Grupo focal 1, 29 de agosto 2018). Es cierto que en algunas ocasiones su estado de salud, la evolución que han tenido, ha sido estigmatizante y se encuentran agresivos o de mal humor, (...) “aunque es difícil de tratar a algunos pacientes, lo haría si lo requiere” (Grupo focal 1 Dra. V. 29 agosto 2018). Estas fueron respuestas dadas por mexicanos, pero dentro del grupo existen residentes extranjeros, quienes externaron que en su país, hay políticas de atención específicas que dan seguridad y tranquilidad al paciente, para evitar tratos diferentes, y por ello existen códigos especiales solo identificados por personal sanitario. Además se le informa al paciente sobre los derechos que tiene con la finalidad de no ser discriminado o maltratado.

Se planteó la situación de los pacientes con actitudes agresivas hacia el personal y contestó la Dra. R. (...) “es una situación complicada, me podría en el lugar del paciente para poder atenderlo, hacerle comprender que estoy aquí para ayudarlo, para atenderlo”. La Dra. La. comentó su experiencia en el estado de Veracruz, comentando que en efecto, es común la actitud agresiva de ellos porque sienten miedo a ser rechazados

Una de las residentes comentó que antes de entrar a la especialidad, en el lugar donde trabajaba, le impartieron un curso sobre cómo evitar conflictos con los pacientes habían y en esta población específica se puede aplicar: escuchar al paciente y permitirle que saque todo lo que desee decir, tratar de aceptar lo que se considere que así es, en tercer lugar cuidar los mensajes no verbales que puede estar enviando al paciente: no cruzar los brazos o las piernas. Y finalmente, tratar de resolver la situación de manera amable y empática. Otros más comentaron que es la ignorancia, que es importante leer como protegerse, hacerlo y atender al paciente en forma empática. Pero también, el Dr. L. J. mencionó (...) “A veces es el cansancio el que no nos permite escuchar al paciente, si no se ha dormido o descansado se vuelve uno menos tolerante” (Grupo focal 1, 29 de junio 2018). También, debe ser abordado por el médico de mayor

jerarquía que se encuentre en ese momento. La Dra. E. manifestó: “Todos hemos tenido pacientes especiales y a todos se les trata igual. Es ponerse en el lugar del paciente” (Grupo focal 1, 29 de junio 2018). Se hace evidente que describen que existen valores, y ser empáticos con el paciente. Sin embargo, hay elementos que también influyen como el cansancio acumulado en la guardia o las tensiones propias de la especialidad. Las reflexiones que comparten al respecto manifiestan lo siguiente:

(...) “Todo depende de los valores de la persona, del médico que ya tiene. Ser empático, entenderlo, escucharlo y comprenderlo. Entonces creo que nos falta un poco más aceptar que nos falta escuchar y ponernos en los zapatos del otro. No basta con entender la enfermedad, sino, entender al paciente, lo que el trae”. (Grupo focal 1, Dra. Gab. 29 de junio 2018).

Ciertamente, no es solo conocer y querer hacerlo, es ver otros aspectos y el tiempo en el caso de la consulta, es importante. Sobre todo cuando hay que consultar a más de 25 pacientes y (...) “te presionan para pasar pronto (Grupo focal 1, Dra. Rd. 29 de junio 2018). La descripción acerca de lo que el residente conoce del profesionalismo, se ha mostrado en las líneas anteriores, las demás descripciones tienen semejanza en su contenido.

## **8.7 Contraste de actitudes y conductas relacionadas con el profesionalismo**

La vida cotidiana de los médicos residentes fue sujeto de observación durante el trabajo de campo, en distintos escenarios como el consultorio, la unidad de cirugía ambulatoria, el quirófano, la unidad de cuidados postanestésicos. Se pudieron observar las actitudes y conductas hacia los pacientes, el personal con el que interactúa como sus compañeros de la especialidad y de otras especialidades. También, en relación al personal de enfermería y administrativo.

Los pacientes tienen distintos diagnósticos, algunos de ellos con implicaciones y estigmatizaciones sociales, que producen en la población distintas formas de tratar con ellos, con su enfermedad y sus complicaciones. Estas conductas permean las concepciones que se tienen y la forma de enfrentarse ante esas circunstancias. El Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA) forma parte de este tipo de entidades nosológicas, los pacientes son atendidos en la consulta de valoración anestésica por residentes de distintas especialidades, entre ellas la anestesiología. Durante la observación participante (OP1) una de las residentes, recibió a un paciente y su familiar en el consultorio, el paciente evadía la mirada de la médica el familiar seguía todos los movimientos que ella realizaba. “La actitud del médico fue leer el expediente, preguntando y escribiendo, corroborando datos personales y antecedentes del paciente. Todas las preguntas

fueron precisas sin comentarios al respecto. Con lenguaje claro, directo y concreto”. Tanto la exploración como el consentimiento informado fueron muy concisos dirigidos al caso. El consentimiento informado fue leído y explicado para que el paciente firmara de manera consciente igual que su familiar.

Es indudable que la estigmatización de esta enfermedad, el paciente y sus relaciones familiares y la manera en que interactúan, se modifican después de tener un diagnóstico comprobado de algunas enfermedades. Aunado a ello, el agregarse otro diagnóstico relacionado con su área genital donde la propuesta era la resección del pene, tiene para la pareja especiales connotaciones. En estas condiciones se aprecia que el residente se proyecta de manera atenta y unilateral a la atención del paciente, mismo que se aprecia sumido en una profunda depresión y tristeza. Quien busca consuelo, una orientación o respuestas es el familiar que lo acompaña. El residente se encuentra solo dando la consulta, enfrentando las circunstancias que le rodean de la manera que le es posible, considerando el tiempo como un compañero inseparable, que presiona y estruja y empuja a hacer consultas que consuman poco tiempo.

El acompañamiento del adscrito, en estas circunstancias podría dejar ver la experiencia, la necesidad de abordar de otra persona al humano doliente ante esta situación crítica y probablemente, indagar y/o solicitar otro apoyo para la atención como el psicólogo, psiquiatra, sexólogo, en fin una atención interdisciplinar. La gestión de recursos especializados puede favorecer el abordaje integral, debe reflexionarse para optimizar lo que ya existe y con lo que se cuenta, y ello estar contenido en los planes de estudio, como pacientes en condición de vulnerabilidad y contemplar la gama de escenarios que se pueden presentar como la depresión, el intento de suicidio, la angustia, la desesperación, la ansiedad y el análisis y planeación de la atención integral de estos pacientes.

Otro escenario de desempeño es el quirófano, donde la evolución de los pacientes a pesar de todos los cuidados que se les otorgan, puede ser incierta. Uno de los casos que se observaron fue de una paciente programada para una cirugía, que era conocida por el residente asignado a esa sala. La actitud del residente, fue de acompañamiento y empatía durante su estancia en UCPA y la sala de operaciones. Procuran establecer un plan de atención anestésica, corroboran la existencia de lo que requieren y dialogan y se informan continuamente los residentes y el adscrito, también se aprecia que dialogan con los familiares de la paciente de manera tranquila, empática y con tiempo, es evidente que existe un problema que desean resolver.

Se advierte que todo el tiempo están pendientes, y cuando perciben una reacción distinta a la esperada, actúan en consecuencia en forma rápida y asertiva según la buena evolución de la

paciente. Todo el tiempo se encuentran vigilándola (Diario de campo, OP2, 25 de abril 2018) se nota el estrés y las medidas precautorias que se tomaron que son farmacológicas, pese a ello el desenlace enmarcado en la incertidumbre dejó ver claramente que cada organismo responde de manera distinta, y la necesidad de que en la valoración preanestésica se hable de manera clara, precisa y directa pero a la vez empática sobre los riesgos que un paciente en este caso súper obeso tiene y con los antecedentes de alergias múltiples como se puede entorpecer la respuesta y evolución a una intervención quirúrgico-anestésica.

La actitud de los residentes ante este caso, fue de atención y cuidado, respeto del aspecto de la paciente y sus condiciones, pesa 129 Kg. Platican con ella y con sus familiares, exponen claramente las situaciones y la probabilidad de complicaciones, el familiar escucha atentamente y da el consentimiento, que ya contaba con el pero, se ratifica. No es posible movilizarla rápidamente pues el peso lo impide, lo realizan con calma y cuidado. Le explican lo que realizarán y la paciente acepta, la apoyan para posicionarla, todo le es explicado y la acompañan durante todo el procedimiento. Administran un medicamento para el dolor y posteriormente al mismo, se presentan severas complicaciones por una reacción alérgica grave.

(OP2) “aprecian cambios en la voz y dificultad respiratoria, y cambios en la presión arterial, la piel que es blanca se torna roja y la paciente se muestra muy inquieta, deciden intubarla y tratar la emergencia a la que se están enfrentando, en todo momento cuidando la vida de la paciente”.

La situación crítica, de la paciente, no podía evitarse pues se conocía alérgica a múltiples medicamentos, pero, se prepararon para enfrentar las circunstancias que se pudieran presentar, que en concordancia con lo expresado previamente en sus antecedentes, podría ser grave, incluso costarle la vida. Observé que durante todo el procedimiento, su hijo fue informado y permaneció muy cerca del área de quirófano (Diario de campo, OP2, 25 abril 2018). La información era comentada por el residente al familiar y fue continua desde que se presentó la reacción hasta que subió a terapia intensiva, donde se continuó a atención. Después de entregar a la paciente, realizaron notas y era evidente el desgaste emocional del equipo.

La unidad de cuidados postanestésicos es un área donde se requiere del trabajo íntegro del residente, no solamente las competencias cognitivas, sino también, las actitudes y los valores. Con exigencias continuas durante toda la guardia, dada la variedad de enfermedades y pacientes que en esta zona del hospital ingresan. Y una consideración valiosa es que en ésta área pueden cohabitar un número importante de personas en un mismo momento, desde pacientes que ingresan o egresan o han permanecido en el área por días en casos excepcionales, médicos

especialistas, médicos residentes de diversas especialidades, enfermeras y pasantes de enfermería, personal de apoyo para suministros, de intendencia y camillero. Al observar y contrastar las actitudes del personal becario en distintas circunstancias, podemos observar lo que en la Unidad de Cuidados Postanestésicos (UCPA) se vive.

(OP5). “El residente se presenta con la paciente, le comenta quien es y nuevamente realiza una serie de preguntas para corroborar datos. Le comenta a la paciente lo que le va a hacer con respecto a la técnica anestésica y le informa con detalle el procedimiento. La paciente lo observa atentamente, pero parece muy asustada”.

Para el residente la actividad asistencial, tiene varias limitaciones, sobre todo en algunas circunstancias donde la libertad para decidir la intervención no está en sus manos, aun cuando explique y trate de persuadir a su adscrito, la decisión es asumida por este último quien es responsable directo de la atención del paciente. Sin embargo, a veces exponer de manera clara su punto de vista sustentado puede modificar las decisiones y consideraciones en el abordaje de los pacientes. Aprender a comunicarse de manera asertiva, es una competencia educativa necesaria que debe promoverse en la medicina. Ya sea en relaciones de manera horizontal con sus pares o de otro tipo, dirigido a distintas autoridades. Promover la reflexión y la crítica, debe impulsarse, y ello debe estar enmarcado en el plan académico. Para ello, es necesario preparar el perfil del docente o del médico asistencial para poder establecer esa relación en climas adecuados de desarrollo.

El cuidado y seguimiento de los pacientes atendidos en ese día y a lo largo de las primeras horas, debe ser estimulado y generar las condiciones para aprender a hacerlo, y cuidar las estrategias pedagógicas que se implementen. También la gestión administrativa, para optimizar registros y vigilancias estrechas a fin de dar un seguimiento a casos y detectar oportunamente áreas de oportunidad de intervención y mejora a favor del bienestar integral del paciente, atendiendo al compromiso adquirido al prodigar atención en salud. Parece que hacer un alto y reflexionar sobre la actividad que se desempeña puede ser valioso, la presencia de otros especialistas, la sesión de casos de manera conjunta, enseñarán otras perspectivas de atención al humano en condiciones de susceptibilidad y de amenaza a su vida.

(OP5) Al salir del área de UCPA la paciente sube acompañada del camillero y su madre a la cama preparada para ella en el piso de cirugía. La chica llora al ver a su madre, quien la besa y le dice que se calme. Le pregunta si tiene dolor, pero ella comenta que no.

En estos escenarios se hace evidente, que se atienden cuerpos enfermos, pero la cuestión emocional también es tratada o se intenta abordar, farmacológicamente, pero se atiende. Sin embargo, el aspecto emocional no se resuelve solo con un fármaco, se requiere la presencia de otra persona atendiendo a otro ser humano. Existen situaciones poco perceptibles si el residente no porta la sensibilidad para detectarlas, pero, las prisas, las presiones son muy claras dentro del quirófano, y quizá eso favorece que no se pueda percibir la sutil y desgarradora experiencia de los pacientes al ver amenazada su vida. En esta misma ocasión, al hacer el trabajo de campo, observo a una residente que se encuentra en el área de UCPA, sumamente entretenida con su celular, no se inmuta pese al ruido, movimiento y así se mantiene por treinta minutos, ajena a las necesidades de la joven que se describe.

Se pueden describir muchas historias y formas de conducta, dada la variedad de pacientes, casos, circunstancias de atención, contextos así como actitudes. El paciente adulto mayor, es muy delicado, llegan con modelos mentales específicos, propios, en circunstancias que les inspiran temor, soledad y angustia. A veces en el desarrollo de las actividades cotidianas, no se percata el médico de las otras realidades que se viven, las de los pacientes, que, en forma simultánea construyen sus experiencias, en los mismos momentos que las del residente.

(OP6). “Con respecto a un paciente adulto mayor, ya bajo el influjo de los anestésicos. Primero sintió algo de angustia porque no podía mover las piernas, estaban necias y no obedecían. Le dijo el médico que así era y que pasaba luego. Después, ya casi no platicó porque en la lámpara se veía como lo estaban abriendo y él veía todo, la sangre y todo pero no le dolía. De momento cerraba los ojos y oraba a Dios para que saliera con bien”.

Los seres humanos y sus condiciones variadas, ¿son vistos como personas con enfermedades, o como enfermedades? Estudiar una enfermedad, es valioso, da la información necesaria para comprender muchos aspectos de la atención médica. Sin embargo, olvidar al hombre que padece la enfermedad, su historia, su contexto, su condición, su cultura abre una brecha enorme en el papel del médico sanador no sólo técnico. Debe promoverse el abordaje del profesionalismo, de la psicología médica, de la antropología médica de manera transversal en el currículo, no únicamente corpórea.

Se escapa al alcance de quien atiende a un paciente, poder mirar a través de sus ojos, y hacer vida a la expresión tan referida “ponerse en los zapatos del otro”, lo que el paciente narra, pasa imperceptible por la mente del residente, quien se ocupa de la atención médica. El ambiente, quizá la sensación de estar y ser invisible para el médico quien opera su cuerpo y no conoce la angustia de lo que siente y lo que ve, que lo obliga a cerrar los ojos y evadir lo que la

lámpara refleja, la realidad que construye al ver su cuerpo manchado con su propia sangre. Y percibir sus piernas ajenas a su obediencia y voluntad, esto en parte representa haber perdido el control de su cuerpo. La presencia del paciente dentro del quirófano y su reacción ante la inminente situación de una cirugía de gran impacto en la vida reproductiva de una persona, el residente aprende dentro de un esquema de aprendizaje situado, que las circunstancias y el contexto en torno al profesionalismo, está implicada su actividad, el paciente, la actitud de ambos y las condiciones que tengan para enfrentar el reto de una actividad asistencial. Influidos por las presiones inmersas y exigencias de personajes de quienes también se aprende, actores en el escenario que esculpen el clima laboral de desempeño donde se aprende y aprehende.

(OP7). Paciente masculino de 60 años aparenta mayor edad, delgado, demacrado y con una mirada triste y vaga. Se encuentra en la UCPA previo a pasar a cirugía, lo atiende el R 3 (quien sale de guardia, se aprecia cansado y ojeroso) para una cirugía de resección de ambos testículos. Se acerca el residente, lo saluda, se presenta y revisa su expediente en lo que lo conoce y le pregunta ¿está enterado de la cirugía que le realizarán? Su respuesta es positiva, moviendo la cabeza y con voz débil se escucha: sí, doctor. Le comenta que en la consulta de anestesia de acuerdo con la nota que está en el expediente, le han informado los riesgos y además de que probablemente requiera ser transfundido, el paciente asiente con la cabeza. También, le comenta que su cuerpo no coagula normal y que lo dormirán todo, que lo cuidará todo el tiempo y después despertará en esa sala donde ahora lo está saludando. El paciente observa y está de acuerdo con lo que le han informado.

Se observan las circunstancias variadas en las que se enmarca la atención a los pacientes, el aprendizaje del profesionalismo, inmersos en otras situaciones relacionadas con la cantidad de personal para la atención médica. Como ya se comentó el personaje que muestra de manera silente el proceder ante el paciente es el médico adscrito o de mayor jerarquía, quien se transforma en guía del de primer año. A veces, se presentan situaciones en la consulta externa, donde el médico de primer año se encuentra solo dando la consulta a pacientes de la valoración anestésica. Ciertamente son ya médicos generales, quienes ingresan a la especialidad, sin embargo, la actitud ante la conducta tiene cierto esquema, se presenta, interroga, escribe, explora lo elemental para el caso con orientación específica hacia lo interesante para la especialidad, se pide firma para el consentimiento informado, el que se firma inmediatamente, se pregunta sobre las dudas al respecto y posteriormente, se dan indicaciones y se despiden.

Los pacientes desean escuchar palabras de certidumbre, sobre su pronóstico, el tiempo de espera de las consultas es alto, viajan desde lugares lejanos para su valoración, esperan que las respuestas a las pocas preguntas que plantean sean siempre lo que desean escuchar. Y en ocasiones no saben el motivo que la premura del médico que le atiende no es por el mismo, ya



que las exigencias de la atención a otros que esperan no le permiten ocupar más tiempo en cada intervención que la ya designada.

(OP8) Paciente femenino que ingresa al consultorio de anestesia para su atención, la recibe un R 1 asignado a la consulta, (tiene una lista de espera de 15 pacientes para atender, por la cantidad de expedientes que están en el mueble cercano al escritorio)

El médico residente de anestesiología se encuentra solo en el consultorio, ella cuenta con diagnósticos que afectan su función respiratoria, la anestesia interfiere con ello, espera planteamientos que no sean de complicación, a ella le interesa cuando se ira a su casa, dejar todo atrás, ya todo verlo a la distancia en el pasado. Sin considerar todo lo que está por venir, se aprecia angustiada. El residente explica rápidamente y someramente el consentimiento informado, solicita la firma del mismo y se remite a preguntar si existen preguntas respecto al tema. Quizá generar estrategias para compartir aspectos de la atención de pacientes con enfermedades comunes en la sala de espera, como: asma, obesidad, diabetes, hipertensión y el trabajo de sensibilización y concientización sobre la enfermedad de base de los pacientes y sus implicaciones anestésicas, podrían despertar interés y cuidado por la salud en forma previa al evento anestésico-quirúrgico, que debe ser visualizado e incluido en los contenidos de programas académicos y atravesados por los principios del profesionalismo.

La estancia corta o cirugía ambulatoria es un escenario de ingreso de quienes se operarán ese día o al siguiente día, se aprende en él que es necesaria la ratificación de datos, se aprende que es el momento en el que el paciente llega con una tensión extrema pues será intervenido en ese día y momento y asume que existe la posibilidad de riesgos, por lo tanto, quizá espera la actitud empática del médico con la intención de explicarle, tranquilizarle o conocer a la persona que lo dormirá, le explicara los riesgos, corroborará, que no existan dudas o comentarios al respecto. El personaje del adscrito, como ejemplo y guía, es importante. Sin embargo, se aprecia lo siguiente:

(OP9) Se trata de paciente femenino de 10 años con labio y paladar hendido a quien se le va a operar de una hernia inguinal bilateral. La paciente está sentada en la sala de admisión hospitalaria, callada, observa a todas las personas que en ella se encuentran y además, se muestra atenta al llamado de la asistente de admisión. Por momento habla con su mamá y la abraza.

Se puede observar el miedo, la amenaza que representa para el paciente ser sometida a un distanciamiento de sus seres queridos, sin embargo, permanece confiada al lado de la madre a pesar de que se acerca alguien con bata blanca. El síndrome de la bata blanca que en este

momento no se manifestó, quizá por las circunstancias de protección por la presencia materna. Sin embargo, la experiencia previa de una intervención quirúrgica y el no saber cómo sucedió la misma, ante una expectativa amplia para el médico quien descifra, las circunstancias y el abordaje nuevo que debe plantear para modificar las experiencias previas de la paciente y de la madre.

(OP9) La paciente ha tenido ya tres cirugías anteriores y se encuentra tranquila, las dos anteriores no han sido en este hospital, sino en otro especializado en niños. Pero, para la hernia la enviaron acá. Al preguntarles si fue a la valoración anestésica, las dos responden que sí, por el que el médico les indica que en breve las pasarán a otra unidad y que la señora podrá acompañar a su hija en esa sala, posteriormente tendrá que salir por el reglamento de la unidad.

Enfrentar distintos contextos, en uno la atención en hospitales de otro nivel de especialidad, ofrece para el médico que atiende de *novo* a un paciente la posibilidad de analizar atenciones previas y mejorarlas si así lo pretende, para ello deberá tener la disposición de manifestar la empatía, la responsabilidad, pero sobre todo el compromiso de atender al paciente bajo estos lineamientos.

El trabajo en equipo y las relaciones interpersonales, de respeto, empatía y colaboración a favor del bienestar del paciente deben ser manifiesta en la atención inicial sobre todo porque el paciente se encuentra despierto y se trata de una paciente pediátrica. Un personaje fundamental en esta área y además con quien se establecen las primeras relaciones laborales es el personal de enfermería, en este caso la enfermera habla con la paciente, y charla brevemente, le explica que requiere que le pongan un suero y acepta. Lo colocan en el brazo izquierdo y la dejan sola. Con los barandales arriba en espera de ser llamada para entrar al quirófano. Se hace evidente la necesidad de manifestar el bienestar de la paciente mediante la seguridad de la misma, esto se entiende dentro de esas enseñanzas de cuidado al paciente, del compromiso continuo y de la empatía por el grupo etario.

La suficiencia en el acompañamiento a los pacientes, es analizada desde varias perspectivas: una es el compromiso de atención médica de excelencia, el segundo la organización dentro del servicio, la gestión de los procesos que se realizan y la cultura de cuidado que prevalece en la institución, pero sobre todo en la observación participante es posible evidenciar lo que se hace.

9:00 horas. Entra la paciente en la camilla al quirófano, la espera el médico que la saludó en la estancia previa (R3) y el camillero la pasa a UCPA. La enfermera se aproxima, la saluda y checa todos los requisitos de seguridad para la cirugía. Nombre, edad, diagnóstico y tipo de cirugía. Se

aparece el médico para solicitarla, la niña lo ve y sigue con la mirada, él se percata y se le acerca le explica que es el mismo pero con otro atuendo, se baja el cubre bocas y le sonrío. Llega el camillero y le dice-¡ya te vamos a llevar al quirófano! La pequeña no contesta, se ve angustiada.

El residente, intenta después del traslado dentro del área extraña para la paciente, socializar con ella, no es el único, enfermería apoya se muestra el trabajo en equipo, la cuidan y acompañan, la acogen, platican con ella, intentan hacer agradable su estancia en este lugar donde se encuentra desprotegida y vulnerable, mostrándose conocedores de esa situación. Posteriormente, la llegada del médico responsable de anestesiología se vierte en esta línea y explica, a la paciente lo que se realizará.

(OP9) ¡Hola, buenos días! Te vamos a dormir, ya sé que te han operada dos veces del labio y el paladar, ahora será de la ingle, te vas a dormir, cuando te diga vas a respirar por la mascarilla por favor. – Te voy a poner unos parches en tu pecho y un dedal en tu mano- la niña dijo- si siempre me lo ponen cuando me operan. Ah, entonces ya sabes nuestros secretos, ¿verdad?- Comentó la médico anesthesióloga, -si.- Muy bien, entonces jala aire fuerte por favor por esta mascarilla, respira y sueña bonito. ¡Nos vemos en un ratito!, - ajá.

El trabajo se inicia con todo lo requerido, con el cuidado de mantener la atención al paciente, con un ambiente laboral que tiene enfrente la presencia de la incertidumbre en la evolución de los procedimientos, donde intentan suavizar el ambiente y el clima mediante el uso de música. La atención permanente en el paciente, en el cirujano por parte del residente sobretodo asesorado de la adscrita de la sala. Cuidando el calor del ambiente al cubrir a la paciente con lo que cuentan, quizá no lo necesario, pero optimizando lo que tienen. Proveen para después de la cirugía, cuidando el bienestar y la evolución por lo tanto suministran de manera anticipada medicamentos para el dolor.

Por otro lado, el llamar a la paciente por su nombre, de manera respetuosa y cálida, permitió despertarla de forma agradable con todos los elementos cuidados para evitar alguna molestia. Prever que la presencia de la madre podría ser favorable para que ella se sintiera mejor o más confiada, podría haber sido de utilidad. Sin embargo, debido a las políticas de las instituciones y a la cantidad de pacientes en esa sección no fue posible. Sin embargo, la mantuvieron en observación continua y cuidado adecuado por la enfermera, quien atendía al mismo tiempo a otros pacientes, contestaba el teléfono y atendía el *transfer*. El médico residente, al término de todos los registros del expediente se retiró a asistir a otro procedimiento.

En la UCPA otro médico residente recibe a paciente, pero, también está encargado de apoyar a los demás médicos de las salas, para otros servicios como solicitudes, ir por sangre y laboratorios, atención a los familiares. Avisar o notificar a la madre de la paciente, sobre el

estado en que se encontraba su pequeña, que ya la cirugía había terminado, y que estaba tranquila, creo que sería de utilidad. Sin embargo, es la enfermera quien solicita algún medicamento, orienta para que se inicien trámites y es quien informa de manera indirecta. La entrevista con el familiar me permite visualizar la impresión que en ellas dejó la atención anestésica por el residente quien es calificado como atento, responsable y amable y hacen comparaciones con otra atención reciente donde refieren un trato distante, con malos modos y hasta grosero en otra unidad de atención ajena a la nuestra.

(OP9)-la de anestesiología fue muy buena gente. ¿Le explicó si hay un riesgo? Si, dice que como todo hay un riesgo, que entra uno a cirugía pero en anestesiología no se sabe cómo reaccione uno.-Eso me dijo. La primera vez después de la operación estaba muy llorona, la segunda más tranquila. Y ahora muy tranquila, yo le decía, hija, ¡Me da miedo! Y me contestaba: no tengas miedo, me va a tocar un doctor bueno como el de la otra vez. Pero la primera vez, la verdad fue feo, hasta se arrepiente uno por haber ido allá. La verdad. Aquí son muy buenas personas.

## **8.8 Valores profesionales del médico residentes**

El impacto de la atención a los pacientes inmerso en ciertas actitudes y conductas, tiene influencia en la evolución de los pacientes, manifestado de diversas formas. Considerar como un todo a la persona que se atiende, de manera integral y holística es visto por medio de las concepciones del profesionalismo y de la ética, que son orientadoras respecto a las formas de relacionarse con el paciente. La educación dentro de estos lineamientos y la educación en valores la promueven, por ello la importancia de hacerla explícitas. Se podría decir que la residencia de anestesiología tiene amplias áreas de intervención entre las que destacan los estudios de distinta índole de radiodiagnóstico y además de cardiología y de gastroenterología. Estos se pueden minimizar, pues solo son estudios, para muchos, tanto médicos como pacientes, carecen de riesgos. Pero, en anestesia se sabe que la realidad es otra y dista de esa impresión donde se pretende invalidar las valoraciones y los riesgos que tienen.

Por otro lado, los diagnósticos de inclusión en ellos pueden poner en riesgo la vida de las personas y deben ser aclarados antes de realizarlo, forma parte del derecho del paciente de conocer lo que tiene y además de la autonomía para decidir sobre su intervención. Estos conceptos deben acompañarse del consentimiento informado que debe ser firmado por ellos y por sus familiares. Quizá, esta forma de visualizar la intervención del anestesiólogo, sea la que genera conflicto y debilita la relación entre los profesionales de la salud, sobre todo, afecta la forma de relacionarse entre los médicos. Por ello la promoción desde el plan de estudios de

programas interdisciplinarios y del fomento de la comunicación efectiva, podría permear hasta estas esferas e impulsar el respeto por los otros, aunque se tengan puntos distintos, pero consensar ante el paciente la atención y los riesgos claros respecto a la participación de cada especialidad. Ello debe ser aprendido, analizado y reflexionado, en el aula, con casos de bioética y donde se promueva el bienestar del paciente y el respeto, así como el ejercicio de la autonomía.

Es evidente que todos estos procedimientos se realizar fuera del amparo del agente inmersa en la atención anestésica, en lugares lejanos, donde muchas veces se encuentra solo la persona que dará la atención al caso, con condiciones no siempre optimas de insumos, de equipo, de iluminación que permitirían dar seguridad y contención para el paciente y el grupo de atención. Por ello la gestión administrativa debe promover un compromiso con posturas que respalden las políticas de atención al paciente en climas seguros y a los trabajadores-estudiantes de igual forma con la seguridad de insumos y equipo.

La incertidumbre que acompaña al ejercicio de la medicina es una realidad pues se desconoce la forma como reaccionará un organismo ante determinadas situaciones y ello genera presión, tensión y estrés continuo, el que se puede modificar si desde otras aristas se cuidan los elementos para generar un clima organizacional adecuado. (OP 10) “Esa sala que es muy pequeña y calurosa no te puedes ni mover”. Como no es posible que pasen varias personas a la misma, muchas veces el personal médico desempeña otras funciones, el médico endoscopista presiona porque sea de prisa el paso de pacientes, no acompaña, solo indica, no participa en ciertas cosas, se mantiene en su área únicamente. Se ven los residentes muy atareados pasando a los pacientes para estudios de manera rápida. A veces por no generarse problemas, los adscritos no manifiestan más comentario, otras veces existen confrontaciones y por ende un ambiente no agradable de desempeño. Esa manera de relacionarse es un espejo para los residentes ya que el adscrito es un “ejemplo” que el residente de acuerdo a su criterio determinara en el futuro que actitud adoptar en cada caso. Nuevamente, sale a relucir que las relaciones interpersonales son importantes y que enseñar a reaccionarse en ámbitos estresantes y además a enfrentar conflictos son estrategias que deben promoverse durante la residencia así como liderazgo, el respeto y el compromiso, la empatía y el trabajo colaborativo, donde las actitudes favorezcan se desempeñen las actividad medicas asistenciales en climas laborales favorables. Con el impacto al paciente y al equipo de salud.

El profesionalismo, referido por los residentes se ha formado desde el hogar, donde se han cimentado los valores en relación a la cultura de cada familia y a las costumbres. Por ello,

cuando se habla de la importancia de actores que aparecen en el tema, los padres son los primeros en ser mencionados por todos los residentes. A veces mencionan el ejemplo, de ellos, entrega y responsabilidad. Otros más refieren la confianza, la presencia, el reconocimiento, el apoyo, el estímulo para seguir. Todos los residentes tienen condiciones diversas, pero el denominador común es la familia. Cuando se piensa esto en los médicos residentes y las edades que tienen y el tipo de familia al que pertenecieron en su infancia, se percibe que en la mayoría de los casos la presencia de padre y madre, presentes en la convivencia cotidiana en su etapa escolar, dejó la huellas de responsabilidad y respeto.

Varias madres trabajaron fuera de casa, dando responsabilidades a los hijos, estimulando y compensando. Otras estaban presente porque fueron amas de casa. Sin embargo el ejemplo de ambos padres o de uno solo según les corresponda, dejó ejemplo para sus hijos. Quienes refieren el esfuerzo y compromiso manifestado en las vidas de sus padres para cuidar, proveer y estar presentes con ellos en lo posible. El número de familiares dependientes de los padres, orilló a conocer y practicar formas de cuidado de recursos y de autocuidado. En el marco de sus hábitos y costumbres. Sin embargo, externado por la mayoría, existen algunos vacíos en los programas académicos que deben ser atendidos.

Se da por entendido que lo hacemos pero, sería muy bueno saber más y nos ayudaría a atender mejor a nuestros pacientes, ya que pueden existir, muchos intereses que modificarían nuestra atención hacia el paciente” (Entrevista directa, 2.2 16 de septiembre 2018).

Lo anterior, se identifica en varios casos como una necesidad, considerando varias de sus partes e infiriendo las implicaciones de distinto orden que el desconocimiento puede tener y los alcances en caso de contar con esa instrucción explícita en los programas de las residencias médicas e implementarlas en forma real en la práctica. El residente considera que en el área de la salud es prioritaria esta preparación, porque se hace de manera inercial, pero o en la reflexión y la conciencia.

(RA 6.1) “Es algo relacionado con la parte profesional de ser de nuestra carrera. Es importante la parte académica, que es lo que estoy haciendo, prepararme con conocimientos, para saber el por qué hago las cosas y como ayudar a los pacientes. Influyen varias cosas: la persona, el ambiente familiar, las costumbres, los rasgos de personalidad dominante de cada uno de nosotros. Ello hace que nos podamos poner en los pies de los otros, con empatía, con calidez y procurar un buen trato al paciente. Además, ayuda a disminuir los procesos médicos legales, en este caso por medio de la información empática y correcta al paciente y sus familiares”.

Identificar una necesidad por parte de un grupo, en relación a su capacitación e instrucción para abordar la atención compleja e integral de un paciente, es una fortaleza, pues solo se puede realizar esta observación después de reflexionar sobre la manera de trabajar y estudiar. Nuevos instrumentos en la actividad asistencial del residente trabajador-estudiante. La manera de realizar las actividades del estudiante de medicina se apoya ahora en el uso de aparatos inteligentes, con los que se pueden comunicar, compartir información, mantenerse actualizados, conectados en caso de requerir ayuda. Además, por medio de ellos se puede consultar material didáctico para las actividades educativas e investigación que realizan.

Por otro lado, al encontrarse solos en una ciudad completamente distinta a su ciudad de origen, sin familia es un excelente medio de comunicación con los suyos. Acortar grandes distancias, en países diversos y mantenerse conectado a su familia es un soporte emocional fuerte. Un porcentaje de los, médicos residentes tiene hijas/os, cercanos o distantes, pero dependientes directos de ellos, por medio de este aparato pueden mantenerse en contacto, pronto, rápido y además económico.

Los diversos casos a los que se enfrentan en la actividad cotidiana asistencial representan retos diagnósticos y la información científica puede ser adquirida de manera oportuna ante la incertidumbre de evoluciones insidiosas como las que ya se han comentado a lo largo de esta investigación. Consulta de guías de práctica clínica, manuales, revistas, artículos, monitores, escalas, clasificaciones, acceso a consulta de medicamentos con todo el acervo de información que requieren, pueden ser fácilmente asequibles por esta medio. Obtener imágenes para consultar a distancia apoyados en expertos en otras disciplinas y poder sustentar sus decisiones o simplemente por este medio solicitar apoyo mediante llamada o mensaje. Todos estos son posibles usos de estos celulares. Sin embargo, se requiere compromiso y responsabilidad en el uso del mismo, ya que podría ser adictivo, un distractor que en el caso de la atención al paciente en circunstancias que exigen atención al cien por ciento la presencia así como la intervención pronta, oportuna y eficaz para preservar la vida de los pacientes.

## **8.9 Factores que influyen en la percepción del profesionalismo**

El desempeño médico de los residentes, se encuentra inmerso en un ambiente en el que la influencia de distintos factores, puede modificar sustancialmente los resultados del proceso de la atención médica del becario. Siendo el profesionalismo el tema de estudio, es importante conocer los factores que influyen en la manera en que es percibida por el becario y el impacto de los

mismos. Por ello, describo los factores tanto intrínsecos como extrínsecos que influyen en la percepción del profesionalismo. Para ello detallo inicialmente los hábitos sociales adoptados durante la residencia médica y posteriormente, el estrés laboral y su efecto en las actitudes y comportamiento del personal médico, ya que estos son los aspectos identificados como fundamentales en el marco de influencia en la percepción del profesionalismo de los médicos residentes de anestesiología.

### **8.9.1 Hábitos sociales adoptados durante la residencia.**

Como ya se mencionó en la narración de “un día en la vida de un residente de anestesiología”, obtenida de la observación en el trabajo de campo, la integración a la vida hospitalaria se inicia desde el primer día de la especialidad. Las impresiones son diversas. Inicialmente, una gran motivación e ilusión por iniciar la especialidad. Un residente de tercer año comenta:

(...) “Primero una gran emoción ser aceptado para hacer la especialidad y poder superarme. También, una oportunidad que ha cambiado mi vida”, he aprendido muchas cosas, se convive con mucha gente y se tiene la oportunidad de enfrentar un gran reto. La verdad, es muy difícil” (RA 1.1 entrevista personal 7 de marzo del 2018)

Las múltiples actividades que se tienen que realizar, las necesidades de estudio y las exigencias de la especialidad, son externadas de maneras diversas por los sujetos de investigación. Algunos mencionan que ha sido interesante como etapa de vida. Las palabras que se repiten son lo difícil que ha sido la residencia sobre todo el primer año, (...)

“Es difícil, es adaptarse a las personas, al medio, al país y a muchas cosas más. No es tarea fácil es complicada, pero posible” (RA 6.1 entrevista personal 25 de mayo 2018).

Algunos residentes son extranjeros, refieren a la familia como un factor que dejan en el desamparo por estar presentes en esta actividad y más de uno se ha cuestionado ¿Valdrá la pena estar aquí? Hacer tantas las grandes modificaciones a los estilos de vida. Pierden su vida de relación con todos: familia, esposa, hijos, amigos, parientes. Excepto con el hospital como ente, con el personal con quienes a diario conviven y adoptan como su familia, los compañeros de la guardia. Porque al salir de la misma, están exhaustos y lo que desean es descansar para al siguiente día volver a empezar. Una de las residentes del último grado comenta:



(...) “es una etapa interesante, muy difícil, compleja, que tiene de todo: momentos de alegría y momentos de terror. El estilo de vida que uno lleva es único, no come usted a sus horas, no duerme, hay mucho trabajo y exigencias de estudio. Pero, usted lo quiere hacer y eso la impulsa” (RA 2.2, entrevista personal, 16 de septiembre 2018).

La forma en como el residente describe a la especialidad es como una actividad compleja, con alta demanda de energía, desgastante en varios sentidos, en donde el común denominador es el cambio brusco de rutinas y con un uso del tiempo muy peculiar que está totalmente relacionado a las demandas de trabajo en horario diurno, vespertino, nocturno y al siguiente días diurno y vespertino y periodos de descanso escasos. (...)

“El tiempo, que no te alcanza para nada, las guardias tan largas, las desveladas a veces muy pesadas, otras menos pero se acumula el cansancio y es pesado” (RA 4.2, entrevista personal, 11 de julio del 2019).

Las necesidades básicas de todo ser humano como las horas de sueño y el número de alimentos que se ingieren en un día, son aspectos que pueden ser modificados por los hábitos sociales adquiridos durante la residencia médica. A partir de los resultados obtenidos en relación a las actividades que antes de iniciar la especialidad realizaban los residentes, recapitularé en estos dos aspectos el primero en relación a las horas de sueño que por día acostumbraban descansar y el segundo en cuanto al número de alimentos que ingerían durante el día. La mayoría de los integrantes del grupo de residentes, diecinueve de ellos refieren que dormía entre siete y ocho horas diarias y veinticinco de treinta acostumbraban a tomar tres alimentos por día. Al iniciar la entrevista, el médico residente se aprecia pálido, cansado, demacrado y con grandes ojeras, me comentó que estuvo de guardia, que había sido muy pesada y que no durmió, se disculpó porque llegó sin bañarse, pero no le dio tiempo, salió de sala y se vino a la entrevista que previamente había sido acordada (Diario de campo O. P. 2, realizada en la consulta externa el 25 de abril del 2018)

Durante uno de los grupos focales que se realizó a las siete de la mañana, se reunieron grupo residentes de todos los años y se realizaron las actividades programadas. Sin embargo, es fácil identificar a quienes salen de guardia, debido a las actitudes que adoptan durante la clase, cabecean, casi se les cierran los ojos, se aprecian pálidos y a veces un poco despeinados, su ropa esta arrugada y en ocasiones sucia, o con manchas de sangre (Diario de campo Grupos focales 1 realizado el 29 de agosto del 2018), esto es también observado durante las clases y en las sesiones generales. Las guardias pueden tener desempeños distintos, exigencias de trabajo inciertas: podrá existir excepcionalmente una guardia en la que puedan descansar cuatro horas o

tres y otras en las que no se descansa, esto puede variar dependiendo de la cantidad de pacientes y trabajo que exista, porque son pacientes que llegan al quirófano por situaciones de urgencia o emergencia. También, la ingesta de alimentos se modifica, la costumbre de consumir sus alimentos dos o tres veces al día se afecta debido a las guardias, de manera diversa, hay guardias en las que es posible tomar tres alimentos y otras en las que no. A veces, los horarios del comedor para que el residente tome sus alimentos se ven sobrepuestos al trabajo y por supuesto, no le será posible ingerir sus alimentos y al salir, puede optar por comprar algún “tente en pie” o bien organizarse para comprar alimento y todo el equipo participar o de manera aislada la guardia únicamente.

En relación a la forma de organizar el tiempo, que es otro aspecto reiterativamente referido en las entrevistas, todos los entrevistados describen que es muy complejo organizarse para hacer todo (...) “tienes que sacar tiempo de más y a veces no sabes de dónde” (RA 5.1 12 mayo 2019). y cumplir con todos, se refieren a las necesidades de estudio, las que se dividen en: la guardia, donde existen exigencias impuestas por los médicos de mayor jerarquía para durante la guardia sobre todo en el turno nocturno se revisen temas selectos, desde teóricos hasta prácticos, revisar temas inherentes a la especialidad, planear procedimientos, revisar bibliografía para reflexionar sobre la mejor forma de atender a los pacientes, lo que se entretaje con las actividades asistenciales, se trata de “encontrar tiempo”.

Los otros compromisos de estudio son con sus profesores tutores de cada grado, donde tienen clases programadas normalmente a las sete de la mañana si la actividad asistencial se los permite asistirán los de guardia, si no esa sí, los que viene de su casa tiene la obligación de asistir a clases, y aquí, los temas se han designado con anticipación por lo que hay que llegar preparado y puntual.

Los miércoles en la sesión grupal, se reúnen todos los grados, participan en la revisión de un caso clínico, cada uno de acuerdo con el grado o nivel de estudio aportará comentarios respecto al tema, para concluir con una sesión de revisión del tema. La Dra. N (AR 4.2 11 de junio 2019) lo refiere de la siguiente manera: (...)”hay que organizarse mucho para salir bien librado de todo lo que hay que hacer, estudiar, ver pacientes, repasar y cumplir con horarios, guardias y tareas.” También, representa para varios un reto, relacionado con la exigencia de conocimientos.

Estudiar anestesiología implica conocer de otras especialidades. De algunas áreas del conocimiento sabes y conoces porque son básicas como ginecología y obstetricia, pediatría, cirugía y medicina interna. Sin embargo, en anestesia empiezas de cero, “Te das cuenta que no sabes muchas cosas” (RA 5.1 12, mayo 2019) todo es nuevo, medicamentos que nunca has

usado, es más ni siquiera los conoces y además, pueden ser letales mal utilizados. Unidades de medición para dosificarlos muy distintas a otras especialidades, diluciones que nunca hiciste, porque aquí tu preparas todo, las matemáticas están presentes, las conversiones de unidades, las concentraciones de soluciones y medicamento. Simplemente, la forma de hacer la historia clínica es tan distinta a las demás especialidades, aquí se da importancia a detalles “insignificantes” para otros que son importantes en esta área y que pueden ser determinantes en la evolución de un paciente en un periodo perioperatorio.

(...)” en la valoración de los pacientes, llegué a minimizar la importancia de la evaluación anestésica, no darles relevancia a varios aspectos. Sin embargo, ya estando adentro del quirófano con el paciente, me di cuenta de que debí haberlo identificado y haber hecho algo pues había alguna alteración o problema que pudo haber puesto en peligro la vida del paciente porque no se le había dado la importancia” (RA 1.1 entrevista personal 7 de marzo del 2019).

Por lo tanto, hacer una especialidad implica un cambio en la vida del médico general que se transforma en residente. Va acompañada de adquisición de conocimientos, desarrollo de habilidades y dentro de estas, la comunicación es piedra angular.

El becario se comunica con el paciente y sus familiares, sus compañeros residentes de la especialidad, de otras especialidades, con el personal de enfermería, personal administrativo, camilleros y personal de intendencia y demás servicios fuera del área de quirófano: laboratorio, comedor, choferes de ambulancias. En primer lugar, en relación a la comunicación con el paciente y sus familiares. Los pacientes desde que ingresan al consultorio, a la Unidad de cuidados postanestésicos (UCPA) o al quirófano tienen actitudes diversas: algunos no hablan, ni siquiera muestran interés en ver al médico, otros se encuentran ansiosos, angustiados, preocupados, tristes, temerosos. (...) “La paciente se ve callada, con actitud temerosa, parece que quiere llorar, se encuentra sola en la unidad de cuidados postanestésicos (OP 5 Unidad de Cuidados Postanestésicos UCPA 30 de mayo 2018) E independientemente de la actitud que adopte el paciente, el médico becario tiene la necesidad de realizar la historia clínica, exploración física, pero, durante todo el proceso es necesario mostrar paciencia y tolerancia.

(...) “el residente, me comentó que se sintió en algún momento desesperado porque el padre del joven no entendía lo que se le preguntaba y necesitaba explicar lo mismo varias veces” (O.P. 2, Consulta externa 25 de abril 2018). Otros pacientes dentro de toda su situación de tensión, hablan y hablan, y cuesta trabajo centrar el interés de la historia clínica en relación a los puntos a tratar y explorar: (...) “El señor le explica las enfermedades que han existido en su familia, la más importante: la diabetes y una enfermedad respiratoria reciente, para lo que ya tiene tratamiento. Refiere ser un poco nervioso y continua narrando libremente. (OP 3, 15 de mayo 2018). Sin embargo, la presión que experimenta el residente por los pacientes que requieren consulta y lo

esperan es inminente, en algunas ocasiones con violencia exigiendo pasar a consulta (Diario de campo, 15 de mayo 2018).

Aprender a convivir es descrito como otro aprendizaje deseado por los residentes, ya que, mencionan que es difícil relacionarse con otras personas que cohabitan en el mismo escenario del quirófano o fuera de él pero que son áreas de desempeño del anestesiólogo.

(...) “quisiera aprender a convivir mejor, porque creo que eso es algo muy complicado, por ejemplo, convivir con los compañeros de otras especialidades especialmente los cirujanos. Hacerles entender mi punto de vista y las necesidades del paciente para dar mayor seguridad (RA 2.2 entrevista personal 16 de septiembre del 2019).

La convivencia con los compañeros del mismo servicio o de otros servicios bajo la tensión de los casos que se atienden, es una tarea que exige voluntad, conocimientos y actitudes. La personalidad de cada uno influye en la manera de relacionarse. Sin embargo, tener una comunicación adecuada, puede disminuir algunos inconvenientes en el trabajo diario y en la relación entre los becarios.

(...) Por otro lado, el trato con los demás que tiene sus detalles. ¿A qué te refieres? Bueno, cada quien tiene su carácter y yo tengo el mío, soy callada y reservada y prefiere no entrar en detalles al respecto. Pero, en el trato cotidiano, puede haber roces (RA 4.3, entrevista personal 17 de diciembre 2018).

También, las relaciones se establecen con los médicos adscritos, y la manera en que las percibe el residente es variada, describen que algunas son amables, con tolerancia, y consideración ya que están en un proceso de aprendizaje. Otras son con altas exigencias pero razonables, algunas con matices de la indiferencia y poca tolerancia.

(...) “las relaciones con los adscritos, toman diferentes connotaciones. Como le he comentado, hay de todo. Médicos adscritos tolerantes con carácter amable y otros distintos, con diversas actitudes y exigencias hacia nosotros.” (RA 2.2 Entrevista personal 16 de septiembre 2018).

Las relaciones con otros médicos como los residentes de cirugía, a veces se tornan distintas, debido a los enfoques con los que se mira al paciente. Y la percepción del residente de anestesiología es diferente en varias ocasiones a las del becario quirúrgico. En algunas ocasiones las omisiones por parte de otros servicios generan problemas en el trabajo del residente de anestesiología, por ejemplo, cuando al paciente el servicio tratante (quien atiende primariamente al paciente) no le informa lo que tiene, que lo van a operar, ¿por qué? ¿Qué resultados se esperan?

¿Y los riesgos? Ya que, el paciente, necesita ser informado (...) “cuando los valoramos ya sea en urgencias o en el servicio donde estén, se les pregunta si saben que los van a operar y en muchas ocasiones lo desconocen” (RA 2.1 entrevista personal, 7 de marzo del 2018).

Por lo tanto, se presentan situaciones en las que hay distintas perspectivas: cuando el interés se centra en la “operación”, es decir vista por el área quirúrgica o cuando se refiere: “sería mejor para el paciente, optimizar sus condiciones” según el área del residente de anestesiología, finalmente a donde conduce esta divergencia es a tomar decisiones: operar en ese momento al paciente o postergar el procedimiento, evidenciar y valorar riesgos con una planeación de la continuidad del manejo perioperatorio o minimizar una intervención quirúrgica sin valorar los riesgos en la integridad del paciente que es la visión del anesthesiólogo. (...)

“A veces parece que no vemos hacia el mismo lado, ellos solo quieren operar y no ven lo demás y eso generas conflictos serios” (RA 2.1 entrevista personal, 7 de marzo del 2018).

De tal forma que genera una relación y comunicación que no confluye y por lo tanto se crea desarmonía en el ambiente de trabajo. (...) “El cirujano no les avisa y les cae de sorpresa, se preocupan, desconfían, se enojan y al decirles a los cirujanos ellos también se molestan. (RA 2.1 entrevista personal, 7 de marzo del 2018). De manera secundaria, esto impacta en la relación con los familiares de los pacientes, si con los médicos tratantes la comunicación es nula o pobre, son entonces poco informados los familiares y esto genera problemas serios al trabajar con el consentimiento informado, porque carece de la información quirúrgica, por lo tanto complica la actuación del residente con el familiar del paciente. Además, cuando se plantean los riesgos que puede tener el paciente, se genera aún mayor malestar en ellos (...)

“Pasa con los familiares de los pacientes, son algunas veces poco informados y cuando nosotros les decimos los riesgos que corre el paciente, sus familiares, simplemente, se enojan, sienten temor y en algunas ocasiones se niegan a que se les opere (RA 2.1 entrevista personal, 7 de marzo del 2018).

Los residentes de anestesiología consideran que el paciente tiene derecho a ser informado de lo que tiene y a tomar sus propias decisiones así como afrontar sus consecuencias (...)

“El paciente tiene derecho a ser informado con honestidad, debe saber lo que se le va a hacer, y los riesgos que corre, aun cuando sea una cirugía pequeña”. (RA 2.1 entrevista personal, 7 de marzo del 2018).

Todo ello ha producido encuentros desagradables y relaciones no muy buenas en el equipo de trabajo. Sin embargo, los residentes de anestesiología consideran que es correcta su

forma de intervenir, y a pesar de las circunstancias que se den, les parece que debe hablársele al paciente con la verdad, e informarle con respeto y empatía.

Con respecto a otras relaciones que el residente y que son cruciales en su desempeño médico, destaca las que se establecen con el personal de enfermería. Formando parte de un equipo interdisciplinario, las enfermeras son una porción mayoritaria en el personal hospitalario, ya sea en el quirófano desempeñan actividades como instrumentistas o ayudantes de cirujano, circulantes donde proporciona atención a todo el personal y al paciente. En la estancia corta o cirugía ambulatoria, las enfermeras tienen a su cargo la central del área que es el corazón de la misma, reciben al paciente, lo identifican, corroboran todo: el procedimiento, sus signos vitales, indicaciones, el médico tratante, el ayuno, las alergias, etc. Y es aquí, junto a ellas donde el médico residente desarrolla el primer contacto el día de la cirugía programada, por lo tanto, se interactúa de manera continua con ellas y las relaciones que se establecen repercuten en la atención y ambiente clínico. Los sentimientos que los residentes refiere que han experimentado durante la residencia son de diversa índole y consideran que (...)

“Hay muchas emociones y siento que se puede mezclarla las emociones. Es un manejo de emociones tremendo. (RA 10.3, entrevista directa, 5 de abril del 2018).

Y consideran que influyen en la manera de ejercer su trabajo dentro del hospital.

Dolor y culpabilidad por lo que ocurre en su hogar, este es un sentimiento mencionado sobre todo por las residentes que tienen hijos, ya sea que tengan o no pareja, el sentir que están dejando a la familia, a sus hijos ha hecho que en varios casos, se decida continuar después de librar una batalla personal, es muy difícil y por ello se han cuestionado más de una de ellas, sobre el sentido de permanecer en la residencia (...)

“Puedes perder a tu familia, porque no los ves, no convives, llegas muy cansado y tienes muchas exigencias: tareas, estudio, tesis.” (RA 1.2, entrevista directa, 15 de septiembre 2018).

Sin embargo, las opiniones en relación a la familia pueden ser diversas, hay quien sí, refiere ese dolor de la ausencia al seno de su familia, pero refieren que eso les da fuerzas, los inspira la familia a otras más que así lo refieren y de ese dolor lo transforman en impulso para seguir adelante, (...)

“Tengo que responderle a mi familia. Tengo que responderles, me siento feliz, pero siento miedo de no poder lograrlo” (RA 2.1, entrevista directa, 7 de marzo 2018).

Frustración, desencanto, desilusión, uno de los sentimientos que enfrentan sobre todo en el primer año y que fueron mencionados por todos los residentes de diversos niveles de la especialidad, fue la frustración en relación a la organización de su tiempo para poder responder a las exigencias de la especialidad y de su familia. Las exigencias de adscritos, de los otros residentes y el enfrentarse a nuevos conocimientos que implicarán esfuerzos mayores para comprender terminología nunca antes explorada. Desencanto y desilusión debida a que el cansancio extremo que experimentan acompañado de las exigencias a las que son sometidos, por el ambiente de trabajo, los llevan a sentirse en algún momento desilusionado o triste. Pero también se toca el miedo (...)

“Sentir el miedo de que te puedan correr de la sala, te griten, te deje sentada, es doloroso. No es por lo que me exige un adscrito, sino la forma como lo hace la que impacta” (RA 2.1, entrevista directa, 7 de marzo del 2018).

La depresión es quizá el resultado de las presiones acentuadas por periodos prolongados, con ausencias de descanso, y exigencias de estar en todo momento alerta, porque el peligro acecha. Esto genera un desgaste continuo, sobre todo al inicio de la residencia, en los primeros meses, la alegría y el entusiasmo con el que se llega se va apagando un poco por el cansancio. Las presiones, la impotencia y la frustración, hace que en varias ocasiones se llore y se piense de manera repetida: ¿vale la pena estar aquí?, pero, haber dejado a la familia lejos, haber hecho esfuerzos para lograr este sueño, hacen que por puro orgullo se permanezca, después el encanto de la especialidad cautiva y ya se queda uno atrapado.

(...) “Mi nena, me duele dejarla tanto tiempo. Y sacrificar horas de mi vida de no estar con ella, por estar aquí. Lo soñé y me cuesta enfrentar esa doble parte en mí, pero haré que valga la pena (RA, 9.1 entrevista directa, 9 de noviembre 2018).

Durante la residencia se toca la angustia, la tristeza y la ansiedad, se experimenta inestabilidad emocional (...)

“Hay muchas situaciones tristes, en relación a los pacientes y sus enfermedades o condiciones de vida” (RA, 1.1, entrevista directa, 7 de marzo 2018).

Además, las experiencias propias de la vida del residente, son difíciles y es la sensación de estar solo en la residencia, la que se repitió en los entrevistados. Sin embargo, esta es una la soledad-acompañada, en este proceso de la residencia es una percepción común. Esta soledad o falta de acompañamiento, es vivida por los cambios de hábitos, modificaciones dramáticas en

el estilo de vida. Donde un sinnúmero de actores participan pero, a pesar de ello, la soledad es referida de manera repetitiva por los residentes. (...)

“Se tiene poco apoyo por algunos adscritos; ¡es más, para algunos, no vales nada! (RA 6.1, entrevista directa, 25 de mayo).

Queremos que nos escuchen y no encontramos oídos para ello, todos están muy apurados, hay mucho trabajo, eso no para, siempre hay mucho trabajo. Deseamos tener tiempo para sentirnos, pero el cansancio es mayor siempre, y cuando existe un momento de calma quisiéramos dormir. (...)

“Me gustaría que alguien se preocupara y me permitiera un momento para saber ¿cómo me siento? (RA, 3.1 entrevista directa, 16 de marzo).

Aunque en más de una ocasión se nota cómo se siente el residente, es evidente el cansancio en su cara, en su postura, (Diario de campo, grupos focales 1, 29 de Agosto 2018), y a pesar de ello se encuentran en clase, en la sesión de caos clínicos, en la sesión general, en la consulta, en la UCPA o en el quirófano.

En efecto, la soledad que se experimenta es profunda, se acompaña de preocupación y angustia, pero al mirar atrás desea uno no repetir lo que vivió, al contrario, quisiera poder sanar la herida para dar otro trato a las personas con quienes convivimos, a nuestros pacientes y compañeros.(...) “se siente uno muy mal. Y afortunadamente, mi esposa está en el medio, le conté, lloré con ella, le platiqué lo que pasó. Duele lo que pasó. - ¿Crees que sea necesario sanar las heridas? Si debemos aprender a sanar las heridas” (RA, 8.2 entrevista directa, 12 de diciembre del 2018).

“Quizá, porque uno es tranquilo, y no comenta nada, creen que no sentimos, pero, también se siente, se estresa, se vive con esa angustia, de no ser expuesto ante los demás dentro del quirófano, la vergüenza de pasar un momento en el que te evidencien, y todo ello lo vives solo, te lo callas para no tener problemas. A través del tiempo te frustra, y sigues avanzando con esos sentimientos dentro de ti. Además, si a esto se le agrega que el ambiente está cargado de estrés, que se tiene una presión externa alta, y que a veces las exigencias en la práctica se pueden llevar a cabo sin las condiciones adecuadas: insumos inadecuados o faltantes, pacientes muy complicados, familiares estresados, o presiones agregadas como si todo ello fuera poco, de los pacientes recomendados. Actualmente, la cantidad de pacientes recomendados se ha incrementado, llegan exigiendo ser atendidos, amedrentando el ánimo de quien los atiende, queriendo ejercer presión para que todo sea rápido, no les importa cumplir con los requisitos mínimos para la seguridad, y además quieren salir muy bien sin ser estudiados, algunos sin para clínicos. Ellos creen que por ser recomendados nada malo les va a suceder, y eso imprime tensión y carga emocional fuerte a



la relación y a la exigencia. Pienso que hace falta que se respete lo que realmente se hace, que se otorgue la seguridad que debe darse al paciente quienquiera que sea y que se cumplan los protocolos que se sustentan en la evidencia científica para tener éxito con las intervenciones anestésicas. Me parece que los pacientes cada día llegan a consulta informados, solo informados, leen, platican, comentan con su familia, pero solo es información. En ningún momento saben si es cierto o falso, pero con esa información se sienten empoderados, considerando que lo que leyeron o lo que comentaron es correcto, esto es respetable, pero no siempre tienen la razón (...) “en ocasiones vienen mal informados y también hay que lidiar con ello” (RA, 8.1, entrevista directa, 18 de julio 2018).

Por otro lado, he observado en la consulta que los pacientes desean que los médicos resolvamos sus enfermedades, como por arte de magia, responsabilizándonos de su evolución, cosa con la que no estoy de acuerdo: (...)

“El paciente actualmente es poco responsable de su papel como paciente, desea que le resolvamos todo y eso no es así. El responsable de su salud es el paciente y a veces no hace nada para conseguirlo” (RA, 9.1, entrevista directa, 9 de noviembre 2018).

Pero en ocasiones si llega uno a sentirse incómodo por lo que sucede en la forma como evolucionan, y me parece que cada uno debe tener su propia responsabilidad, si el paciente no se cuida, es responsable de sus consecuencias.

Existen además, otros factores que imprimen una carga de estrés durante el desempeño de la actividad asistencial, y es el paciente recomendado. Lo que a veces mencionamos como el síndrome del recomendado, nos genera mucho estrés, es una exigencia extra a las muchas que ya tenemos, presiona el paciente, el familiar, el que lo recomienda, como cuando hay que pasar a cirugía a pacientes por órdenes superiores, eso, atenta el criterio de quien lo valora, lo interviene y además a veces ni continuidad tiene en el manejo. Creo que es guardar la apariencia, sopesando el riesgo de una complicación mayor en cada caso (...)

“Me parece que el tener pacientes recomendados genera una carga extra de responsabilidad, que no la comprende el paciente, el familiar o el que recomienda a los pacientes, llegan sin requisitos y consideran que eso es correcto”(RA, 2.3, entrevista directa, 18 de diciembre).

También, las actitudes de los pacientes recomendados a veces, son muy difíciles de entender, desde el modo de solicitar las cosas, es exigente, y prepotente en algunas ocasiones, desconocen todo lo que puede suceder por omitir valoraciones o prepararlos para el evento anestésico, eso es estresante, si uno está en esa sala, (...)

“Quisiera uno decirles y hacerlos entender que es necesario algún estudio o procedimiento por sus seguridad, pero, no siempre lo comprenden, es más hay quienes se ponen a la defensiva, se alertan y se molestan” (RA 1.1, entrevista directa, 7 de marzo 2018).

Si a todo lo anterior le agregamos los riesgos que todo paciente tiene durante los procedimientos, debido a sus condiciones de salud que lo llevan a un hospital o a las múltiples complicaciones que tiene, y para poder enfrentar anestésicamente el reto, es necesario contar con los insumos, medicamentos y aparatos, monitores completos, para así conducir y mantener al paciente vigilado al cuidado continuo en forma óptima. No contar con los insumos necesarios produce malestar, inseguridad e incertidumbre, tener que improvisar con los riesgos que esto implica para la tarea del residente y del anestesiólogo, pero sobre todo para el paciente. Por ello, al detectar los insumos como otros factores detonantes de estrés, consideramos una necesidad y un requerimiento que las instituciones tienen que cubrir. El tener todo para trabajar, reduciría el estrés diario y evitaría riesgos, daría mayor seguridad en los procedimientos.

(...) “Se vive estrés, por muchas causas, a veces no hay cosas, hay desabasto de los insumos y se improvisa, por tratar de hacer el bien, puede producirse alguna complicación. Deberíamos exigir a las autoridades que se tenga lo necesario para trabajar de manera segura, tanto para los pacientes como para nosotros mismos los médicos” (RA 8.2, entrevista directa, 12 de diciembre 2018).

Durante la residencia se vive el estrés al máximo, ya se han mencionado varios elementos por los que se puede estresar un residente, sin embargo, las cosas con se quedan ahí, esto pasa al ámbito familiar, donde se manifiesta de distintas maneras (...)

“Si, de momento me vuelvo intolerante e impaciente, quizá a veces grosera. El cansancio no te permite pensar igual ni calcular consecuencias y si además tiene el carácter difícil como el mío, bueno” (RA, 2.1, entrevista directa, 7 de marzo 2018).

Yo quiero comentar y participar en este estudio,-comentó una de las residentes porque deseo que mi experiencia sea conocida, para evitar que se repita. La maternidad, lleva implícitas muchas características, hay quien vive situaciones desalentadoras relacionadas con esa situación. Además, a veces se encuentra con circunstancias a enfrentar:

(...) “Sobre todo una persona, fue muy especial se encargaba de decirme que me fuera, siempre criticaba, su retroalimentación fue siempre negativa. Era frecuente la forma desalentadora de tratarme, quería tirar la toalla, me decía: ¡tal vez esto no es lo tuyo, vete a poner uñas! Era horrible estar con esa persona en guardia, ya no quería venir al hospital.” (RA 10.1, entrevista directa 21 diciembre 2018).

La autoestima de acuerdo con lo referido por los residentes es golpeada, (...) “hay adcritos que te humillan frente a los demás desacreditando tu actitud” (RA, 6.1 entrevista en

profundidad, 25 de mayo 2018), a veces no sabes que hacer o decir, después de todo esto pero te avergüenza lo que sucede, sobre todo, porque hay más personas que escuchan, algunos parece que disfrutan ponerte en evidencia delante de otros. Cuando esto pasa se hace una nube negra en la cabeza, y te vuelves inseguro y vulnerable, pierdes tu confianza.

(...) Y llega un momento en que te la crees, hasta llegué a dudar de mi capacidad, y pensar que quizá era cierto lo que me decía. Tenía que adaptarme, sobrellevar, sobrevivir. Pero nunca estuve de acuerdo con el trato que me daba esa persona” (RA 10.1, entrevista directa 21 diciembre 2018).

Los antecedentes de algunas personas en relación al trato hacia los residentes hacen que se transmita la “fama” y se tengan precauciones al llegar a la residencia, comentan los becarios. Ya que, (...)

“Siempre ha sido así la persona y no se le hace nada (es sabido desde hace años y no pasa nada)” (RA, 10.1, entrevista directa, 21 de diciembre 2018).

Realmente estamos solos, a muchos no les importa lo que sentimos, lo que nos sucede, sólo que se atienda a los pacientes, se saque el trabajo y nada más. (RA, 6.1, entrevista directa 25 de mayo 2018).

Sin embargo, algo que nos ayuda, es pensar que “todo pasa” y con esa mentalidad, más la forma como uno entra a la residencia, y sobre todo la fuerza que nos inspira, aguantamos esperando llegar a la meta, porque en más de una ocasión se ha repetido en las entrevistas que los residentes han pensado salirse de la residencia,

“Claro, por orgullo seguí. Pero varias veces pensé ¿qué hago aquí? ¡Me regreso!” (RA 9.2, entrevista directa, 14 de diciembre 2018).

Influyen innumerables elementos en el cambio de vida, por lo que se percibe de manera unánime como una etapa muy difícil,

“Hay varios momentos en donde quisiera regresar a mi vida anterior, pero resisto, porque sabe que esto le ayudará a superarse” (RA, 2.1, entrevista directa, 7 de marzo 2018).

Además, en otro caso, ser sujeto de *bullying* durante el primer año, puede ser un motivo para desear retirarse de la especialidad (Diario de campo, entrevista en profundidad 10.1, 21 de diciembre del 2018). Por lo tanto, los cambios en los hábitos de vida, las exigencias de trabajo

y estudio, el trato o relaciones que se establecen con los actores donde se aprende, la soledad y el desapego a la familia hacen que la residencia sea difícil desde la perspectiva del residente.

Por otro lado, existen otras emociones: sentirse feliz y satisfecho al ver resultados favorables en los pacientes, en la evolución de su enfermedad y cuando se trata el dolor, es muy reconfortante ver la forma en que se transforma la calidad de vida de una persona, el nacimiento de un bebé, el participar en trasplantes de riñón, y en general en muchos procedimientos que mejoran la forma de vivir de las personas, son emociones muy potentes que estimulan a estudiar y a continuar adelante. (...) “es ver con amor lo que se hace” (RA, 9.3, 9 de mayo 2018). Dentro de los sentimientos que algunos externaron se encuentra el duelo por la muerte de un paciente en sala de operaciones o en áreas donde el anestesiólogo se encuentra trabajando con el paciente, nadie habla de ello, pasa, duele, pero se vive en un silencio que lastima, no se enfrenta y si se hace, es solo académico el abordaje, desde que un paciente se encuentra en situaciones críticas, dar esa noticia a los familiares, es intuitivo, algunos la “sueltan” dar de manera directa, otros, buscan otras formas, pero, a ninguno se nos enseña a dar esas noticias.

Y sobre todo a asimilarlas, a enfrentarlas a vivir ese duelo por la pérdida de un paciente. Se sufre, se vive angustia y pesar. Y además no hay tiempo para recuperarse, aún se encuentra aturdido por lo que se ha vivido ante la muerte del paciente, cuando, de manera urgente, se pasa a otro paciente, eso es muy fuerte, eso es no tener consideración y respeto a los sentimientos que como humanos sentimos, pero eso se hace siempre, nadie dice nada. (...)” se ven las caras tristes, pálidas, sudorosas, los cuerpos cansados y exhaustos, después del trabajo intenso ante la reacción a los medicamentos que ha tenido la paciente, la conducen a terapia intensiva, están en silencio, la van cuidando casi sin hablar” (Diario de campo, .O. P. 4, 23 de mayo 2018). Por lo tanto, no hay tiempo para reflexionar, para sanar, a veces te apoyas entre compañeros, siempre y cuando exista simpatía entre los de la guardia, pero otras veces no se comenta mucho, otras veces se buscan las causas, se presiona para entregar el expediente completo y nada más. Todo lo que sucede me enseña a (...)

“Ser solidario y continuar siendo honesto con el paciente” (RA 1.2, entrevista directa, 15 de septiembre 2018).

### **8.9.2 Efecto del estrés laboral en las actitudes y comportamiento profesional**

Los residentes han descrito la manera cómo perciben su ámbito de desempeño, todos han coincidido en que los sentimientos involucrados forman parte de una maraña compleja, donde predominan, el temor, la angustia, la depresión, la soledad, la falta de reflexión sobre sus propios sentimientos, entre algunos de los más importantes. Sin embargo, todos coinciden en que el profesionalismo es parte esencial del trabajo médico, esculpido poco a poco en distintos momentos de su vida pero con especial impulso a partir de los valores adquiridos en la familia. Del medio externo, sus profesores de licenciatura por medio del ejemplo. Pocos piensan que han contribuido las materias de la licenciatura: ética, desarrollo de habilidades del pensamiento. Los profesores actuales, de la especialidad, algunos de ellos han participado de manera positiva en su construcción Y en otros casos, el ejemplo de otros médicos ajenos a la disciplina ya sea porque son sus familiares o porque han trabajado con ellos, han dejado su enseñanza y ejemplo del profesionalismo en ellos.

Los residentes han descrito por medio de las entrevistas que el profesionalismo en ellos se caracteriza por el compromiso ético, el conocimiento del paciente aplicado de manera directa a su labor en anestesia, a comentar los riesgos de manera clara, efectiva y honesta, explicar el procedimiento, comprobar que la información se ha comprendido de forma correcta por el paciente y por los familiares, por el cuidado en el uso de palabras no técnicas que facilitan la comprensión, teniendo implícito el respeto, la empatía, el conocimiento y la responsabilidad del médico becario en cada proceder. Sin olvidar la seguridad que debe otorgar al paciente. La forma de expresarlo ha sido variada pero concuerdan en:

“Atender las necesidades del otro, y atenderlo y otorgarle el trato humano que merece independientemente de quien sea el paciente”. (RA 3.1, entrevista directa, 16 de marzo 2018).

Los atributos han considerado también tener destreza, ser serio y formal, con cuidado personal, pulcritud y coherencia (RA 4.1, entrevista directa, 4 de abril 2018 y RA 8.1 entrevista directa, 18 de julio 2018).

Y dentro de la comunicación efectiva, recomiendan hablarle al paciente por su nombre, escuchar hasta que termine de hablar el paciente, conocer y hacer una inmersión para conocer su situación y su contexto, y explicar detalladamente lo que el paciente tiene, lo que se propone hacer durante el abordaje médico y además las posibles complicaciones que tiene, así como los riesgos que *per se* el paciente por sus enfermedades tiene, aunado a los riesgos que puede correr por la administración de fármacos, por lo tanto, manifiestan que existe una necesidad de involucrarse en cada caso de manera integral.

Están conscientes que ya son médicos, ahora en un periodo de formación y que ello implica una responsabilidad con el paciente. Y externan que desean buscar lo mejor para el paciente, eso implica la mejor atención, el mejor medicamento, la mejor estrategia, tratarlo buscando su bienestar. Pero, también, manifiestan que por el tipo de especialidad, cuando se ingresa a la misma, se desconocen muchas cosas, y tienen un reto muy grande para poder “entrar” al mundo de la anestesiología desde contextos teóricos, y prácticos. Caracterizado por altas exigencias académicas y de tiempo y cuidado de pacientes. Comprenden ya casi para salir que se

“Fraguan al calor de las guardias, de las correcciones y las observaciones que se suceden a lo largo de los años de la residencia” (RA 9.2 entrevista directa, 14 de diciembre 2018).

Sin embargo, uno de ellos reconoce que es difícil aceptar las observaciones que se le hace. También, reconocen que requieren paciencia para aprender a convivir con el equipo quirúrgico, conformado por distintos actores: médicos, enfermeras, personal de apoyo, camillero e intendente. Pero sobre todo identifican que el ritmo de la vida que se tiene dentro de un hospital en la residencia, es muy acelerado y exige la dedicación total, pero se ve influenciado por otros factores como la urgencia en la atención a pacientes, la necesidad de dar atención de los cirujanos en diversos procedimientos, la exigencia de obedecer mandatos de los adscritos con los que no siempre están de acuerdo, el trabajar con instrumentos incompletos y algunos medicamentos faltantes. Describen que a veces no existen las condiciones para sentirse seguros por la falta de insumos como sangre para los pacientes en algunas ocasiones en situaciones de emergencia y eso produce ansiedad y frustración. Otro factor que identifican que ha generado malestar y que ha influido en su comportamiento es que identifican que existen diferencias en el trato a distintos médicos becarios, existiendo algunos cobijados para no exigirles y otros expuestos a mayores exigencias para compensar lo que no ha realizado su compañero, produciendo tensión y enojo en ellos. Y, también, la forma como son tratados por los adscritos ha sido referida como un abanico de conductas desde quien no exige y para quienes ellos creen que no les importa su presencia hasta conductas agresivas e intolerantes que los desgastan.

Por todo lo anterior, se sienten con estrés intenso todo el tiempo y durante su desempeño es posible observar diversas actitudes y comportamientos con el paciente y con el personal. En la consulta externa, las actividades que fueron observadas de manera común son cómo los médicos becarios dan la consulta a pacientes de diversas edades, diagnósticos y su desempeño. Desde el ingreso saludando al paciente, a veces con un saludo de mano, otras de manera verbal únicamente, se concretan a trabajar bajo un esquema de historia clínica, la llenan conforme entra

el paciente a la consulta a quien se dirigen por su nombre, algunos identifican a la persona que los acompañan cuando entran acompañados a la consulta, otros pacientes entran solos.

Atienden a una diversidad de pacientes: adultos, niños, ancianos. Mujeres y hombres, con enfermedades diversas desde el paciente que solo va a un estudio, que aparentemente se ve sano o el paciente que se encuentra limitado en su capacidad auditiva, hasta el paciente con deterioro importante de su estado de salud, todos son atendidos sin distinción por el residente. La forma de abordarlos es casi semejante en todos los casos, primero con apego al llenado de la historia clínica, por lo tanto, identifican de manera automática el nombre, la edad, el sexo, la ocupación, el diagnóstico, la religión, y el procedimiento que se le va a realizar, es decir corroboran que el paciente conozca de qué lo van a operar.

Observé en varias ocasiones que el paciente lo desconoce y no lo tiene claro, es vaga la idea y mucha la ansiedad. Lo que hace que el médico, busque en el expediente los datos para poder externar de manera segura lo que se realizará, también se aprecia que en ocasiones el paciente dice algunas palabras que no se comprenden, por ejemplo "...tomía", que es sólo la parte final de la palabra que refiere el procedimiento que le harán, pero aun cuando intenta repetir lo que el médico anterior le dijo, no lo recuerda bien, no lo comprende y no conoce la palabra. No sabe de qué lo van a operar. En ocasiones el expediente no tiene los datos que sustentan lo que le van a hacer y se genera angustia en el residente.

Después, el residente pregunta respecto a los antecedentes de los pacientes de manera rápida y somera: de su familia, de sus hábitos o estilo de vida, de enfermedades o medicamentos que tome y motivo por el que los ingiere, de cirugías previas y procedimientos anestésicos anteriores y complicaciones. En caso de mujeres las preguntas van orientadas a su inicio de menstruación, de vida sexual, la periodicidad del sangrado menstrual, número de embarazos, abortos o cesáreas, métodos de planificación familiar. Mientras preguntan, llena el formato, escriben todos los datos de manera manual en hojas preestablecidas. Piden al paciente el papelito donde tiene sus signos vitales presión arterial, pulso, temperatura, peso y talla y transcriben los datos a su hoja.

Posteriormente, explora en forma parcial a los pacientes, lo que normalmente se revisa es la boca, que la abra, la dentición, las estructuras de la garganta y que mueva el cuello (esta actividad sobre todo va dirigida a los aspectos disciplinares), por su relación con la anestesiología. En algunos casos, se revisa la espalda o se escuchan los pulmones. Enseguida piden sus laboratorios recientes, si cuenta con ellos los revisan y transcriben, si no los solicitan e indican que son necesarios y les dan su solicitud y piden que cuando los tengan regresen a consulta. Si

cuentan con ello, con estudios del corazón o radiografías es el momento en que las solicitan y después, les indican el procedimiento anestésico que se realizará, les explican rápidamente el consentimiento informado y piden la firma del paciente, preguntan dudas y las resuelven, a veces corroboran los datos y dan por terminada la consulta. En cuanto sale el paciente llaman al siguiente y así sucesivamente hasta que se termine la lista de pacientes de ese día o esa tarde (Diario de campo, observación participante 1 y 2: 18 y 25 de abril 2018).

En la sala de cirugía ambulatoria, el residente llega con prisa, localiza a su paciente, lo llama por su nombre y estando en la sala de espera, algunas veces lo aborda, se presenta y platica con él para corroborar algunos datos, revisar los últimos detalles, y le menciona que estará con él en la intervención. En este momento el paciente se encuentra esperando ingresar al área donde están las camillas y ser preparado, para entrar al quirófano o ir a su sala de estudio programado. Es una entrevista muy rápida de aproximadamente cinco o diez minutos, el médico posteriormente sale a prisa a checar el expediente y pasarse al quirófano a preparar su sala. Otras veces, el paciente ya está encamado en esta área y listo para pasar en cuanto sea solicitado por el personal de enfermería del quirófano, al llegar el médico se identifica y presenta como del servicio de anestesiología y le pregunta someramente datos de la historia clínica de relevancia, eso llevará como cinco o diez minutos, corrobora el expediente y si falta algo a veces lo checa, otras veces se mete a sala a preparar para que llegue el paciente. Algunos médicos becarios al ingresar a esta área saludan al personal de enfermería otros no lo hacen solo preguntan por el paciente y al final algunos entregan el expediente y dan indicaciones otros solo dejan el expediente en el centro de control de enfermería.

Al ingresar al quirófano, la enfermera recibe al paciente en el pasillo de paso que se denomina *transfer* después es conducido por el camillero a la unidad de cuidados postanestésicos donde se encuentran los residentes. En cuanto terminan de preparar su sala, buscan o solicitan al paciente, lo localizan y quienes aún no lo han conocido, lo conocen, otros que ya lo saludaron con anticipación lo saludan nuevamente se identifica con otro atuendo y establecen una relación, valoran como están sus signos vitales. Acompañados o no de su médico adscrito, a veces dependiendo de lo que decidan administran medicamentos previamente, otras veces no. Cuando creen conveniente lo solicitan a la sala y el camillero normalmente lo pasa, a veces lo acompañan, pero casi nunca hablan con él en ese trayecto, el paciente observa si es que va despierto y va callado, en algunos casi en otros, hasta bromeando y cuando ya le administraron medicamentos puede ir somnoliento.



Al llegar a la sala de operaciones se presenta la enfermera, lo recibe y saluda, pasan la camilla, si las condiciones del paciente lo permiten le solicita el residente se pase a la mesa de operaciones y si no, lo cargan entre el camillero y los residentes. Después, le ponen aparatos para cuidarlo, parches, brazaletes para la toma de la presión automática, dedales para medir el oxígeno y casi siempre le ponen oxígeno en la nariz con unas mangueritas pequeñas. Si todo está en orden inician la anestesia, sea en la espalda, lo posicionan acostado de lado y le comentan que se doble, a veces lo apoyan dependiendo del número de personas disponibles para ello. Le lavan la espalda, a veces le dicen que esta frío el líquido otras veces no, pero le avisan que lo tocarán, inyectan varias veces en la espalda para poner los anestésicos, tocando y presionando, localizando estructuras, en algunos pacientes con anatomías ideales es palpable con facilidad, en otros es difícil y realizan varios intentos, supervisados en todo momento por el adscrito, a veces con la música a volumen medio, que casi siempre la lleva el cirujano y que a veces no deja oír con claridad las indicaciones que le da al paciente.

Le comenta en algún momento que sentirá frío, un toque eléctrico en la espalda y después pega una tira de cinta *micropore* en la espalda para cubrir un tubito plástico delgado que deja instalado en la espalda del paciente. Le pide que se voltee y enseguida, checa sus signos vitales. Mientras tanto, le pregunta cómo se siente, y por parte del servicio de cirugía lo descubren para realizar el aseo de la parte a operar. El paciente se encuentra despierto y escucha todo lo que comentan, bromas, hablan de noticias, del clima, del evento deportivo que se efectúa en ese momento, de música, de personas, de todo. En pocas ocasiones se involucra al paciente, el diálogo es entre el personal. Quien observa todo. Posteriormente, cubren al paciente y dejan expuesta la zona a operar e inician, de vez en cuando, le preguntan cómo se siente al paciente o si se queja le hablan y preguntan ¿qué le sucede? o lo duermen. Cuidan durante todo el tiempo sus signos vitales, el sangrado y la forma cómo reacciona el paciente durante la operación, que en todos los casos es incierta.

Según cómo evolucione el procedimiento anestésico-quirúrgico, darán solución rápida, las decisiones son rápidas dependiendo de la situación, pero los cambios del estado del paciente son impredecibles, por lo tanto están en continua atención y tensión. A veces, los faltantes, estresan al personal en forma intensa, como en el caso de la paciente con sangrado donde no se contaba aun con la sangre, y hasta a los familiares se les solicitan de manera emergente medicamentos si no existen en la unidad. Otras veces, transcurre la cirugía y la anestesia sin incidentes. En otros casos, es necesario solicitar el apoyo a otras unidades para la continuidad de la atención del paciente, y tiene que hacer trámites para que se realicen, lo que lleva y tiempo y

atención, y los ambientes cambian dentro de la misma sala de operaciones. Se pueden escuchar muchas cosas en el quirófano, a veces gritos, palabras diversas, tipos de lenguaje distinto, dependiendo de quienes estén interactuando.

Algunos residentes (los que salen de guardia) frecuentemente se ven cansados, pálidos y hasta con los labios resecos, se ven fatigados, con ojeras. Y en los momentos de tranquilidad se les ve cabecear varias veces. Otros se auto aplican en la espalda un poco de alcohol, para sentir el frío, o se salpican agua la cara y mantenerse atentos. Sin embargo, en momentos en los que están desocupados, se ponen a leer e intentan estudiar, pero cabecean frecuentemente y parece que descansan un poco. Otros se ven muy frescos, los que llegan de sus casas y están atentos, sin embargo, algunos más parece que tiene cansancio crónico, se ven muy cansados, callados y algunos como ausentes.

En otros casos cuando la anestesia es general, se observa que se ponen de acuerdo para hacer las cosas, uno prepara todo, otro pasa los medicamentos, otro monitorizó al paciente y otro está cerca de la cabeza del paciente, será el que le pondrá un tubo en la tráquea (intubarlo) y a veces se aprecia angustiado. Empiezan acercando una mascarilla a la cara del paciente, le piden que respire y le dicen que se va a dormir, unos le explican que lo estarán cuidando todo el tiempo, que no le dolerá nada, otros le piden que respire profundo y le avisan que se dormirá. Hay quien le dice “todo saldrá bien”, pero no es frecuente. Se escucha “respire profundo, se va a dormir” y si se duerme, con instrumentos varios y con la supervisión del residente de mayor jerarquía y su adscrito, intuban al paciente y lo conectan a la máquina de respiración. Mientras todo ello pasa, checan que este intubado correctamente, algunos usan el estetoscopio, otros no, solo ven que se mueva el tórax y que sus aparatos indiquen que todo está bien.

Al mismo tiempo que todo esto pasa, en el quirófano hay música, a veces fuerte el volumen y de diverso tipo. Hablan mucho, los médicos y el personal, a veces bromean y los temas de charla son variados, se pueden escuchar, gritos, risas muy fuertes o sutiles, comentarios técnicos de los casos, conversaciones sobre temas cotidianos, sobre cine, libros, autos, ropa, dependiendo de quienes se encuentren en la sala será el tema. Pero, siempre aun siguiendo las conversaciones, están pendientes de lo que reporta el monitor de los anestesiólogos, que son pantallas grandes con todos los datos de los signos vitales del paciente, escriben y llenan sus registros durante la cirugía y actúan en consecuencia, según se requiera

De acuerdo cómo transcurra la cirugía y la personalidad de quienes estén en ese quirófano, será lo que en la sala se vea, se escuche o se comente. Se encuentran escenarios tranquilos casi en silencio hasta otros con un quirófano con más gente, con música alta, palabras con alto

volumen y en algunos casos el estrés dibujado en la cara del resiente, con carreras para solicitar estudios, para dar tratamientos o para solicitar apoyo a otros servicios.

Al terminar el procedimiento los cirujanos se retiran hacia un banco se sientan y escriben su nota, mientras tanto, los anestesiólogos despiertan a los pacientes, la música frecuentemente continua. Una vez que consideran es momento adecuado le quitan el tubo que tenía en la boca y lo pasan a la cama en donde permanecerá en la Unidad de Cuidados postanestésicos (UCPA). En el traslado acompaña al paciente el residente de anestesia, o los residentes de anestesia según sea la programación de esa sala: A veces los residentes de cirugía, el cirujano y el adscrito de anestesiología y el camillero.

Lo entregan en la UCPA, donde lo espera otro compañero residente, se administra oxígeno por mascarilla o puntitas nasales y se entrega verbalmente, se describe, por nombre edad, diagnóstico, procedimiento realizado, se explican las complicaciones si existieron y detalles técnicos. Tanto la enfermera asignada a esta sala como el residente, checan sus signos vitales, hablan con el paciente y lo evalúan de manera frecuente. Pero, a veces hay varios pacientes en esta área y poco personal, también se aprecian pocos materiales para monitorizar a cada paciente por lo que se “prestan el material” para checar a los pacientes y se ven muy apurados, hacen notas, checan a veces hasta ocho pacientes a la vez, quienes algunos se encuentran medio dormidos, otros son niños, y quizá algunos no estén con todas sus facultades íntegras por lo que su conducta y la demanda de atención sea mayor. En esta área los pendientes se checan y se administran fármacos, checan sus “sueros”, se solicita lo que requieran radiografías, camas, etc. Permanecen en esta área durante tiempo variable a veces dos o tres o más horas, dependiendo de la disponibilidad de camas en ocasiones hasta días.

Posteriormente, el residente de esa área da el alta a los pacientes de acuerdo con sus protocolos, pero no se aprecia la supervisión de los adscritos en este procedimiento. Sin embargo, el personal que está presente en la UCPA a veces solicita se dé el alta por el requerimiento de camas es el de enfermería. De acuerdo a sus condiciones y la disponibilidad de camas se pasa al paciente a su piso. En casos graves, como el de la paciente que hizo reacciones anafilácticas a un fármaco, el residente la sube intubada a terapia intensiva, donde se entrega a su homólogo y al adscrito de esa área, para dar continuidad a su manejo médico, el protocolo de entrega es mediante descripción verbal de hechos y además por escrito en el expediente.

## **8.10 Situaciones coyunturales**

A lo largo de este trabajo se han mostrado otras situaciones que de manera repetida emergieron con los participantes, de acuerdo con lo expresado y al que califican como importe para el grupo de los médicos residentes. Inicialmente, el relacionado a la formación médica previa a la especialidad, considerado como la experiencia del ejercicio profesional privado y el en contacto con el paciente, en actividades laborales con exigencias directas en la relación médico-paciente y en otros casos con la capacitación por parte de esas instituciones hacia su personal.

“el tiempo que consulté en medio particular aprendí que es importante ayudar y prodigar apoyo en la medida que me sea posible, pero también mantener su distancia. Darle a cada persona la responsabilidad que debe cargar, así se evitan complicaciones. Debe el médico ser muy claro y preciso.” (RA 9.1 entrevista directa 9 noviembre 2018).

Ya dentro de la formación médica, una de las expresiones frecuentes fue la soledad en la que se forman, a pesar de estar siempre acompañados por otros médicos residentes o por adscritos, el médico becario, percibe que vive solo emocionalmente la experiencia de su formación. Fue una necesidad expresada en varios segmentos de las entrevistas, en algunos casos sugieren la necesidad de apoyo por parte de psicología y además como terapia grupal para optimizar el ambiente de desempeño y por otro lado muy relacionado con las situaciones de duelo que viven, tanto en el aspecto directo por su familia y la distancia que se abre secundaria a sus ausencias y el riesgo de la pérdida de la misma, por otro lado, por la muerte de algunos pacientes como un fenómeno que requiere ser enfrentado emocionalmente y hablado no solo desde el punto de vista médico, sino sobre el impacto en el personal sanitario. La sensación de vivir la experiencia con indiferencia, manifiestan que deja un vacío que se incrementa con cada experiencia y genera malestar. Y es evidente en el siguiente fragmento de la entrevista: (...) “hasta llegué a dudar de mi capacidad, y pensar que quizá era cierto lo que me decía. Tenía que adaptarme, sobrellevar, sobrevivir”. (RA 10.1 21 de diciembre 2018). Por lo tanto, exteriorizan una necesidad de acompañamiento psicológico, buscando el equilibrio y la estabilidad emocional del médico en formación. “Apoyo a los residentes con problemas, que sea una voz que se escuche y algo que se vea” (RA 10.1 21 diciembre 2018). También, durante la observación participante se apreció el uso de la tecnología dentro de las áreas de trabajo como auxiliares de desempeño (video laringoscopia), “intuban con el uso de un celular para visualizar estructuras y fijan la cánula” (OP5, quirófano, 30 mayo 2018).

En otras ocasiones con otro tipo de dispositivos más grandes que permiten visualizar las estructuras anatómicas de los pacientes “se intuba con un accesorio electrónico tipo Tablet como

auxiliar para visualización” (OP7, quirófano, 12 de julio 2018). Sin embargo, en la mayoría de los casos el uso fue como instrumento de comunicación escrita u oral.

“En general observo que el celular es muy utilizado en el quirófano, en cuanto acaban de operar lo checan, cuando acaban de anestesiar lo usan o en la sala, es de uso muy general, desconozco el uso y el contenido de la información consultada”. (OP11, Unidad de cuidados postanestésicos, 28 de noviembre del 2018).

Esta es una manera de comunicación que se encuentra inmersa en el ambiente clínico, sustituye al *interfon* que en otros momentos fue utilizado al interior de los quirófanos para poderse comunicar en relación a lo necesario para el desempeño laboral o en algunos casos comunicaciones personales. La violencia es otro aspecto que fue comentado por algunos de los participantes como un factor que puede influir en su desempeño, y que puede ser verbal o psicológica.

“... Sobre todo una persona, fue muy especial se encargaba de decirme que me fuera, siempre criticaba, su retroalimentación fue siempre negativa. Era frecuente la forma desalentadora de tratarme, quería tirar la toalla, me decía: ¡tal vez esto no es lo tuyo, vete a poner uñas!”-“¡Eres una tonta! era lo que decía.-Y usted sabe, el inconsciente es poderoso. Por ese motivo, sentí frustración, desencanto, desilusión no quería estudiar, era indiferente a los pacientes, al hospital, al personal a todo”. (RA 10.1 21 diciembre 2018).

En varias ocasiones el médico prefirió no tocar el tema escabroso de manera clara, sin embargo, en otras lo refiere y se deja ver a través de otras expresiones: “Con estrés, por muchas causas que no quisiera comentar ahora”. (RA 6.2 5 de junio 2018.) Se percibe que al perfil del docente como el prototipo al que podrían ceñirse las conductas del estudiante en formación, teniendo influencia tanto en lo disciplinar como en lo no disciplinar.

Finalmente, la feminización de la profesión ha sido un aspecto importante y destacado. Y de acuerdo con la evolución que en la institución se ha observado, esa es la tendencia, en el 2018 del total del grupo son dieciocho mujeres y doce son hombres. En el 2019, la población de residentes está constituida por diecinueve mujeres y once hombres. Como se puede ver, los factores intrínsecos y extrínsecos son muy variados y confluyen en la formación del profesionalismo del becario. A lo largo de este capítulo, se han mostrado los datos descriptivos de la investigación, en relación a las categorías y subcategorías. Y se describen los resultados acotados al diseño metodológico. Especificando la técnica utilizada para cada una de las categorías y subcategorías en la parte descriptiva de los resultados.

## Capítulo IX

### Descifrando al profesionalismo desde la investigación educativa

En este capítulo, se realizó el análisis de los resultados, acotándolos a las categorías y subcategorías que funcionaron como guías. Este análisis tendrá el mismo orden que la parte descriptiva de los resultados. Y se vinculan principalmente a las teorías que sustentan esta investigación: Teoría del desarrollo moral del hombre de Kohlberg (1989) y la Teoría de las Profesiones de Freidson (1978).

También, se presenta en este capítulo el significado del profesionalismo para los residentes desde su formación y la percepción del residente de su formación en el profesionalismo, así como los actores que han modificado esa percepción. Finalmente, se muestran las conclusiones relacionadas a los objetivos de la investigación.

#### 9.1 El profesionalismo como proceso educativo

La educación en la actualidad enfrenta desafíos ante una modernidad líquida (Bauman, 2007) de la sociedad, cuyas características conforman estructuras nuevas que obligan a la reflexión profunda. Ya que, la cultura de la modernidad líquida no fomenta el afán de aprender y acumular, como las culturas descritas en las crónicas de historiadores y etnógrafos. Parece una cultura del distanciamiento, de la discontinuidad y del olvido, siendo los rasgos característicos de las sociedades actuales.

La formación de profesionales de la salud es un proceso complejo, que se instrumenta bajo la combinación de dos instituciones: una educativa y otra asistencial, las que se encuentran inmersas dentro de la sociedad, donde se evidencian los atributos referidos por Bauman (2007). La formación de los médicos residentes se da por la interacción de dos instituciones la educativa y la sanitaria (hospitalaria), dentro de ellas, se pueden apreciar las características interpersonales de esas interacciones, enmarcadas dentro de la sociedad líquida.

El proceso de enseñanza-aprendizaje, en ambientes clínicos de aprendizaje, presenta una serie de manifestaciones del profesionalismo, de manera “oculta”, dentro de las distintas interacciones con el paciente y el personal sanitario (Hamui, 2014). Las relaciones interpersonales

que se establecen entre el educando y su entorno son complejas y en ella la educación en valores es prioritaria. Los marcos de referencias de los médicos becarios en relación con sus generaciones, se marcan poderosamente de acuerdo con las actitudes y compromisos que asumen.

## **9.2 Consideraciones educativas**

El Programa Único de Especializaciones Médicas (PUEM), es un modelo pedagógico para la formación profesional de alta calidad e integra al trabajo cotidiano de atención médica, las actividades heurísticas y educativas de los futuros médicos especialistas (Marrón, 2001). Desde que se instituyó, pretende formar médicos especialistas de calidad. El proceso educativo que enmarca la instrucción recibida en las instituciones educativas donde se ha formado, ha sido distinto a otras generaciones de becarios y eso es notorio. Myers (1960) compara las ideas pedagógicas y los marcos educativos de trece civilizaciones diferentes y observó una creciente tendencia a considerar a la educación como un producto y no como un proceso (Myers, 1960, p. 262) y ahora se puede constatar dicha observación y sus consecuencias. Probablemente, analizar los resultados obtenidos y las circunstancias actuales, pueden elucidar las directrices que deban tomarse, sin dejar de considerar que el contexto general de atención médica ha cambiado vertiginosamente.

Tanto en los hospitales públicos como en los privados es posible observar conductas y actitudes por parte del personal médico becario que pueden ser peculiares, según la percepción de distintos actores, algunas de ellas consideradas como lejanas al paciente o con intereses diversos y dispersos. La comunicación en la actividad clínica, se convierte en la piedra angular en la que se soporta la relación con el paciente e interprofesional. En esta investigación, se encontró que en la mayoría de los casos al residente le preocupaba su proceso de instrucción disciplinar, y dejando a un lado la formación no disciplinar que atraviesa de manera transversal todas las actividades asistenciales.

Sin embargo, esta no es una condición exclusiva de una unidad de investigación. Horwitz (2014) refiere que, existen grandes cambios en el personal sanitario en Chile. Y que los cambios en la sociedad y el rol que asume el paciente establecen relaciones entre el paciente y el médico distintas, con percepciones del rol que asumen complejas. Parece que ello tiene un origen en distintos elementos. Uno de ellos fue la percepción de los médicos jóvenes, que en su periodo de residencia se encontraban cansados por las jornadas laborales (número de horas laboradas), algo desaliñados como consecuencia de jornadas extenuantes con escasas horas de descanso

(sueño), en muchas ocasiones sin ingesta de alimentos por largas horas y que además están presionados por la atención a los pacientes de forma rápida o urgente. Y con listas de espera de pendientes que precisan ser atendidos interminables y con un nivel de exigencia elevado.

Sin embargo, se apreciaron actitudes proactivas con disposición hacia las actividades, para evaluar el número de procedimientos y las horas de práctica realizadas y, de esta manera, exhibir el aprendizaje. ¿Pero, y el profesionalismo? ¿dónde quedó el compromiso?, en esta acelerada forma de vivir, en medio de un ambiente exigente y extenuante, donde se atiende a enfermos de distintas enfermedades y con grados de impacto a su vida por esas condiciones clínicas, que marcaron diferencias en la conducta o se dejarán en la indiferencia.

Los médicos becarios manifestaron el compromiso con el paciente, lo miran como a otro ser humano, dedicándole su tiempo e interés y dejaron en segundo término sus necesidades personales. Dentro de la atención asistencial especializada se requieren elementos, instrumentos y dispositivos para realizar la atención de excelencia. Algunos de ellos, los proporciona la institución sanitaria. Dexter (2017), en el estudio que realiza, manifiesta la ausencia de atributos relacionados con el profesionalismo en los médicos residentes, lo que se contrapone a los resultados obtenidos en esta investigación.

En el análisis que se realizó se identificaron múltiples factores que pueden influir en la atención. Por ejemplo, en la adquisición de quipos para el desarrollo de actividades académicas y asistenciales dependiendo de su orientación, situación económica, disposición y economía podrán o no adquirirlos de manera particular, ya que, será necesario asignar a ello una parte de su presupuesto en el afán de aprender, que de acuerdo con las Teorías del desarrollo moral (Kohlberg (1989) y la Teoría de las profesiones (Freidson, 1985) pueden verse entrelazadas en estos escenarios de formación médica de especialistas y donde los factores personales y los institucionales en este caso específico interfieren en la formación final del profesionalismo.

Calvino (1971) analiza como el consumismo, que no es el acúmulo de cosas, por el contrario, es por el breve goce de las cosas. Y el caudal de conocimientos adquiridos en los años de formación en la licenciatura, no están aislados de esta circunstancia. El conocimiento se usa instantáneamente, pareciera desechable, convirtiéndose en una mercancía y por lo tanto, educar y formar bajo estas condiciones son retos que afrontar, los becarios lo viven, ya que, en determinadas circunstancias se convierte en docente de los residentes de menor nivel jerárquico. Y experimenta la necesidad de actualización y la limitante de las condiciones que lo limitan.

El análisis de los resultados a la luz de distintos teóricos, inicialmente se realizó presentando el grupo de estudio. Uno de los resultados obtenidos muestra un incremento sustancial en



el número de plazas asignadas a la especialidad, este fenómeno se ha observado a partir de hace cinco años atrás. En la actualidad, a nivel nacional la especialidad en anestesiología está dentro de los cuatro contingentes con mayor número de residentes a un lado del grupo de cirugía general (CG), pediatría (P) y ginecología y obstetricia (GO) de acuerdo con los datos de la Comisión Interinstitucional de Formación de Recursos Humanos para la Atención en Salud (CIFRHS, 2017). De igual forma, las diversas modalidades que existen actualmente para realizar la residencia médica que son distintas a las anteriores, donde la única posibilidad para realizar la especialidad era por medio del Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM).

Todo ello en respuesta a otras exigencias y a los nuevos tiempos, el aumento en el número de hospitales en las zonas fuera de las grandes urbes, requiere personal que resuelva las necesidades y proyectos en lugares que permitan la asistencia en salud desde poblaciones lejanas para evitar el incremento de la morbilidad y mortalidad. Para ello, se requiere personal especializado, y también, los residentes del último grado realizan servicio social en estas poblaciones y hospitales, donde apoyan con sus servicios para la atención a la población. Y se cubren las necesidades en esas zonas desde la perspectiva teórica de Freidson (1978) analizando y retomando el origen de las profesiones, deja claro que estas van acompañando a las necesidades sociales, en constructos diversos e interconectados. Maxime et al. (2005) realizaron un estudio en el Hospital de Cleveland donde rotan también residentes, con una intención de cubrir las necesidades de formación de los mismos, ya que en esa unidad adquieren conocimientos, destrezas y habilidades que no podrían obtener en otras unidades, como lo es la anestesia pediátrica. Con relación a este rubro, se encontraron similitudes en los resultados obtenidos al analizar las rotaciones que se establecen. Por lo tanto, el esfuerzo por lograr los perfiles de egreso por medio de la formación está relacionados con las rotaciones que realiza el médico becario tanto en nuestro estudio como en el caso específico del Hospital de Cleveland.

El sistema de Salud, generó mecanismos para poder responder de manera inmediata a tal exigencia, mediante la preparación de residentes de diversas especialidades, ponderando el conocimiento médico y la solución de problemas potenciales. Además, se han creado nuevos programas como el de profesionalización con la misma intención, poder cubrir los requerimientos de médicos especialistas en las ramas troncales en los lugares alejados de las capitales de los estados, quienes viven en esas comunidades y con ello la atención inmediata a la población en sus lugares de origen generará mayor certidumbre en la atención a dichos pacientes con un menor gasto de traslado, envío y complicaciones por diferimiento en su atención, ocurre entonces

que se gesta por parte de otras instituciones no sanitarias estrategias de afrontamiento a necesidades y requerimientos sociales con una estructura especial originada a elementos económico-políticos como lo propone Freidosn (1978) .

También, en diversos hospitales que funcionan como subsedes inicialmente se resuelve la atención médica mediante el trabajo de los residentes supervisados por el médico adscrito. Es claro que estas actividades son asistenciales y no está presente la instrucción en el profesionalismo, por lo que se queda en el currículum oculto nuevamente.

Con relación al género, se aprecia que desde hace algunos años en lo que respecta a anestesiología, la cantidad de mujeres que incursionan en esta especialidad se ha incrementado. En el primer grado, la cantidad de mujeres es el doble de hombres, en los siguientes años; en segundo predomina el género femenino y en tercero se encuentran en igualdad de números. La feminización de la especialidad es un fenómeno real, que obedece a varios elementos, uno de ellos es porque hay cada día más mujeres que hombres que egresan de las facultades de medicina. Otro, es que la integración de las mujeres a la vida laboral va incrementándose día a día. El acceso de las mujeres a distintas especialidades médicas que anteriormente se consideraban exclusivas del sexo masculino, como ortopedia y traumatología. También, en cirugía donde el sexo predominante era masculino, desde hace algunos años se abrió para las mujeres. Anteriormente, la anestesiología fue identificada con la clase dominante, asumiendo que era una especialidad donde sólo incursionaban los hombres (Buzzi, 2008). Sin embargo, los tiempos han cambiado y, en la actualidad, de acuerdo con nuestro estudio, la feminización de la anestesiología es una realidad, que obedece a complejas interacciones y cambios de la sociedad y su dinámica, de la familia y sus relaciones e interacciones así como sus funciones.

Vázquez (2010) refiere que, en España la feminización de las profesiones sanitarias es un fenómeno que va *in crescendo*; desde 1994 hasta el 2005 realizaron un análisis de esta situación desde diversas perspectivas, por medio de ello presentan el alcance, las causas y las implicaciones de este hecho. Con respecto a esta arista de la investigación, se puede apreciar la similitud en relación a la cantidad de mujeres que incursionan el área médica, y en las especialidades. Siendo la anestesiología una especialidad médico-clínica, donde de acuerdo con nuestra investigación en los últimos tres años la cantidad de mujeres que incursionan en la especialidad se ha duplicado.

Por otro lado, las contrataciones y horarios institucionales, podrían facilitar el incorporarse al cuidado de sus hijos al término del horario laboral y, probablemente, ese sea uno de los motivos por los que sea una especialidad solicitada por mujeres. El fenómeno de la feminización

de la medicina, responde a varias causas: una de ellas se relaciona con que ingresan una mayor cantidad de mujeres que de hombres en la actualidad a la licenciatura, y además que esto se aprecia para la especialidad. La Organización Panamericana de la Salud (2011), refiere que en Latinoamérica, los horarios y condiciones laborales de los residentes son semejantes a las observadas en nuestro estudio, de igual forma, los horarios y las tendencias en relación a la feminización de la especialidad.

Además, parece ser más atractivo en España y en México decidirse por ser un asalariado, tener una jornada laborable determinada y trabajar en el sector público para las mujeres que para los hombres. Ello permite con la vida familiar y la maternidad la ocupación de la mujer. También, en nuestra investigación encontramos que muchas de las mujeres que ingresan a esta especialidad, pretenden hacer posteriormente una subespecialidad que les permita trabajar en el consultorio médico como algólogos, lo que les permite tener mayor control de su tiempo y no depender de terceros. Silberman (2010), refiere la tendencia al pluriempleo (trabajar en más de un hospital) como una tendencia presente en los docentes de los hospitales en América Latina, y que en México el pluriempleo es una de las formas constantes de desempeño de los docentes, quienes son también, modelos de los residentes, la visión y el análisis de acuerdo con la Teoría de las profesiones gestada por Freidson (1978), ensambla de manera síncrona en esta condición laboral y de mercado donde el pluriempleo, puede tener un efecto a nivel de la conducta del personal sanitario y de la autonomía del mismo. Pero, también, las conductas que se generan y la forma en que se construye el desarrollo moral y los juicios que se construyen dentro del educando en este proceso, marca pautas que señala Kohlberg (1976).

Esta es una de las subespecialidades a las que un número aproximado del 40% de los residentes considera aplicar posterior al término de la especialidad. Y el 90% de ellos aspira a hacer clínica del dolor (algología), sobre todo, mujeres. Lo que les permitirá combinar prácticas institucionales y privadas. Los hombres, aspiran a continuar estudiando terapia intensiva en la gran mayoría, pero es un número reducido quien pretende continuar estudiando. Probablemente, el pluriempleo en este caso sea uno de los escenarios proyectados.

Debido a las condiciones actuales, los tabuladores de costos se han mantenido en una relación semejante a la tradicional y, por lo tanto, las ganancias no son las mismas que las de otras especialidades y quizá, algunos médicos varones podrían aspirar a otras oportunidades de mejor remuneración. Sobre todo, el depender de terceros hace de esta especialidad muy dependiente a nivel privado, donde pueden existir bemoles que deben librarse. Vázquez (2010) refiere que, existe una situación peculiar en relación a personal sanitario femenino, y en ellas predomina

la elección por integrarse a una institución pública para laborar debido a la seguridad laboral, a la comodidad para compaginar sus exigencias por el rol de vida y porque le permite tener jornadas laborales preestablecidas. Dentro de la propuesta de la Teoría de las Profesiones de Freidson (1978), se contemplan las transformaciones de las actividades institucionales y los cambios de roles en la actividad médica que ello implica, con el coste en la comunidad de profesionales que también implicará a los profesionales en formación.

Uno de los aspectos que aporta la investigación es que, en este caso, las implicaciones de la feminización de la especialidad pueden verse desde dos perspectivas: la estructura organizativa de la profesión y desde la forma de ejercer y comprender la especialidad. Por otro lado, en nuestro grupo de estudio, la discriminación por género intra-pareja no se presentó. Sin embargo, es referida por Vázquez (2010) como una nueva forma de discriminación, donde la movilidad geográfica beneficia más al hombre que a la mujer aun teniendo el mismo capital humano.

En relación con las edades, se analiza que la tendencia actual muestra que cada año se pretenden integrar a la especialidad médicos de mayor edad. La intención al ser interrogados mostró que la mayoría refirió este proyecto como una mejora en la calidad de vida de ellos y de su familia, mejorar los ingresos, acercarse a vivir en otras condiciones, lo que ellos refieren como a vivir mejor y a superarse. Anteriormente, existía una edad límite para ingresar, pero actualmente, debido a las políticas de apertura y oportunidades, la edad, no es impedimento para realizar una especialidad. Esta condición es importante ya que tener como filtro de ingreso a la edad, podría ser considerado como *ageismo* y afectar los derechos humanos del aspirante a la especialidad médica al negarle la oportunidad de hacer una especialidad a personas de mayor edad, aun cuando las exigencias de la formación en la residencia son para todos iguales con el desgaste físico y emocional que lo acompañan.

En México, la mayoría de los médicos residentes que ingresan al programa de especialidades médicas por aprobación del Examen Nacional de Residencias Médicas (*ENARM*), tienen edades entre los 27-30 años, quienes acreditan en los primeros intentos, siendo muchos de ellos recién egresados de las facultades de Medicina del país, este dato se observó en nuestro estudio, por médicos becarios que ingresaron a la especialidad médica por medio de la aprobación del ENARM.

En España, la población de residentes está constituida por edades semejantes. Sin embargo, en otros países latinoamericanos, el número de plazas que se ofertan es menor y los médicos que logran entrar al programa para realizar una especialidad, son de mayor edad, por el

número de veces que han intentado acreditar dicha solicitud, por ello las edades de los residentes de otros lugares normalmente son mayores. En nuestro estudio la distribución de las edades de los médicos residentes, fue semejante debido a los programas que se ofertaron y a la presencia de médicos extranjeros, quienes vivieron las experiencias mencionadas y generaron una estrategia para poder ingresar a las residencias en México a una edad más temprana que el promedio de médicos de su país en su lugar de origen.

Cumplido (2006, p. 321) relacionó la edad de los residentes con los enfoques de aprendizaje: superficiales y profundos; en los primeros, se requiere acreditar las materias para pasarlas; en el segundo, es necesario aprehender, hacer suyo el conocimiento. En relación con los resultados obtenidos, refiere que los médicos becarios por arriba de 28 años tienen un porcentaje muy alto de aprendizaje con un enfoque profundo y concluye que “los médicos residentes son estudiantes con un alto nivel de participación en su propio aprendizaje. Probablemente esto se deba a la exigencia de la profesión, a los filtros de selección y a la naturaleza de los cursos”.

Por otro lado, existen factores sociales estudiados como el origen de la especialización del médico que influyen poderosamente en las decisiones que tome posteriormente, uno de ellos es el lugar donde realizó su año de preinternado, la influencia de los hospitales y el medio en el que se desarrolló durante ese año, determinan un perfil al que aspirará el becario (Frenk, 1980). Los resultados de las entrevistas en profundidad evidenciaron que la mayoría de los residentes mostraron una actitud de obtener conocimiento profundo, quizá por la cercanía con el paciente y con el objetivo que mencionan al entrar a la especialidad y enfrentar los retos que implica estar en ella y permanecer, sobre todo, porque en las entrevistas fue muy claro el objetivo de estar en la residencia: vivir de lo que en ella aprendan, con lo que mejorarán su calidad de vida. Además, existen otros elementos que los inspiran a continuar en este proyecto de la especialidad y para lograrlo deben abandonar sus hogares en una gran cantidad de casos, esto es una inspiración para muchos de los residentes, para hacer como ellos lo refieren “que valga la pena el sacrificio”.

La mayoría de los residentes son de lugares colindantes con el estado de Puebla, ello obedece a muchos factores: algunos, una vez pasado el ENARM, hacen solicitudes a hospitales para ingresar, existiendo filtros en cada sede, reservándose el derecho de admisión y limitado por el número de plazas por lo que se organizan en distintas “rondas”. Algunos ya conocían la unidad sede por haber realizado en ella estudios previos o por las recomendaciones que existen de boca en boca, en medios electrónicos, tener conocidos haciendo ya la especialidad en esa sede o por tener familia en la ciudad, o en ocasiones su pareja vive en la ciudad o está realizando otros estudios o trabajo relacionados o no con la medicina.

También, la cercanía geográfica para poder desplazarse a visitar a sus familias y los costos de traslado en tiempo y en dinero, son factores que determinan el lugar que solicitan los residentes. Estos elementos están correlacionados con el estado civil de los becarios o compromisos con terceras personas. Así, para tomar o solicitar una plaza, el alumno realiza un análisis de muchas circunstancias, entre ellas se refieren las condiciones de tranquilidad de cada estado y de acuerdo a la información existente y sus intereses solicitan lugar en diversas sedes.

En el grupo de residentes se encuentran cuatro médicos oriundos de Colombia, de diversas instituciones educativas, refieren que se vinieron a México a aplicar para la especialidad debido a que existen más posibilidades para realizar la especialidad, ya que, las plazas para extranjeros son sesenta y casi siempre son aceptados y pueden aplicar a más temprana edad que en su país y, posteriormente, regresar a su patria en otra condición laboral ya que validan los estudios realizados en nuestro país. Sin embargo, las condiciones con las que se establece la relación con la sede son distintas, por ejemplo, no reciben beca, requieren contar con un seguro de gastos médicos. De manera semejante a los residentes mexicanos, el aval lo otorga la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP). Román (2002) hace alusión a la situación actual de las especialidades médicas en Chile, donde las políticas institucionales priorizan la formación de médicos especialistas apoyando a una tendencia mundial. Reconociendo, las intenciones que existen tanto en los gobiernos como en los médicos. Y las implicaciones que ello tiene:

“política de país, podría aceptarse el camino seguido por la profesión médica al privilegiar la especialización, pues el mayor costo podría no incidir fuertemente en el presupuesto de salud, dadas las condiciones de relativa baja remuneración del gremio médico y de sus especialistas funcionarizados. Sin embargo, para el presupuesto global de salud, ello significaría un encarecimiento significativo porque a las remuneraciones del recurso humano es preciso sumar los mayores costos de tecnología y exámenes que conlleva la acción del especialista” (Román, 2002 sp.).

Sin embargo, al seno del gremio médico, la intención es mejorar las condiciones de vida, aspirar a poder desempeñarse como especialista en otro nivel de atención y posicionamiento dentro de la escala profesional. Y poder lograr un nivel adquisitivo más alto, para impactar en su familia. De manera unánime, los entrevistados refirieron que, es penoso estar lejos de la familia, pero se le puede ver una parte positiva. Se cuenta con la disponibilidad de tiempo para estudiar y responder ante las exigencias de estudio, tiempo, jornadas laborales largas y complejas de la residencia. Freidson (1978) manifiesta en su propuesta teórica que, el papel desempeñado en la historia de la profesión médica, el nivel aburguesado, que en algún momento se tenía,

fue desplazado progresivamente, sin embargo, se aspira a mejores condiciones de vida y a otro estatus social. Sin embargo y de acuerdo con el sustento teórico de Freidson la imagen y el rol social del profesionista tendrá que asumir las consecuencias de estos cambios.

Cumplido (2007, p. 361) refiere que, “los cursos de especialidad médica, cuyas sedes son algunos grandes hospitales, reúnen características particulares que probablemente influyan en la forma de aprendizaje de los alumnos, quienes al mismo tiempo son empleados de la institución que los admite, cumplen largas jornadas de trabajo y están inmersos en relaciones académicas y laborales complejas”. En la investigación que realiza mediante el análisis del discurso, explicó la realidad que viven los residentes. La disciplina, la carga laboral, las relaciones conflictivas y la fortaleza de los lazos familiares, fueron los elementos más significativos para los médicos residentes.

Por otro lado, el estar alejado de la familia también tiene un efecto sobre las emociones de los residentes, experimentan soledad, angustia y depresión. Barragán (2000) menciona que, el ambiente laboral en el que se desempeñan los residentes es único, de acuerdo con las entrevistas realizadas, ellos lo perciben como aislante, y que viven en soledad. En nuestro estudio, se hizo evidente la soledad y la necesidad de pertenencia al grupo de residentes, que les da un soporte en esta época de la vida. Pero, ello se observó sobre todo en los médicos residentes que proceden de lugares lejanos a la sede, quienes manifestaron tristeza, dolor y en algunos casos depresión. El común denominador fue el impulso que ello les dio para continuar con los estudios, en algunos casos, las llamadas telefónicas, las videollamadas fueron su unión y soporte en momentos difíciles de la especialidad. En el caso de los residentes cuyas familias se encontraban cerca de ellos, su presencia fungió como un elemento estabilizador emocional siendo un factor de peso en la manera como se percibe el becario durante la especialidad. Es importante considerar que de acuerdo con Kohlberg (1989) y su teoría, existen diversos factores que logran impactar en el desarrollo del criterio, de los aspectos morales de desempeño y además del profesionalismo como una concepción en la que vinculan las experiencias de vida y los roles que se asumen. Por lo tanto, el contexto no puede estar ajeno a ello, como en estos casos de la formación médica. De manera unánime fueron señalados en los resultados obtenidos por diversas técnicas los sentimientos expresados y existiendo triangulación en el hallazgo.

Richardson (2014) en el estudio que realizó en un hospital de México manifiesta que los médicos residentes cuidan de la salud de los pacientes, sacrificando horas de sueño y alimento, sin embargo, la pregunta que surge es: ¿cómo está la salud del médico?. No se refiere únicamente a la salud física sino a la emocional, a la red de apoyo y a la funcionalidad de sus familias.

Por otro lado, Mora (2016) refiere que, de los médicos que realizan estudios de posgrado en medicina, la tercera parte presenta disfunción familiar, por lo que insta a que se generen planes de apoyo y se promueva la funcionalidad de las familias como una estrategia de una Universidad Saludable.

Dentro de los elementos más importantes que se apreciaron tanto en las entrevistas en profundidad como en la observación participante, fue la relación entre la universidad de procedencia de los residentes y la forma de tratar a los pacientes. Todos en la entrevista refirieron tener una idea del profesionalismo relacionada con la ética, con los valores, pero, cuando se observaron las conductas en pleno desempeño, no todo lo dicho se hizo hecho. Así, quienes tuvieron más coherencia entre lo manifestado verbalmente y lo realizado en las actividades, fueron los egresados de la UNAM, médicos jóvenes, que refieren llevaron esas materias, pero además las cursaron de una manera vivencial y quienes habían trabajado antes de ingresar a la especialidad.

Parece ser que las estrategias didácticas implementadas en esas asignaturas y la forma de abordar los temas dieron a los estudiantes las herramientas que permearon su ser. Ellos fueron los que más destacaron, sin embargo, en todosse observó cierta coherencia. Un caso especial fue la de un egresado de la Universidad Cristóbal Colón de Veracruz, quien mostró actitudes de consideración, prudencia y empatía así como respeto y cuidado en su desempeño, esta es una universidad católica y en ella el residente estudió preparatoria y licenciatura. A decir del médico entrevistado, durante su formación siempre ponderaron el conocimiento y desarrollo principios religiosos, éticos y eran evaluados por sus profesores. Menciona que era una universidad pequeña, pero en ella se vivía un ambiente de aprendizaje muy agradable. Parece ser que esas experiencias permearon en la formación, sin embargo, se descubre que el formador conocía y vivía lo que enseñaba. O por lo menos existió un prototipo o un referente inspirador y un ambiente propicio para su desarrollo. Además, fue una de las universidades no laicas descritas por los residentes.

Al respecto, Guzmán (2005) realizó un estudio comparativo entre estudiantes universitarios, con la finalidad de indagar la presencia y valores que los estudiantes tienen en relación a la vida personal y profesional. Kohlberg (1972) hace mención a la importancia de los antecedentes vividos y de la capacidad de los roles que ha vivido lo que llama dentro de su teoría *Role-taking*. Sin embargo, los resultados muestran una necesidad imperiosa en fortalecer los valores, de manera especial en los relacionados a la adquisición del conocimiento. Gil (2001), refiere la



importancia de dichos valores para vivir como un humano y la importancia de la escuela en donde se adquieren

De manera específica, Beltrán (1998) opina respecto a la Universidad Veracruzana que, el objetivo general propuesto en su Modelo Educativo Integral y Flexible (MEIF) señala que es necesario: “propiciar en los estudiantes de las diversas carreras [...] una formación integral y armónica: intelectual, humana, social y profesional, que les permita participar responsable y exitosamente en su desarrollo como seres humanos y en el mejoramiento de su entorno” (p. 32-33). La Universidad Popular Autónoma de Puebla (UPAEP), también cuenta con un matiz religioso, es católica y es el lugar de formación de pregrado de una quinta parte de la población de los residentes. Ellos tienen un perfil específico, cuidan varios aspectos de su personalidad, su presentación, lenguaje, conducta y tiene compromiso personal con el paciente. Dejan ver por medio de sus actitudes que fueron preparados dentro de cierto esquema que les dio el conocimiento de esas bases para interactuar con los pacientes.

La universidad de procedencia o la forma en que se han abordado distintas asignaturas relacionadas con la educación en valores, en el aprendizaje de la empatía desde el pregrado ha sido objeto de estudios. Moreto (2018) reflexiona respecto a la deshumanización de la educación médica, las emociones que experimentan los estudiantes de medicina y los posibles recursos pedagógicos para la educación efectiva, dentro de ellos, destaca la utilidad de la música, las narrativas, la literatura, la ópera y la educación a través del cine.

El uso de estas estrategias durante la formación médica en el pre y posgrado influyen en la percepción que tiene el estudiante del área de la salud de asignaturas como la bioética, la psicología médica, la propedéutica y otras, donde la relación médico-paciente se prioriza. Quizá aplicar estos conocimientos sobre las distintas estrategias en la formación médica puede incluir la base teórica de Kohlberg, donde el juego de roles mediante interpretaciones teatrales, podrías lograr que se asuma el rol correspondiente a los actores reales de los escenarios clínicos y por lo tanto, tanto el actor como el espectador podrían reflexionar para interpretar el rol que en la vida desempeñan y la forma en que lo asumen. Gil (2001), refiere que por medio de distintas estrategias se desea formar en valores, pero deben entenderse como modelos ideales de nuestra conducta, que se desarrollan a lo largo de la vida y que son personales.

Sin embargo, Beltrán (2005) hace alusión a la importancia de adquirir los valores a lo largo de la vida, a que son personales y destaca a un actor transformador: el docente. En efecto, refiere que: “es claro que los valores que los alumnos hayan adquirido desde su ingreso a las aulas universitarias se han visto permeados por el comportamiento que sus docentes les han

mostrado. En este sentido, quizá tales comportamientos no han sido los más adecuados o aceptables, lo que conduce, por extensión, a la necesidad de realizar investigaciones sobre los valores en el personal docente” (p. 401). De acuerdo con lo expresado por Kohlberg (1969) y Latapí (1999) la relación con los valores y la identidad tienen concordancia y sintonía, ya que se construye el carácter de una persona a través de la vida. En nuestra investigación fue evidenciada la percepción que el becario tiene de esas asignaturas, mostrando un área de oportunidad para el aprendizaje eficaz y construcción de valores. Se encontró que una de las dificultades es que la perciben como poco real, no aplicable con lo que promueve y desfasada del contexto actual. Parece que se debe contextualizar y promover su aprendizaje con distintas estrategias, así como vincularla a la realidad existente y a lo que vive el estudiante en el campo clínico. Por otro lado, debe integrarse al currículum, realizarse la planeación de la misma y hacerla interesante y congruente con las necesidades del becario.

Como ya se mencionó, varios son los aspectos que impactan en la formación de los residentes. El lugar de origen, la universidad de procedencia, la relación con sus familias y uno determinante, es el estado civil. Los residentes de anestesiología tienen una distribución peculiar en relación a su estado civil, más de la mitad son solteros. Ponderando como un *plus* el serlo, así expresado en las entrevistas, ya que, permite mayor libertad para el uso de su tiempo y disposición para realizar las actividades y/o el descanso durante este periodo de su vida. Además, refieren que el gasto de sus recursos económicos gira respecto a sus necesidades básicas: alimentación, casa, traslados, celular, internet y al material necesario para su capacitación (libros y aparatos electrónicos: computadoras, *tablets*) y también, solventar la derrama económica que implica el estar rotando fuera de la ciudad. Y moverse con libertad y tranquilidad a las ciudades o poblaciones donde han sido programadas sus rotaciones. Algunos viven en casa de su familia de origen con lo que pueden ahorrar un poco, sólo mencionan algunos que aportan una parte para ayuda a su manutención. Cabe mencionar que la mayoría de este grupo son mujeres. Por lo tanto, se aprecia que el residente tiende a jerarquizar en esta circunstancia, Palomo (1989) explica cómo se juegan distintos roles y es necesario ver los fenómenos desde distintas perspectivas, y en efecto, los distintos roles y compromisos contraídos con antelación, permiten tener distintas perspectivas y prioridades, la importancia de lo observado es que en este grupo de estudio también se asumen diversos roles lo que Kohlberg (1987) refiere como importante y benéfico para el desarrollo del sentido crítico y de la moral del educando.

Aproximadamente, una cuarta parte de los residentes están casadas (os), de ellos, cuatro tienen hijos. Las edades de los pequeños fluctúan entre 1-15 años. Por lo tanto, han recurrido a

terceros para el cuidado de los mismos, desde sus familiares, madres y hermanas, así como personas ajenas que perciben un salario por desempeñar dicha función. Otros más quienes están fuera de su estado o país han recurrido al apoyo de su familia y esposo (a) para su cuidado. Esta es una condición de gran peso, sobre todo lo manifiestan las mujeres en las entrevistas, alguna de ellas durante el primer año decidió solicitar un periodo de vacaciones anticipado ante la duda de continuar sus estudios. En este caso, contaba con el apoyo de un familiar quien enfermó, en cuanto se resolvió la situación decidió reincorporarse a la sede. Tello (2002) refiere que, existe en el grupo de médicos casados una propensión al desgaste profesional y se señala a separados y divorciados en relación a la baja realización personal. Por otro lado, Atance (1997) apoya en su estudio la relación con el estado civil en la misma forma. Sin embargo, Domínguez (2012), muestra que en su estudio no existe relación con el Síndrome de desgaste y el estado civil de los becarios. Tampoco en nuestro estudio hemos obtenido diferencias al respecto.

Cinco de los residentes viven en unión libre, no tiene hijos, y sus parejas trabajan; dos en el medio hospitalario como residentes, lo que les limita para poder convivir como pareja, ya que, las guardias y sus adecuaciones, así como las rotaciones de ambos impiden en los tres casos que puedan coincidir en guardias, y tres parejas están fuera del ámbito sanitario, lo que ha dificultado su estabilidad como pareja dadas las ausencias obligadas por las necesidades del residente. En estos casos, algunos han sufrido separaciones y desgaste por problemas relacionados con el estilo de vida del residente, los cambios de carácter, la baja tolerancia y las ausencias al hogar. Córdoba (2009) refiere que, en su grupo de estudio únicamente tres residentes son casados y el resto eran solteros y, que para ellos la percepción de ser solteros representaba una ventaja por su disposición de tiempo para soportar jornadas grandes de trabajo y en ocasiones cubriendo guardias fuera de los horarios.

Uno de los médicos refiere estar divorciado, esto sucedió durante el segundo año de la especialidad y actualmente vive solo. Menciona que, de alguna forma, esto le ha permitido concentrarse en su formación y hasta poder quedarse en el trabajo por más tiempo, lo que le ha permitido estar más tranquilo atendiendo o valorando a pacientes.

El estado civil de los residentes, es semejante a lo encontrado en otros estudios, situándose en las primeras posiciones los casados y solteros, ocupando lugares secundarios: los divorciados y los que están en unión libre. Arenas (2006) en el estudio realizado en una Unidad de Atención Médica de tercer nivel, presenta resultados en relación a la distribución del estado civil de los residentes semejantes a los que reportamos en el presente estudio. De igual forma, Domínguez (2012), refiere una distribución semejante a nuestros resultados. Quizá, debido a la

edad que tiene el residente se encuentra en la etapa reproductiva y, también, las exigencias propias de la residencia hacen que se tomen algunas decisiones de orden personal con la intención de poder participar en todas las actividades de tiempo completo. En nuestra investigación, el estado civil fue decisivo para las decisiones que tomaron los residentes, en algunos casos la presencia de los hijos, específicamente en mujeres, generó un sentimiento de incomodidad debido a la ausencia de la figura materna en la dinámica de sus familias.

La inquietud de hacer una especialidad, es engendrada desde el pregrado en la licenciatura de medicina. Sin embargo, la decisión se toma al finalizar la misma. Es un parteaguas que, en ocasiones se ve como un proyecto complejo, una gran competencia donde sólo los mejores promedios pueden acceder a realizarla. Por lo tanto, el deseo de ser especialista no siempre se logra en la primera oportunidad, de ahí que el número de veces que intentaron presentar el ENARM con la finalidad de acreditarlo, existiendo reportes que van desde una ocasión hasta trece veces, es indiscutible que existe una motivación fuerte para seguir intentándolo, ello es cambiar el estatus de vida, tener el reconocimiento por parte de sus compañeros, colegas y familiares. Estas experiencias previas a la residencia, permiten de acuerdo con Kohlberg (1972), asumir roles distintos y la motivación de la conducta y las expectativas individuales son vivenciadas y se transforman en el impulso para continuar, en este momento bajo el conocimiento de las reglas externas del medio formativo y ello favorece el desarrollo de valores.

Córdoba (2009) menciona que es muy importante que el médico becario, esté consciente de que al elegir hacer una especialidad se requiere vocación, conocimientos y habilidades acotadas a cada especialidad y que un factor determinante son las experiencias creadas durante el pregrado. También, hace alusión que en el caso de residentes de la especialidad de cirugía, algunas de las motivaciones son: una motivación personal, prestigio social, que es un requisito para una subespecialidad, y en pocos casos para probar otra opción.

Otro objetivo está centrado en la superación para lograr un estado financiero distinto al previo a la especialidad. Se muestra que la determinación para hacer una especialidad médica, con conocimiento de lo que ello implica, es uno de los objetivos de varios residentes nuestro estudio, mejorar la calidad de vida de ellos y de su familia, con la intención de ubicarse en otro nivel de vida. Los resultados obtenidos en nuestro estudio están en concordancia con la teoría que fundamenta la investigación, específicamente con Freidson (1978) quien refiere que son estos algunos de los móviles que impulsan a asumir la profesión médica en este caso la especialidad en algunos médicos en formación.

La especialidad solicitada al presentar el ENARM, es decir la genuina intención de ser especialista en alguna área específica, fue determinada para anestesiología en casi la mitad del grupo, el resto tenía inclinaciones por otras ramas de la medicina pero de primera intención no por la anestesiología. Entonces ¿por qué seleccionaron esta opción? Después de repetidos intentos por acreditar el ENARM, quizá, la anestesiología puede ser una de las especialidades con mayores posibilidades para hacer la especialidad y posteriormente, hacer una alta especialidad la obstetricia, trauma o pediatría, que son algunas de las especialidades solicitadas en primera opción.

Dentro del grupo de residentes que seleccionaron de primera intención la anestesiología, diez fueron mujeres y cuatro hombres, en contraste con quienes solicitaron otras ramas de la medicina como primera opción, siete fueron mujeres y nueve hombres. Córdoba (2009) refiere en su estudio sobre residentes de cirugía que la influencia del año de internado fue muy grande al elegir una especialidad en su grupo de estudio y que algunos de ellos a semejanza de nuestro grupo más del 50% deseaban hacer la especialidad en esta rama de la medicina. El que sea menos competitiva la entrada a la residencia de anestesiología con respecto a otras especialidades, permite tener más posibilidades de ser aceptado en ella si se solicita. Arenas (2006) muestra como el número de residentes en un hospital de tercer nivel, distribuidos en diversas especialidades, otorga un mayor número de médicos becarios asignados a la especialidad en anestesiología, con respecto a otras especialidades, ocupando el tercer lugar después de medicina interna y cirugía general.

Sin embargo, actualmente dadas las modificaciones que se ha hecho para ingresar a un programa de especialidad médica y, únicamente, poder proponer una opción de especialidad médica, la anestesiología se ha posicionado como una opción pertinente. Prieto (2015), refiere que el interés dominante en los médicos en formación para hacer una especialidad es el económico-social-teórico y el más bajo en el puntaje, es el religioso.

Bermejo (2007) presentó otro estudio, donde los principales motivos o interés en hacer una especialidad en los médicos residentes es el económico. Por otro lado, como se mostró en el estudio, esta especialidad es de interés para el sexo femenino debido a la factibilidad de emplearse en instituciones de salud donde se asigna un horario que permite desempeñarse dentro de la vida familiar. De igual forma, los resultados obtenidos, indican que las mujeres tienden, posteriormente, a la realización de otras altas especialidades a partir de la anestesiología como la medicina paliativa y la algología, lo que permite aún más cubrir el aspecto de organización de tiempos y la medicina preventiva.

Los residentes antes de iniciar sus actividades en la especialidad, tienen hábitos de vida semejantes en algunos aspectos. Dentro de los que consideramos: las horas de sueño por día, el uso y organización de su tiempo, el número de alimentos que ingerían al día. Las horas de sueño en promedio eran ocho en la tercera parte del grupo, más de la mitad dormía entre 5-7 horas y solo un médico nueve horas. Castillo (2014) refiere la importancia de los hábitos de los médicos y la presencia de complicaciones serias en relación a su estado de salud, específicamente, el síndrome metabólico. Las actividades que realizaban les permitían distribuir sus tiempos de esa forma, trabajando en distintas dependencias, escuelas, consultorios ya que, se dedicaban a actividades asistenciales en turnos específicos de ocho horas lo que, de igual forma, favorecía tener horarios establecidos.

En relación a la ingesta de alimentos y el número de los mismos, encontrando en los resultados que tres cuartas partes de grupo comían tres veces al día. Como se puede apreciar esta descripción de los puntos referentes a algunos hábitos de vida. Miró (2005) refiere que el proceso de salud está relacionado con los hábitos de sueño, el patrón que tienen los residentes antes de ingresar a la especialidad coincide con la descripción de hábitos saludables. En nuestro estudio, la percepción de los residentes respecto a los hábitos descritos, es uno de los factores para mantenerse en equilibrio y tener un buen rendimiento en sus trabajos y actividades en general. Deberían ser tomadas en cuenta las condiciones físicas de los residentes y su rendimiento en el cumplimiento de las actividades asistenciales. Por otro lado, desde el punto de vista de la calidad de los servicios de salud, es importante considerar el impacto de la derivación del sueño en la atención a los pacientes orientados a brindar una atención médica de calidad y con estándares de seguridad. El residente, al ser entrevistado, siempre refleja y menciona como un tema de interés el exceso de trabajo y las escasas horas de sueño. Realmente, el rendimiento del becario durante la residencia, se encuentra influenciado por el cansancio o desgaste que se produce. Y ello fue observado reiteradamente en el trabajo de campo.

Freidson citado en Fernández (2007) hace alusión a la construcción de est trabajo subjetivo profesional en la que se realizan actividades complejas y especializadas y el compromiso de practicarla en un tiempo extenso (p.86), es esto precisamente lo que se aprecia en los resultados de la investigación.

Las actividades o profesiones de los padres de los residentes en la mayoría del grupo (veintidós) estaban relacionadas con el área de la salud y el magisterio. De ellos, once fueron quienes seleccionaron de primera intención la especialidad de anestesiología. Probablemente, la asesoría, orientación y conocimiento de los familiares influyeron en la toma de decisiones y la

elección realizada al solicitar el examen. También, de este grupo casi la mitad tomó curso de preparación para el ENARM. Llama la atención que del grupo de residentes extranjeros, sus padres no tienen relación con la medicina, tienen otras ocupaciones o son jubilados.

Cumplido (2007), realizó un estudio donde relacionó el nivel de empatía que los estudiantes de medicina experimentan hacia los pacientes y la profesión de los padres, los hallazgos son de interés, ya que los hijos de profesionales de la salud experimentan un grado de empatía mayor, en relación a los hijos de padres cuya ocupación no tiene relación con la atención en salud. También, encuentran que las alumnas desarrollan más empatía con compasión y afectación por el sufrimiento de los pacientes que los hombres. En nuestra investigación, se aprecia que una cuarta parte de los médicos becarios refieren que sus padres tienen ocupaciones relacionadas con la salud, y todos ellos pretenden realizar una alta especialidad. La forma de relacionarse con los pacientes, es diferente en cada caso, pero se aprecia que son empáticos, sin embargo, no muestran diferencia en relación con el resto del grupo. Paz (2012) muestra en un estudio realizado en una universidad privada que el entorno familiar tiene gran influencia en el plan de vida de los jóvenes, mostrando que es uno de los factores determinantes en la identidad y vida de la gente, pero que no es tan importante como la influencia familiar en el deseo de formar una familia. Considera que el capital cultural de cada joven es determinante.

Al respecto Kohlberg (1989) fundamenta que son esas experiencias forjadas al seno de la familia, las formativas que permearán a lo largo de la vida del individuo en las conductas y en los valores que se han vivenciado en las primeras etapas de la vida. Quizá, en estos casos específicos la actividad y forma de vida de los médicos en formación al seno de sus familias dieron la pauta a seguir en varios casos, sobre todo aquellos cuya formación tenía elementos semejantes a los que se hacen necesarios para realizar una especialidad.

### **9.3 Una oportunidad para incidir en la formación desde la educación**

Para realizar el análisis de la implementación del profesionalismo en el Plan Único de Especialización Médica (PUEM), fue necesario abordar el Plan académico y el Programa operativo de la especialidad en anestesiología y evidenciar su implementación la formación de los residentes. Con lo que se identificaron los siguientes códigos: el plan académico, el médico-docente, las instituciones educativas y sanitarias y el contexto. Evidenciar la forma en que el residente de anestesiología aprende el profesionalismo, lleva implícito manifestar que los programas académicos y planes de estudio están enfocados a actividades disciplinares, ello ha sido observado

desde tiempos antiguos de la formación de personal de salud. Moreto (2018) establece que el aprendizaje de la medicina en términos de las características de la cultura de la educación de las emociones de los educandos, que, seguramente tiene una proyección en la atención médica y en la relación del paciente y el médico.

En la historia de la medicina, se refiere que el común denominador era la ausencia de esos principios explícitos. Sin embargo, debido al modelo de formación profesional al lado y de manera directa con el tutor, donde el respeto, el cuidado del paciente y el lenguaje, además de los conocimientos eran supervisados en todo momento por el tutor. Se tenía una enseñanza directa con el experto durante todo el tiempo y el número de alumnos por docente era en una relación de uno a uno, quien esculpía en el alumno los valores que deberían formarse en un médico especialista. Por lo tanto, la supervisión y el asesoramiento fueron continuos. En efecto, Adkoli (2011), Chandratilake et al. (2012), Dixon (2005), Duviver (2014) Van Mook (2009), y Teherami (2005), manifiestan que existen principios fundamentales como el altruismo, el cual se encuentra ubicado dentro del currículum oculto.

Actualmente, se observan condiciones muy distintas, en las que un docente ve en ocasiones a treinta estudiantes y el acompañamiento es distinto, por lo tanto, la atención a cada alumno no puede ser de la misma calidad. Así, la masificación de la instrucción genera relaciones entre alumno–docente distintas. Mata (2018), considera que la práctica reflexiva en los docentes, puede transformar la educación en el posgrado. Mejorando la calidad educativa visualizando que el área de oportunidad está en la formación docente y que la investigación-acción mediante el diagnóstico, diseño y aplicación son los pilares, en su estudio se realizó la evaluación de esta implementación mostrando ser prometedora la intervención. Por supuesto, piedra angular es el fomentar la cultura del profesional y la evaluación de las intervenciones.

En nuestra investigación, se muestran resultados que coinciden con los mostrados por estudios en el área de la salud, para diversas licenciaturas entre las que destaca enfermería, por ejemplo, Hee (2019) propone un análisis sobre el uso de uno de los dispositivos más utilizados en la actualidad y a la vez, más controvertidos en relación al cuidado del paciente, al profesionalismo en la atención, y son los referentes al uso de *Smartphone* como propuesta de aprendizaje. Sin embargo, pese a los años de formar recursos humanos para la atención en salud, la orientación y la importancia se ha centrado en el aspecto disciplinar de la especialidad.

¿Por qué no ha sido claramente abordado, señalado y acotado en el plan de estudios en algunas universidades? De alguna forma, todos los planes y programas tienen en su descripción, que el perfil de egreso, además, de conocimientos, destrezas y habilidades, se deben desarrollar



los principios éticos. Sin embargo, al comparar los resultados de la investigación, se aprecia que, en algunos, no están presentes en las asignaturas los temas correspondientes a estos contenidos temáticos, dejando este objetivo sin una planeación didáctica concreta y descrita en los programas y planes de trabajo y por lo tanto pareciera ser parte del discurso únicamente.

El papel del docente en el proceso enseñanza-aprendizaje es prioritario y descubrir que existe un proceso de profesionalización docente, necesario para mirar desde otras perspectivas la actividad educativa, surge como un tema prioritario. A la luz de esa consideración, Barrón (2015) menciona la importancia de las conceptualizaciones epistemológicas de los docentes para comprender el tipo de práctica docente que realizan. Puede encontrarse situada en distintos paradigmas o procesos de investigación. Desde el paradigma proceso-producto donde se acentúa la racionalidad técnica hasta el paradigma interpretativo, en el que el pensamiento del profesor se reformula y de acuerdo a ello se relaciona de diferente forma con los contenidos del pensamiento, en el subyace un enfoque racional práctico ligado al profesional reflexivo. Yasuharu (2009), resalta la importancia de que tanto en Japón como en todo el mundo, el profesionalismo sea adecuado a las culturas y sociedades considerando los cambios que actualmente se están produciendo en esos contextos.

Considerando que, son las epistemologías las que guían las acciones de los docentes en sus prácticas y las articulaciones que se establecen con los saberes, los conocimientos, los contenidos y las formas de abordaje didáctico. Barrón hace la siguiente:

“Desde el enfoque del conocimiento formal, la construcción del conocimiento es externa a los profesores y es durante su proceso de formación cuando se les proporciona a través del currículum, en donde el conocimiento se expresa a partir de principios y reglas de carácter prescriptivo. Por su parte, desde la perspectiva del conocimiento práctico, éste se construye a partir de las interpretaciones de las situaciones en el aula y de los dilemas prácticos a los que el docente se enfrenta al realizar su trabajo. Cabe destacar que los estudios acerca de la construcción del conocimiento desde la práctica del profesor se han desarrollado fundamentalmente a través de una metodología cualitativa, lo que ha permitido identificar diferentes dimensiones de estudio: personal, situado, relacional, teorías implícitas, creencias, entre otras” (Barrón, 2015, p. 37).

Este aspecto tiene un gran peso en el momento de poner en práctica la formación de médicos en su proceso de especialización. Ciertamente, desde el Plan Único de Especializaciones Médicas enfocado a la anestesiología, se ha considerado que el anestesiólogo, debe cubrir un perfil determinado al finalizar su proceso, el mismo que debe ser acompañado por el docente. La *Foundation for Advancement of International Medical Education International* (FAIMER, 2016) enfatiza que los docentes son elementos de cambio en el abordaje del profesionalismo y que eso es válido en todo el mundo. Es importante reflexionar en relación a las exigencias de

capacitación educativa del docente médico quien es experto en el área disciplinar y que redundará en la creación de un proceso educativo diferente, Kohlberg (1974) menciona que esa capacidad última que se desarrolla en el nivel de principios en el que se establecen los valores morales y donde la conducta es guiada por el individuo que es capaz de juzgar hechos de manera independiente puede ser favorecida cuando se le dan a los docentes los elementos para también jugar este rol y asumir el aprendizaje desde esta perspectiva.

Inicialmente, el perfil de egreso del residente de anestesiología establece que el médico anesthesiólogo es un profesional de la medicina que a través de una práctica basada en competencias profesionales es competente para lo referente al trabajo disciplinar de la anestesiología, desde el cuidado del paciente y su atención. Purschel (2017) expresa que no es posible adecuar un profesionalismo en general, sino que debe ser considerado el aspecto cultural, pues ello modifica las costumbres y la forma de concepción de este fenómeno. También, su competencia como investigador es mencionada. Por otro lado, se refiere como capaz de identificar y aplicar métodos, técnicas y estrategias de y para el aprendizaje. Aplicar los principios bioéticos, humanísticos y legales, en la relación médico-paciente, en la atención a la salud y en la educación e investigación médicas. Así como trabajar en equipo, establecer y cumplir compromisos con su entorno social.

Destaca de manera prioritaria la obtención de conocimientos, la capacitación y adiestramiento de los residentes, para con ello atender a las necesidades de los enfermos de manera individual, con la correcta aplicación de las habilidades y destrezas deseadas. Creando un ambiente educativo, donde se desarrollen y apliquen los conocimientos con principios humanísticos, bioéticos y legales, en la relación con los pacientes. Silveira (2019), destaca la importancia del curriculum oculto, en la formación de la identidad profesional desde que se está en el pregrado, mencionando la necesidad que, desde esta etapa se fomente el desarrollo de cuidado de las relaciones interpersonales y los valores para el desempeño clínico. Todo ello acorde con Freidson (1978) y Kohlber (1972), quienes por medio de sus teorías muestran como se entrelaza la formación de los valores para la vida relacional y además el desarrollo del trabajo subjetivo dentro de los servicios en este caso de salud.

Ramos (2015) se refiere la importancia que tiene la forma en que se da el proceso enseñanza-aprendizaje en la etapa de formación de residentes, recalando que en Cuba se cuida la forma de evaluar y el perfil del egresado, siendo sujetos de revisión constante. Estos dos aspectos son analizados en nuestro estudio, siendo piedras angulares en la formación profesionalismo de los residentes. También, coincidimos en observar que se abordan desde el currículo oculto y

en los perfiles de egreso se manifiesta como un deseable la formación humana en valores. Sin embargo, en nuestra investigación, apreciamos un vacío en la forma de llevarlo a la práctica, pues no existen evidencias que lo soporten.

Para alcanzar ese objetivo, se requiere un bagaje educativo que permita generar un puente entre lo que se tiene y lo que se desea alcanzar, para ello existen aspectos relacionados con la educación que lo promueven y lo hacen alcanzable. Ramírez (2008) y Fritz (2014) ponderan las técnicas de aprendizaje de adultos, de igual forma, en la Universidad de McMaster, se menciona la importancia del aprendizaje basado en problemas como una de las estrategias con mayor aplicación en la formación de residentes (Toruco, 2012). Por lo que, a continuación citaré algunas áreas de oportunidad que deberían ser proyectadas educativamente para realizar las gestiones correspondientes y puedan proporcionar las herramientas que, contribuyen a consolidar la implementación del profesionalismo médico ausente en el plan académico y programa operativo de la especialidad. Y así, llevarlo en primera instancia a la visualización y consideración escrita como parte de las asignaturas y en segundo lugar en la *praxis*. Quizá, reflexionar sobre el tipo de profesión y las condiciones en las que se desarrollan tanto de manera histórica como en la forma actual, deja ver la coherencia con la teoría de Freidson (1978) al hablar del Estado de asistencia requerido para contextualizarlo a la economía oficial.

En el primer aspecto, el lugar donde se proyectaría es el aula, de manera inicial debe estar considerado dentro de la planeación y en las gestiones curriculares, didácticas y del ambiente de la clase. Vázquez (2013) refiere la importancia de que se aprendan conceptos, pero, sobre todo, que se den al alumno los elementos para la vida. Ello en el pregrado es en el aula, y posteriormente, no es sólo el aula, sino todo el ambiente de aprendizajes. Sin embargo, uno de los aspectos críticos, pero importantes, es el que Dorota (2006) menciona respecto a la necesidad de generar conciencia de que el profesionalismo se debe a la reflexión hecha práctica de la ética, con actitudes coherentes con ella. De hecho, el abordaje de esta asignatura tendría que ser en dos vertientes, la primera, ubicarla dentro de la malla curricular en la etapa básica, es decir, en el contenido del primer año de la especialidad. Sin embargo, debido a la transversalidad con la que debe ascender por la formación del residente, debería ser acotada a otras asignaturas, considerando la pertinencia de cada una de ellas.

Por lo tanto, es necesario que se introduzca en la planeación y en el currículo explícito en las gestiones didácticas y en el ambiente de clase. Así como explicitar la evaluación del profesionalismo, que debido a sus características y complejidad, se convierte en un reto para el

docente. Existiendo autores como Eldestein (2005) quien propone evaluar algunos comportamientos y evidenciar los valores humanos. Kohlberg (1978) en su tercera etapa, a la que comenta pocos llegan refiere que es el logro de esa independencia, el ejercicio de la autonomía y esos son objetivos de la educación, por ello el último peldaño de la formación moral de acuerdo a su propuesta teórica debería ser promovido en la formación médica becaria de posgrado.

Torrealba (2004) pone de manifiesto que en las investigaciones relacionadas con la educación, los procesos interactivos que se desarrollan en el aula, el ambiente de la misma, donde se encuentran insertados el proceso de producción de conocimientos sistemáticos –socializados, son prioritarios. Por lo tanto, la comunicación, se convierte en piedra angular proyectada hacia distintos contextos. La planeación considerando esta necesidad acompañada de un discurso pedagógico coherente, con los distintos actores, puede conducir en la generación de conocimiento en ambientes cuidados para favorecer el desempeño humano. Nuevamente la teoría de Kohlberg (1978), fundamenta que la formación de estas habilidades en las que se incluye la comunicación y los roles que se juegan en el desempeño de una actividad se puede favorecer en los escenarios cuidados, de ahí la importancia de transformar desde la docencia.

El discurso pedagógico, según Gimeno Sacristán y Pérez Gómez (1998) refiere que existe en este discurso un impacto de lo individual en una concepción social. Y dentro de esta interacción se encuentran implícitas las relaciones que el docente asume de manera previa. Por ello, la actividad y la coordinación de las acciones que éste realiza y la apropiación del bagaje cultural producto de la evolución histórica de la humanidad es responsable de la formación de las estructuras formales de la mente y que de algún modo se comunican de generación en generación. Consientes del valor de la historia, pero esperanzados en la necesidad de transformar los procedimientos en relación con los contextos, es alentador pensar que las formas de practicar la enseñanza y el aprendizaje pueden ser mejores.

Por ejemplo, las relaciones que se establecen entre el residente y los adscritos, perduran durante los tres años del proceso de la especialidad. En algunos casos se toca el discurso pedagógico de la ironía, refiere Maturana en Torrealba (2004), quien describe cómo “la manifestación verbal o gestual, que lleva implícito un fingimiento, una burla sutil, carácter ficticio de contradicción entre lo que se dice y lo que realmente se quiere dar a entender”, siendo un discurso utilizado dentro del ámbito médico por algunos docentes. Sin embargo, se pueden generar disfunciones en la interacción del docente-alumno. El uso del lenguaje y del discurso, debe ser analizado de manera profunda para descubrir la intención estratégica que los sostiene Foucault (1969) y los efectos que pueden producirse. Y en nuestra investigación se hizo evidente el uso

en algunos casos de ese discurso pedagógico y que de acuerdo con lo mencionado por Kohlberg (1978) la construcción de los niveles y subniveles del desarrollo de valores son influenciados por el medio, por el contexto. Aspecto que es prioritario analizar.

Por otro lado, la calidad educativa de la mano con el diseño curricular, los cambios o mejoras que se hacen normalmente incluyen los modelos educativos, las materias, la organización del profesorado, pero, no se llega a la definición del diseño curricular que acuñe las respuestas válidas y viables para la intención perseguida. Los objetivos curriculares referidos para la especialidad, destacan en relación al profesionalismo el fomentar la cultura de calidad en el equipo interdisciplinario de salud, el ejercicio de la práctica disciplinar en escenarios idóneos, la distribución de recursos de acuerdo con el nivel de atención teniendo énfasis en el proceso educativo, la formación con un enfoque en el humanismo, la implementación de principios de bioética en la relación médico-paciente y promover la práctica reflexiva. Merry (2010), refiere la importancia de la calidad anestésica, como otro recurso de peso en relación a la seguridad y para ello sugiere el uso de rúbricas en las actividades cotidianas.

Por lo tanto, la *praxis*, de la asignatura está considerada en el día a día de la formación y, de igual forma, debe instrumentarse educativamente para hacerla visible a los ojos de los educadores y de los educandos. De igual forma y quizá muy importante es la evaluación del cumplimiento de esos objetivos curriculares debe conducir a la reflexión y a la adaptación continua en respuesta a las realidades de la sociedad.

Las estrategias educativas por competencias profesionales con la finalidad de evaluar sistemáticamente al residente, teniendo flexibilidad en las estrategias de enseñanza aprendizaje e incorporar contenidos que favorezcan la formación de un médico competente. Para ello, se hace la consideración que las estrategias educativas pueden variar dependiendo de las circunstancias del alumno, del profesorado y de la sede. La Asociación Mexicana de Facultades de Medicina en México (2012), refieren la importancia del modelo educativo por competencias y que el docente debe cubrir el perfil que se solicita para este fin. Se menciona que se utilizarán estrategias educativas por competencias que son actividades planeadas para lograr una competencia clínica en un tiempo determinado. Todo ello con la finalidad de centrar el proceso de enseñanza en el aprendizaje de la disciplina.

El enfoque por competencias está fundamentado en la flexibilidad, en donde la interrelación del profesor y el residente, los escenarios y contenidos son los factores que determinan el aprendizaje significativo. La distribución graduada de acuerdo al nivel de estudios del residente, privilegia la autorregulación y estimula el desempeño en la cercanía de alguien de un

grado superior, esta práctica se realiza en el aula, pero también en el escenario de desempeño real. Kohlberg (1978) menciona precisamente que la regulación del modelaje del desarrollo moral por etapas, debe ser cuidadoso y guiado. Sobretudo en la vida de relación interdisciplinar en el caso de la profesión médica. Y la autorregulación de acuerdo a cada grado de estudio también debe ser mensurada.

Degollado et al. (2009), muestran en un estudio realizado que existe la necesidad de evaluar las competencias clínicas de los residentes, para ello, en su estudio, comparan varios aspectos relacionados con la disciplina por medio de casos clínicos. Los resultados muestran que existen diferencias importantes en la toma de decisiones en esos casos en relación a lo deseable. Esto evidencia que el juicio crítico se desarrolla durante la especialidad, y es una competencia no técnica que se promueve centrada en la reflexión y en los valores, donde el profesionalismo con todas sus características permea e impulsa las decisiones que se asuman y que de acuerdo con Kohlberg (1989) debe promoverse la obtención de este juicio crítico y valores necesarios para el desempeño médico.

Los resultados de la investigación realizada arrojaron datos de interés a este respecto, ya que en las entrevistas en profundidad los médicos en formación mencionaron que tiene la necesidad de ejercitarse y asumir las responsabilidades por las decisiones que tomen. Por supuesto, esto no es posible en los pacientes y casos reales, pero el docente puede generar otras estrategias de aprendizaje para ejercitar, evaluar y desarrollar esta competencia en el becario. Sancho (2010), establece como una estrategia la simulación, sin embargo, hace énfasis en la necesidad de hacer una adaptación al currículo docente y al uso de otras herramientas de complementación del aprendizaje.

Por otro lado, Fernández (2015), hace la precisión que desde el punto de vista bioético y de seguridad, no es posible trabajar de nuevo con los pacientes, por lo que se requieren estrategias pedagógicas distintas. Bartha 1997, manifiesta que la docencia es una parte transformadora, que debe tener actualizaciones y un bagaje que permita contextualizar el conocimiento. Por lo tanto, el docente requiere saber de su disciplina y además conocer las estrategias pedagógicas que le permitan migrar el conocimiento hacia la practicidad, en el día a día del alumno.

Esta investigación, permitió al residente expresarse de manera libre y manifestar sus intereses en relación con la forma de aprender, definitivamente, se hicieron evidentes comentarios relacionados con las ausencias relacionadas al abordaje de asignaturas como bioética, investigación y profesionalismo. Una reflexión obligada es respecto al tipo de docencia que se practica y la necesidad de que el docente realice actividades investigación educativa en el posgrado. Es

necesaria la creación de espacios de reflexión y cuestionamiento bioético en la formación de los residentes. En esta investigación, se hizo evidente que los residentes sienten la necesidad de que este espacio se genere y, además, de que se acompañe en su proceso de formación, lo que coincide con Kohlberg (1989) quien manifiesta que se requiere promover el desarrollo moral de individuo y que este debe estar acompañado.

Se realizó el análisis del material existente en relación con diversos tópicos educativos, considerados como estándares para la educación necesarios para la mejora, con la intención de fortalecer los programas y enriquecer la formación del becario. Dexter (2017), menciona que, en su estudio no encontró atributos. Relacionados con el profesionalismo en los residentes, a diferencia de nuestro estudio, donde sí se encontraron atributos diversos relacionados con el profesionalismo y los valores. Quienes pertenecen a una unidad hospitalaria, realizando una actividad asistencial y que tienen el gusto por enseñar y asumir responsabilidades como docentes, sin tener en la mayoría de los casos una preparación para este última encomienda (Organización Panamericana de la Salud). Al respecto, es importante mencionar a Freidson (1978), quien hace alusión a la necesidad de que se den las condiciones para el desarrollo de una profesión, de entrenar y practicar de manera supervisada la profesión de desempeño (docente) y se le otorgue el reconocimiento y la recompensa económica que corresponde.

Ello redundará en múltiples actividades, y de manera especial en desencadenar procesos que favorezcan a los actores de la formación de médicos residentes de anestesiología. Para ello, fue necesaria la reflexión y mirar las oportunidades de crecimiento que pueden desencadenar procesos educativos eficientes basados en climas de respeto, diálogo y confianza. Ya que la implementación de un plan académico está a cargo del docente, la valoración de su desempeño da información de la manera cómo se implementa en profesionalismo en el plan académico de los residentes de anestesiología. El desempeño es valorado en relación con estándares: la planeación, la gestión del ambiente de la clase, la gestión curricular, la gestión didáctica y la evaluación.

La formación del profesionalismo en los residentes de anestesiología, es el periodo de estructuración del mismo. Los puntos que surgen como medulares están orientados a la vida de relación de los médicos becarios: la relación de respeto a los pacientes, la reflexión, la autoconciencia, la responsabilidad de las acciones, el trabajo en equipo y la responsabilidad social. Es decir, citando a Kohlberg (1987), desarrollar el aspecto de juicio crítico, relacional, moral de las personas. Lerner (2000) manifiesta que la formación de los recursos humanos para la salud involucra fomentar características que permitan el desarrollo de aptitudes cognitivas, morales y

sociales, con los que se favorece la interacción entre los distintos actores dentro del escenario educativo del posgrado. Pero, sobre todo, hace hincapié en la importancia de formar a los formadores de residentes. En nuestra investigación sugerimos después de lo analizado, que se realice la planeación, el desempeño y la evaluación acorde a los estándares de la educación superior educativos.

La planeación incluye varios códigos: selección de contenidos y propósito, diseño de estrategias didácticas y elección de mecanismos de evaluación. Dentro de la gestión del ambiente de clase, se considerarán las relaciones interpersonales y el manejo de grupo. En relación con la gestión curricular, están incluidos: conocimiento de la asignatura, relaciones entre las asignaturas y conexiones entre las asignaturas y contextos. Al respecto, Bartha (1997) prioriza el papel del docente para fomentar el desarrollo de la gestión didáctica a partir del conocimiento pleno de la parte pedagógica y del contexto. La gestión didáctica engloba la presentación curricular, la atención diferenciada, la organización del grupo, la relación del aprendizaje alumno-alumno, los recursos didácticos, los recursos espaciales, el manejo del tiempo, indicaciones, explicaciones, preguntas, actividades dirigidas y actividades no dirigidas. La fundamentación teórica de estas tesis esta basada en Freidson (1978) y se vincula de manera directa con la formación del profesional docente médico, y el rol que desempeña con alto compromiso, con cariño por la profesión que realiza, sin embargo, es puntual comprender el reto que ello implica y para ello es necesario considerar el sistema en el que se desempeña.

El currículo comprendido por varios autores como el plan de estudios (Zabalza, 1987), es uno de los instrumentos más importantes a cuidar cuando se tiene como objetivo la formación de profesionales, entendido como “el conjunto de enseñanza y prácticas dirigidas con determinada disposición que han de cursarse para cumplir con un ciclo de estudios u obtener un título”, según la Real Academia Española (1983), así Nolla (2001), refiere que al currículum:

Ya no se ve como un documento estático, sino como un documento de planificación y acción, en la que se tienen en cuenta los contenidos (conocimientos y habilidades) de enseñanza, los valores y experiencias que los alumnos adquieren durante el proceso enseñanza-aprendizaje. El plan de estudio no debe verse como un documento acabado sino debe ser motivo de revisión y actualización permanente, tanto en su contenido como en su práctica educativa, por eso se considera el currículo como un continuum que parte de su diseño, su ejecución, su evaluación, tanto en el proceso de ejecución como en la evaluación de sus egresados (Nolla, 2001, p. 149).

El sistema de evaluación que se plantea en los planes de estudio responde con lo establecido en el Reglamento del Régimen de Residencia vigente e incluye evaluaciones sistemáticas prácticas y teóricas, evaluaciones integrales al concluir cada año y una evaluación final (examen estatal). Esta evaluación está compuesta por un examen teórico y práctico, en el que



demuestre la competencia y desempeño profesional alcanzado y la presentación y defensa de una tesis aunque como este especialista se forma en su puesto de trabajo en todas las evaluaciones deberá ir demostrando la capacidad de hacer y el avance para su futuro desempeño. De los Ríos (2000), considera que es esta una parte medular de la formación de los médicos residentes, pues la reflexión de las prácticas sanitarias desde la perspectiva de la ética debe ser abordada y fomentar el juicio crítico. Sin embargo, la evaluación de estas competencias sobre el proceder con profesionalismo debe ser evaluada, lo que exige al médico-docente una preparación especial en educación. Ya que existen distintos tipos de evaluación y se debe ponderar y comprender como un proceso complejo.

Y en relación con la evaluación, esta comprende la autovaloración, la valoración entre alumnos, la valoración del docente a los alumnos y la retroalimentación de saberes. Es patente la necesidad del desarrollo de los valores y lo que Kohlberg (1989) establece por medio de la Teoría del desarrollo moral, ya que para realizar estas evaluaciones y ponderar todo lo referido, se requiere un nivel de desarrollo de estas habilidades no disciplinares. Para el análisis es necesario conocer “qué” y “cómo” lo realiza el docente. También, es importante saber cómo lo planea y, finalmente, cómo lo desarrolla, es decir, cómo lo lleva a cabo realmente. Manzo (2006) sugiere que las actitudes ético-morales deben ser evaluadas, y que para ello se deben incrustar en el currículum y que sus contenidos temáticos estén contextualizados y, además, que deben definirse en cada caso los contenidos educativos. Los logros obtenidos por el alumno durante el periodo de adiestramiento, deben ser evaluados, para lo cual existen directrices orientadas a la evaluación por el modelo de competencias.

Inmerso en ese contexto, Gómez (2008) sugiere implementar programas dentro de la especialidad de anestesiología basados en la simulación clínica, ya que demuestra que la eficacia y curvas del aprendizaje en los alumnos fueron más altos. Pero, para ello se debe planear, capacitar y plantear curricularmente como una innovación educativa, que en algunos casos existe factibilidad para realizarla, debido a la infraestructura que se requiere. Freidson (1978), menciona la importancia de tener conocimiento sobre el sistema económico en donde se desarrolla el proceso de formación y desempeño profesional, de tal forma que la realidad pueda coincidir con lo ideal en la formación y en el rol social que se desempeña.

Esta investigación rebela que existe un área de oportunidad que debe ser explorada, explotada y habilitada para su uso. Es a partir del docente donde se puede intervenir, para ello la gestión para que el clínico se forme como docente e investigador es imprescindible.

Referente a la planeación, no se aprecian estándares de la misma y sería conveniente contar con una planeación escrita donde se especifiquen con claridad los contenidos a desarrollar en la clase respecto al profesionalismo. De acuerdo con Morales (2003), es necesaria la capacitación del docente para mejorar los contenidos e identificar las necesidades del alumnado y del profesorado para generar mejoras en el programa de formación de residentes de la especialización en anestesiología.

En relación con el contenido, es importante partir de la historia y evolución del concepto del profesionalismo en las ciencias de la salud, la influencia de la sociedad y otros factores externos, el marco conceptual y definiciones de profesión, profesionista y profesionalismo en general y aplicadas a la medicina, los atributos y conductas del profesionalismo: altruismo, honor, integridad, compasión, responsabilidad, rendición de cuentas, excelencia, compromiso con la erudición y avances científicos en su campo, desarrollo profesional continuo, medicina basada en evidencias. Letelier (1995) refiere que el profesionalismo tiene implícitas otras características ligadas al desempeño que el anestesiólogo deberá cumplir en la vida profesional, como el liderazgo, el control de sus emociones y que esas competencias deben ser cubiertas durante su formación como nuevos hábitos que se adquieren en el periodo formativo. La teoría de Kohlberg (1972), permite conocer la forma como las emociones se presentan en el proceso del desarrollo moral y se considera un punto obscuro que puede explorarse y atenderse en la formación de becarios. Ya que los resultados arrojan esa imperiosa necesidad.

Los médicos becarios de manera semejante refirieron características como lo son el liderazgo, preocupación por los demás y la sociedad, altos estándares éticos y morales, confiabilidad, reflexiones sobre acciones y decisiones, manejo de problemas complejos y de la incertidumbre, uso apropiado del poder y la autoridad, multiculturalismo, ética y profesionalismo, aspectos legales del profesionalismo, el profesional de la medicina y la industria farmacéutica, el profesional reflexivo, estrategias para enseñar y modelar el profesionalismo, evaluación del profesionalismo, autoevaluación, evaluación por pares, evaluación por pacientes, evaluación de 360 grados, observación por los profesores, portafolios, incidentes críticos, encuestas, profesionalismo en la certificación y acreditación, evaluación por examen clínico estructurado objetivo, exámenes de selección múltiple y simuladores. Dieckman (2018) experto en anestesiología, refiere que la realización de evaluaciones mediante la simulación en distintas formas, temáticas y contextos, permite realizar evaluaciones más completas y complejas. Además, debido a la estructura que tiene la simulación, cuenta con un periodo reflexivo obligado que deja a través de la autorreflexión la oportunidad de autoevaluarse y desarrollar la autocrítica en ambientes de

aprendizaje cuidados. En nuestra investigación documental de otros programas de anestesiología específicamente de la UNAM, se aprecia la integración de las asignaturas bioética, profesionalismo, bioestadística e investigación. Ese material, se presenta como un programa, con las estrategias didácticas sugeridas, la forma de evaluación y su bibliografía. Será muy interesante conocer los resultados efectuados al programa en relación específicamente con el profesionalismo de los futuros especialistas.

Shi (2012), refiere que es necesario formar en el profesionalismo, y de acuerdo con la estrategia que el ocupa en su medio, para favorecer y fomentar la formación en valores, en el pregrado, han diseñado que en cada grado se lleve una signatura que tenga temas afines a la ética, bioética, formación humana, familia y sociedad en la que se aborda desde el primer curso hasta el finalizar la licenciatura. De manera semejante, se puede realizar en nuestro contexto, por supuesto considerando esas materias acotadas a la circunstancias del posgrado y además agregando temática sobre Derechos Humanos.

Dada la ausencia de los contenidos, los propósitos a desarrollar en la clase no están presentes. En consecuencia, el diseño de estrategias didácticas: actividades, recursos, espacio y tiempo están omitidas. Hirsh (2007) invita a hacer una reflexión formal sobre la manera en que se desarrolla la educación superior en el sentido de la vinculación de la educación en valores y la cultura. Lo que viene bien acorde con la presente investigación, ya que los alumnos refirieron una necesidad de fomentar la misma desde contextos actuales y reales. Y finalmente, dentro de la planeación, se debe definir los mecanismos de evaluación utilizados durante la clase con la finalidad de detectar de manera eficiente el grado de avance y el logro de los propósitos establecidos acordes con el contenido y el propósito está ausente. De los Ríos (2002), plantea que es necesario evaluar y generar una manera acorde con lo que se desea valorar, en este caso, las habilidades no técnicas del alumno. El área de oportunidad que en la planeación se detecta, puede dar una fortaleza al hacer evidente la necesidad de planear el contenido temático y diseñar la forma, el cómo abordarlo, de manera clara y precisa, empezando desde el contenido, el propósito, las estrategias didácticas y la evaluación.

Rábago (2017) considera que la evaluación del aprendizaje puede implementarse mediante un curso de introducción a la anestesiología, donde también evaluó el grado de satisfacción de los alumnos que se incluyeron (doce), destaca en este trabajo que se evalúan algunas habilidades técnicas, pero también, las no técnicas. Enfrentarse a hacer una historia clínica es algo que representar un reto, sin embargo, aprendido en circunstancias controladas como lo es la simulación, se convierte en una experiencia que se puede interiorizar y evaluar hasta lograr

un alto nivel de desempeño, una vez acreditado de esta forma, incursionar a el ámbito hospitalario real puede conducir a que la percepción del grado de autoeficacia sea mayor como lo encontrado en éste estudio.

La gestión del ambiente de clase, o de desempeño del alumno, donde se acuna el aprendizaje y la enseñanza, tiene como objetivo crear un ambiente propicio para el aprendizaje que incluye los ámbitos de relaciones interpersonales y el manejo del grupo. En este sentido, los estándares de gestión del ambiente de clase incluyen las relaciones entre el profesor y el alumno, así como la relación entre alumnos que deben desarrollarse en un clima de respeto y confianza. Manzo (2006) refiere que el ambiente de aprendizaje es un factor determinante para el logro de los objetivos diseñados, es quehacer del docente cuidar, preservar y promover el mejor de los ambientes para que el proceso de enseñanza aprendizaje sea exitoso.

Durante la observación participante fue evidente, la relación de respeto entre el personal, hablándose por sus nombres o apellidos y promoviendo la confianza basadas en las aportaciones presentadas de manera respetuosa y armónica. A este respecto Khan (2013) agrega que, existe la necesidad de formar facilitadores de la educación médica que cuiden este ambiente ya que se han encontrado diversas manifestaciones de esta necesidad en el ámbito de formación del personal sanitario. Siendo el profesor el mediador de estas condiciones y, asimismo, el promotor de las mismas. En relación con el manejo de grupo, el docente promueve la participación de los alumnos, así como las normas de convivencia y el orden. De acuerdo con la atención de los alumnos, es muy frecuente que debido al cansancio secundario a la jornada laboral, sea en ocasiones muy complicado mantenerse totalmente despiertos, sin embargo, muestran interés de manera habitual, siendo consideraciones muy particulares por las dinámicas del grupo. Freidson (1978) considera que este tipo de profesiones en las que se forman los residentes, tiene un alto compromiso, por lo que se realizan las actividades asignadas donde además existe una recompensa simbólica, social y psicológica (p.89) y ello aplica a dos actores al educando y al educador, según los resultados que se muestran en esta investigación.

La gestión curricular, es el conocimiento y la puesta en práctica del docente, esto es el conjunto de saberes que integran los contenidos de la asignatura, específicamente con respecto al profesionalismo. Hirsh (2007) expresa que es muy importante la formación docente, y que los contenidos deben orientarse a una visión cultural del fenómeno del profesionalismo, vivido desde el occidente, para que el estudiante desarrolle una visión del mundo integradora. Es evidente la ausencia de contenidos, sin embargo, en la práctica existe conocimiento implícito y

aplicación de algunos atributos del profesionalismo por parte de los médicos adscritos. No obstante, el dominio y la claridad en la parte teórica no pueden ser valorados, ya que se encuentra solo en el currículum oculto. Es quizá, una de las mejoras que se pueden realizar, allegar estos conocimientos al docente de manera concreta, explícita y clara con la finalidad de que puedan ser abordados los conceptos de profesión, profesionalización y profesionalismo médico. Casanova (2012) externa que:

“hay que abogar por un currículum que incluya todo lo importante para que la población disponga de una formación básica integral, que favorezca aprendizajes transferibles, que dote de competencias suficientes como para desenvolverse satisfactoriamente en la vida, que promueva el entendimiento entre los diferentes (al fin, entre todos: cada persona es única e irrepetible), que forme para la propia toma de decisiones, en fin, que resulte decisivo para conformar un perfil de “especialista en ser persona (como demanda la vida) y de especialista en ser profesional -como demanda la sociedad-” (2012, p. 11).

Y en efecto, los residentes, manifestaron en las entrevistas en profundidad la necesidad de que se les prepare, de tal forma que puedan hacer frente a las nuevas necesidades, a los contextos distintos de desempeño y a las exigencias de un mundo cada día más competitivo. Y también, que es necesario generar nuevas asignaturas o temas vistos por expertos, para facilitarles el dominio sobre esas temáticas. Sin embargo, González (2015) manifiesta que para que se pueda generar un cambio de la formación de los alumnos, primero hay que capacitar al docente, y con ello el paradigma de la enseñanza-aprendizaje en la medicina cambiará.

La asignatura del profesionalismo al ser incluida puede relacionarse con otras más, durante las clases, se identificarían las relaciones con otras asignaturas con las que se encuentra estrechamente ligada: ética, bioética, industria farmacéutica, investigación. La intención sería hacer una precisión respecto a la presencia o ausencia del profesionalismo en el contenido de otras asignaturas y establecer las conexiones que pueden existir, para favorecer el abordaje y su desarrollo, comprendiendo que se encuentra en todo el quehacer médico. Por lo tanto, la conexión entre el profesionalismo y el contexto en que vive el médico residente, se observa en el diario vivir del becario, en el desempeño cotidiano.

La reflexión podría favorecer que el alumno migre de lo cotidiano a lo conceptual. Y establecer de manera frecuente y pertinente la relación entre el contenido de la asignatura y su contexto de desempeño. Ortega y Gasset (1997), hacen una serie de cuestionamientos sobre la manera cómo se ha enseñado el profesionalismo y la manera como se ha asumido el mismo al seno de la profesión médica, también exhorta a la reflexión sobre la forma de enseñar el profesionalismo médico de cara a la vida diaria.

Zabalza (2004) refiere que las instituciones de educación superior enfrentan seis retos: la adaptación a las demandas de empleo, exigencias generadas por los cambios que exigen calidad y capacitación continua, mejora de la gestión con disminución de gastos de los recursos públicos, incorporar a las nuevas tecnologías en la docencia y en la gestión, reubicarse en el escenario globalizado, por lo tanto la interdisciplinariedad y transdisciplinariedad son obligadas. Para Decty (2006) uno de los retos es enseñar la empatía y vivirla, él considera que en el momento en que realmente se practique, la medicina será otra y seguramente la percepción de los pacientes será distinta. Estos retos exigen llevar a cabo procedimientos diferentes a los utilizados en la enseñanza tradicional y en la formación de estructuras curriculares verticales. Se requiere reflexionar sobre los saberes desarrollados a lo largo de la trayectoria académica del estudiante en la universidad o el hospital y su capacidad de autoaprendizaje aún después del egreso (BUAP, 2010). Por lo tanto, se requiere un enfoque sistémico complejo a la formación de las personas, destacando el compromiso ético (Tobón, 2007). Debido a que la formación de los médicos residentes, se encuentra dentro del hospital que los alberga, que son las instituciones de salud asignadas se deben tener algunas consideraciones, menciona que:

“la forma de abordar el proceso docente es diferente, por lo que se han definido los principios de la educación médica posgraduada: enseñanza tutorial, aprendizaje en el servicio, integración docencia-atención médica y estomatológica-investigación y el estudio, así como el trabajo independiente” (Nolla, 2001, p.157).

Por lo tanto, se establecen condiciones distintas y las relaciones y modelos establecidos de manera tradicional dejan de encontrarse en esta forma:

En la enseñanza tutorial, la función del profesor y del alumno difieren de las formas tradicionales de la clase. El profesor deja de ser fuente básica del saber y del hacer para convertirse en tutor, cuya función es orientar y organizar las condiciones que favorezcan el aprendizaje; por su parte el estudiante se convierte en sujeto y objeto de su propio aprendizaje al trabajar y estudiar de forma independiente (Nolla, 2001, p. 149).

El rol desempeñado por los estudiantes en este contexto, es distinto y por lo tanto, se desempeña en su propio puesto de trabajo, con la dirección de un tutor, por lo que se percata de las problemáticas reales dentro de su formación, pues está inmerso en el ámbito laboral. Kumagai (2008) refiere que es necesario introducir al estudiante en ámbitos del conocimiento científico y también, en el crecimiento de sus valores y actitudes, lo que debe acompañarse de la reflexión juiciosa. Así, en Cuba, se aprecia que existe una forma de organización del trabajo y

que la manera de desarrollar el sistema de conocimientos y habilidades definido para cada módulo, con el fin de adquirir los modos de actuación que le corresponden de acuerdo con lo establecido en el perfil del egresado, forma parte de las tareas de este binomio de acuerdo con Nolla (2001) en Cuba se realiza de la misma forma, aprendizaje situacional supervisado, con algunos otros elementos como talleres, cursos, congresos que fortalecen el desarrollo de sus conocimientos y la *praxis*.

En nuestro estudio, existen semejanzas en el planteamiento de trabajo con el residente, en el medio asistencial. Sin embargo, algunas diferencias se muestran en la forma de evaluación. En otros países se cita que el sistema de evaluación descrito en los planes de estudio, está referido en el Reglamento del Régimen de Residencia incluir evaluaciones sistematizadas tanto prácticas como clínicas para acreditar el paso de un año a otro. De igual forma, al término de la especialidad, demostrará las competencias adquiridas para el desempeño profesional como especialista y la presentación y defensa de la tesis. En relación con estos aspectos, en este estudio se encontraron semejanzas en la defensa final de tesis, pero todos los demás filtros se abordan de manera diferente. Sin embargo, De los Ríos (2002) refiere que la forma de evaluar es importante y debe ser clara y eficiente, además que debe hacerse participar en la misma a un grupo de personales y no ser unilateral, quizá algunos autores refieren que la evaluación de 360 grados tiene la propiedad de evaluar desde distintas perspectivas. En la gestión didáctica se considera el conjunto de conocimientos y la puesta en práctica que realiza el docente, es el conjunto de saberes (conocimientos) y acciones metodológicas (uso de métodos y estrategias) orientadas a promover el proceso de aprendizaje del profesionalismo de los alumnos. Dado que en el plan académico no está presente este tema como tal, no se hace la presentación al inicio de la clase del contenido y el propósito del mismo. Sin embargo, sería de gran utilidad en primer lugar incluirlo en los contenidos y en segundo lugar, presentar el contenido y el propósito. Utilizando un lenguaje comprensible, sencillo, cotidiano que el alumno entienda con facilidad que es lo que se pretende aprenda en esa clase. Adler (2008) menciona que es de utilidad en todo el proceso enseñanza-aprendizaje y que además va acompañando a todo el proceso educativo en las distintas asignaturas, por lo que es incluido e integrado al plan académico.

Durante la clase, dadas las características de los grupos y, en este caso, algunas dinámicas del trabajo con el grupo de residentes son semejantes a las aulas multigrado, debido a que, el docente en la asignatura de profesionalismo, debe comprender que la necesidad de aprendizaje de los alumnos es distinta. Por lo que requerirán una atención diferenciada, porque el bagaje

de conocimientos respecto a esta asignatura es diferente en la población de residentes. Existiendo residentes que nunca han tenido una clase de esta asignatura y otros que quizá en la licenciatura cursaron alguna materia afín como bioética. García (2015) expresa que el aprendizaje colaborativo es una de las estrategias para que durante la residencia médica el alumno aprenda, y que en virtud de ello, el docente asuma su rol de guía y facilitador. Sugiriendo que existen ventajas y desventajas como cualquier estrategia. Sin embargo, alienta a atreverse a cambiar y dejar las estructuras tradicionales para formar residentes. El aprendizaje situacional, es una forma concreta de aprender en el medio de trabajo, cuya riqueza es inigualable. Freidson (1978), menciona que las profesiones se forman de distintas maneras y que en ese proceso formativo, va implícita la ética práctica, sobretudo en las relaciones entre médicos y pacientes. Y Segovia (2009) hace hincapié en el diseño, organización, implementación y evaluación del proceso.

Durante el trabajo de campo, pude observar distintas formas de aprendizaje, una de ellas es el aprendizaje colaborativo, favoreciendo el conocimiento personal, la reflexión y el pensamiento, así como indagar formas de adquirir la información y asimilarla. Una de las ventajas de esta manera de trabajar fue que de manera sutil se estimula el desarrollo de la responsabilidad, la cooperación y la autoevaluación. Los grupos buscan formas de comunicación y lenguaje asequible para todos, favorece la confianza y las relaciones interpersonales y además, se da la ayuda entre residentes de distintas jerarquías. Este trabajo se desarrolla así en las actividades clínicas, no sólo en el aula. Al respecto Kohlberg (1987) menciona que el conocimiento de las reglas externas y de las expectativas es necesario explicitarlo, ya que repercute en la formación del individuo.

Tejada (2013) refiere que la organización la debe desempeñar un médico que cubra el perfil para diseñar las mejores estrategias pedagógicas con la finalidad de obtener los resultados deseados. La organización del grupo es otro referente para la mejora de la educación y la formación de recursos humanos que debe ser adecuada a las necesidades que demandan las actividades que se desarrollan. Desde la manera en que se distribuyen en el aula, sea en plenarias (filas, círculo, herradura) o equipo (dependiendo del número de alumnos por sesión), que en estos casos es variable, pues existe una población total de alumnos, pero no todos permanecen en la sede durante el año, la población de la sede varía cada mes. Sin embargo, cada mes, los grupos se reorganizan y dentro de ese periodo, cada quince días se suscitan reestructuraciones, por lo que el docente debe poseer cualidades para organizar al grupo identificando los perfiles existentes cada día de clase. Otros aspectos que ameritan reflexión son los lugares, horarios de



las clases y su relación con las actividades asistenciales programadas para los residentes. Lo que origina condiciones distintas de clases. Madureño (2013), se muestra a favor que, por medio de la práctica docente, se aprenda a compartir las experiencias, y se tenga la apertura para integrarse a equipos donde se enriquezcan con las prácticas de otros y los resultados que se obtienen en poblaciones de estudio semejantes. En nuestro caso específico es por medio de la experiencia abierta a otros docentes, relacionados al proceso de enseñanza y aprendizaje.

Cumplido (2006) hace alusión a las relaciones laborales-interpersonales que se desarrollan a lo largo de la especialidad médica, donde la forma de aprendizaje distinta a la que se mostró en el pregrado o en la licenciatura convierten al hospital en una gran aula de saberes. Donde las interrelaciones son estrechas e intensas, con exigencias, excesos de trabajo, de horas a laborar, creándose ambientes educativos únicos. De hecho Freidson (1978) refiere que hay una necesidad de proyectar la ética de la medicina hacia dos vertientes: los pacientes, las políticas de salud y los enfoques económicos. En estos dos últimos está inmerso el tema de la salud y autocuidado del personal en formación.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y la Cultura (UNESCO 2013), considera que este tipo de aprendizaje por lo regular se da de manera informal en el devenir de las actividades asistenciales y que esa peculiaridad la hacen poco organizada, programada y reflexiva. Sin embargo, Hurtado (2015) y Schuk (2012) hacen referencia a que estos aprendizajes deberían contextualizarse y hacerse explícitos en el currículo, ya que son necesarios pues en la anestesiología se realiza el acercamiento a otras personas.

Los médicos residentes manifestaron de acuerdo a los resultados obtenidos por distintas técnicas que durante los tres años de formación como especialista, la interacción directa entre los alumnos, a lo largo de la guardia, que tiene una duración de treinta y dos horas o más, dependiendo de diversas circunstancias, se fomenta el aprendizaje de residente a residente, convirtiéndose en un facilitador. La relación del aprendizaje alumno-alumno debe ser frecuente y adecuada favoreciendo el diálogo, el respeto y la comunicación entre los alumnos para propiciar su aprendizaje. Los recursos didácticos utilizados para aprender el profesionalismo deben ser acordes a los contenidos y al contexto, por lo que el residente debe ser instruido con esa finalidad. De tal forma, que, se promueva la motivación, la captura de la atención del alumnado o el compañero y se presente como atractivo el aprendizaje sobre el tema a tratar con la finalidad de cubrir los propósitos de los contenidos, Ferreiro (2010) igualmente en su estudio manifiesta que esta podría ser la clave del aprendizaje.

Es importante que también, se tenga un adecuado manejo por parte del docente de los recursos espaciales, ya que, redundará en el aprendizaje del alumno, son elementos esenciales el lugar, la iluminación, la temperatura, la privacidad, el número de contactos eléctricos, las mesas o mesabancos, el tipo de sillas, la conexión a internet, el equipo que deba ser facilitado como cañones, pantallas, señaladores, personal de mantenimiento para resolver las vicisitudes que se presenten. Gvirtz (2007) considera que la perspectiva del docente y su preparación puede facilitar la comprensión de las problemáticas que se presenten y la resolución de las mismas. Manifiesta que el actor principal de generar ambientes, gestionar el buen desempeño en el aula y promover el aprendizaje es el docente con una actitud proactiva. También, el personal de limpieza, pues trabajar en un área limpia y ordenada establece un ambiente favorable para el estudio. Por otro lado, la seguridad de las áreas donde se desarrolla el conocimiento y el aprendizaje debe ser prioritaria. Son factores que facilitan la visualización y la distribución del docente y alumnos dentro del aula.

El médico residente dentro del hospital donde se forma, está inmerso en un ritmo y estilo de vida que le envuelve y deja de lado otros aspectos a considerar del lugar donde está inmerso. Existen elementos que influyen para que esto sea de esta forma, ya que tiene un modelo médico y de institución que lo provee. López (2014) manifiesta que hay que tener presente el perfil de egreso que se pretende formar y ponderar todas las medidas que se instrumenten en los mimos y los resultados. Sin embargo, la realidad al hacer la especialidad suele ser contradictoria y a veces cruel. Consejo (2005) menciona la “desidealización traumática”, fenómeno acompañado de desencanto, decepción, frustración por lo que vive en el hospital. Se considera un ambiente hostil, donde se desempeñará durante tres años. Y varios de los sectores que si logra identificar de acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio son el, manejo del tiempo, el exceso de trabajo que es una exigencia no educativa sino asistencial.

El manejo del tiempo y su distribución de acuerdo a los contenidos y actividades a desarrollar por parte del docente debe ser eficaz y flexible, considerando las múltiples actividades que desempeñan los alumnos. Además, el docente debe considerar que por las circunstancias específicas en donde se desarrolla la formación del médico residente, la optimización y distribución del tiempo, favorecerá la cobertura de necesidades básicas concernientes a su alimentación y aseo personal. Schwartz (2009), al considerar que el tiempo y la distribución del mismo para obtener las actividades ideales en la formación del posgrado y del pregrado menciona que existen técnicas que pueden utilizarse para evaluar varias actitudes y destrezas optimizando el

tiempo del alumno, aunque por parte del docente requiere una inversión de tiempo mayor y se refiere al Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO-E).

Las indicaciones que se dan deberán ser claras y precisas, comprensibles para los alumnos. Y las explicaciones respecto a los conceptos deberán igualmente contar con esas dos características, que faciliten la comprensión de conceptos y definiciones, considerando que son tópicos no abordados con antelación. Sin embargo, existe la posibilidad de poder realizar una exploración de los conocimientos previos que podrían ayudar a que el conocimiento se consolide. Durante la clase, enriquecer con pregunta abiertas con la finalidad de promover la reflexión sobre los procedimientos que realizan los alumnos. Para ello, es importante observar la forma en que responde un alumno si sus respuestas son reflexivas, argumentativas, memorísticas o de consentimiento en el primer caso se identificarán como abiertas en el segundo como cerradas. Por lo que el docente deberá conocer algunas estrategias para registrar las actividades que realiza y además perfilar el tipo de alumnos que tiene para adecuar en la medida de lo posible las maneras o formas de estimularlos para aprender en el periodo de acompañamiento que tendrán. Fernández (2002) propone para tal circunstancia el uso de la *carpeta docente*.

Es ideal que se estructuren preguntas abiertas de manera frecuente sobre el tópico de estudio. Y que en las respuestas, se aprecie el aprendizaje adquirido. De igual forma, las actividades que durante la clase se desarrollan deberán ser pertinentes y motivantes, de tal forma que se propicie el conocimiento de los alumnos, para pasar de lo cotidiano a un planteamiento conceptual. También, deberán ser actividades que despierten interés y capturen la atención del becario. Solari (2004), destaca que la programación de las actividades en plazos distintos debe realizarse, así como la forma de evaluar las actividades diseñadas y dar a conocer al alumnado con anticipación las rúbricas o listas de cotejo a las que se someterán para ser evaluados. Otras actividades que se deben promover son las no dirigidas donde se estimule la creatividad del alumnado sobre el tema considerando la pertinencia y motivación con la finalidad de generar conocimiento. La integración del estudiante, seguramente despertará mayor interés sobre estos temas y su aplicación en casos reales. La competencia pedagógica del tutor de una especialidad médica, es una responsabilidad que se adquiere y cuyas dimensiones didáctica, científico-investigativa y comunicativa deben explorarse y en el mejor de los casos evaluarse. Alpízar (2010) realizó una investigación cualitativa respecto a las competencias pedagógicas de los tutores de las especialidades médicas. Inicialmente, define competencia como:

(...) “la capacidad, integración, conjunto, compleja combinación de conocimientos, destrezas, habilidades, actitudes, valores, capacidades interactivas, aspectos éticos, actitudinales y afectivos, volitivos, estéticos y sociales para un desempeño eficiente. En el sistema social cubano, y en particular en el campo de la salud, el concepto de competencia no se refiere precisamente a la competitividad, sino a la idoneidad, con la eficiencia y la calidad en el desempeño de una profesión (2010, p. 1).

Se destaca como uno de los factores más importantes el económico y las políticas educativas y de salud. Acotadas a contextos distintos y con resultados diferentes. Nuevamente, asumir la profesión médica desde la docencia reviste el compromiso que Freidson (1978) menciona respecto a la forma de realización de esta actividad.

El impacto que esta doble misión tiene sobre los saberes de cada médico y en la identidad profesional debe ser aclarado. Schön (1983), recalca que es un proceso complejo, pero que el objetivo es la atención al paciente con excelencia, por lo que vale la pena el esfuerzo. Por otro lado, el predominio de una lógica racionalidad técnica y la masividad es una amenaza permanente para la formación en todos los escenarios en pregrado y posgrado.

Souto concluye que en Medicina, en el marco de un plan de formación y un modelo de gestión resistentes a la innovación, con escasez de recursos, con pasividad, la representación que parece guiar la enseñanza sostiene una relación maestro-aprendiz, basada en la imitación de un modelo y en la capacidad autoformativa de los alumnos. La formación tiene un efecto sobre todo de socialización y de inserción en la cultura profesional médico-hospitalaria. Una frase de un docente que elige el guardapolvo para representar la formación lo muestra:

“El guardapolvo es incorporarte a la cofradía. El monje es monje pero además tiene que vestirse de monje. (...) Así se profesionalizan. Esto tiene que ver con el aprendizaje a partir de un maestro, a partir de la imitación... Tiene que ver con la pertenencia a una corporación que de alguna manera te protege.” La formación preprofesional se realiza por la inmersión en la institución hospitalaria, en su peculiar organización y transitando por las situaciones reales que la vida socio-institucional plantea. El modelo de formación artesanal y la figura del médico-formador resultan claves en esta dinámica singular (Souto, 2010, p. 17).

De manera semejante, la investigación realizada presenta en sus resultados y en el análisis las conceptualizaciones, necesidades y planteamientos para la formación del becario en la especialidad, coincidiendo de manera categórica en la formación del docente. Freidson (1978) quien da la fundamentación teórica de esta investigación, desde la sociología de las profesiones, menciona la importancia de establecer y reconocer las características de las profesiones en este caso la médica en relación al servicio y a la finalidad que se persigue. Dentro del contexto económico en que esta inmerso (realidad). Por lo que es necesaria la figura jurídica del residente.

Ya que como expresa Mazza (2015) quien citando a Gilés refiere que, el médico, es sin duda un formador. Pero quizá sea útil no olvidar, tal como formuló con tanta claridad Gilles Ferry (1997), que quienes “se forman”, variando de “forma en forma” son los estudiantes. Nosotros formadores, sólo podemos crear condiciones adecuadas para que eso suceda, en algún momento (Mazza, 2010, p. 40).

La institución educativa, de acuerdo a lo plasmado en el PUEM, requiere un perfil del docente que se desempeña como titular o adjunto, cuyos requisitos están centrados en el área disciplinar, pero de acuerdo a la información que se presenta en el documento, el egresado requiere cumplir con las competencias de formación con un perfil humanista. Esta contradicción, entre la necesidad, la exigencia y la realidad de quien lo ejecuta, también, se aprecia en lo referente a la formación en valores, porque en el perfil de egreso, se observa el ideal de que el anesthesiólogo egrese con los valores éticos y morales para hacer de su desempeño profesional de excelencia. López (2015), aprecia en esta reflexión un área de oportunidad y a la vez de mejora, porque al diseñar una evaluación *ad hoc* para este fin, seguramente, se tendrán de manera más formal considerados los valores y su formación. Para ello se requiere en el caso que nos ocupa hacer modificaciones al planteamiento original y ajustarlos de acuerdo al contexto de cada lugar y centro de estudio. Dharamsi (2010), esta práctica reflexiva continua conducirá a formar especialistas integrales, pero, que es un esfuerzo del docente y de otros actores inmersos en el proceso de enseñanza aprendizaje. Por lo tanto, el docente tiene rasgos identitarios que pudieran ser considerados como probables causas de que lo deseado en el Plan académico no llegue al aula y quizá, en algún momento pueda tener efectos contrarios al ideal planteado en el perfil de egreso. Cabe considerar que un proceso tan complejo, existen otros actores, como las instituciones educativas y de salud, que se abordarán a continuación.

Las instituciones educativas, mediante el Plan Único de Especialización Médica (PUEM) en las diversas áreas de la medicina, ha intentado incorporarse a las nuevas tendencias educativas. Desde el pregrado la necesidad de actualizar los planes de estudio, así como las nuevas metodologías para la enseñanza y el aprendizaje y los modelos adoptados, tiene como finalidad formar médicos especialistas con competencias cognoscitivas, con habilidades técnicas, valores y otras habilidades no técnicas. Al igual que Kenny (2003), se muestra que la capacitación del docente dentro de las instituciones formadoras de médicos especialistas es un rubro obligado para obtener el resultado esperado de acuerdo al perfil descrito en las instituciones educativas.

En esta investigación se analizaron los planes de estudio de la especialidad en anestesiología, observándose que respecto a los programas anteriores ha tenido modificaciones. Sin embargo, en este vertiginoso desarrollo del conocimiento y de la tecnología, que modifica la forma de relacionarse del hombre, enmarcada por la globalización las modificaciones deben aún acotarse al contexto actual en la educación, en el y trabajo, en las profesiones. Al respecto Ginsburg (2000) plantea que:

La idiosincrasia del trabajo del profesional médico es ser activo y cambiante y, a largo plazo, autodirigido. Supone la aplicación y el desarrollo de competencias profesionales (conjunto de conocimientos y habilidades), y la capacidad de ir mejorándolas y aumentándolas constantemente en función del beneficio de la sociedad. En cuanto a esto, se identifican cuatro grandes atributos que todo médico en formación debe adquirir en su entrenamiento, y que todo médico graduado debe profesar: altruismo, conocimiento, destreza y cumplimiento (p. 32).

Lo que manifiesta la misma orientación a lo que apreciamos en el presente trabajo, es necesario, modificar y actualizar la formación de los médicos especialistas de acuerdo al nuevo mundo y contexto en el que le toca y le corresponderá vivir. Ciertamente, para lograrlo es necesario el cambio de paradigma, a nuevas formas de aprendizaje, y a comprender que los procesos han cambiado porque las generaciones de alumnos son distintas, por un lado. Pero, también los docentes son distintos y las condiciones de desempeño se han transformado. Hamuí (2016) destaca que la participación del docente al generarse un cambio curricular en los modelos educativos es indiscutible y que es la forma de vincular la realidad asistencial y las educativas. Lo que puede ser visto como una ventaja o una inspiración. El docente tiene que migrar a la actualización permanente de los conocimientos, estrategias investigativas, abordajes de los pacientes, estrategias de mejora para la docencia y el aprendizaje. Esta exigencia requiere la presencia de cambios en otros contextos, gestiones, políticas y sobre todo económicas, identificar y reconocer la importancia de esta actividad como Freidson (1978) lo refiere, donde se trabaja por cariño a lo que se hace pero es necesaria la compensación económica adecuada para disponer del tiempo de manera libre para la realización de dicha actividad.

La educación sanitaria, responde a atender prioritariamente las necesidades de la población, tiene otros objetivos entre los que destaca la formación de recursos para la salud, que de alguna forma favorece la resolución de la primera intención. Jolly (2014) considera que la capacitación docente puede favorecer la migración o transformación de los planes académicos y programas operativos a favor del desarrollo de mejores perfiles de egreso. En la investigación documental, y en relación al planteamiento expuesto en los planes académicos y en los programas operativos, se identifica la necesidad de cubrir el perfil de egreso de los sujetos que se

forman en las unidades sedes, las que deben cubrir las características requeridas para fungir como tales, sobre todo en el área disciplinar y en la organización y gestión de los aspectos administrativos de los residentes. Las instituciones sanitarias enfatizan que se debe cubrir la formación del becario con un sentido humanístico y con valores éticos, morales y legales, respaldado en los programas educativos propuestos por las instituciones enfocadas en esa área del conocimiento, que son quienes finalmente dan el aval de la especialidad al médico egresado. Alcota (2016) refiere que para lograrlo es necesaria la vinculación institución educativa y sanitaria efectiva y eficaz. Así, ambas depositan una completa confianza en el médico titular y adjunto para el desarrollo del plan académico y el programa operativo. Es deseable, la reflexión, con la finalidad de realizar un análisis de los mismos, y de la resolución de la ausencia de la formación en valores y ética.

Para ello las instituciones educativas y asistenciales deben proyectar una sincronía de responsabilidades para realizar algunos cuestionamientos sobre las características de la estructura del programa, los efectos sobre los agente, la formación de los médicos-docentes y su estructura formativa, con la intención de promover el perfil educativo del que se adolece y abrir los espacios físicos y virtuales para generar y promover la educación y valores. Con lo que se puede tender un puente que conecte un objetivo con el resultado esperado. Por lo tanto, se detecta la necesidad de gestionar la calidad de los formadores, de los formados desde las instituciones que los albergan y conforman.

Dentro de la trayectoria de la formación de recursos para la atención en salud, se ha a formar médicos especialistas, quienes resuelven ahora las necesidades asistenciales. Sin embargo, la reflexión cabe siempre, con miras a la mejora continua. Para ello, es imprescindible comprender que se está inmerso dentro de sistemas. Y aspectos como: económicos, culturales, sociales, administrativos, políticos, educativos, pedagógicos tienen una significación en la formación del profesionalismo de los médicos residentes. Mismos que Freidson (1978) analiza y menciona, de manera semejante a la que nosotros vislumbramos al profesionalismo médico, hace alusión a la compleja tarea de definir, conceptualizar y contextualizar el fenómeno del profesionalismo precisamente debido a los factores que he citado, y que también el autor aprecia.

Morán (2013) refiere que es necesario responder a la sociedad con la atención médica adecuada, hace una profunda reflexión respecto a las necesidades de la formación basada en competencias para construir al nuevo profesional para una nueva sociedad. Los cambios sociales y económicos conducen a generar una nueva sociedad y el profesional sanitario formador de

recursos para la atención en salud tiene que adaptarse con flexibilidad a los nuevos tiempos, nuevos roles de docentes y discentes, así como nuevas metodologías de educación y evaluación. La Formación basada en Competencias (FBC) es el camino a seguir para dar una respuesta a los retos socio-sanitarios actuales (p. 385).

Los modelos económicos, con las relaciones mismas entre las disciplinas sociales y naturales, con las condiciones vigentes en el mundo actual en relación a la forma de vivir con y los valores sociales actuales, con las prioridades de los sistemas de salud, con las instituciones educativas, con los perfiles de los docentes, con el interés de los residentes en estos temas, con la identidad del grupo de residentes y las funciones que les son adjudicadas. Y con la formación de cada ser humano como ente único e interactuando en una sociedad.

De hecho, en el Plan Único de Especializaciones Médicas (2000), se explicita que la formación de recursos debe responder a las demandas de la sociedad. Por lo tanto, deben realizarse las instrumentaciones pertinentes para lograr estar en el contexto. Los modelos económicos rigen la forma como se procede en los mercados, la priorización de la tecnología y el desplazamiento del hombre por las máquinas en muchos procesos que es hecho común en muchas disciplinas esa despersonalización que acompaña a los grandes avances “tecnológicos” de la humanidad, como se aprecian en los grandes avances de la cirugía actual. La globalización ha hecho grandes aportaciones al desarrollo de la humanidad, pero también, ha tenido algunos inconvenientes.

El compromiso de las instituciones formativas ha de ser el de formar profesionales por y para la comunidad; con la posesión de unos valores comunitarios que expresen cierta solidaridad y que desarrollen la empatía, para ser capaces de ponerse en la piel y en el sentir del otro. Este compromiso no se tiene que quedar sólo en documentos, sino que ha de manifestarse a través de los programas de formación y de las actuaciones de los propios docentes. Tal compromiso se ha de centrar en una formación que potencie, entre otros aspectos: la convivencia entre las distintas culturas, el aprendizaje a lo largo de la vida, la autonomía y responsabilidad personal y profesional, una visión universalista, y el pensamiento crítico, creativo y solidario. En definitiva, la formación debe de hacer énfasis en los principios del “profesionalismo” o profesionalidad (Morán, 2013, p. 388).

Por otro lado, el advenimiento de fármacos de la industria farmacéutica utilizados para sedar a pacientes lo demuestra, se ofertan medicamentos para sedar, y no se menciona la importancia de a comunicación efectiva con el paciente, que en ocasiones disminuye el nivel de estrés sólo por sentirse escuchado, atendido y respetado. Ya Pushel (2017) comparte que es necesario el uso juicioso de las tecnologías de la información y comunicación, sobre todo ponderar su uso correcto para los pacientes. Y yo agregaría que esto se extiende al trabajo crítico y reflexivo.



Peña (2010) realizó una investigación en la que describe las necesidades para desarrollar las habilidades investigativas de médicos en formación. Encuentra que son insuficientes para que el estudiante pueda ejecutar las actividades de investigación y desarrollo de criterios para interpretar resultados de los estudios que se presentan por parte de industria farmacéutica o por otros medios de información. Definitivamente, el conocimiento, puede dar la certidumbre para el uso o no de diversos medicamentos y sobre todo con bases científicas y éticas. La presente investigación muestra que en el sistema sanitario donde se forman algunos de los residentes, se cuenta con un cuadro básico de medicamentos, que fueron seleccionados por personal que tiene esa función en relación a las políticas económicas y al análisis del uso de medicamentos. Se cuenta con lo elemental. Y es el médico quien debe discernir para utilizar lo que tiene procurando obtener el mejor de los resultados en el paciente. Para realizar investigación médica de intervención debe demostrarse y soportar los argumentos que avalan la seguridad del uso de los medicamentos en los pacientes. Como pudo apreciarse, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, creó el Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular con lo que, el Estado asegura la atención de los ciudadanos que estén incorporados al sistema (2013). Y bajo este esquema de medicamentos y de atención, ha funcionado el sistema sanitario durante la formación de los residentes de esta investigación.

El origen de estas políticas de salud se remonta a ideas que fueron acunadas después de la primera guerra mundial, donde el positivismo emerge con fuerza como una forma de construir el conocimiento, lo que se tiene en la más alta estima es reproducir el conocimiento, reproducirlo y dejar de lado las otras expresiones que conforman al hombre. Se mencionaba que las ciencias de hechos, producirían hombres de hechos. A partir de ese momento, esa decisión hizo que se priorizara en los centros formadores de personal de la salud, el conocimiento bajo esta paradigma, quizá dentro de esta estrategia, se pueda ver al fondo la imagen de un modelo económico que prioriza las ganancias económicas y la inserción segura en un círculo virtuoso proveedor de ganancias económicas, desechando todo aquello que pueda cortar las mismas o alterar el flujo del circulante.

Por lo tanto, deja de lado los demás aspectos del hombre, ya que, se consideraron cuestiones relativas, relacionadas con la existencia humana, no redituables y que podrían alterar a los hechos como tales, y se materializó textualmente, el sueño de la ciencia, los conocimientos tangibles, los hechos son los que otorgan el valor y son el centro de todo. Morán (2013) considera que bajo esta perspectiva, los elementos considerados como cuestiones relativas o relacionadas con la existencia humana, con lo subjetivo, la emoción, el pensamiento, lo abstracto, se

encuentra fuera de lo medible y de la ciencia dura, siendo el profesionalismo, los valores, la ética y elementos intangibles, que quedaron en el rezago, por no ser comercializables, ni redituables.

Sin embargo, pese a no ser lo prioritario como desarrollo de la ciencia, se encontraron siempre presentes en el desempeño de lo humano, pero, sin darle el valor que tenía. Ya que la ciencia y la técnica no son suficientes para explicar la existencia humana ni al ser integral que es el hombre. Y en medicina es indispensable considerarlo. Existen varios hechos que impactaron dentro de esta concepción, pero sobre todo en la historia se puede observar como esta deshumanización de la ciencia, que prioriza al conocimiento obtenido por la razón técnica y el progreso. Al respecto Fernández (2010) aborda problemas actuales dentro de ellos la cuestión de las tecnologías y su efecto en la formación sanitaria. De alguna forma, dentro del desempeño del personal sanitario y becario en formación si existe la necesidad sentida de ver al humano, expresada por usuarios de los servicios o por el mismo personal del área de la salud cuando le corresponde ser el paciente, la fría “relación” establecida, deja una sensación de desconfianza, de mala atención o de que algo falta y es cuando en algunos casos se da la reflexión de la manera en que puede ser tratado el paciente, ya sea por medio de la experiencia en carne propia o en la de un familiar cercano.

Tankerley (1997) manifiesta la importancia del aprendizaje con base en principios éticos y morales, y bien en estos escenarios es donde se descubre la verdadera empatía, cuando ciertamente se coloca en los zapatos del otro, frase tan utilizada en los discursos y en los resultados de las entrevistas en profundidad. Esa es parte de lo que el ser integral requiere para su formación, que está contenido dentro de los conceptos desechados por ser “peligrosos”, ya que, pueden transformar conciencias, generar cambios y pérdidas económicas cuantiosas, porque hacer conciencia implicaría despertar las mismas, emergiendo manos que se levantarán y exigirán la dignificación de una formación integral, que se proyectaría en exigencias de diversos ordenes desequilibrando la aparente armonía existente, con exigencias éticas reviradas hacia el avance científico y tecnológico fragmentado.

Alcorta (2016), analiza que el ambiente de aprendizaje es muy importante y marca la pauta a seguir en el devenir de la formación de los residentes dentro de un hospital, hace precisiones respecto a la importancia del entorno, del lugar, el momento político, intereses que de manera directa e indirecta van a influir en el profesionalismo de los que se están formando como futuros médicos especialistas, de manera que la teoría del desarrollo moral de Kohlberg (1989), refuerza la intención de formar en valores.

Por lo tanto, las expresiones del profesionalismo no son aisladas y que conocer el contexto conduce a explicar el fenómeno desde las profundidades y la interrelación de factores, algunos de ellos evidentes y otros muchos más disueltos en el ámbito de desempeño, algunos otros en apariencia distantes, pero dentro del sistema. Por ello, se pueden expresar identidades que nunca se han manifestado explícitamente y generando un caos para el poder.

Las relaciones entre las ciencias sociales y las ciencias naturales, son importantes. Deben ser vistas como una sinergia para ver al humano enfermo, no sólo a un cuerpo enfermo. Es la fragmentación de un individuo que es un todo, que es integral y que únicamente es visto en sus partes, no en la interacción de sus componentes. La formación dentro de la licenciatura en medicina de acuerdo con el mapa curricular actual a nivel básico se consideraban algunas asignaturas como la formación humana y social, el desarrollo de habilidades del pensamiento complejo, psicología médica las que son vistas en los primeros dos años de la formación de pregrado.

Existe la necesidad de modificar las formas como se educa en medicina, refiriendo que existe deshumanización de la educación médica. A este respecto, González (20112) menciona que existe una búsqueda que debe priorizarse en los servicios de anestesiología y es la de la excelencia en la atención, sin embargo, debe ser acotada a los contextos actuales, de ahí que las acreditaciones y certificaciones de las unidades educativas e instituciones de salud tengan una razón de ser. Refiere que existen recursos pedagógicos para la educación de los estudiantes que aplicaría a los residentes y que optimizaría los recursos humanos. Dando una medicina de calidad y una percepción humanizante de la educación. Sin embargo, es importante no dejar de lado otros aspectos como los menciona Freidson (1978) en relación a la influencia del aspecto económico, a la gestión de los servicios sanitarios que indudablemente repercuten en este fenómeno.

Ya que, se presentan una serie de conflictos relacionados con los valores y esa formación médica. Kohlberg (1962) refiere que son las etapas del desarrollo moral del hombre, donde se puede contener la madurez sobre todo en la cuarta etapa. Pero, en ella van implícitas experiencias diversas, que forman al individuo y que generan emociones y aprendizajes. De ahí las muy repetidas expresiones en las entrevistas y en grupo focal: “no repetiré el trato que me dieron, no seré como ellos, si puedo cambiar y lo haré, seré diferente con mis compañeros de menor jerarquía”. Yasuharu (2009) considera que la educación actual debe modificarse, debe comprenderse desde otra perspectiva, acotada a los cambios culturales, económicos, políticos y a las diversas formas de aprender de los nuevos médicos residentes Y en nuestro estudio se puede apreciar la

necesidad de mirar al profesionalismo, a la educación en valores desde otra perspectiva, actualizada y contextualizada con culturas distintas, en ambientes diferentes y condiciones educativas distintas.

Por lo tanto, no se enseñan esos valores, se descubren, se viven y se experimentan. Y son ciclos que experimentaron los que ahora fungen como profesores y ellos a su vez los vieron en los profesores que tuvieron y se convierte en un espiral. La inercia de la misma, puede ser fuerte y contravenida con las estrategias que Kohlberg sugiere sobre todo en los roles dinámicos de actores, situación que bajo la dirección y orientación del experto, permite generar nuevos conocimientos, actitudes y conciencia sobre el hecho. Ya que dependiendo de la manera como se hayan procesado, se proyectarán hacia el futuro.

La medicina curativa, antes que preventiva para perpetuar un modelo económico que permita ganancias extraordinariamente atractivas para los gestores de estos modelos, haciendo de esto un plan perfecto. Freidson (1978), visionario que en los setentas identifica y reconoce las piezas del ajedrez del mercado laboral en relación a las profesiones, manifiesta en su teoría de las profesiones, la imperante propuesta de la transformación que requieren los servicios de salud y de educación.

Dado que no lo es todo el conocimiento disciplinar, se requiere mirar hacia las exigencias actuales de los pacientes. La educación en valores de acuerdo con González (2000), plantea la necesidad y la posibilidad de educar los valores en el curriculum universitario, así como las condiciones a tener en cuenta en el proceso de enseñanza-aprendizaje en los centros universitarios para estimular el desarrollo de valores en los estudiantes. Por otro lado, Morán refiere que el cambio continuo influye en el mundo sanitario, y que diversos factores pueden modificar las relaciones que se establecen en el ámbito de la salud.

El profesional, el modelo del sistema sanitario (su financiación y gestión) y el ciudadano, son tres elementos que no siempre están en armonía. Desde el punto de vista del ciudadano, el concepto de salud y enfermedad es una percepción en la que influyen factores culturales, económicos, políticos, o mediáticos, entre otros. La frontera entre salud y enfermedad se hace aún más débil en lo que a la salud mental se refiere, existiendo, a veces, distorsiones influenciadas por la industria farmacéutica y biotecnológica, donde sus intereses y las necesidades de salud no siempre confluyen, habiéndose dado circunstancias que han supuesto penalizaciones por parte de las autoridades reguladoras (2013, p. 387).

Las estrategias para enfrentar una demanda creciente de la población de servicios públicos para la atención de salud (que en la mayoría de los casos es la atención de la enfermedad,

por la cantidad cada vez mayor de enfermos por padecimientos crónicos degenerativos) mediante recursos que no eroguen gastos o condiciones laborales propias del trabajador, pero que mediante la técnica de ganar-ganar, pueden resolverse.

“El enfrentamiento con esta red de intercambio de capital exige que adopten sistemas de percepción y pensamiento que determinarán nuevos sistemas de acción y participación en el medio hospitalario. Si el médico en formación logra hacerse de capital con el valor simbólico necesario, podrá formar parte integral de esta pequeña sociedad, acomodándose como un nudo más en la red de intercambio” (Consejo, 2005, p. 3).

Así, mediante la formación de recursos para la salud, se favorece la formación con un perfil específico, priorizando el conocimiento científico, los datos duros, pese al otro discurso que no es fortalecido ni instrumentado o evidenciado, menos explicitado, sino solo en el texto como un perfil, como un objetivo o una competencia a cumplir. Así con quienes tienen el privilegio de ingresar a realizar una especialidad, para mejorar su calidad de vida, tener mejores recursos económicos y poder adquisitivo, dentro de este contexto, a cambio mientras este proceso se desarrolla de una beca que permite solventar los gastos elementales para su manutención. Freidson menciona al respecto, la necesidad de solventar de manera eficiente las necesidades económicas del gremio para evitar las repercusiones económicas que pueden tener un alcance asistencial o legal.

La masificación de la educación en el posgrado, bajo un perfil definido con estas contradicciones operativas podría mostrar las inconsistencias formativas en la actividad asistencial de los nuevos profesionistas. Misma que se encuentra ahora referida como parte del fundamento y origen de la deshumanización. De forma tal, que se ha priorizado el conocimiento duro sobre otros tipos de conocimiento, sobre el hombre mismo. El humanismo, se ha debilitado, se encuentra aislado porque la orientación primordial es hacia la obtención de conocimientos, de prácticas donde no existe lugar para él, pero sí para la búsqueda de más conocimientos y se vuelve un círculo vicioso donde se prioriza el conocimiento únicamente. La forma de evaluar, es también un reto, pues se pondera el conocimiento y así se pueden tener distintos perfiles de alumnos que se forman. De ahí la importancia de las directrices, de la formación del docente modelador quien debe responder a ¿qué se debe enseñar o sobre qué reflexionar?, ¿qué debe cuidar el docente?

Mazza (2010) refiere que la masividad es una amenaza permanente en la relación de la formación. Sobre todo cuando se relaciona con el espacio físico donde se forma el becario que, es el hospital. Siendo una referencia de los residentes el “ser muchos por guardia”, y el impacto

en el proceso educativo es grande, de ahí que deban existir y generarse otras opciones para el aprendizaje y dejar de percibir como “un lujo” para el que puede hacer el procedimiento, quizá la medicina de simulación es la respuesta a esta interrogante expresada en palabras de Mazza (2010) sobre ¿qué hacer con la masividad y el aprendizaje? En estos escenarios y circunstancias el docente se convierte en el maestro que enseña aunque no diga nada, es su actitud, su comportamiento, es eso lo que enseña aunado a los conocimientos. Y como lo propone la Organización Mundial de la Salud (1978), las estrategias de enseñanza se deben compartir en los actores de distintos países, las buenas prácticas, los resultados y los retos. La manera cómo han cambiado y sus resultados, para crear la experiencia comunitaria. Batladen (2002), Hafferty (1994) y Ros-Martrt (2004) observaron la necesidad de adecuar las políticas sanitarias al contexto de cada país, incorporando a los curriculum explícitos los contenidos necesarios para desarrollar el profesionalismo y la educación en valores. En nuestro estudio se hizo evidente al igual que en los trabajos referidos por los autores anteriores, que existe una necesidad de incluir el profesionalismo en el currículo formal. De hecho, uno de las teorías en las que se soporta la investigación es en la Sociología de las Profesiones y en ella se manifiesta la opinión de Freidson (1978) al respecto, acotado a las políticas educativas, en salud y económicas, como una necesidad de reflexión y acción respecto al profesionalismo médico desde dos ángulos: la relación con el paciente y la relación con la economía y las políticas del cuidado a la salud.

Por otro lado, las características del ámbito laboral mostraron cambios en las estructuras de las clases sociales. Hoy es una realidad, los esquemas mercantiles actuales y sus tendencias, han sustituido la seguridad laboral y la tranquilidad de los trabajadores, golpeado las estructuras sociales y su engranaje, violentando su estatus financiero e integrando una cultura de inseguridad en el ámbito de desempeño. Estas circunstancias permean al interior del trabajador, quien observa la declinación de categoría o nivel de su profesión, convirtiéndose en un empleado o asalariado. Condiciones distintas golpean las actitudes y conductas en el trabajo. Así, el desempeño tendrá un impacto en todo su arco de influencia, asistencial, docente e investigativa estas precisiones fueron hechas con antelación en la teoría de Freidson (1978)

La Conferencia Sanitaria Panamericana (2007), dentro de sus 20 metas contempla algunas relacionadas a la formación de profesionales sanitarios y además algunas sobre la importancia de promover ambientes de trabajo armónicos, ya que, favorecen el aprendizaje en las instituciones sanitarias. Es evidente que, se identifican una serie de propuestas relacionadas a puntualizar los desafíos a los que se enfrenta n los países formadores de becarios que persiguen una práctica hospitalaria centrada en los pacientes con un enfoque humanitario.

De tal forma que, después de realizar esta reflexión y analizar la ausencia del profesionalismo de manera explícita en los planes y programas de la especialidad, de profundizar en los factores que pueden encontrarse interactuando en su construcción y transformación, y de haber descompuesto los puntos donde se proyectaría esta implementación del profesionalismo dentro del trabajo educativo que las instituciones de salud desempeñan. Freidson (1999), refería que las relaciones entre los pacientes y los médicos se alterarían drásticamente. Analizaba que la pérdida de la libertad en el ejercicio de la medicina, conduciría a denigrar el papel de los médicos y que las relaciones interpersonales no bastarían para comprender este fenómeno. En el mismo sentido, el Doctor Pardell (2003) es miembro del Consejo Catalán de Medicina y, manifiesta, igual que Freidson, que la profesión y su devenir histórico nos explican lo que está sucediendo con las profesiones y entre ellas, la profesión médica, ya sea de especialistas o de otro personal del área de la salud. Según él era necesario mirar hacia las relaciones institucionales. Pero que también, debería considerarse a la ética práctica, en la que las relaciones interpersonales son cruciales, sin olvidar a la ética institucional.

Seguramente, y de manera propositiva, se propone la presencia de equipos interdisciplinarios formados por antropólogos, psicólogos, filósofos, bioeticistas, educadores especialistas en curriculum, políticas educativas, en evaluación, redundará en el desarrollo, crecimiento y sobre todo en la implementación del profesionalismo en el curriculum en el grupo de formadores y becarios de la especialidad en anestesiología. Asumiendo las responsabilidades que a las instituciones competen de acuerdo al perfil de cada una pero, en un trabajo en equipo y cooperativo, “sin olvidar las políticas de las instituciones profesionales que moldean las circunstancias económicas y sociales en las que se da el encuentro clínico”, refiere Eliot Freidson (Fernández, 2007, p. 169), debido a que es oportuno formar a los egresados en un nuevo profesionalismo de acuerdo con el contextos y la temporalidad presente que se requiere. A manera de cierre, cito la reflexión de Consejo (2005):

“es necesario valorar la creación de espacios para la promoción de la construcción de herramientas de reflexión y cuestionamiento ético, epistemológico y estético, fundamentales para que tanto médicos residentes como internos se enfrenten de forma crítica al espacio hospitalario en el que están inmersos, buscando una mejor preparación para el encuentro con ambientes adversos y para la identificación y aprovechamiento de los factores positivos del mismo. Fomentar la adquisición de la conciencia y razón de sí en sujetos en formación, permitirá una mayor reflexión filosófica, que podría traducirse en la formación de sujetos críticos que cuestionen su entorno y, mejor aún, de sujetos creativos que no sólo aporten un servicio a una institución, sino que ayuden a transformar su medio laboral como parte fundamental de su desempeño profesional” (2005, p. 3).

El profesionalismo es esencial en todas las profesiones, el médico tiene un valor simbólico dentro de una sociedad, siendo un integrante de una red de intercambio que a su vez forma parte de otras conexiones de otras redes, por lo que hacer conciencia es intercambiar, modificar y aspirar a tener otros resultados, cambiando lo que se hace. La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2009), plantea la necesidad de modificar el enfoque en la educación superior, desde distintas aristas. Diversos estudiosos de la materia, externan que “la enseñanza del profesionalismo médico es prácticamente inexistente como tal”. Se percibe una necesidad de que esta asignatura esté dentro del mapa curricular en el pregrado, contextualizada para que cree verdaderos significados en los educandos y de igual forma en el posgrado.

#### **9.4 Lo relevante en el profesionalismo de los médicos becarios**

Identificar los elementos centrales del profesionalismo vigente en los médicos residentes de anestesiología, ha sido una tarea que pudo realizarse mediante la información obtenida con las diversas técnicas utilizadas (entrevistas en profundidad, observación participante y grupos focales) en la elaboración de esta tesis doctoral. El concepto de profesionalismo está ligado, según lo encontrado en el trabajo de campo, con principios y compromisos refieren Adkoli (2011), Van Mook (2009) y Chandratilake et al. (2012), quienes han encontrado una gran dificultad para definirlo. Sin embargo, si pueden identificar sus componentes o principios y compromisos. Dentro de los principios, fue evidente que el servicio del médico está en función del beneficio para el paciente, de la búsqueda del bienestar del mismo, subordinando los intereses propios de los residentes o la satisfacción de sus necesidades por la atención al otro, de alguna forma, es la descripción del altruismo, sin embargo, ninguno de los residentes lo mencionó.

La palabra textual, no se encontró en los resultados, pero en la práctica cotidiana se observó la manera en que se vivenció y por lo tanto, de acuerdo con la teoría de Kohlberg (1987), se requiere vivenciar y tener esa conciencia para asimilar la experiencia de manera conciente, de tal forma que se muestra en las actitudes de los sujetos de estudio. Quizá la relación con el aspecto económico y las concepciones iniciales del profesionalismo, ligado a las palabras: “sin afán de lucro”, no sean una de las mejores acepciones que se acepten por el grupo de becarios, ya que, consideran por medio de este periodo de superación lograr una mejor forma de vivir, con otro nivel adquisitivo al actual. Sin embargo, la concepción asumida y vivida estuvo presente con altruismo.



Es en la teoría de Freidson (1978) donde se percibe la conducta que como gremio se asume, para otorgar el servicio con la calidad humana. Este es uno de los principios que conforman el grado de excelencia dentro del ejercicio de la medicina.

Por otro lado, el respeto a la autonomía del paciente, fue mencionado por algunos de los residentes, siempre acompañado de la comunicación efectiva y la honestidad, y la información recibida bajo estas condiciones, otorga al paciente el poder de decisión sobre las alternativas propuestas. No obstante, las decisiones que el paciente tome, deben encontrarse dentro de las prácticas médicas basadas en la ética. Morales (2003) y Herskovic (2005) consideran también que la práctica médica debe sustentarse en los principios de la comprensión de la relación humana y de la ética y, además, que el respeto a las decisiones de los pacientes obedece al ejercicio de la autonomía del mismo sobre su cuerpo y que ello, también debe enseñarse, fomentarse y reflexionarse en la formación médica. Mazza (2010) refiere que la autonomía para el residente y el respeto a las decisiones de los pacientes son actitudes que se aprenden dentro de la práctica diaria. Por otro lado, Alpízar (2010), menciona que parte de los elementos con los que debe cumplir el tutor de residentes es con el perfil para compartir sus competencias comunicativas y cognitivas así como las investigativas. Dentro de las dos primeras se encuentran las necesarias para poder afrontar exitosamente las circunstancias que los residentes expresan.

Finalmente, Esponda (2003), al igual que en nuestro estudio cita que la búsqueda del bienestar del paciente es lo que debe orientar el actuar del médico. Todos estos elementos se encuadran dentro de la formación moral de las personas teoría de Kohlberg (1989) en la que se fundamenta esta investigación y efectivamente, está presente en el actuar médico, aunque no siempre manifiesto de manera unánime. Los factores que en esta investigación se encontraron como factores que influyen en el profesionalismo de los médicos residentes, relacionados a contextos propios del área laboral son los relacionados con la teoría de Freidson (1978) e influyen de manera sustantiva en la aplicación de este principio. Y en la forma o modelo educativo y el abordaje y enseñanza del profesionalismo.

Otro principio fundamental del profesionalismo es la justicia social, misma que no fue referido por los becarios como tal, pero, la adecuada distribución de los recursos humanos y materiales es un elemento fundamental para poder generar los ambientes seguros para la atención de los pacientes dentro del marco del profesionalismo. Las carencias en recursos, se asumen desde un punto de vista disciplinar, no se analizan o por lo menos no se manifestaron en las entrevistas ni en las observaciones realizadas. Al contrario, el médico se convierte en un participante que busca ser resolutivo, agotando las instancias necesarias en algunas ocasiones y otras

asume simplemente la acción. La excelencia en la calidad de la atención no se podría generar sin contar con este principio totalmente cubierto. La relación de este principio con las responsabilidades médicas es directa, y de no ser cubierta sería un impedimento para obtener las competencias profesionales que se engloban en el profesionalismo. Así, se presentan los tres principios del profesionalismo actual. Al respecto Letellier (2010) manifiesta que la calidad global se puede obtener con el ejercicio de profesionalismo para lograr la excelencia profesional y satisfacer las necesidades del paciente. En nuestro estudio, los médicos residentes manifestaron la necesidad de atender a los pacientes para resolver los problemas de salud que les atañen y además, que debe ser con calidad.

Por otro lado, existen otros elementos que cobraron importancia al referirse al profesionalismo: la competencia profesional, la ética (normas y valores), la buena *praxis* médica, dentro del marco del humanismo, los derechos de los pacientes y los derechos de los médicos y en los que existen otros elementos de peso como el factor cultural que ya bien Chandratilake (2012) refería, al hacer alusión a las conceptualizaciones tan diversas del profesionalismo de acuerdo con las culturas, pero que, sin embargo, tiene puntos de encuentro.

Yurén (2013), establece que la eticidad que son los valores y normas de la vida buena legitimados socialmente, la moralidad los criterios procedimientos internos para preferir y juzgar valores y normas y la esteticidad que es la creatividad, la expresividad, la sensibilidad en relación con valores estéticos de arte y de los cotidiano, son las tres esferas que se insertan en la relación de la educación y los valores. En nuestro estudio, se muestra que hay una necesidad de mirar desde diversas perspectivas a la formación en valores. El juicio moral y las estructuras de los valores de una persona, mirados a través de su propia vida, de la vida y experiencia cotidiana. Así, los resultados muestran datos relacionados con la eticidad y otros con las buenas prácticas médica. Ambos dan información referente a la formación médica de especialistas, inmersa en un ambiente de aprendizaje situado y significativo. Schonhaut, (2009) detalla como la vida cotidiana del médico tiene implícita una serie de dilemas bioéticos y con los que debe conversar y dialogar para adoptar una postura ante los mismos. Por lo tanto la forma de relacionar se con esos hechos marcará la formación del futuro médico especialista. En la teoría del desarrollo moral del hombre, Kohlberg (1987) argumenta y sustenta que es posible comprender la estructura moral a partir de elementos de la vida del individuo. De igual forma, que por medio de la práctica reflexiva en distintos contextos se puede asumir una actitud responsable y moral. En palabras de Elorrieta (2012) el trabajo de Lawrence Kohlberg concluye que “más importante

que la calidad del juicio moral de la persona, es su conducta real. Lo primordial es que logre la armónica integración de razón, voluntad, sentimientos y acción”.

Al respecto, observar la conducta que desempeñaron los médicos residentes durante el trabajo de campo, fue una de las experiencias más interesantes y que aportó gran información respecto a las actitudes y conductas del médico en formación. Que forma parte de la cuarta competencia de los médicos y que, de manera transversal involucra a toda la especialidad, además que será un elemento fundamental en el quehacer médico ya sea en la medicina general como en la medicina especializada. Ocampo (2011) puntualiza que es necesaria que la práctica de ética sea, que permee la formación del médico y que, posteriormente, ese marco bioético de construcción pueda transitar a lo largo de su vida activa profesionalmente.

La competencia profesional se refiere al dominio de un cuerpo complejo de conocimientos y habilidades adquiridos durante la formación de medicina general, posteriormente, en este periodo formativo concerniente a la especialidad, donde el caudal de conocimientos y habilidades se incrementa y circunscribe a un área de influencia específica. Sin embargo, esto incluye el aprendizaje vitalicio, que es un compromiso adquirido cuando se toma la decisión de elegir a la medicina como profesión. Para lograrlo, debe existir un compromiso en relación a la actualización continua de los conocimientos y habilidades para mantenerse a la vanguardia y poder otorgar a los pacientes la atención de calidad.

Sin embargo, dado que el conocimiento disciplinar es importante, no es suficiente para lograr tener las competencias requeridas para el desempeño profesional con profesionalismo. Fuentes, Yurén y Elizondo (2008), refiere procesos de formación valoral en el ámbito moral y la relación con la eficacia y el clima escolar, traspalando esta información y la importancia de la generación de respeto, paz y cuidado del ambiente (Rodríguez y Bustos, 2009). El ambiente de desempeño de los residentes está impregnado del estrés propio de la especialidad, que puede incrementar sus niveles si existen otros elementos que pueden disminuirse mediante la formación en valores. Por ello, se deben establecer los mecanismos necesarios para que durante la formación del becario, logre construir los conocimientos necesarios sobre el profesionalismo, adquirir las habilidades que le permitan un desempeño con profesionalismo.

Algunas empresas sobre todo de la iniciativa privada, cuentan con talleres de planeación estratégica sobre profesionalismo, donde los residentes y el resto del personal involucrado en la atención al paciente como enfermeras, técnicos, personal de áreas administrativas, personal de apoyo en áreas médicas, camilleros, intendentes y personal de seguridad son incluidos Bandura (1973) expresa en su teoría sobre los aprendizajes sociales, que los aprendizajes no son aislados,

ya que están inmersos en un ámbito de desempeño. Freidson (1978) analiza además estos ámbitos de desempeño para el profesional y las consecuencias que para el mismo tendrán los sistemas. Y efectivamente, en nuestro estudio se pudo apreciar que existen diversos actores socio-educativos que intervienen en la formación del profesionalismo del médico residente. La preocupación de estas instituciones respecto a la formación de su personal, es la proyección del perfil de egresados y su posicionamiento en el mercado.

Ramírez (2009) realizó un taller sobre planeación estratégica sobre profesionalismo en un hospital privado de la ciudad de México, ahí recalcó la importancia de compartir y reflexionar sobre determinados puntos de interés: conocimientos y habilidades específicas durante la formación del profesional de salud. También, el control sobre el trabajo normativo con fundamento en el conocimiento. Y de igual forma el Código de Ética y su aplicación y el grupo de profesionales. Quienes profesaron una serie de valores: disciplina, altruismo, integridad, compromiso y eficiencia. La finalidad fue afianzar el compromiso con la excelencia y el apego a los principios y derechos del profesionalismo médico. Es un documento amplio donde describe las estrategias y plantean la forma en que se proyectaron cada uno de los aspectos antes mencionados. Al final del documento firman los integrantes del cuerpo de gobierno de la institución. Sin embargo, sería muy interesante conocer la continuidad de esta estrategia y la evaluación después de esta intervención

Es evidente que en algunos lugares se ha visualizado la necesidad de elevar el nivel de la calidad de la atención a los pacientes, la parte inicial de este taller se proyecta sobre la formación del profesional. Es este un parteaguas con respecto a la forma de abordar al profesionalismo, en el que se toma la formación en valores y la importancia de que estos se promuevan durante el periodo previo a la práctica clínica y durante la misma. Kohlberg (1974) en sus distintas etapas promueve que es posible modificar las prácticas que se realizan cuando se hace la reflexión sobre los hechos y además se promueve la autocrítica. Por lo tanto, no sólo en la etapa educativa de la especialidad se forma el profesionalismo, ya que, algunos de los médicos residentes manifestaron que contactaron al profesionalismo en los lugares donde trabajaron previo a su ingreso a la especialidad.

La Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina A. C. (AMFEM, 2012) y, específicamente, la Sección de Educación Médica (SEM-AMFEM) generó un documento producto del trabajo de equipo de representantes de varias instituciones educativas, donde describen las bases para el diseño de programas y planes de estudio por competencias, refiriendo

que el proceso educativo actual es bidireccional. Donde se proyectan seis competencias fundamentales para el docente: la de planeación, de organización y ejecuciones didácticas, promoción de valores, generación de conocimientos y la evaluación. La cuarta competencia es la relacionada con el profesionalismo, en la que la coherencia del docente en su actuar con base en el profesionalismo, con posturas sólidas, éticas y humanísticas es ponderada. Por lo tanto, existen similitudes entre lo que se encontró en nuestro estudio como necesidades para promover el profesionalismo y lo que instituciones de pregrado muestran como un proyecto educativo y aplicando la teoría de Kohlberg (1978) la necesidad de desarrollarse moralmente implicaría en este caso tanto al educador o facilitador como al educando.

Por otro lado, durante la parte final de la especialidad, la afiliación al Consejo de la Especialidad en Anestesiología y la recertificación continua cada cinco años, procura ser una vía para extender la capacitación y actualización médica en donde existen rubros relacionados con el profesionalismo médico. El Consejo Nacional de Certificación en Anestesiología A. C. (2018) promueve el desarrollo del profesionalismo médico y es evaluado en su examen de certificación en algunas de sus preguntas. Ya que esto constituye una de las responsabilidades profesionales para asegurar la calidad y seguridad de los pacientes. Las instituciones sanitarias podrían otorgar las facilidades y promover la capacitación de los becarios dentro del profesionalismo y de esta forma alcanzar la competencia profesional dentro del profesionalismo exigido.

El Consejo Nacional de Certificación en Anestesiología (CONACEN, 2018), que es la máxima autoridad para certificar que un anesthesiólogo cuenta con las competencias para ejercer, emitió una guía temática para el examen de certificación donde se consideran cinco rubros: 1) los temas básicos de anestesiología, 2) la atención anestésica integral, 3) anestesia en especialidades troncales, 4) anestesia en especialidades y condiciones específicas, 5) Profesionalismo en anestesia y temas selectos. Dentro del quinto rubro se despliega la bioética y valores de la especialidad. Es evidente la preocupación y la importancia que está adquiriendo la educación en el profesionalismo. Y citando al AMFEM (2012) refiriéndose a las competencias docentes, que aplica en este punto, menciona que se sabe, qué estudiar y para qué, lo importante es indicar el cómo y lograr la vinculación entre la teoría y la práctica.

Dentro del compromiso en la competencia profesional debe quedar claro que ser un profesional incluye dominar técnicas, tener conocimientos y además, inscribir la naturaleza moral en nuestro quehacer, es decir, estar dispuesto a comprometerse con el otro. Ello se debe transmitir a los médicos en formación. En esta investigación se pueden encontrar compromisos de competencia profesional, de honestidad con el paciente, de confidencialidad, de mantener una

buena relación con los pacientes y sus familiares, de responsabilizarse de las acciones en el cuidado del paciente, buscar intervenciones anestésicas justas y respetuosas, compromiso de mantener la confianza del paciente y evitar los conflictos de interés. Agúndez (2015), destaca que la comprensión del otro, es importante en la formación médica y en el desempeño de los ambientes clínicos, además refiere que la tolerancia y la armonía favorecen el aprendizaje y las relaciones interpersonales con lo que se mantiene un ambiente favorable para que se ejerza el respeto dentro del quipo interdisciplinar. En nuestro estudio, fue evidente la necesidad de desarrollar estas habilidades comunicativas, ya que por parte de varios residentes, se manifestó como una competencia no estructurada pero requerida, así como el profesionalismo.

El compromiso de la confidencialidad, que debe ser manifiesto para el paciente y su familia, por supuesto soportado en una comunicación eficaz, pertinente, veraz, oportuna, clara y sobria. Al respecto, Elorrieta (2012), menciona la importancia de formarse en los valores y, en medicina, uno de ellos es la confidencialidad, la manera de tratar desde la formación médica los datos de cada paciente, con el respeto y la consideración que son necesarias para generar la confianza por parte del paciente. De la mano con esta intervención está el uso del consentimiento informado, debidamente detallado, entendido, comprendido y firmado. Este compromiso está en relación también con la ética, entendida como las normas éticas que rigen el trabajo de los becarios dentro de la institución. Desde la entrevista inicial con el paciente, la explicación del consentimiento informado y el trabajo clínico anestésico propiamente dicho, se transpira la formación moral de cada persona.

En efecto, mientras Ramos (1999), menciona que es importante conocer las estructuras formativas previas y Kohlbert (1989) manifiesta la importancia de la forma en que se suscitó el desarrollo moral de cada individuo, por supuesto, en la etapa formativa en el posgrado, debe moldearse aquello que ya está constituido, ese es un trabajo delicado y dedicado por parte de la planta académica. En efecto, saber relacionarse con los demás, con el personal involucrado en la atención del paciente es un compromiso con las relaciones profesionales, el que se debe cimentar bajo el respeto, el trabajo en equipo, cuyo eje orientador es la atención del paciente de manera segura con la búsqueda de su bienestar.

Marchesi en Palomo, (1989), refiere la importancia de los marcos interpretativos, que nacen en esa relación social del individuo y que se manifiestan durante la residencia, siendo de importancia observar esos marcos de referencia para comprender las conductas y comportamientos que adoptan. Para ello, identificar y respetar al personaje sobre quien recae la responsabilidad del paciente, es decir el médico tratante.

Sin embargo, es pertinente dialogar para buscar lo que para el paciente en todo momento es mejor. De esta forma, proveer las condiciones para dar seguridad en todo momento. Rengifo (2017) menciona que las relaciones interpersonales son muy importantes, y constituyen un factor importante en el clima laboral en el que se desempeña el residente. La buena convivencia y el buen clima laboral generan un buen desempeño académico, mejora la motivación y autoestima de estudiantes y docentes y mejora la confianza y el desarrollo personal. En esta investigación fue una consideración que se indagó mediante el análisis de redes, pero que se pudo percibir desde la entrevista en profundidad, donde las expresiones del médico becario, orientaron a la necesidad de fortalecer las relaciones en el grupo, ya que el impacto en el ambiente de desempeño es muy alto. Pudiendo sobrepasar las fronteras de los específicamente académicos, y tener un impacto en la calidad de la atención otorgada a los pacientes y en el autocuidado. A partir de lo mencionado se proyecta el compromiso con la calidad y la seguridad en la atención del paciente, para lograrlo se requiere mantenerse actualizado en las competencias profesionales, elevar los niveles de seguridad y promover una cultura del análisis del error médico, no como estigmatizante sino como una propuesta de análisis y de mejora. Y optimizar el uso de los recursos de cualquier índole. Palomo (2015) manifiesta de igual forma que, en la búsqueda de la calidad se debe ordenar por jerarquía los valores y de acuerdo con la reflexión profunda dar prioridades que se pueden proyectar en las conductas que se adoptan en cualquier momento de la vida.

También, se identificó en los residentes un deseo porque los servicios de salud sean asequibles, equitativos y de calidad para los pacientes en general. Dada la alta demanda de atención médica de la población abierta que es atendida en las unidades hospitalarias lo deseable es contar con los insumos requeridos para otorgar una atención integral, completa, establecida por los convenios existentes como el seguro popular que actualmente está vigente, asegurando contar con todos los elementos que permitan realizar el trabajo formativo-asistencial con calidad. Bajo esta óptica, Hersh (1984) menciona que la búsqueda de las respuestas a los conflictos morales que se presentan, está en los propios valores morales que se han construido desde que se es niño, lo que los médicos becarios manifiestan de acuerdo a lo que observan y el apoyo que brindan a los pacientes, deja claro cuáles son sus pensamientos e intenciones y por supuesto sus valores.

Por otro lado, existen distintas perspectivas que implican compromisos y están relacionadas con el profesionalismo, pero que no fueron identificadas en la investigación. Ramos (1999) menciona que son los estímulos externos los que determinan según algunos casos el bienestar individual de una persona, en el caso de los residentes, se identifican varios factores

que pueden modificar el estado de bienestar de las personas. Sería recomendable hacer una reflexión respecto a la relación que se establece con la industria farmacéutica, no sólo durante la residencia, sino en el ejercicio médico en general. Dejando claro que la prioridad es la atención del paciente de manera honesta, propositiva. No es adecuado el uso de medicamentos, instrumental o procedimientos con finalidades distintas al bienestar del paciente.

Timoneda, Moro y Tejedor (2007), realiza una encuesta de opinión diseñada por la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, los respondientes a esta encuesta dirigida a médicos residentes fue del treinta por ciento, la intención fue valorar la calidad percibida en la formación por los residentes de Anestesiología y Reanimación, mostrándose que existe una satisfactoria formación en forma global. Sin embargo, existen áreas donde se mostró una respuesta totalmente favorable y otras donde existen oportunidades de mejora. Dentro de las primeras están la acogida e integración al servicio de anestesiología, el trabajo en las guardias. Sin embargo, algunos que mostraron insatisfacción con respecto a las rotaciones externas y el desarrollo de determinadas técnicas (broncoscopía) y la formación para la investigación y la informática, bioética y habilidades comunicativas. Eliorreta, comenta sobre la importancia de que durante todos los momentos se tenga consciencia de que existen reglas formales o no, explícitas o implícitas que se deben observar y aplicar en el campo clínico.

En nuestro trabajo coinciden las áreas de oportunidad pues los médicos residentes tienen la percepción de que requieren ser fortalecidos en investigación, para cumplir con la exigencia final de un trabajo de tesis concluido y, por ende, la investigación aplicada a la anestesiología. De igual forma, las herramientas en informáticas, estadística, bioética y en todos los casos mencionaron la importancia de las habilidades de comunicación con impacto en ambientes de aprendizaje, de desempeño en la actividad asistencial con el paciente y sus familiares, en manejo de conflictos y en el duelo secundario o la muerte.

Por otro lado, la distribución de los recursos, con el uso juicioso de los recursos disponibles con el fin de optimizarlos. En algunas circunstancias el uso de materia reutilizable, podría ser ponderado de acuerdo a los estándares de seguridad del paciente y valorar costo-beneficio. En algunas unidades hospitalarias el uso optimizado y seguro de medicamentos, de manera racional y juiciosa por personal capacitado, reduce gastos, beneficia a los pacientes, a los médicos y a las instituciones. Llamas (2012) menciona que en su estudio relacionado con la percepción de los errores clínicos durante la formación de la residencia, que es necesario cambiar de paradigma para implementar formas de abordar los errores clínicos. En nuestro estudio no se hizo mención del abordaje de los errores clínicos de los residentes y probablemente, es un área donde



en relación a la seguridad del paciente hay mucho trabajo por hacer y además, en relación a la educación hay que modificar la formación docente para mirar desde otra perspectiva y lograr transformar de manera segura, objetiva y concreta esas experiencias tanto para los pacientes como para los becarios.

Ticse (2014), realizó una investigación respecto a los factores asociados a la culminación del proyecto de investigación requerido para obtener el título de especialista, demostrando que existen varios factores, pero quizá uno de los más importantes es el haber realizado proyectos previos en el pregrado. Mientras que, en los resultados de nuestro estudio, se hace evidente que las políticas actuales en diversas instituciones educativas se han modificado y los alumnos no han culminado proyectos relacionados con la investigación, por lo que este se convierte en un reto enorme en la residencia, teniendo un impacto negativo para el becario. Aunado al perfil de los asesores que será determinante para la conclusión del proyecto. Lo que en ocasiones ha detonado en conductas no éticas. La pregunta es ¿Cómo se construyó el conocimiento investigativo? ¿Quién lo construye? ¿A partir de qué formación?

Los derechos del paciente, que fueron identificados dentro de las entrevistas por algunos de los residentes. Estos derechos se encuentran enmarcados dentro de la atención sanitaria y en ella la relación de paciente-médico ha sufrido cambios, por lo que se han incorporado otros elementos que anteriormente por la forma de relacionarse estos dos personajes, no se presentaba. Dentro de lo incorporado, actualmente, se encuentra la necesidad de información completa y adecuada, el consentimiento informado, los cuidados paliativos.

La facilidad para que el paciente obtenga información, ha permitido que pueda participar en las decisiones que se toman ante un tratamiento médico, donde se ejerce el respeto a la autonomía. Sin embargo, la capacidad de discriminar en la calidad y certidumbre de la información, no es una competencia de los pacientes, por lo que el médico debe comentar los puntos a favor y en contra de las propuestas terapéuticas. También, actualmente los pacientes solicitan servicios médicos que anteriormente no eran solicitados, esto como resultado del cambio cultural de la sociedad, sobre todo aquellas que son desarrolladas y tienen sus necesidades básicas están cubiertas.

Hersh (1984), analiza las condiciones prevalentes y menciona que es importante estimular en el becario la conciencia moral, que redundará en la atención a los pacientes de manera invariable. El monitoreo de ese desarrollo de acuerdo con las etapas citadas por Kohlberg (1989) audaría a en primer lugar ubicar el punto de inicio, y los logros obtenidos a lo largo de la formación en la especialidad.

Guillén (2013) refiere que el paciente recibe una información parcial, pese a que llega con cierto grado de conocimiento antes de la consulta de anestesiología. Sin embargo, los pacientes después de la consulta de anestesiología tienen la percepción de haber sido bien atendidos, que se utilizó un lenguaje adecuado, y que existió la posibilidad de manifestar sus dudas. Los resultados de Guillen aportan información importante respecto a que los pacientes conocían y contestaron bien las preguntas que les realizaron y esto está en relación al nivel de estudios de los pacientes, al conocimiento previo sobre la intervención a realizar. Sin embargo, a pesar de estos resultados alentadores, al preguntar de manera concisa sobre los conocimientos de los riesgos en anestesia, la mitad de pacientes los desconocía.

En nuestro estudio, los pacientes recibieron la información durante la consulta, y tanto en el grupo focal como en la entrevista en profundidad, el tema de los riesgos anestésicos fue considerado como difícil de abordar, pero necesario. Todos los residentes manifestaron la necesidad de informar a los pacientes los riesgos propios de sus enfermedades y además de ser anestesiado, manifestando que existen estándares de seguridad que serán cuidados pero, que los organismos pueden reaccionar de manera diferente a los medicamentos. Estas descripciones, muestran la práctica reflexiva que se realiza por el becario, de igual forma, ello genera climas o ambientes de aprendizaje distintos.

Por otro lado, no se hizo evidente durante el estudio la importancia de que el residente conozca los derechos de los médicos. Siendo un punto crucial en la atención del paciente. La relación paciente-galeno donde el profesionalismo se expresa o manifiesta, implica una responsabilidad, conocimiento, compromiso en forma bilateral.

Quizá, es necesario comprender que la atención prestada al paciente debe ser un ejercicio reflexivo y juicioso por parte del residente, identificar el impacto del rol social que tienen y de la importancia de identificar los valores de la profesión. En este estudio se pudieron identificar que los valores, las relaciones entre el paciente y el becario, el comportamiento y las actitudes redundarán en el otorgamiento de la confianza del paciente al médico. Bandura, (1973), Brown (1974), Harstshorne (1930) y Taba (1949) consideran desde las distintas ópticas pero centrados en la sociología, que inicialmente se adoptan valores o normas y que, posteriormente, se interiorizan en la persona, propuestas que están dentro de la teoría del desarrollo moral del hombre descritas por Kohlberg (1974). Los médicos residentes durante la entrevista en profundidad, manifestaron que los valores que fueron identificados para alcanzar la excelencia en el ejercicio de la medicina son: la honestidad, el respeto, la responsabilidad, la empatía, la flexibilidad, la apertura, la compasión, el altruismo, la escucha atenta, la excelencia y el honor y la integridad.

Por lo tanto, existe un consenso respecto a que la actitud del residente tiene que estar apegada de manera permanente a la moral y a la ética. Sin embargo, la adquisición de los principios morales autónomos es abordado por las teorías estructuralistas en las que Kohlberg (1974) es un referente importante. Y son esas actitudes congruentes con los valores expresados, ejerciendo la responsabilidad, mediante el trabajo autónomo y con excelencia, con lo que se llega a la última etapa de las descritas en la Teoría de este autor desde la sociología.

En algunos casos, los pacientes por su estado de salud o su cultura, se manifiestan en forma poco decorosa hacia el personal sanitario. Los residentes lo han observado y vivido. El conocimiento de los derechos de los médicos de acuerdo con lo escrito por Tena (2003), donde se narra la experiencia de la elaboración de la Carta de los Derechos Generales de los médicos, que tiene como finalidad rescatar todos los derechos establecidos en la Constitución Mexicana para los que desempeñen funciones dentro de la medicina. Con ello se pretende mejorar el desarrollo de los profesionales. Dentro de los principales se encuentra el ejercicio libre y sin presiones de cualquier naturaleza. Laborar en instalaciones apropiadas y seguras que garanticen su práctica profesional, tener a su disposición los recursos que requiere la profesión médica. Abstenerse de garantizar resultados en la atención médica. Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares. Tener acceso a educación médica continua, tener acceso a actividades de investigación y docencia en el campo de su profesión. Asociarse para promover su interés profesional y recibir remuneración por los servicios prestados.

Esta investigación muestra que es muy importante para los residentes el contar con la infraestructura y el material requerido para una atención segura, los insumos necesarios y adecuados a cada caso, las instalaciones y el personal para otorgar una atención de calidad. Freidson (1978) al respecto introduce a la ética institucional con el que se asumen estos elementos fundamentales instrumentados desde otro perfil no médico, que definitivamente influyen en el ejercicio de la profesión.

Otro resultado importante de nuestro estudio es el trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares. El residente manifestó preocupación e interés en que dos apartados del decálogo se cumplan para poder dar una atención con profesionalismo. No siendo una limitación las carencias que se tengan, reconociendo que de acuerdo con lo que se cuenta, se debe utilizar de la mejor forma y ser profesional. De esta forma, nos damos cuenta de la razón que tiene Jacques Delors (1996), quien manifiesta, la imperiosa necesidad de formar a los alumnos bajo determinadas directrices y que no todas son únicamente de conocimientos, se incluyen habilidades y competencias no técnicas.

Las características que fueron referidas del médico con profesionalismo, incluyen la capacidad de subordinar los intereses propios a los intereses de terceros, mostrando que debe ser una actitud de cualquier profesional y la coherencia entre lo expresado en las entrevistas y lo observado, es una apreciación donde el residente atiende a los pacientes bajo este principio. Elorrieta (2012), es uno de los autores que refiere que el objetivo de la educación es orientar hacia la formación de valores universales y este es prioritario en las actividades cotidianas del hombre. Otra característica está relacionada con el tipo de trabajo que el residente desempeña y las exigencias a las que debe responder. Ya que, desempeña un trabajo con un alto nivel de complejidad e incertidumbre y debe desarrollar la capacidad para ejercer el juicio en ámbitos y circunstancias complejas, inestables y a veces con información parcial sobre los casos, en emergencias, cuando los pacientes ingresan inconscientes o solos traídos por ambulancias. A este respecto, Ramos (1999) considera que la educación promueve el desarrollo moral en etapas, quizá al inicio teóricas y, posteriormente, en la práctica, lo que en los diversos ámbitos de desempeño se manifestará. Estos conceptos muy acorden con la fundamentación teórica de la construcción moral del individuo de acuerdo lo manifestado por Kohlberg (1987) en su teoría del desarrollo moral.

### **9.5 Percepción del profesionalismo y circunstancias que lo modifican**

Con la finalidad de analizar e interpretar los resultados sobre los factores que influyen en el profesionalismo, y de acuerdo con las categorías y subcategorías, se han dividido en dos grandes grupos: factores intrínsecos y factores extrínsecos. Dentro de los primeros, la atención se centra en los factores culturales del residente, el interés del residente, la capacidad económica, la ocupación de los padres y la forma de tratar con la alteridad, la diversidad y la diferencia. En los segundos, se analizó a la institución sanitaria, el clima de aprendizaje, la influencia de los personajes con quienes comparte su formación y las relaciones con los pacientes y sus familias. También, se analizó la relación entre los hábitos sociales adoptados durante la residencia y la percepción del profesionalismo. De igual forma, analiza e interpreta el efecto del estrés laboral en las actitudes y comportamiento profesional del médico residente.

El profesionalismo de los médicos residentes de anestesiología, es el conjunto de conocimientos, habilidades, conductas, actitudes, principios y valores que sustentan el ejercicio de la medicina ejercida por los becarios, que se enmarca dentro de estándares científicos, éticos y humanísticos. Este profesionalismo, se encuentra inmerso dentro del medio hospitalario, donde

el residente se forma y desempeña sus funciones de asistencia a pacientes, relacionándose con diversas personas: el paciente, los familiares de los pacientes, jefaturas de servicios, médicos adscritos, enfermeras, médicos residentes de la especialidad y de diversos grados, residentes de otras especialidades de diversos grados, médicos internos, personal administrativo, profesores titulares y adjuntos, camilleros e intendentes. Además, fuera del quirófano con químicos, nutriólogos, asistentes de cocina, personal del servicio de mantenimiento, en fin, con todo el personal que labora en la institución. Por lo tanto, existen múltiples factores que pueden influir en el profesionalismo del médico residente, debido al contexto donde se desenvuelve.

La cultura, en el proceso educativo de los médicos residentes, se comprende como el conjunto de significados que se comparten y perduran en un nivel individual o personal y generacional. También, tienen una fuerza emotiva y motivacional y que se desarrolla o difunde en contextos más amplios, dentro del espacio y el tiempo. A partir de estas ideas, se desglosó en las partes posible en relación a los alcances de esta investigación.

Aunque para varios autores Pushel (2017), Swick (2000) y Yasuhan (2009), es complejo definir el profesionalismo, la mayoría concuerda en sus planteamientos en la cantidad de atributos ya referidos en este texto para describirlo. Pardell (2003) expresa la paradoja del profesionalismo y los retos actuales de la siguiente forma:

“Una evidente paradoja: mientras que, por un lado, la literatura sociológica especializada proclama un auge indiscutible del profesionalismo, el mundo profesional médico está viviendo un sentimiento de frustración, desencanto y pérdida de estatus acelerados, que ha hecho florecer una profusa literatura acerca del tema de la insatisfacción de los médicos. Y esta sensación, que entronca con el constructo sociológico de la desilusión como precio del progreso y de la simplicidad perdida, no solo es intensa y omnipresente sino que, además, se ha ido acrecentando en los últimos años, conformando un panorama altamente preocupante para la profesión en conjunto que, en algunos momentos y círculos, experimenta un sentimiento de ocaso inevitable” (p. 63).

Al hablar del profesionalismo que se construye en un profesional, es necesario puntualizar aspectos propios del grupo de estudio. Comprender que existen factores internos y externos que contribuyen a que el profesionalismo se edifique y se modifique. Por lo que a continuación analizaré algunos de estos factores. En relación con la familia a la que pertenece socialmente, se puede dividir a este grupo de estudio en médicos cuya familia de origen son familias formadas por padre, madre e hijos y familias donde la estructura está dada por uno de ellos e hijos. En este caso, los becarios en su mayoría forman parte de familias que están constituidas por el primer grupo, pero existen algunos, la menor parte, constituidos por el segundo grupo, por razones de fallecimiento del padre. En uno de los casos a temprana edad. Quedando a cargo la

familia de la madre. Al observar el concepto de profesionalismo entre aquellos que tienen una familia de procedencia estructurada por tres elementos, se observó que ellos utilizan para definir al profesionalismo descriptores semejantes al altruismo, servicio, entrega y preservar la vida. Sin embargo, los médicos que proceden de familias con la ausencia de uno de los elementos, definen de manera distinta el profesionalismo con base sobre todo en la responsabilidad, el compromiso, esfuerzo y sacrificio. En ambos casos, la empatía, el respeto, preparación y la ética fueron referidos. Kohlberg (1987), menciona que en la construcción de las estructuras morales y valorales de los individuos los roles que se asumen a lo largo de la experiencia de vida, dejarán de manera permanente las huellas para construir las conductas y juicios subsecuentes.

En relación a la profesión de sus padres, el grupo puede ser englobado en tres conjuntos: padres sin profesión, padres que se desempeñan en áreas distintas de la salud o al magisterio y padres que se desempeñan en el área de la salud y el magisterio. Al respecto, la clasificación de estos conjuntos y la forma de referir al profesionalismo por los médicos residentes es distinta; el primer conjunto menciona que el profesionalismo es una manera de atender a los pacientes con normas éticas; en el segundo se menciona que el profesionalismo existe en todos los campos, que es hacer bien lo que le toca a cada uno hacer y; en el tercero refieren que es un compromiso con los pacientes buscando su bienestar. Todos coinciden en que es necesario tener los conocimientos teóricos disciplinares para poder realizar el trabajo profesional bien. Al respecto, Meijem (2013) establece que la relación médico-paciente se ve influenciada por los antecedentes que se tienen y que la familia es piedra angular en este desarrollo. Mediante el análisis de la relación que estableció el Dr. Leo Eloesser con Frida Kahlo, se puede observar que las características que los padres de los alumnos en el estudio refirieron que los conocimientos disciplinares son muy importantes, pero el tratar a la persona como un ser humano, velando por el bienestar físico, mental y emocional es un ejercicio ejemplar.

En relación a las actividades que desarrollaban los médicos antes de ingresar a la especialidad, refirieron que se han dedicado a estudiar o trabajar. Menos de la mitad de los médicos mencionaron que después de finalizar la licenciatura iniciaron la especialidad. La mayoría trabajó algunos años, debido a los años de espera para poder ingresar a hacer una especialidad, es decir, al número de intentos para aprobar el ENARM. El grupo de quienes han trabajado, se divide en dos: los extranjeros y los mexicanos. Los primeros, han trabajado en unidades médicas con exigencias de tiempo y disponibilidad de horarios amplias y en áreas rojas, donde se encuentra población vulnerable y que para el médico implica riesgo y alejamiento de la familia.

Con respecto a los mexicanos, se puede dividir a este grupo en dos: el primero donde se encuentran aquellos que han trabajado fuera de una institución de salud, en el medio privado, de acuerdo con sus propios recursos, en comunidades alejadas de la ciudad y quienes han laborado en diversas instituciones de la iniciativa privada dentro de las grandes urbes. Los que han laborado en instituciones de salud pública, a su vez pueden subdividirse en dos grupos, los que cuentan con un contrato dentro de la misma y que en este momento han sido becados para estudiar, y, los que al hacer la especialidad renunciaron a la plaza con la que estaban contratados dentro de la institución sanitaria pública. Infante (2010) analiza las diversas condiciones de trabajo de los médicos que son aspirantes a la residencia médica y la importancia que reviste formar parte del grupo de médicos becarios de posgrado. Como se hace evidente la procedencia de los becarios es de diversos lugares, sin embargo, de acuerdo con los resultados obtenidos el profesionalismo para ellos en esencia tiene los mismos componentes, por supuesto cambia de acuerdo a los contextos y a su encuentro mental. La Asociación Médica Mundial (AMM), por medio de su Manual de Ética (2005) promueve actualizaciones respecto a los cambios que ha tenido la ética en los contextos diversos y con la influencia de los avances de la ciencia y la tecnología. Sin embargo, concluye de la siguiente forma:

Aunque estas diferencias pueden parecer importantes, las similitudes lo son mucho más. Los médicos en el mundo tienen mucho en común y cuando se reúnen en organizaciones como la AMM, por lo general logran consenso sobre temas éticos polémicos, aunque a menudo es necesario largos debates. Los valores fundamentales de la ética médica, como la compasión, la competencia y la autonomía, junto con la experiencia de los médicos en todos los aspectos de la medicina y de la atención médica, proporcionan una base sólida para el análisis de los problemas éticos en la medicina y el logro de soluciones que son mejores para cada paciente y ciudadano y la salud pública en general (p. 24).

Los residentes tienen claros los conceptos del profesionalismo, sus principios y responsabilidades. Esto lo manifestaron durante las entrevistas en profundidad y en los grupos focales, representando los conceptos que la Asociación Médica Mundial refiere como bases de la atención médica de calidad. Sin embargo, la claridad en los conceptos es un requisito que al llevarlo a la realidad, se encuentra con otros elementos importantes que pueden modificar las acciones que se realizan. Tanto Ramos (2015) como Yasuharu (2009), manifiestan que existen retos que se tienen que abordar en la educación en el profesionalismo. Los becarios, antes de ingresar a la especialidad tenían una forma de vida distinta a la que se lleva en la residencia. La mayoría de los becarios, tenía ingresos económicos para vivir relacionados con las actividades que realizaba. Y quienes entraron de manera inmediata al finalizar la licenciatura, dependían en gran

parte del apoyo de sus padres para su manutención y son solteras /os. La influencia de estas actividades en el profesionalismo de los residentes, está relacionada con la forma en que interactuaron con la medicina, existiendo en todos los casos evidencia del ejercicio general de los principios y compromisos del profesionalismo, pero, priorizando de acuerdo al perfil algunos principios o compromisos. Quienes se dedicaron al ejercicio privado de la medicina, resalta en ellos el sentido de la responsabilidad, la confidencialidad, el respeto y el principio de autonomía del paciente. Por otro lado, quienes se dedicaron a la vida institucional, mostraron más elementos relacionados a la justicia social, empatía, compasión, responsabilidad.

El estado civil es un factor que influye de manera secundaria en la forma de ejercer el profesionalismo. De manera directa, por la disponibilidad de tiempo para compromiso formativo, lo que redundaría en la confianza y seguridad para atender a los pacientes por el conocimiento de sus patologías. Por otro lado, quienes tienen otros compromisos personales impuestos por su condición del estado civil, tienen un sentido de responsabilidad y compromiso con el paciente y sus familiares, priorizando la explicación de las condiciones, los riesgos y buscan con mayor interés cumplir con lo pertinente para la atención, no es posible generalizar, pues en ambos grupos existen distintos grados favorables de ejercicio profesional. Arenas (2006) hace una reflexión respecto al estado civil, refiriendo a que la mayoría de los estudios de la literatura médica pertenecen a países individualistas, donde las relaciones interpersonales son menos relevantes que el desarrollo personal, es por ello que el ser soltero implica mayor aislamiento social. La mayoría de los médicos que realizan una especialidad son solteros/as. Ya que, ello les permite tener la movilidad que requieren por las exigencias de la residencia y la libertad para actuar así como organizar sus gastos. Por lo tanto, se perciben más tranquilos respecto a la disponibilidad absoluta de tiempo y recursos que exige la residencia. Sin embargo, quienes son solteros y además, radican en la ciudad de Puebla con su familia, tienen una situación económica más favorable que aquellos que son solteros y proceden de otros estados o de otro país. Martínez (2005) realizó un estudio para caracterizar a los estudiantes de posgrado en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) quien muestra que al respecto en las distintas maestrías y doctorados se encuentran licenciados cuya distribución por estado civil a diferencia de nuestro estudio tienen un mayor número de becarios casados (46.9%), solteros 42.2%, unión libre 5.6%, divorciados 4.4% y viudos 0.9%. Estos resultados son semejantes a los del presente estudio, en relación con los dos principales grupos en los que se ubican los residentes, sin embargo, son completamente distintos en los dos últimos rubros donde en el caso de unión libre no es frecuente y en el último no existen residentes en este estado civil (viudo) Ciertamente, las edades



promedio de ese estudio es de 35 años y en el área de la biología y ciencias de la salud predominan las mujeres solteras con promedio de 34 años de edad. Freidson (1978) hace mención en su teoría de las profesiones en los cambios sociales y su repercusión en los ámbitos laborales, en los resultados se hace evidente esa aportación de Freidson.

Los extranjeros, dependen de sus propios ingresos pues no reciben beca en nuestro país, uno de los residentes, tiene hijos y el resto no. la convivencia con la familia de origen se mantiene generalmente de manera virtual. Al respecto, Arenas (2006) menciona que:

“el matrimonio, condiciona mayores responsabilidades económicas, familiares, profesionales y académicas, situación que coincide con lo observado en esta serie en donde los médicos residentes casados se ubicaron en la tercera década de la vida, en el segundo y tercer año de la especialización, representaron el 49% de la muestra, con predominio mayor en el género masculino, perfil de conducta tipo A y mayor estrés” (p. 107).

En nuestro estudio los residentes casados con hijos no son la mayoría, sin embargo, de igual forma perciben una mayor responsabilidad y compromiso, pero también es un factor en algunos casos motivadores y en otros estresantes. Sin embargo, comentan que las posibilidades para ingresar a hacer una especialidad en su país son muy escasas, por ello prefieren trabajar y ahorrar para presentar el ENARM en México y, posteriormente, regresar a su patria con otro estatus laboral como especialistas con lo que ganarán mejor y se ubicarán en lugares con más servicios, en ciudades grandes dentro de centros hospitalarios. Para Kohlberg (1976), la experiencia de asumir roles distintos, esculpe de alguna forma los juicios morales del individuo, y en este análisis se puede ver que esta teoría se asume y concuerda el análisis e interpretación presentados.

Martínez (2005) refiere que en el posgrado se tiene un registro de que el 6.4 % son extranjeros. En general los becarios reciben de distintas instituciones apoyos económicos para su manutención durante el estudio de las maestrías o doctorado, a semejanza de nuestro estudio, donde los residentes (excepto los extranjeros), reciben una beca durante los años que tarde sus estudios de residencia. En ambos estudios se hace evidente la concepción de “estudiante de tiempo completo”, que en el caso de los residentes debido a las exigencias de la especialización médica (jornadas laborales) se aplica en su totalidad. A diferencia de los resultados obtenidos por el estudio de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) donde se refiere que algunos estudiantes continuaron laborando durante ese periodo, seguramente pertenecieron al 37% de los estudiantes que no recibían beca.

En el caso de los residentes de anestesiología, los que ya habían iniciado con actividades laborales sin tener una estabilidad o un empleo definitivo, dentro o fuera del país, el profesionalismo dentro de su práctica incluía tomar decisiones, tener autonomía para la atención del paciente. Sin embargo, quienes ya contaban con un trabajo, pero, dentro de las instituciones, la autonomía de sus decisiones, estaba supeditada a terceros en algunas ocasiones, sobre todo porque su desempeño era dentro de la medicina general. En tanto que, para los extranjeros, la autonomía en la toma de las decisiones dependía de ellos mismos y la responsabilidad, recaía en ellos mismos, en ocasiones con temor por su integridad si no respondían a lo que de ellos esperaba el paciente, debido a los lugares de desempeño y a las condiciones de trabajo, Freidson (1978), menciona la importancia del aspecto económico y la solvencia de las necesidades elementales por medio del trabajo que se desempeña. En algunos de estos casos se puede ver una divergencia consistente entre el desgaste que genera la formación y la resolución de las necesidades financieras del individuo.

Lazzaro (2017) manifiesta en su estudio sobre los riesgos psicosociales e integración profesional de médicos extranjeros, que es un reto para ellos incrustarse en otra cultura, lo que puede transformarse en una experiencia donde no siempre se logra la adaptabilidad que se desea, menciona que “aquellas demandas laborales que por exceso, defecto o combinación pueden convertirse en una amenaza para la integridad física, social y/o psicológica de los individuos a los que se ven expuestos médicos extranjeros y nacionales” (p. 1301). Por lo tanto, incorporar al extranjero, es una tarea muy estresante, que requiere adaptación cultural, adoptando las normas y valores del país al que ingresar y debe realizarse el proceso de aculturación durante el proceso educativo.

Con respecto al género, el grupo de los residentes ha tenido la tendencia a un incremento en el número de sus integrantes por las mujeres. Ello debido al incremento en general en el país de egresadas de las licenciaturas en medicina y a que un mayor número de mujeres aprueban para la residencia. La tendencia actual es un incremento de la presencia de la mujer en la especialidad y en las subespecialidades. Ramírez (2001) refiere que es un factor de vulnerabilidad el ser mujer de acuerdo, con su estudio por los “conflictos propios del rol de mujer durante el transcurso de la especialización médica”. En nuestro estudio el número mayor de mujeres genera un ambiente de aprendizaje diferente, donde el empoderamiento de las jóvenes, en este caso sobre todo la participación de las solteras es más destacada. Nuestros resultados en relación a la presencia del sexo femenino en los posgrados y en las especialidades son semejantes a los obtenidos en otros estudios Martínez (2005) y Lazzaro (2017). En otro sentido, la mayoría de los

residentes proceden del sur del país, buscan un hospital con el perfil que desean y eligen este por la cercanía a su familia, cuando se trata de quienes no trabajan dentro de la institución sanitaria. Quienes están dentro la misma, dado que es un programa estatal y deciden realizar la especialidad, son asignados por mandos superiores a las unidades hospitalarias para su formación. El caso de los extranjeros, ellos deciden donde realizar la especialidad después de acreditar el ENARM. Las distintas culturas, se pueden observar de acuerdo a los lugares de donde proceden los residentes, se hace evidente en todo: hábitos, léxico, conductas, etc. Sin embargo, durante la especialidad se asume hábitos, léxico, conductas, comportamientos propios del nivel de estudio y exigencia asistencial que son adoptados por los residentes desde su ingreso a la especialidad.

La residencia ofrece a los médicos mexicanos la posibilidad de recibir una beca económica para solventar sus gastos durante el periodo formativo. El estilo de vida reflejado por los hábitos de consumo, se modifica para quienes tiene ya una familia, con hijos, esposa o pareja. Y en otros casos donde se desempeñan como madres solteras. Las exigencias, permean en otros aspectos, para la adquisición de material de intervención, libros, dispositivos electrónicos, asistencia a cursos fuera de la unidad formativa y en ocasiones a las rotaciones asignadas como “obligatorias”.

La Universidad Nacional Autónoma de México, cuenta con un registro sobre la caracterización de los estudiantes de posgrado, se hace evidente que el estilo de vida que se adopta durante la residencia o el posgrado es peculiar. En muchos casos como en el mencionado por Martínez (2005) el 62.9% de los becarios recibían una beca, con lo que se sostenían como estudiantes de tiempo completo, en nuestro caso, sabemos que los residentes extranjeros no cuentan con apoyo económico (beca). Sin embargo, el impacto calculado por ellos a nivel personal, profesional y económico, justifica el periodo de especialización fuera de su país. Los panoramas pueden ser muy variados. Quienes cuentan con apoyo económico de terceros (padre, madre, esposa o pareja) para costear la vivienda, alimentos y manutención, pueden dar a la beca un uso a distintos instrumentos, libros, auto, etc. En otros casos, la beca debe distribuirse en apoyo a la familia y para otros usos: equipo, libros, celular, dispositivos electrónicos, auto, entre ellos. Por lo tanto, los escenarios son diversos, en relación a las condiciones económicas que se viven en la residencia.

La red de relaciones íntimas, en el panorama grupal, es muy variado. Es decir, las relaciones con parientes, camaradas, amigos y de pareja. Como ya he comentado, el lugar de procedencia de muchos de los becarios es fuera del estado de Puebla, aún varios de los poblanos,

son de municipios alejados de la ciudad. Por lo tanto, es una minoría la que tiene cerca a su familia, los motivos pueden ser muy variados, desde el presupuesto para su manutención, el trabajo de la pareja y escuela de los hijos/os, el apoyo de terceros para el cuidado de los hijos, el doble gasto para mantenimiento de dos inmuebles o rentas. Por otro lado, existen otras redes de apoyo, Luengo (2008), cita como estrategias que fortalecen el desempeño en una institución, donde el paciente es el principal actor y sus condiciones de enfermedad llevan a ser atendido intrahospitalariamente y además interdisciplinariamente, trabajo social da soporte al paciente y sus familiares.

Sin embargo, estas redes de apoyo se muestran disciplinadamente, no transdisciplinaria y pueden ser estrategias para abordar las condiciones emocionales de los residentes y de afrontamiento a eventos como la enfermedad o la muerte. En algunas ocasiones, los residentes buscan agruparse y dividir gastos en departamentos cercanos a la institución sede, con compañeros a quienes consideran ser afines o con quienes se han dado las circunstancias. De tal forma que son sus camaradas, con quienes en algunas ocasiones coinciden para cohabitar y en otras más no, debido a los cambios de los roles de guardia, de las sedes y rotaciones. La finalidad es dividir gastos y sentirse acompañado, esto último es relativo, ya que, aun viviendo bajo el mismo techo, a veces no coinciden para poder dialogar.

Los amigos, al referirse a ellos, mencionan que están lejos, ya sea porque se encuentran en su lugar de origen o porque se han alejado de ellos, ya que, durante la residencia no pueden participar en las convivencias que organizan, se saludan ocasionalmente y conforme pasan los años de la residencia, la distancia se hace más grande. De hecho, Fernández (2007) encuentra en el estudio realizado a residentes de especialidades médicas que se encuentran alejados de su familia y sus amistades debido a que “no tienen tiempo para su vida personal”, estos son resultados semejantes a los nuestros. Además varios de nuestros residentes son de estados distintos al nuestro o de otros países. Con respecto a la residencia, cuando de ello se habla, algunos externan que no vienen a hacer amigos, que desean sacar la especialidad, otros, que se abren a esa posibilidad, quizá encuentren algunos de ellos. Sin embargo, durante el trabajo formativo conviven varias horas del día con un grupo fijo de personas durante un mes, hay quienes después de este periodo de conocimiento, de convivencia obligada por la guardia, terminan siendo amigos, otros por el contrario.

Sin embargo, a pesar de las diferencias que en ocasiones son muy acentuadas, se consideran una familia. Hay asociaciones que se hacen dentro del grupo, entre los que son afines,

pero en otros casos, se aprecia que no se tienen esos lazos de confianza entre ellos. Las relaciones personales con una pareja, son variadas, muchas veces se observa dentro del grupo de residentes de diversas especialidades afinidades, con médicos de otra jerarquía y dentro de la misma especialidad es infrecuente. Lo que predomina es la ausencia de pareja durante este periodo o una pareja que poco se vea ya sea porque se encuentra dentro de la institución y no es posible coincidir o fuera de la institución y no es posible verle por las actividades altamente demandantes de la residencia. Colier (2002), robustece la idea de que el estrés que vive el médico durante la residencia es alto y que las cosas no han cambiado a pesar del tiempo. También, hace énfasis en la calidad de las relaciones interpersonales que implica la especialización médica.

Algunos de los médicos residentes tienen hijas/os que son atendidos por terceros, casi siempre por la abuela, abuelos, tías, personas ajenas a la familia en algunos casos, tanto dentro del país como en el extranjero. Por las mismas circunstancias propias de la residencia, la exigencia de tiempo, entrega, dedicación es realmente compleja esta relación. Se hizo evidente en muchas de las entrevistas de médicas residentes el sentimiento que ello les genera de culpabilidad por la ausencia. No así en el caso de los médicos residentes, ellos lo perciben como más normal, el no estar en casa con los hijos. Fernández (2007) muestra en su estudio resultados semejantes a los encontrados en la presente investigación, al analizar la calidad de vida de los médicos de especialización y considera aspectos relacionados con la familia y el apoyo que reciben de ella para poder seguir adelante con el objetivo de ser especialista. Es esta una coincidencia total con nuestro trabajo, sobre todo en los casos de residentes que son padres o madres solteras o casados con hijos.

Con todo ello, se conforma un grupo de individuos cuya motivación es hacer una especialidad, con características semejantes en cuanto a su perfil de ingreso y a su perfil esperado de egreso, quienes han coincidido en el tiempo y lugar para realizar su formación dentro de la misma institución sanitaria, con un campo de relaciones sociales distintas pero circunscritas por las exigencias de su intención de estar y ser médicos especialistas, lo que todo esto le confiere un sentido a lo que se hace, y lo que desea lograr, ser especialista en anestesiología. Martínez (2005) establece al igual que nuestro grupo, que los residentes de su estudio tuvieron respuestas semejantes en relación al porqué hacer una especialidad y las respuestas son iguales, por la repercusión personal, laboral y económica, además por el estatus social y gremial. Manifestado por muchos de los entrevistados, la residencia es un periodo de su vida, que representa un reto enorme, con compromisos que se asumen y que se plantean como retos a lograr. Misma que se vive en soledad y exigencia, buscando tender redes en el lugar donde hay otros que viven el

mismo proceso y con quienes coinciden en el tiempo y espacio, esas redes de apoyo tienen distintos grados de estrechez o lejanía, de confianza y de presencia. Influenciado por el sistema donde está inmersa la residencia. Freidson (1978) manifiesta que el profesional médico desarrolla su actividad en un medio donde existen diversos sistemas, y donde la influencia de la economía y las políticas de salud son inevitables, de igual forma se considera a las políticas educativas.

Gallardo (2012) refiere que la actitud ética de los residentes de anestesiología tiene una relación directa con el grado académico en el que se encuentran, sus resultados muestran que el primer año la actitud es mayor, en tercer año se encuentra en un nivel intermedio y en segundo año se aprecia disminuida, reportando lo siguiente:

“Se concluyó que el profesionalismo es importante en la residencia, de manera tripartita y equivalente con el conocimiento y las habilidades. En nuestro estudio rasgos como el conocimiento, la formación, la preparación y la competencia profesional, presentaron un comportamiento muy semejante, lo mismo sucede con la responsabilidad, honestidad y el respeto” (p. 102).

Las relaciones que el becario establece son múltiples, es cierto que la especialidad de anestesiología es una de las que permiten conocer al paciente y, posteriormente, no se tiene la misma relación ya que durante la intervención del médico anestesiólogo el paciente puede estar bajo efectos de medicamentos y no estar despierto. Barragán (2000) considera que existe una relación social y laboral y, que en el gremio de la anestesiología, el tipo de relación que se sostiene con los cirujanos y enfermeras del área es estrecha, pero en la anestesiología los contactos con el paciente no son frecuentes. Ello deja claro que la visita de seguimiento posterior a un procedimiento no se realiza de manera frecuente. Galindo (2008) considera que el esfuerzo que se debe hacer es grande por aspirar a una medicina de excelencia, pero en realidad:

Los residentes de anestesiología mantienen una pobre relación con el paciente y ésta se limita a veces sólo a presentarse con él, aspectos como el consentimiento informado son delegados a los médicos quirúrgicos tratantes, además, no existen en nuestro país programas continuos de educación ética, los profesores son a veces los únicos que pueden fortalecer estos aspectos en los residentes (Gallardo, 2012, p. 103).

En esta investigación fue declarado que la relación se establece en la consulta, en el periodo de ingreso a quirófano o en la valoración y posterior al procedimiento en el periodo inmediato. Después, el personaje desaparece. Y por lo tanto, los resultados encontrados concuerdan con lo manifestado por Gallardo (2012) y con Barragán (2000).

La manera como se relaciona el médico residente con la alteridad es peculiar en relación a quien representa el otro. Sin embargo, es posible identificar que en términos generales, esa

relación se encuentra influenciada por el grado de la especialidad, así durante el primer año, que es en el que todos refieren como el más complejo, en el que todos desean renunciar y dejar la especialidad, debido a los cambios que la residencia produce en los hábitos de vida y a las exigencias de una especialidad donde todos ingresan sin conocimientos previos, donde todo es nuevo y donde el reto por subsistir es enorme. Se hace evidente que la capacidad de adaptación del residente durante el primer año es lo que le permite continuar, por supuesto impulsado por las motivaciones que le llevaron a ingresar a la especialidad.

Luengo (2008), observa que la resiliencia debe ser ejercitada en el personal sanitario, específicamente en un personal que enfrenta de manera directa y frecuente conflictos, convirtiéndose en un mediador de la atención en salud, siendo el vínculo entre el paciente, los familiares y el personal sanitario. De igual forma, la tolerancia a la frustración. La capacidad de organización y de dar respuesta rápida y asertiva es otra necesidad que debe fortalecerse en el periodo de formación del residente y que se hizo manifiesta en los resultados de esta investigación. Otros elementos que destacan son: superación personal, alcanzar otro nivel de reconocimiento social, logrará mayores ingresos económicos, acercarse a mejores posibilidades de trabajo con mejor retribución, trabajar en una ciudad, dentro de un hospital con reconocimiento. Y habiendo logrado todo ello, dar a su familia mejores condiciones de vida en el caso de quienes tienen su familia nuclear, en otros casos, poder aspirar a una subespecialidad, relacionarse y conocer a otras personas en otros ambientes donde puedan encontrar a su pareja, viajar, y darse ciertos lujos que en este momento no son posibles. Estos resultados son semejantes a lo encontrado en el estudio de Martínez (2005).

Para lograr todo esto, el residente debe transitar este periodo de formación, dentro del cual no existe una instrucción formal sobre el profesionalismo, pero, que al encontrarse con el otro, se establecen relaciones diversas. En el primer año la percepción se establece de la siguiente forma: sobrecarga de trabajo, ausencia de control y ambigüedad en los roles a desempeñar, falta de apoyo y escasez de recursos. Relaciones impositivas, amenazantes y humillantes y de poder con sus superiores jerárquicos. En algunos casos desacreditación por parte de los médicos adscritos, afectación a la vida personal, estrés y agotamiento físico y mental. Y ello se manifiesta de manera diferente, siendo mayor en los médicos residentes que se encuentran fuera de su país o ciudad. Aunque, de cualquier forma aun los que están dentro de la ciudad y con su familia también lo manifiestan. Fernández (2007), en el estudio que realiza muestra las características de la calidad de vida de los residentes en el periodo formativo, y manifiesta la percepción

del residente en relación al nivel de maltrato del que se siente ser objeto por parte del personal que lo acompaña en su formación.

Cuando se refiere al profesionalismo, se incluyen las relaciones interpersonales, con los diferentes actores referidos anteriormente, y se habla de respeto, empatía, responsabilidad, consideración, compasión, altruismo, respuesta a las necesidades sociales, apego permanente a la ética y a la moral, subordinar los intereses propios a los de terceros. En relación a ello, la reflexión sobre la manera de relacionarse o de tener contacto entre los actores es obligada. Es precisamente Montes (2017) en su estudio donde refiere los distintos tipos de violencia que se viven durante la formación de los especialistas, considerando la física, psicológica y sexual. En nuestro estudio algunas de ellas se evidenciaron con lo que se sustenta la necesidad de formar en el profesionalismo al gremio médico.

En el segundo año de la especialidad, las condiciones cambian, pero no de manera radical, quizá la adaptación permite percibir esa sensación. Las relaciones establecidas dentro del gremio con base en el profesionalismo, se establecen en dos sentidos, hacia los de menor y hacia los de mayor jerarquía. Agundez (2015), refiere que las relaciones interpersonales que se establecen son importantes, el cambio de rol o papel que desempeña, acompaña de distintas responsabilidades que se asumen de diversa forma. Hasta este momento, la autonomía para la toma de decisiones no ha sido manifiesta, se depende de la decisión de terceros adscritos o residentes de mayor grado. Pero, la relación dentro del grupo y hacia el paciente adopta otro tipo de responsabilidad, se es mediador, se enseña, se acompaña y se comparte. Retomando a Kohlberg (1989) se asumen distintos roles que dejan enseñanza, permean y dejan la experiencia, reflexionar sobre ellos permite crear estructuras mentales que definirán conductas futuras.

Por lo tanto, participa como ejemplo para el de menor grado en el compromiso con la competencia profesional, de honestidad con los pacientes, con la confidencialidad, de tener buenas relaciones con los pacientes. Todos estos compromisos se desarrollan dentro de la práctica clínica, estando supeditados y con escasa autonomía por el nivel en el que el residente se encuentra. Y como se mostró en algunos comentarios, en ocasiones, refieren no estar de acuerdo con las decisiones que se toman respecto al paciente, pero, no hacen mayor comentario porque es el residente de tercer año o el adscrito quien ha tomado esa decisión. Eliorrieta (2012) muestra en sus escritos de manera semejante a los resultados de este trabajo que las habilidades para comunicarse, son decisivas para crear ambientes de desempeño óptimos, ello significa un reto porque asumen una responsabilidad ante el grupo de residentes y en el equipo de trabajo se tiene quizá menos trabajo físico, pero un compromiso mayor.



Pasar al tercer año, reviste al residente de una responsabilidad mayor, pero depende de él asimilarla o no. Ya puede tomar decisiones, sobre todo cuando se encuentra en campo, en este momento “ve” con mayor claridad, la responsabilidad con el paciente, la relación paciente-médico, las necesidades de la infraestructura, la importancia de tener relaciones sanas con los demás compañeros del hospital. Refieren que es en este momento cuando consideran necesaria la comunicación directa, clara y objetiva con el paciente y su familia. Como lo ha manifestado Palomo (1989), se viven los valores en el escenario de desempeño, y así lo manifiestan según la percepción del becario. Corroborar que todo esté preparado para el paciente, que se pueda dar continuidad, lo que se traduce como un compromiso para distribuir de manera justa los servicios de salud, también, es cuando tiene la honestidad de reconocer sus limitaciones o bien de aventurarse a hacer lo que antes ni había hecho sin calcular las consecuencias de sus actos. Por lo tanto, quizá, en este año, pueden manifestarse de manera más clara, los compromisos que se adquieren con el paciente y su familia, la competencia profesional por exigencia en el escenario real y en algunos casos la competencia de mejorar la calidad de la atención, como el darse cuenta que el paciente tiene dolor y buscar los medios para controlarlo o disminuirlo.

Como se puede ver se han entrelazado varios aspectos mencionados de manera aislada, sobre todo los compromisos que se establecen. La forma de relacionarse con el otro y las diferencias o diversidades. Es evidente que interactúan factores intrínsecos y extrínsecos y que la división que propongo es únicamente con fines analíticos. También se puede ver que las propuestas teóricas de autores que fundamentan teóricamente esta investigación, Kohlberg (1989) y Freidson (1978) quienes son creadores de las teorías del desarrollo moral y la teoría de las profesiones, se enlazan en el soporte de estos análisis e interpretaciones, es decir sus teorías sustentan la investigación.

Por otro lado, Derive (2018), muestra la forma general como el residente percibe el trato que recibe durante la residencia en México. Las relaciones intrahospitalarias es uno de los retos que enfrentan. El residente percibe que es sujeto de maltrato psicológico, académico y físico en orden descendente. En nuestro estudio se muestran las relaciones que se tienen y, efectivamente, coincide con los resultados que muestra Derive. Varios residentes sugirieron que debería existir cuidado y observación del trato que reciben. También, comentaron que se sienten solos y que requieren acompañamiento. No sólo psicológico, sino que también terapia para sanear el ambiente de desempeño.

A continuación en el desarrollo de esta tesis se presentará el análisis e interpretación de los factores extrínsecos. El primero en abordar será a institución sanitaria, que debe considerarse como favorecedora para que se desarrollen todas las funciones de quienes en ella trabajan con profesionalismo. Por lo tanto, los principios y compromisos establecidos deben estar presentes en la visión y la misión de la institución. A partir de ello, se establece que ella tiene un papel social, de asistencia sanitaria a la población. Siendo este el principal objetivo, estableciendo principios que todo trabajador que a ella esté incorporado debe cumplir. La eficiencia, donde destacan la responsabilidad, proactividad y la productividad. La honradez, estableciendo el rechazo a beneficios y compensaciones, la imparcialidad considera que debe estar ajeno a todo interés secundario, la lealtad refiriendo que debe regir su actuación en relación a las responsabilidades que le corresponden de acuerdo a la función que desempeña dentro de la institución con respeto y compromiso y legalidad estableciendo que todo su actuar debe estar regido por las normas jurídicas. La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS, 2007) a este respecto, coinciden con nuestros hallazgos al mencionar que se requiere un trabajo conjunto entre las instituciones educativas y sanitarias para conformar perfiles definidos acordes a las necesidades imperantes en la sociedad.

Teniendo en cuenta esos principios es importante considerar que la institución sanitaria tiene también valores: confidencialidad, respeto al entorno cultural y ecológico, igualdad, integridad, interés público, liderazgo, respeto a las condiciones económicas, políticas, culturales en apego a los derechos humanos de los pacientes, Schonhaut, (2009). Hace referencia a la necesidad de generar atenciones asistenciales sanitarias en iguales condiciones sobre todo a las poblaciones vulnerables como lo son los adultos mayores y los niños. Y la transparencia es otro principio que permite trabajar de manera confiada y con una atención soportada en la infraestructura solvente.

Con estos elementos como base, se puede decir que la propia institución promueve que la atención otorgada a los pacientes por partes de sus integrantes sea en el marco del profesionalismo, con principios y valores que lo respaldan. Además, en el momento en que un residente selecciona una sede para realizar en ella una especialidad, realiza una investigación para conocer el perfil de la misma, de tal forma que, en ella se encuentren los elementos que le permitan una formación como médico especialista. Por supuesto sin olvidar el conjunto de elementos que se integran para lograr este objetivo, entre ellos destaca el trabajo docente, investigador y médico asistencial. Ríos (2013) refiere que es muy importante conocer el perfil de los becarios antes de ingresar a una especialidad o subespecialidad. Y que las instituciones sanitarias y educativas

deberían hacer un trabajo colaborativo para apoyar a los futuros residentes y evitar complicaciones.

“reconocer la importancia de la personalidad y la psicopatología en el ambiente médico y entender cómo influye en el trato con el paciente, los familiares y el equipo de trabajo (compañeros, jefes, etc.). Finalmente, resulta fundamental reconocer que los médicos especialistas son afectados emocionalmente por las situaciones a las que se enfrentan en el ámbito profesional, además de los eventos de su vida personal, lo que se refleja en el trato a los pacientes. Por ello, es de suma importancia que sepan manejar las emociones (propias y del paciente), aspecto que es poco abordado, e incluso ignorado, en su formación profesional. Estos hallazgos sustentan la trascendencia de la adecuada valoración psicológica previa al ingreso no sólo a la carrera de medicina, sino también a áreas de especialidad y subespecialidad” (p. 571).

Esta información es pertinente, ya que así como los becarios seleccionan las sedes de acuerdo con la información existente, de igual forma, sería de gran utilidad conocer los perfiles psicológicos de los aspirantes a las residencias y evaluar la pertinencia y factibilidad para la realización de la misma. Aunque también, es importante mostrar la cartera de adscritos que están en la institución para que el alumno conozca sus perfiles, en algunos posgrados de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, en la página oficial (2019) se muestra una reseña de los investigadores y su línea de investigación. De igual forma, en la Universidad Popular Autónoma de Puebla en la página electrónica (2019) donde se mencionan los estudios de posgrado las maestrías y doctorados que ofertan se muestran los mismos datos. Ello permite al aspirante a realizar estos estudios conocer el perfil de los docentes y saber si ello encuadra en lo que requiere investigar en la especialidad.

También, conocer que una institución está certificada, significa que contará con los requisitos institucionales, supervisados, evaluados y competentes para lograr que el desempeño del médico en formación sea óptimo, tanto en el aspecto material como en el personal que cobija, por ello, se solicitan instituciones que otorguen una identidad y un perfil del egresado mismo que a través de los años se logra. Este es un aspecto muy importante a nivel institucional, de hecho los recursos que se destinen favorecerán la atención médica, la investigación y la enseñanza *Isotools* (2015), refiere dentro de los estándares de certificación de hospitales, que un de los puntos medulares es la seguridad del paciente y mencionan como un inciso importante de este tema a la anestesiología y la atención quirúrgica, refiriéndola como un área con exigencias especiales para dar seguridad a los pacientes. Los residentes que acreditaron el ENARM seleccionaron de manera voluntaria esta unidad hospitalaria, para su formación, confiando en el prestigio de la misma, la ubicación y lugar de trabajo de sus egresados y recomendación por parte

de los egresados. Por otro lado, quienes ya son trabajadores de la misma, son asignados a las instituciones sede de acuerdo a indicaciones de mandos superiores.

Las instituciones educativas a las que está vinculada el aval de la residencia médica, realizan la supervisión y valora la pertinencia de la sede dentro de los estándares nacionales para este fin. Por medio del departamento de enseñanza, la jefatura del mismo, jefatura de los servicios, los profesores titular y adjunto y la planta de profesores asociados. El programa operativo y el plan académico, que se rigen de acuerdo a las indicaciones de la institución educativa. El papel de las universidades en la formación de los residentes es determinante, la Universidad Nacional Autónoma de México es uno de los pilares al respecto, mediante los programas registrados de distintas especialidades que tiene como base el Plan Único de especializaciones Médicas (PUEM), pretenden dirigir y orientar la formación de ellos residentes. La Universidad Veracruzana (2014), realizó un foro donde con dos mesas de trabajo para abordar el papel de las universidades mexicanas en la formación de médicos especialistas en las que se hicieron varias recomendaciones. Una de las conclusiones se refiere al análisis de las estructuras pedagógicas donde se contiene el currículum oculto para poder atacar problemas relacionados con el *bullying*. Destaca que dentro de los reglamentos que rigen en la institución la formación de becarios destaca aspectos relacionados con la actitud de respeto a sus superiores jerárquicos y compañeros. Además, de dar un trato amable y atención a los pacientes y sus familiares. Otras consideraciones son las inherentes a su presentación personal y a la identificación que deberá portar durante toda su estancia en la sede.

Por otro lado, se señala que existen otras actividades referentes a que el residente debe enseñar a los residentes de menor jerarquía las prácticas, técnicas, y la ética de las actividades académicas y asistenciales. Desglosadas de acuerdo a los niveles jerárquicos de los residentes. Destacando, que el de mayor jerarquía tiene mayor responsabilidad para su desempeño. Al respecto Méndez (2013), describe de manera semejante a nuestros resultados el papel de los médicos residentes en el ámbito educativo y el rol que juegan dentro de todo el sistema de formación de residentes. Aporta que existen diversas organizaciones que han estudiado el rol del médico becario. Además, hay ya proyectos que los capacitan con la finalidad de obtener mejores resultados. También, se hace alusión a las sanciones a las que se hace acreedor en caso de faltas en su desempeño, mismas que estarán sujetas a juicio de los médicos adscritos, profesores titulares, servicio de enseñanza y jefatura de servicio. Se señala que la suspensión de la residencia, puede tener varias causas pero una de ellas es por violación a las normas de conducta de la profesión médica. El Código de ética para el personal de salud, establece una serie de cincuenta y un

puntos y recomendaciones. De ellos me llama la atención el nueve que refiere que la sobrecarga de trabajo y la fatiga son poco apropiados para que se desarrolle una actividad asistencial con calidad. De alguna forma, es importante recalcar que la figura jurídica del residente no está definida, motivo por el cual es sujeto de aplicarse el Código antes referido.

La Asociación Médica Mundial (2005), establece algunos aspectos fundamentales en relación al Código de Ética que prevalece para el médico general. Sin embargo, es pertinente y conveniente hacer énfasis en el propio de la Institución Sanitaria donde el residente realizará su preparación. En nuestro estudio, los residentes manifestaron que al inicio del curso de la especialización se les menciona que existe dicho Código, pero que sería de gran utilidad que se analizara y que se hiciera explícito para su aplicación. El conocimiento lleva a un mejor ejercicio clínico y médico.

En otros estados se menciona que el personal que labora en las instituciones de salud debe contar con estos requisitos: vocación de servicio, honorabilidad, bondad, responsabilidad, tenacidad, flexibilidad, superación, sentido de equipo, lealtad a la institución y humildad, aunque en estos términos no está descrito el texto donde se mencionan las conductas del personal que labora en las instituciones de salud se puede percibir que es el conjunto de atributos que refiere la institución como perfil deseable para los que laboran en ella. Hay reformas a los sistemas de salud (Frenk, 2005)), ya que, las necesidades se han modificado y se debe dar respuesta a ellas en el contexto actual. Sin embargo, las características deseables en el personal sanitario en esencia se han mantenido.

A pesar de esto, no es posible vincular ese perfil establecido con la forma en la que se prepara al personal que labora en la institución sanitaria, específicamente a los residentes, quienes refieren en las entrevistas características como respeto, responsabilidad, colaboración, compromiso y vocación de servicio como la manera como se perciben desde el profesionalismo para su actividad asistencial. De igual forma que nosotros, Giddens (1989), aprecia que existe una crisis en la profesionalidad y una volatilidad de los avances del saber.

El clima de aprendizaje es un elemento que al desintegrarlo, permite visualizar que la percepción del profesionalismo vivido por el residente dentro de su periodo formativo expone circunstancias como la sobrecarga de trabajo, la asistencia de control, la ambigüedad de roles de desempeño, la escasez de recursos, las relaciones impositivas y amenazantes, humillantes y de poder, la desacreditación por parte de superiores jerárquicos.

Rengifo (2017) analiza los efectos del clima laboral pueden ser positivos o negativos, dependiendo de que exista una buena o mala convivencia. Y expone los factores que influyen

para que exista un buen clima laboral: la comunicación ocupa el primer sitio, es la base de toda relación y la motivación, que son un conjunto de propósitos, necesidades e intereses que mueven a la persona a actuar. Sin embargo, para que una persona se sienta motivada, requiere tener sentido de pertenencia, de autoestima y de reconocimiento. Por lo tanto, en este artículo como en nuestro estudio, se hace evidente que se debe gestionar un clima laboral y de aprendizaje adecuado y que el impacto del mismo es trascendental para el residente y su aprendizaje, para el paciente y para la institución.

“un clima laboral negativo basado en la desconfianza, la inseguridad y el temor, la falta de apoyo y malos tratos, puede generar estrés, descontento, interfiere en la atención, la memoria, la comprensión de lo que se trata en clase, disminuye las ganas de trabajar y afecta negativamente en el aprendizaje, rendimiento y relaciones” (p. 380).

Otro aspecto, es el exceso carga de trabajo, es un común referido por todos los entrevistados, algunos hacen alusión a su primer año y la manera como progresivamente su energía y vitalidad se iba mermando a lo largo del periodo formativo. Las extenuantes jornadas laborales, sometidos a procedimientos continuos, sin períodos de descanso, muchas veces con altas presiones para continuar trabajando por las exigencias asistenciales, que los dejan exhaustos pero motivados por los aprendizajes adquiridos son mencionados por los entrevistados como un elemento que puede modificar la práctica del profesionalismo en muchos aspectos. Durante la atención al paciente, la escucha respetuosa y atenta, la paciencia y tolerancia para explicar y otorgar tiempo hasta aclarar dudas, por ejemplo, del consentimiento informado. En el quirófano, la atención amable hacia los pacientes, el explicar detalladamente el procedimiento, medicar y vigilar continuamente al paciente cuando se está cansado, puede no ser efectivo. Y en el periodo posterior a un viento anestésico, la vigilancia del paciente, el monitoreo y cuidado y la visita posterior a su atención son deseables, pero, con la deuda de sueño, el desgaste presente, la intención real es un imperioso deseo de descansar y dormir. De recuperarse del desgaste que se ha tenido. Arenas (2006) refiere como resultados de su estudio que los estresores y el estrés son:

“más evidentes en las especialidades denominadas “troncales” o base rama, como son medicina interna, cirugía general y anestesiología. La ausencia de control del trabajo y del tiempo, es otro factor que puede modificar la percepción del profesionalismo. Sin embargo, bajo una condición de incertidumbre, como sucede en el trabajo asistencial, con insumos incompletos, infraestructura a veces inadecuada para dar continuidad y servicios integrales totales, se genera un clima de desempeño complejo donde la atención con profesionalismo no puede ser otorgada en su totalidad (p. 107).

El análisis de todos los resultados y la interpretación de ellos a la luz de las teorías que fortalecen esta investigación permiten conocer la relación vigente de la formación del desarrollo moral y valores de las personas y además ello en el marco de la profesión médica en el proceso formativo de los médicos residentes. Como se ha presentado, es un ensamble estrecho y en algunas circunstancias sobrepuesto, donde la priorización de las teorías está relacionada con la categoría o subcategoría de análisis.

## Conclusiones y recomendaciones

Dando respuesta a los objetivos que en esta investigación se plantearon y que se han desarrollado a lo largo de la misma, a manera de cierre se presenta la conclusión de cada uno de ellos. La formación de recursos humanos para la atención en salud, hoy más que nunca, exige que el personal durante su periodo de adiestramiento, adquiera las competencias genéricas y específicas para hacer frente a la atención sanitaria. La anestesiología es una especialidad médica que cuenta con un número importante de plazas de especialidad que se ofertan a nivel nacional cada año. Los médicos residentes en anestesiología son preparados durante tres años para obtener los conocimientos, las actitudes, las habilidades, las destrezas y los valores para desempeñar su actividad de médico especialistas con calidad. Su formación tiene como directrices a instituciones educativas y sanitarias. La importancia de las unidades receptoras, incluye la formación del especialista con las competencias y la calidad que le permitan dar una atención de alto nivel al egresar. Motivo por el cual se conjuntan intereses y procesos educativos para cumplir con la finalidad de formar médicos especialistas. El Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM), acotado a las sedes formadoras de especialistas, junto con el programa académico y el plan operativo de cada especialidad, son los vectores que orientan los conocimientos y las actividades a desempeñar.

En relación con la descripción realizada en la investigación documental sobre la forma como se implementó el profesionalismo en el PUEM, fue evidente el interés mostrado por la institución educativa en egresar médicos con perfiles de excelencia para su desempeño profesional, descrito de manera explícita en distintas partes del Plan Único de Especializaciones Médicas en Anestesiología (2015) explícita: “Formar médicos especialistas en anestesiología que desarrollen habilidades y actitudes éticas y humanísticas” (p. 17). De igual forma, está en los objetivos generales de la especialidad. No obstante, al detallar el abordaje de las asignaturas de la especialidad que se encuentran en el mapa curricular se evidenció la tendencia de las asignaturas hacia la formación disciplinar propiamente dicha. Destaca como función principal del médico residente la atención médica con orientación disciplinar. Por lo tanto, el aprendizaje del profesionalismo no se encontró confinado de manera directa en el programa académico ni en el plan de estudios, pero si en el objetivo general y en el perfil de egreso del residente y se puede concluir que está albergado en el currículum oculto.

También, es importante referir que en el PUEM revisado (relacionado con la parte teórica), la información referente a las profesiones, a la profesión médica y su desarrollo, así como



a la comprensión del profesionalismo médico y el profesionalismo institucional, son temas ausentes dentro del mapa curricular.

En su vertiente práctica, la investigación permitió conocer la forma en que se promueve el aprendizaje del profesionalismo en los médicos residentes de anestesiología. Fue posible observar que el aprendizaje se genera en el desempeño cotidiano y sin vincularlo a estructuras curriculares explícitas. Así, emergió el currículum oculto como un depositario de esta enseñanza-aprendizaje. Las diversas técnicas utilizadas en esta investigación con matiz etnográfico, nos previeron elementos de peso para sustentar el alcance que han tenido dentro de la formación médica en la licenciatura asignaturas como ética médica y bioética. Mismas que no se encuentran consideradas en el PUEM analizado. Sin embargo, fue citado por los entrevistados como una necesidad que debería abordarse acotado a contextos actuales y reales. Es decir con coherencia con el tiempo actual, con la sociedad contemporánea y con el mundo vigente.

Es en el ejercicio del desempeño cotidiano, donde el residente aprende el profesionalismo, bajo contextos distintos y dentro de la diversidad de escenarios conviviendo con todo un equipo con el que interactúa interdisciplinariamente. Sin embargo, los residentes identifican que en el quirófano no sólo se aprende lo técnico sino que, es un lugar donde se pone en práctica lo teórico y otras habilidades que de acuerdo con el nivel jerárquico que desarrollan. Ello se relaciona con la Teoría del desarrollo moral del hombre de Kohlberg (1962) ya que, se vinculan con las diversas etapas de desarrollo moral del residente y con la generación de sus constructos personales, que finalmente esculpirán su profesionalismo, pero quizá el alcance reflexivo requerido podría facilitar la expresión y conciencia del mismo en contextos formales y específicos de su formación. Emergió en esta investigación que la reflexión, el cuestionamiento estético, ético y epistémico, son actividades que deberían favorecerse en la etapa formativa y también la generación de actividades que permitan la evaluación de los alcances obtenidos. Esto aplicado al profesionalismo y su formación en los residentes, sería un espacio educativo que respondiera a las necesidades manifiestas y no explícitas encontradas en la investigación, y que, la formación del profesionalismo hecho de manera formal lo favorecería.

La práctica asistencial es la actividad prioritaria manifiesta dentro del mapa curricular y soportado en el trabajo de campo realizado dentro de la investigación. De manera secundaria, las actividades investigativas y educativas, así como en todas estas actividades, las normas éticas y los códigos deontológicos se encuentran inmersos. Debido a que las funciones asistenciales se desarrollan dentro de contextos donde el paciente y el personal interdisciplinar interactúan con el residente. De hecho, se requiere vivir con las características que Galindo (2008), Prieto (2017)

y Swick (2000) refieren debe tener el médico para su desempeño profesional con profesionalismo y que algunas de ellas fueron referidas dentro de las entrevistas en profundidad, observación participante y en los grupos focales. Esas características son empatía, confiabilidad, honestidad, conocimiento, justicia son las que destacan dentro de las más importantes y referidas.

De igual forma, de acuerdo con el orden de prioridades y en relación con las actividades planeadas para cubrir el perfil de egreso del residente, en las actividades investigativas que se realizan, se observó que se convierten en complejas tareas a cubrir por parte de los becarios, desde la ética en investigación, el consentimiento informado, el disentiendo y todos los elementos que se deben cubrir, son en la mayoría de las ocasiones desconocidos y no abordados en el mapa curricular, pudiendo tener alcances médicos y legales.

En definitiva, en las actividades educativas el residente funge como docente ya que supervisa y guía a los residentes de menor jerarquía, pero no es capacitado para realizar esta actividad y se desarrolla dentro de la práctica cotidiana, pese a que en el programa académico y mapa curricular no se evidencia, enseña o fortalece. En efecto, prevalece el dominio disciplinar sobre otras manifestaciones de la formación en el profesionalismo y que fue evidente que esta falta de entrenamiento y capacitación redundan en problemas que pueden ser evitables.

El conocimiento del contexto de formación del profesionalismo en los médicos becarios y de las diversas teorías, conducen a comprender los fenómenos de manera integral. La Teoría de las profesiones de Eliot Freidson (1978), específicamente desde dos tipos de profesionalismo: el médico y el institucional. La Teoría del desarrollo moral del hombre de Kohlberg (1972) son fundamentos indispensables para comprender el profesionalismo y su construcción.

En la actualidad se normaliza la deshumanización de la medicina, sin embargo, rompe con uno de los principios del profesionalismo y muchas de sus características. Giacomantone (2009), refiere que el acto médico requiere sensatez, reflexividad y juicio. Esto debe esculpirse de forma reflexiva, detenida y mensurada y no sólo depender de las circunstancias para realizar precisiones respecto a las conductas, actitudes o características de un desempeño con profesionalismo. De ahí que los códigos deontológicos sean tan importantes y necesarios de conocer para su ejecución en los procesos educativos de los médicos residentes en anestesiología.

El anestesiólogo desarrolla una atención constante y compleja que en situaciones críticas, requiere otorgar un cuidado completo e integral a otros seres humanos donde la comunicación efectiva, el liderazgo que se asume al interior de la sala de operaciones y la toma de decisiones a favor del paciente y el humanismo son elementos que sustentan por qué se debería

abordar el profesionalismo y su formación en el periodo de entrenamiento de los médicos residentes. Maya (2015) identifica la necesidad de acotar el profesionalismo y considerando lo que actualmente se reconoce como “el nuevo profesionalismo”, el conocimiento de los principios fundamentales que rigen el nuevo contrato social (relación médico-paciente) debe ser abordado y estudiado, así como conocer y asumir los compromisos. Cruess (2006) refuerza esos principios en el sentido de la importancia de su conocimiento: Principio de Primacía del Bienestar del Paciente, Principio de Autonomía del Paciente y Principio de Justicia Social. Así como de la práctica de los mismos en el ejercicio de las responsabilidades profesionales: la competencia profesional, la honestidad, la confidencialidad, el mantenimiento de relaciones profesionales apropiadas con los pacientes, la mejora en la calidad de salud, la justa distribución de los recursos, el conocimiento científico y el mantener la confianza cuando hay conflictos de interés.

Por lo tanto, lo que caracteriza el profesionalismo en el Plan Único de Especializaciones Médicas en Anestesiología (2008) es un ideal perseguido, descrito en un perfil de egreso, en los objetivos generales, formando parte de una identidad que se desea conseguir. En el plan operativo y programa académico se cuenta con asignaturas que soportan una capacitación disciplinar completa y compleja como objetivo a cumplir, pero dejan en el currículum oculto el aprendizaje del profesionalismo.

En relación al docente, también citado en el PUEM, se aspira a que cumpla con perfiles específicos inicialmente disciplinares. Sin embargo, al ser guía y partícipe directo de la formación de los residentes, requiere cumplir con un perfil complejo, ser investigador y ser educador. Además saber que es un referente para el residente, por lo tanto, debe ser una autoridad moral con la estructura que lo respalde por medio de sus acciones. Para referir el perfil del docente basta decir que de acuerdo con la psicología educativa (Viniegra, 1998), el docente debe identificar los estilos de aprendizaje del alumnado para favorecer el proceso de aprehender. Además, otro de los procesos complejos que debe dominar es la evaluación que de acuerdo con Margalef (2014) debe promover características centradas en el aprendizaje autónomo y autorregulado, desarrollo personal, moral, académico y social para lo cual el perfil disciplinar único no es suficiente. Fue este actor dentro del escenario del profesionalismo que emergió con gran fuerza, e influencia en múltiples interpretaciones sobre el profesionalismo, ya que su actitud y comportamiento permea en la de los médicos en formación de manera directa. Y constituye un área de oportunidad para la implementación de estrategias de mejora educativa.

Otro aspecto relevante fue el análisis de los elementos centrales del profesionalismo vigente de los médicos residentes de anestesiología. La riqueza de la investigación permitió identificar los conocimientos sobre el profesionalismo que los residentes tenían. Se pudo observar que los elementos extracurriculares son escasos. La mayoría hizo referencia sucinta a la licenciatura, mencionando asignaturas como ética y bioética. Refiriendo una falta de congruencia en lo revisado con el contexto actual. En esta investigación, algunos becarios mencionaron que un antecedente que los marcó antes de entrar a la residencia fue la incursión en el mercado laboral tanto institucional como privado previo a la residencia, siendo uno de los elementos que modificó la forma de realizar su trabajo asistencial. Sin embargo, en esta investigación, todas las concepciones del residente, estuvieron centradas en el sujeto como dador del profesionalismo.

Las confluencias sobre las actitudes y conductas del médico residente están encaminadas a cumplir con el compromiso médico, a adoptar una actitud empática y respetuosa con el paciente. Sin embargo, algunos factores influyeron en forma sustancial en la instrumentación de estas buenas intenciones. A veces la actitud de escucha, la adaptación al tipo de paciente y sus necesidades, a reconocer la necesidad de ayuda y a trabajar en equipo según lo observado, pueden modificarse y mejorarse. Por lo tanto, y de acuerdo con Schön (1983) es obligatorio considerar el contexto, analizar las experiencias vividas y reflexionar para obtener las enseñanzas de las mismas e identificar áreas de mejora para otorgar una atención de excelencia. Lo que debe enseñarse de manera explícita, anclados a la teoría de Kohlberg (1989), construir esos juicios morales, con conductas reflexivas, analíticas, planeadas y consensuadas con expertos en didáctica, pedagogía y diseño curricular.

Algunas de las características que fueron referidas de manera oral como actitudinal (observación participante) están relacionadas con el conocimiento disciplinar, la confianza vinculada al mismo y empatía. Un punto crucial, fue la honestidad y su ejercicio dentro de la disciplina. Las relaciones interpersonales e interdisciplinarias que fueron mencionadas, dejaron ver focos de atención y área de oportunidad para incidir en los procesos educativos de los médicos residentes en anestesiología. También, fueron identificados algunos factores que modifican el profesionalismo de los médicos residentes; estos pueden dividirse en dos grandes grupos: intrínsecos y extrínsecos. Explicar la influencia de estos factores fue trascendente para comprender el porqué de los cambios en las conductas y actitudes de los residentes en relación con el profesionalismo. Los factores intrínsecos, estuvieron vinculados a su familia, a su historia personal y a su cultura. Y los segundos estuvieron relacionados con los hábitos sociales adoptados

durante la residente, así como el efecto del estrés laboral en las actitudes y comportamientos del médico becario y su profesionalismo.

De manera general, la investigación mostró una feminización de la especialidad, tendencia actual prevalente. Y en algunos casos, la presencia de la maternidad, generó sentimientos y circunstancias en las residentes, que puede presentarse como una motivación muy fuerte para continuar hasta un sentimiento de estar abandonando a su familia. Lo que se proyecta en una gama de comportamientos diversos y de cuestionamientos internos que modifican poderosamente las acciones y actitudes dentro del desempeño diario.

Estas emociones, manifestadas y vertidas en el trabajo, modifican las acciones convirtiéndose en motores generadores de resistencia y tolerancia, hasta ser motivo de ansiedad, angustia y depresión. Todo ello, lleva a pretender anular y silenciar sus emociones y sentimientos para atender a quien solicita su servicio. Una apreciación general respecto al estado de ánimo de los residentes, referido en las entrevistas y en la observación participante fue la frustración que experimentan y el sentimiento de vivir una soledad acompañada. El denominador común descrito, fue el estrés, observado y expuesto de muchas maneras por todos los residentes que participaron en la investigación. Con las manifestaciones de angustia, intolerancia, irascibilidad, enojo, falta de empatía, que puede acompañarse cuando se vive de esta forma durante periodos prolongados de tiempo. Los residentes perciben que lo único que importa al sistema en el que se desempeñan es sacar el trabajo. Y que ellos como individuos son considerados pero en forma parcial. Freidson (1978) en su teoría realizó precisiones que tienen vigencia en este análisis e interpretación de la investigación, donde se encuentran dos tipos de éticas la institucional y la del médico dentro de este proceso formativo. Y donde se puede ver los intereses que prevalecen.

La investigación y el grado de profundidad al que se llegaron, permitió evidenciar el nivel de violencia que existe en los ambientes clínicos en el que se realiza el proceso educativo. Esta violencia, tiene consecuencias sobre la autoestima y sobre el lugar que ocupan dentro de un grupo de personas al que se pertenece. Los residentes hicieron hincapié en la necesidad de corrección del alumno, pero más sobre la forma de corrección en los diversos distintos niveles jerárquicos: intraresidentes y de residentes-adscritos.

Varios residentes mencionaron que existen duelos, que viven a lo largo de la atención a los pacientes y que nunca se tocan estos temas. Son dolores que tienen que asimilarse solos y a veces no es posible trabajarlos en ese estado emocional. Además, refirieron como un factor importante el que no les es permitido, por la cultura que prevalece en el ambiente quirúrgico, manifestar la necesidad de tiempo de recuperación emocional en su proceso educativo. Bajo

todas estas circunstancias es innegable que el comportamiento de los médicos residentes, se vio afectado y que la disposición para actuar de manera responsable, tolerante, respetuosa, empática, amable, sensible hacia los demás no pudo ejecutarse en la medida de lo esperado a pesar de los esfuerzos evidentes que realizaron.

Las costumbres que existen dentro de la comunidad de residentes de anestesiología, hacen que algunas actividades sean normalizadas. En especial, el sentido del maltrato que refieren, dejó una huella y de acuerdo a su historia de vida, la transcribieron a su actual forma de asumirse. Destacaron la falta de apoyo para aprender el manejo de emociones y la comunicación efectiva. También, que la convivencia en horarios prolongados bajo condiciones de estrés, modificó su forma de vivir, de sentir, de pensar y de actuar. Y por supuesto de estudiar.

La intención de separar los factores fue con fines de investigación, con propósitos de desagregar y comprender por qué influyen y cómo inciden. Sin embargo todo se entretreje de manera íntima. Al mismo tiempo que se suceden los hechos mencionados, se vincula con otros factores extrínsecos en relación con los hábitos sociales adquiridos en la residencia médica. Los cambios descritos en la alimentación, el descanso, las horas de sueño, las actividades físicas, los horarios laborales y la convivencia con su familia se describieron como detonantes de cambios.

El docente, en esta investigación fue uno de los elementos de gran importancia e interés en la promoción e implementación del profesionalismo. En el PUEM, se indican algunas consideraciones sobre el perfil docente necesario para el posgrado. Ello con la visión de que se proyecte desde el punto de vista médico, investigativo y educativo. Para cumplir con las exigencias pedagógicas y didácticas, el uso de la tecnología y el bagaje de conocimientos disciplinares repercuten en el proceso educativo del posgrado. Los residentes perciben al docente como un ente capaz en su disciplina, que acepta dirigir y orientar en la medida de lo posible a los residentes en relación con sus conocimientos en otras áreas no disciplinares. Se muestran consientes del perfil médico y de especialista de quienes voluntariamente aceptan asumir esa tarea.

En esta investigación, los docentes son especialistas que reúnen condiciones para cubrir el perfil, pero no cuentan con las condiciones que permitan su desarrollo económico (remuneración) y educativo formativo en docencia médica. El impacto del docente en el clima de aprendizaje es una reflexión hecha desde el profesionalismo docente, y fue un factor que modificó la percepción del profesionalismo en los residentes.

El significado del profesionalismo para los médicos residentes como una manera de ser, de actuar y de conducirse con el paciente. Lo consideran como “algo” inherente a ser médico. Sin embargo, algunos residentes, sobre todo de mayor jerarquía, esta concepción se amplió a las

relaciones interpersonales, refiriendo de manera unánime como dificultad para convivir en equipos interdisciplinarios, por la falta de respeto, apoyo y solidaridad, pero que se debe construir y orientar. Varios de ellos vieron la necesidad implementar la asignatura y la manifestaron en las entrevistas en profundidad. Los hallazgos de esta investigación muestran que el concepto y el significado del profesionalismo para los médicos residentes que de si tiene una naturaleza compleja, implícita en el rol que asumen por ser médicos, está influenciado por aspectos evolutivos, socioculturales, de género, de estado civil y de las vivencias que han experimentado en su trabajo médico.

Existen algunas contradicciones que se presentan y están planteadas en relación a su trabajo y a la institución laboral, que emergen durante el desempeño y el proceso educativo-formativo.

El médico becario considera que existen características que se deben cumplir para aprender el profesionalismo. Los sujetos se refirieron a los conocimientos disciplinares y a la empatía, a la honestidad y el respeto, así como al diálogo como características generales. Solamente uno manifestó a la compasión y al liderazgo. Y ninguno hizo mención al altruismo aunque se pudo observar durante el estudio. La mayoría de los residentes de tercer año mencionaron que era necesaria la formación ética y sólo uno refirió que en la concepción del profesionalismo está la actitud crítica sobre su actividad asistencial. Las ideas compartidas muestran una apreciación general en los conocimientos, pero también áreas de interés en las que se debe incidir y complementar.

En las entrevistas sobre todo los residentes de tercer año, referían la necesidad de ser escuchados y de participar en forma crítica, reflexiva. Es muy importante mencionar que no se refirió en la concepción del profesionalismo a aspectos relacionados con el contexto del mismo. Se consideró en todos los diálogos como algo intrínseco al grupo, al gremio.

Para formar especialistas, es necesario la congruencia con su propio desarrollo, en sus relaciones con el contexto y en las relaciones humanas. El conocimiento y la reflexión de cada una de estas circunstancias, redundan en la formación integral del residente. Para ello, en el quehacer cotidiano del proceso educativo debe incluir en la práctica médica las responsabilidades y valores propios del profesionalismo. La AMFEM (2012) refiere que:

“Respetando inicialmente, la vida, manifestando la compasión al ser humano y la comprensión de lo que para el paciente significa su enfermedad. Las obligaciones de los médicos se circunscriben a tener una apertura emocional y anímica. A perpetuar en la coherencia en sus acciones, al compromiso de ser útil al paciente y a la sociedad. Debe contar con una disposición mental para aprender, autorregularse para decidir. El ejercitarse para ser congruente entre su pensar,

decir y actuar. Estudiar para saber, Meditar para comprender, Plasticidad para rectificar, Ponderar para valorar, serenidad para ejecutar” (p. 45).

El profesionalismo tiene elementos de competencia que permiten expresar el profesionalismo médico-académico en las relaciones humanas durante el proceso educativo. Estas incluyen: residente-adscrito, residente-residente, residente-personal asistencial, residente personal administrativo. Donde el trato humano, la empatía y el respeto deben prevalecer para crear ambientes de aprendizaje propicios para el desarrollo del profesionalismo.

De igual forma, las relaciones humanas durante los procesos de atención médica exigen la expresión del profesionalismo en la forma de comportarse durante la relación médico-paciente, residente-equipo de salud, residente-autoridad y residente-comunidad. Estos encuentros giran alrededor de valores, derechos, la ética, la comprensión y deben ser asumidos congruentemente por el médico en formación en su actuar con otros profesionales de la salud y con la comunidad. Por lo tanto, el residente debe tener congruencia en su forma de pensar, de decir y de actuar, de manera consistente en sus interacciones humanas en su contexto de desempeño. Se espera del residente que muestre sus valores, habilidades comunicacionales, principios éticos y una comprensión profunda de los fenómenos sociales.

Los motivos por lo que el profesionalismo no se ha implementado de manera adecuada en el *PUEM* giran en torno a diversos tópicos. Inicialmente, es pertinente hacer revisiones frecuentes y actualizaciones de los planes académicos y programas operativos de las especialidades acotados a los contextos cambiantes.

Esos contextos de cambio incluyen políticas educativas, ámbitos económicos, bioéticos, de calidad, políticos y en su momento, epidemiológicos como los acotados en la actualidad (Pandemia COVID19).

Es necesario contar con un equipo de especialistas en diversas áreas, educativas, educadores especialistas en el curriculum, especialistas en gestión educativa, psicólogos educativos, administradores educativos, gestores educativos, representantes de instituciones educativas y sanitarias con capacidad de tomar decisiones, investigadores, docentes, residentes, enfermeras y médicos especialistas, sociólogos, economistas, bioeticistas, paliativistas, previamente capacitados en educación y gestión para hacer las adecuaciones y actualizaciones pertinentes.

La ausencia de las asignaturas relacionadas con las ciencias sociales y con las ciencias de la educación en el *PUEM* repercute en el no entendimiento de las problemáticas sociales en profundidad y de los contextos. El no contar con presupuesto amplios impide reunir las condiciones de desarrollo personal en estas áreas educativas y sanitarias para los médicos-docentes.



En efecto, es importante blindar la toma de decisiones respecto a las modificaciones del PUEM, así como las evaluaciones a los programas y a los planes de la especialidad hechos desde diversas aristas no únicamente disciplinares.

Las tendencias económicas de medicina gerenciada, impactan los procesos educativos y tiene implicaciones claras que no favorecen la atención en salud bajo ciertas perspectivas, aunque pareciera contradictorio, este tipo de prácticas han debilitado la figura y desempeño del médico coartando su libertad de decisión en aras de otros intereses como ya lo ha manifestado Freidson (1978). También, porque la figura del médico residente ha permanecido a lo largo de los años bajo cierta perspectiva. Sin embargo, hasta hace poco, como consecuencia de algunas manifestaciones de los residentes, han intentado que emerja la persona del residente dentro del marco jurídico. Si este tiene impacto generará reflexiones y acciones respecto a la actualización de la formación en el profesionalismo. Esto es uno de los retos para el médico-docente.

El médico-docente responsable de propiciar la formación de profesionalismo médico en sus alumnos debe cultivar un arsenal de valores humanos, entre ellos honestidad, respeto, humildad, justicia, paciencia, lealtad, responsabilidad, solidaridad, tolerancia, pasión, confianza, empatía, compromiso, laicismo y compasión, que al mismo tiempo que enaltece su comportamiento los inculque en los educandos, generalmente a través de su propio ejemplo.

Catalizar las intervenciones educativas relacionadas con el profesionalismo en el personal en formación y profesionales de la salud en anestesiología, redundará en una forma distinta de concebir la práctica anestésica, la docencia y la investigación. Buscando la coherencia entre el pensar, decir y hacer. Favoreciendo las interrelaciones personales del residente y del profesional en anestesiología con congruencia con su propio desarrollo, con las relaciones humanas y con el contexto. Lo que se traducirá en atenciones médicas, investigativas y educativas congruentes, dentro de un marco de respeto a la vida, ejercitando la responsabilidad y los valores de la profesión y el respeto al paciente. El impacto de la formación en el profesionalismo, redundará en conocer la importancia del bienestar del residente como ente educativo. De su medio de desempeño tanto académico, laboral e investigativo.

Por otro lado, al formar al residente dentro del profesionalismo, los actores que circunscriben su formación se verán motivados a revisar constructivamente y reflexionar sobre la forma como se realizan los procedimientos de enseñanza-aprendizaje. De igual forma, existiría un conocimiento libertador en el sentido de comprender que el profesionalismo, no es una construcción personal ni a título del residente de manera exclusiva, ya que incluye a las instituciones educativas y sanitarias que lo cobijan en su formación, asumiendo otro tipo de proyección en la

atención médica, en la que se ejerzan los principios que rigen el profesionalismo: el bienestar, la libertad de elección y la justicia. En el momento en que se asuman estas concepciones, el profesionalismo institucional emergerá y se mostrará que será más fácil identificar los móviles educativos que lo impulsan, generar estrategias de acción y cambio dentro de este nuevo profesionalismo.

Bajo este conocimiento, el trabajo asistencial se verá impactado de manera sustancial. Los factores que influyen o modifican al profesionalismo y que ya se han señalado en esta tesis, pueden ser usados de otra forma. Ya identificados, pueden realizarse tareas conjuntas para efectuar trabajos en equipo interdisciplinarios aplicados en el medio hospitalario, con estándares de calidad que permeen en la comunidad sujeto de la atención médica y en el personal sanitario. Y el impacto es generacional, ya que los residentes de hoy, serán los adscritos del mañana. Y como se ha puntualizado a lo largo de esta investigación: buscar cambiar para no repetir los esquemas que no fueron gratos en su formación. ¿Entonces que esperamos para atender lo que nos dice esta investigación?

Por lo tanto, el impacto de la formación en el profesionalismo no se circunscribe a una actividad específica como podría verse de manera parcial. El alcance de esta intervención construirá hospitales con profesionalismo vigente, contextualizado y con individuos que lo desarrollan, lo sienten, lo piensan y lo promueven con sus acciones. Cuyos beneficiarios no serán exclusivamente los pacientes, sino que se puede hablar de “hospitales con profesionalismo para todos”. Y de manera frecuente, realizar actualizaciones basadas en otras investigaciones educativas, de mercado, de las políticas, de economía, de bioética para no generar rezago conceptual y operacional. El profesionalismo implica un esfuerzo por mantenerse actualizado en los conocimientos de la especialidad, en la formación y en la capacitación.

Las acciones educativas que se requieren efectuar en relación con el diseño y la implementación del PUEM para atender al profesionalismo de los médicos residentes en anestesiología, incluyen medidas tanto de las instituciones educativas como sanitarias. En relación con las instituciones educativas, lo primero es hacer explícito al profesionalismo como una necesidad de formalizar su abordaje dentro del mapa curricular de la especialidad.

Siendo el profesionalismo una de las competencias requeridas para el ejercicio de la especialidad con excelencia, sería necesario gestar formas y estrategias pedagógicas congruentes con lo que se desea mostrar, reflexionar, analizar y aprehender. Y quizá para el residente y para los docentes, la mejor forma de aprender y más segura que tenga congruencia con el profesionalismo, es evitando la exposición a contextos con pacientes reales. Lo que es posible en

medicina de simulación con pacientes estandarizados. Y con otros alcances sobre todo en la interacción pluridisciplinar en escenarios críticos. Realizar cursos en línea, con expertos en diversos tópicos como ética médica, bioética en donde exista libertad para consultar la información en cualquier horario, debido al perfil de los horarios de los residentes. Y posteriormente, sesiones conjuntas congregando a diversas personalidades para tratar casos de interés en relación a los dilemas bioéticos, ello por los hábitos sociales adquiridos en la residencia, puede realizarse en plataformas digitales. Es necesario contar con el apoyo de psicólogos y psiquiatras para realizar cursos de integración de equipos, de manejo de estrés, de manejo de emociones, de comunicación en circuitos cerrados, de atención en situaciones de crisis y duelo para cuidar la salud mental y emocional de los residentes.

También, realizar el monitoreo del clima organizacional y de aprendizaje con la finalidad de identificar los sentimientos y emociones referidos por los residentes en la investigación, prevenir y en su caso identificar a tiempo a los residentes que requieran apoyo de este tipo y se den las facilidades para que este servicio se otorgue. Y en forma grupal, de manera preventiva, realizar sesiones grupales por expertos para identificar a tiempo las dificultades dentro del grupo de desempeño.

Por otro lado, la capacitación a docentes es una necesidad innegable, desde el profesionalismo médico. También, en aspectos educativos e investigativos (ética en la investigación) se requiere formar a los docentes que son guías en estos grupos. De igual forma, estimular de alguna manera la participación en esta tarea docente y otorgar las condiciones para su capacitación y actualizaciones dentro de esta encomiable tarea. La coherencia entre lo que el docente dice y hace, es muy importante, y transformar con el ejemplo es de las mejores enseñanzas para el residente. Por ello, la formación continua es una evidencia hacia el residente del camino a seguir y esto se llama profesionalismo. De alguna forma, esto constituye parte del sentido de trascendencia personal y ubicación histórica social del docente.

Uno de los rubros más delicados e importantes en los que el médico-docente debe capacitarse es en el conocimiento el código de ética, en las normas de residencia, en los programas académicos y planes operáticos y en el PUEM. Algunos residentes, manifestaron la necesidad de estudiar el profesionalismo médico y tener una capacitación específica sobre el tema. Y se evidenció por distintas técnicas utilizadas en la investigación, que la comunicación efectiva y asertiva es una necesidad grupal. De esta manera, comparto la reflexión de Enrique Pichon Riviere, describiendo el aprendizaje, y me parece que aplica al profesionalismo también:

"Hablar de aprendizaje es un proceso que direcciona a pensar cómo somos y actuamos en la vida cotidiana. Aprender es contemplar de manera dialéctica el sentir, el pensar y el hacer como un todo articulado, que opera simultáneamente. Integrar lo que está disociado, conectar aquello que se presenta desarticulado. El sujeto en el proceso de aprender se desestructura frente al nuevo conocimiento y debe volver a estructurarse en un proceso que lo interpela y lo transforma. Es el movimiento dialéctico entre el mundo interno y el externo, que posibilitará la ratificación o rectificación del Esquema Conceptual Referencial Operativo (ECRO) del Sujeto" (AMFEM, 2012 p. 4).

Como se ha hecho evidente, el fenómeno del profesionalismo, es muy complejo. Esta investigación muestra la forma como se ha implementado el profesionalismo en el Plan Único de la Especialización en Anestesiología y ofrece un amplio análisis e interpretación respecto a los elementos centrales del profesionalismo y los factores que influyen en el mismo en el proceso formativo de los médicos residentes de anestesiología de un hospital de segundo nivel. También, el significado o sentido del profesionalismo de los médicos residentes. De igual forma, permite tener una amplia visualización de las áreas de oportunidad y de futuros programas para realizar en la clínica con la finalidad de formar de manera integral a los médicos becarios. Y por supuesto, a los factores que modifican, construyen e influyen en el proceso educativo.

## Bibliografía

- Abrahamson, S. (1997). Sim One –a patient simulator ahead of its time. *Caduceus*, 13, 29-41.
- Acevedo, A, Fernández, D. (2004). La percepción de los estudiantes universitarios en la medida de la competencia docente: validación de una escala. *Revista Educación*, 28(2), 145-167.
- Adkoli, B., Al-Unram, K., Al-Sheikh, M., Deepak, K. & Al-Rubaish, A. (2011). Medical students' perception of professionalism: A qualitative study from Saudi Arabia. *Med Teach*, 33, 840-5.
- Adler, P., Known, S. & Heckscher, C. (2008). Perspective, professional work: The Emergency of Collaborative Community. *Organization Science*, 19(2), 359-376.
- Agenda de Salud para las Américas. (2007). Recuperado de: [file:///C:/Users/Casa/Desktop/documentop.com\\_agenda-de-salud-para-las-americas-2008-2017-paho\\_59f698ee1723dd19e06a09a0%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Casa/Desktop/documentop.com_agenda-de-salud-para-las-americas-2008-2017-paho_59f698ee1723dd19e06a09a0%20(1).pdf)
- Aguirre, H., López, F. & Flores, F. R. (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas. *Revista Fuente*, 8, 28-33. Recuperado de: <http://fuente.uan.edu.mx/publicaciones/03-08/5.pdf>
- Aguirre, O., Ríos, A. M., Calderón, R. M. y Gómez, M. L. (2014). Curvas de aprendizaje CU-SUM en procedimientos básicos en anestesia. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 42, 142-53.
- Alahuhta, S.R., Melu, O. J., Blunnie, W. P. & Knappe, J. T. (2007). Charter on continuing medical education/ continuing professional development approved by the UENS specialist section and European Board of Anaesthesiology. *European Journal of Anaesthesiology*. 24(6), 483-485.
- Agundéz, G. D. (2015). Educar en valores, teoría y práctica. Supervisión 21. *Revista de educación e inspección*, 37, 1-36.
- Alcota, M. (2009). Aportes de la carrera de odontología al desarrollo de competencias genéricas. *Compromiso ético y responsabilidad social*. (Tesis de Magister en Educación en Ciencias de la Salud) Recuperada de: Universidad de Chile. Facultad de Medicina.
- Alcota, M. (2016). El profesionalismo en la formación odontológica. *Revista de la Facultad de Odontología Universidad de Antioquía*, 28(1), 158-177.
- Aldrete, A. J. (1986). Historia de la Anestesiología. En: Aldrete, A. J. (coord.). *Texto de Anestesiología Teórico-práctica*. México: Editorial Salvat Mexicana de Ediciones
- Alduvín, R. (1927). *Lo que el médico no debe hacer*. Guatemala: Tipografía Sánchez y de Guise.
- Alfaro, R. (1851). Apuntes sobre el (sic) presentados por el suscribe a la Sociedad de Medicina en la sesión del 31 de diciembre de 1851. *Periódico de la Academia de Medicina de México*, 1, 31-43.
- Alfaro, R. (1852). Sesión del 16 de febrero de 1852. *Periódico de la Academia de Medicina de México*, 1, 43-48.
- Allende, M. C. (2000). *Examen Nacional de aspirantes a residencias médicas*. Recuperado de: [http://publicaciones.anuies.mx/pdfs/revista/Revista123\\_S3A1ES.pdf](http://publicaciones.anuies.mx/pdfs/revista/Revista123_S3A1ES.pdf)
- Alonso, C. M. (1992). *Estilos de aprendizaje: análisis y diagnóstico en estudiantes universitarios*. Madrid: Universidad Complutense.
- Alonso, C. M., Gallego, D. J., Honey, P. (1994). *Los estilos de aprendizaje. Qué son, Cómo diagnosticarlos. Cómo mejorar el propio estilo de aprendizaje*. Bilbao: Mensajero.
- Alpízar, C. L. B. y Añorga, M. J. (2010). La competencia pedagógica del tutor de especialidades médicas. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 39(3-4), 207-213.

- Altisent, T. R. (2007). Ética, deontología y derecho: lógicas diferentes en una misma dirección. *Atención Primaria*, 39 (5), 225-6.
- Altisent, T. R., Gállego, R. A. y Delgado, M. M. (2014). Los Códigos de Deontología profesional. *Annals de Medicina Familiar*, 10(11), 651-658.
- Álvarez, A. y Del Río, P. (2013). *Educación y Desarrollo: La Teoría de Vigotsky y la Zona de desarrollo próximo*. (pp.93-118). Recuperado de <https://mcesuvaq.files.wordpress.com/2013>
- Amezcu, M. (2000). El trabajo de campo etnográfico en salud: una aproximación a la observación participante. *Index de enfermería*; 30, 30-35.
- AMYTS (2017) pinceladas. *Profesionalismo, humanismo médico y concienciación medio ambiental*. Recuperado en [www.um.es](http://www.um.es)
- Anaya, P. R. (2012). Perfil profesional actual del profesor en cirugía. *Revista Latinoamericana de Cirugía*, 2 (1), 2-3.
- Ander-Egg, E. (1995). *Análisis del contenido*. En Ander-Egg & Aguilar, I. Técnicas de investigación social. (pp. 327-336). Argentina: Editorial Lumen.
- Ander-Egg, E. (1995). *Técnicas de investigación social*. Buenos Aires: Lumen.
- Andréu, A. (2014) *Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada*. Recuperado de: [www.albertomayol.cl/wp-content/uploads/2014/08/Andreu-Analisis-de-contenido.pdf](http://www.albertomayol.cl/wp-content/uploads/2014/08/Andreu-Analisis-de-contenido.pdf)
- Aranda, B. C., Pando, M. M., Salazar, J., Torres, T., Aldrete, M. G. y Pérez, M. B. (2005). Síndrome de burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. *Rev Cubana Salud Pública* (online), 31(2). Recuperado de <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
- Aranguren, J., Stork, R. Y. (2001). *Fundamentos de Antropología. Un ideal de excelencia humana*. 5. Pamplona: Eunsa.
- Aravena, M., Kimelman, E., Micheli, B., Terrealba, R. y Zúliga, J. (2006). *Investigación Educativa*. Santiago: Universidad Arcis.
- Arambuzubala, P., Castilla, R. A., Uribe, I. C. (2013). Modelos y tendencias de la formación docente universitaria. Profesorado. *Revista de Currículum y Formación del Profesorado*. 17(3), 345-357.
- Arcadi, G., Jordi, P. A., Nolla, D. A. y Orió, B. A. (2011). Proceso de Bolonia (III). Educación en valores: profesionalismo. *Education Medical*, 14(2), 73-81.
- Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI). *Profesionalismo*. (2010). IX Congreso Argentino de Salud. Puerto Iguazú. Misiones Argentina. Recuperado de [acami.org.ar/nuevo](http://acami.org.ar/nuevo)
- Asociación Médica Mundial (2005). *Código Internacional de Ética Médica*. Recuperado de [www.unav.es](http://www.unav.es)
- Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM). (2012). *Perfil por competencias docentes del profesor de medicina*. México: Fractal. Consultado en: [www.fracta.lart](http://www.fracta.lart)
- Atance J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Española de Salud Pública*, 71, 293-303.
- Attali, E., Dubois, B., Barba, G.D. (2009). Confabulation in Alzheimer's disease: poor encoding and retrieval of over-learned information. *Brain*. 132. Pp. 204-212.
- Aussubel, D. P. (1970). *El desarrollo infantil*. II. Buenos Aires: Paidós.
- Ávila, M. J. (2017). La deshumanización de la medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *Iatreia*, 30, 216-229. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180550477011>

- Bacon, D. R. (1995). Waters and the beginnings of academic anesthesiology in the United States: The Wisconsin Template. *Journal Clinic Anesthesiology*, 7, 534-543.
- Bacon, D. R. (2012). *The Evolution of Anesthesiology as a Clinical Discipline: A Lesson in Developing Professionalism*. Longnecker, D. (Second Edition). Anesthesiology. pp. 2-10. United States: Mc Graw-Hill
- Bacon, D. R. & Lema, M. J. (1992). To define a especiality: A brief history of American Board of Anesthesiology's first written examintion. *Journal Clinic Anesthesiology*, 4, 489-49.
- Ball, S. (2003). Profesionalismo, gerencialismo y performatividad. *Educación y pedagogía*, XV (37), 87-107.
- Banco Mundial (2017). *El banco Mundial advierte sobre una crisis del aprendizaje en la educación a nivel mundial*. Recuperado de [http:// www.bancomundial.org](http://www.bancomundial.org)
- Bandera, B. (1960). Historia de la Anestesiología en México: Evolución, desarrollo y futuro. *Revista Mexicana de Anestesiología*, IX, 89-93. Recuperado de [www.anestesia.com.mx](http://www.anestesia.com.mx)
- Bandura, A., McDonald, F. I. (1967). The influences social reinforcement and the behavior of models in shaping childrenis moral judgments. *Journal of Anormal and Social Psychology*, 67, 274-281.
- Barber, B. (1963). Some problems in the sociology of professions. *Daedalus*, 92(4), 669-688.
- Bardín, L. (1986). *Análisis de contenido*. Presses Universitaires de France. Madrid: Colmenar viejo.
- Barquín, C. M. (1988). La revolución de la cirugía antisepsia y asepsia, la hemostasia y la anestesia. En: Méndez, C.F. & Méndez, O. F. (8va.Edición). *Historia de la Medicina*. México: Méndez Editores.
- Barragán, S. N., Ramírez, R. O. y Barragán, S. A. (2000). La salud y el ambiente laboral entre los anesthesiólogos: contexto emocional y laboral. *Revista Médica del Hospital General de México*, 63(49), 247-253.
- Barrón, T. C. (2015). Concepciones epistemológicas y práctica docente. Una revisión. *Revista de Docencia Universitaria*, 13 (1), 35-56.
- Barsuk, J., McGaghie, W. & Cohen, E. (2009). Use of simulation based mastery learning to improve the quality of central venous catheterplacement in a medical Intensive Care Unit. *Journal Hospital Medicine*, 4, 397-403.
- Bartha, F. (1997). Innovación y calidad de la docencia universitaria: hacia un desarrollo docente universitario en la PUCP. *Educación*, VI (11) Mar., 31-44.
- Batladen, P., Leach, D. Swing, S., Dreyfus, H. & Dreyfus, S. (2002). General competencies and accreditation in graduate *Medical Educatios*. *Health Affair*, 21, 103-11.
- Bauman, Z. (2003). *Amor líquido*. México: Fondo de cultura económica.
- Bauman, Z. (2007a). *Los retos de la educación en la modernidad líquida*. México: Gedisa.
- Bauman, Z. (2007b). *Tiempos líquidos*. México: Tus Quets editores.
- Beltrán, G., Torres, F., Beltrán, T. Ayulia, A., García D., (2005). Un estudio comparativo sobre valores éticos en estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(2), 397-415.
- Beltrán, J. (1998). Nuevo modelo educativo para la Universidad Veracruzana. Lineamientos para el nivel de licenciatura. Propuesta. Documento de trabajo. Xalapa, Ver.: Instituto de Investigaciones Educativas de la Universidad Veracruzana. *Revista de Investigación Educativa*. Recuperado de <http://www.redalyc.pdf/2831/21715005.pdf>
- Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. (2010). *Competencias Genéricas de la BUAP*. Dirección General de Educación Superior. Recuperado de <https://des.buap.mx>

- Benn, D. K. (2003). Professional monopoly, social covenant and acces to oral health care in United States. *Journal Dental Eucation*, 67(10), 1080-1090.
- Benney, M. & Hughes, E. (1970). Of sociology and the interview. En Denzin. *Sociological Methods: A Sourcebook*, (p 175-181). Chicago, Aldine.
- Berelson, B. (1952). *Content analysis in communication research*. Nueva York: Free Press. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/000271625228300135>
- Bermejo, G., De la Rosa, G., Bermejo, B. G. y Montaudon, B. (2007). Análisis de las motivaciones e intereses de una unidad médica de tercer nivel mediante la aplicación de la encuesta de Zavic entre la población administrativa, personal de enfermería y médicos. *Revista Hospital Juárez de México*, 74, 154.
- Bernal, O., Cortés, A. F. (2015). Movilidad internacional de los profesionales de ingeniería en Colombia: una revisión desde el profesionalismo y el institucionalismo. *Revista Inge Cua*, 5(10), 79-90.
- Biggs, J. (2006). *Calidad del aprendizaje universitario*. Madrid: Narcea.
- Blanch, J., Ochoa, P. & Sahagún, M. A. (2012). Resignificación del trabajo y de la profesión médica bajo la nueva gestión sanitaria. En E. Ansoleaga, O. Artaza y J. Suárez (Eds.) *Personas que cuidan personas: Dimensión Humana y Trabajo en Salud* (pp. 165-175). Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/287997653\\_Resignificacion\\_del\\_trabajo\\_y\\_de\\_la\\_profesion\\_medica\\_bajo\\_la\\_nueva\\_gestion\\_sanitaria](https://www.researchgate.net/publication/287997653_Resignificacion_del_trabajo_y_de_la_profesion_medica_bajo_la_nueva_gestion_sanitaria)
- Blanco, B. N., Roque, H. Y., Betancourt, R. Y., Ugarte, M. Y., Reyes, O. Y. (2012). Principales dificultades en los proyectos investigativos en los residentes de las especialidades médicas. *Edumecentro*, 39-46. Recuperado de: <http://www.edumecentro.sld.cu/>
- Blank, L., Kimbal, H., Mc Donal, W., Merino, J. (2003). Medical Professionalism in the new millenium: a phisician charter 15 months later. *Annals Internal Medicine*, 138(10), 839-841.
- Blatt, M., Kohlberg, L. (1975). The effects of the classroom moral discussion upon children's moral judgment. *The Journal of Moral Education*, 4, 129-61.
- Borrego, M. (2015). Modificación de los índices psicométricos de los exámenes departamentales diseñados para la evaluación de los residentes de Medicina Interna del posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM, en función de cinco o cuatro opciones de respuesta. *Medicina Interna de México*, 31(3), 259-273.
- Boschung, U. (1993). Principios físicos y morales de la medicina. En Vilela, A, Bora, V. (Eds.) *Crónicas de la Medicina*. (pp. 201-248). España: Intersistemas editores.
- Boud, D. & Falchikov, N. (2006). Aligning assesment with long term lerning. *Assesmente & Evaluation in Higher Education*, 31(4), 399-413.
- Boyle-Baise, M. (2003) "Doing democracy in social studies methods". *Theory and Research in Social Education*, 31 (1), 50-70.
- Bravo, L. (1991). Estilos y estrategias cognitivas en las dificultades de aprendizaje. En *Psicología de las dificultades de aprendizaje escolar*. (pp.105-111). Santiago de Chile: Universitaria.
- Bret, E. P. (2011). La excelencia de los cuidados Paliativos. *Cuaderno de Bioética*. XIII (3), 535-541.
- Brown, S. (1970). House staff attitudes toward teaching. *Journal of Medical Education*; 45, 156-159.
- Bruyn, S. T. (1966). *The human perspective in sociology: The methodology of participant observation*. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice- Hall.



- Burdick, W. P., Diserens, S. R., Friedman, P. S., Morahan, S., Kalishman, M. A., Eklund, S., Mennin & Norcini, J. J. (2010). Measuring the effects of an international health professions faculty development fellowship: the FAIMER Institute, *Medical Teacher*, 32:5, 414-421.
- Buzzi, A. L. (2008). *Evolución Histórica de la Medicina*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Calvino, I. (1971). *Invisible Cities*. Londres: Picador.
- Carless, D. (2007). Learning-oriented assessment: Conceptual bases and practical implications. *Innovations in Education and Teaching International*, 44(1), 57–66.
- Casas, P., Donovan, R. (2015). El origen de las especialidades médicas; En búsqueda de un acercamiento a la práctica médica actual. *Revista Médica de la Universidad de Costa Rica*, 9(1), 1-11. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/281189688>.
- Cassinello, F., Ariño, J., Quintana, F. B., Espinosa, M. E., Gilsanz, F., López, R., Moret, E., Mourelle, I. (2013). Directrices de procedimientos de comprobación y validación previos a la anestesia de la SEDAR. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 60(1), 4-10.
- Castells, M. (2010) La sociedad red: una visión global. *Revista Venezolana de Información, Tecnología y Conocimiento*, 7. (1), 139-141.
- Castillo, L. G. (2014) Síndrome metabólico y factores relacionados en los médicos tratantes y residentes que laboran actualmente en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de la ciudad de Quito. *Repositorio Digital de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador*. Consultado en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/7348?show=full>
- Comisión para la Educación en América Latina y el Caribe (CEPAL). (1992). *Educación y conocimiento*. Eje de la transformación productiva con equidad. Recuperado de: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2130/S9250755\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2130/S9250755_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Chandratilake, M., McAleer, S. & Gibson, J. (2012). Cultural similarities and differences in medical professionalism: a multi regional study. *Medical Education*, 46 (3), 257-266.
- Chávez, I. (1975). Discurso pronunciado por el Dr. Ignacio Chávez al recibir la Medalla Belisario Domínguez. Consultado en: [www.resu.anuies.mx](http://www.resu.anuies.mx)
- Chopra, V., Gesink, B. J., De Jong, J., Bovill, J. G., Spierdijk, J. & Brand, R. (1994). Does training on an anaesthesia simulator lead to improvement in performance? *British Journal Anaesthesia*, 73, 293-297.
- Cleaves, P. (1985). *Las profesiones y el estado*. El caso de la ciudad de México. México. El Colegio de México. *Jornadas*, 7, 244.
- Clede, B. F., Nazar, J. C., Montaña, R. R. y Corvetto, A. M. (2013). Simulación en Educación Médica y Anestesia. *Revista Chilena de Anestesiología*, 41, 46-52.
- Clínica. (2015). *Anestesiología y Reanimación*. 7-18.
- Código de Ética para el ejercicio profesional del médico colegiado en México. Recuperado de [www.comego.org.mx/reglamentos/codigo\\_etica.pdf](http://www.comego.org.mx/reglamentos/codigo_etica.pdf)
- Colina, E. A. (2014). El estudio de caso. En Díaz de Santos (Eds.), *Metodología de la Investigación Educativa*, (pp. 242-270). México, México: Díaz de Santos.
- Collier V, McCue J, Markus A, Smith L. (2002). Stress in medical residency: status quo alter a decade of reform? *Annals of Intern Medicine*, 136(5), 384-390.
- Collins, R. (1977). Functional and Conflict Theories of Educational Stratification. En Jerome Karabel & A. H. Hasley. *Power and Ideology in Education*. (pp. 670. 118-136.) New York: Orford University Press,

- Collins, V. J. (1988). *Historia de la Anestesiología*. En Nueva Editorial Interamericana, (2ª Edición), Anestesiología. México: Interamericana McGraw-Hill.
- Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) (2016) Recuperado de [www.cifrhs.salud.gob](http://www.cifrhs.salud.gob).
- Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS). (2017) *Plazas para médicos seleccionados categorías mexicana y extranjera*. Resultados 2017. Recuperado de [www.cifrhs.salud.gob.mx](http://www.cifrhs.salud.gob.mx)
- Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. CIFRHS Información (2017) *Información General*. Recuperado de: [www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/2017.htm](http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/2017.htm)
- Consejo Nacional Certificación en Anestesiología A. C. (2018). *Certificación*. Recuperado de: [www.consejoanestesia.org/](http://www.consejoanestesia.org/). Fecha de consulta: enero del 2018.
- Consejo Nacional de Certificación en Anestesiología (CONACEN) *Certificación* (2012). Recuperado de <https://consejoanestesia.org/PDF/guias/guia-tematica-2016.pdf>
- Consejo, C. C., Viesca, T. C., (2005). Ética y poder: formación de residentes e internos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 43(1), 1-3.
- Convocatoria XLI ENARM (2017). Secretaría de Salud. Recuperado en [www.cifrhs.salud.gob.mx/](http://www.cifrhs.salud.gob.mx/)
- Cook, D.A., Hatala, R. & Brydges, R. (2011). Technology-enhanced simulation for health professions education a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 306,978-988.
- Cooper, J.V. & Taqueti, V. R. (2008). A brief history of the development of mannequin simulators for clinical education and training. *Posgrad Medical Journal*, 84, 563-570.
- Coppens, S. & Salding, S. (1921). *Moral Principles and medical practice*. New York: Benzinger Brothers.
- Corbeta, P. (2007). Los paradigmas de la investigación social. En: *Metodología y técnicas de investigación social*. Corbeta (Eds) Técnicas de Investigación Social. Madrid. McGraw-Hill.
- Córdoba, B., Valdés, O., López, S., Rosas, B., Morales, M. P. y Longoria, P., (2009). La especialidad en cirugía general: experiencias de los residentes. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 14(2), 78-82.
- Cresswell, J. W. (2003) *Qualitative, Quantitative and mixed methods approaches*. (Second Edition). London: Sage.
- Cruess, R. L., Cruess, S.R. & Johnston, S. E. (1997). Professionalism and medicine's social contract. *Journal Bone Joint Surgery*, 82A, 1189-1194
- Cruess, S. R., Cruess, S. & Steinert, S. (2016). *Teaching Medical Professionalism*. (2- edition). New York: Cambridge Medicine.
- Cruess, R. L. & Cruess, S. R. (2009). Professionalism and medicine's social contract. *Journal Bone Joint Surgery*, 82A, 1189-1194. Estados Unidos: National Center for Technology Information. Recuperado en: <https://epdf.pub/teaching-medical-professionalism.html>
- Cruzado, L., Nuñez, M.P. y Rojas, R. G. (2013). Despersonalización, más que un síntoma, un síndrome. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 76 (2), 120-125.
- Cumplido, H. G., Campos, A. C., Chávez, L. A. y García, P. A. (2006). Enfoques de aprendizaje. *Revista Mexicana del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 44(4), 321-326.
- Cumplido, H. G., Campos, A. C., Chávez, L. A. y García, P. A. (2007) Significado de las relaciones laborales interpersonales en los médicos residentes. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(4), 361-369.

- Da Silva, O. C. (1994). Economía de mercado y concentración de empresas en la comunidad europea. *Revista de Administración Pública*, 134, 491-520. Recuperado de [www. Dialnet.unirioja.es](http://www.Dialnet.unirioja.es)
- Dall, A. & Sanberg, J. (2006). Unveiling professionalism development: a critical review of states models of education researched. *Revolution Education*, 76, 383-412.
- Darotta, I., Stazak, J. & Tetzlaff, J. E. (2006). Teaching and evaluating professionalism for anesthesiology residents. *Journal of Clinical Anesthesia*, 18, 48-60
- Davies, I., Evan, M. & Rear, A. (2005). Globalising citizenship education? A critique of global education and citizenship education. *British Juornal of Education Study*, 53(1). P. 66-89.
- De los Rios, D., Herrera, J. y Letelier, M. (2000). *Paradigmas y competencias profesionales*. En CINDA. Las nuevas demandas del desempeño profesional y sus implicancias para la docencia universitaria. Recuperado de <https://www.gestiopolis.com/nuevo-rol-del-docente-del-siglo-xxi/>
- Decety, J. & Jackson, P. (2006). A social-neuroscience perspective on empathy. *Current Dir Psychol Science*, 15, 54-8.
- Declaración Conjunta “Project of Medical Professionalisms, for the new millenium” (2012). *Annals Internal Medicine*, 136, 243.
- Degollado, B. L., Leyva, G. A., Viniestra, V., Gonzaga, J. R., Zavala, A., Valencia, S. y Gómez, A. (2009). Competencia clínica de los residentes de anestesiología en pacientes que requieren atención médica en un hospital de especialidades. *Gaceta Médica Mexicana*, 145 (6), 481-489.
- Delgado, G. (2008). Conferencia Internacional sobre atención primaria de Salud Almé-Atá 1978. *Cuadernos de Historia Salud Pública*, 103, 1-4
- Delors, J. (1996). *La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI*. México: Ed. Santillana, Ediciones UNESCO.
- Denzin, K. D. (1978). *The Research Act*, Nueva York: Mc Graw Hill Book Company.
- Denzin, N. y Lincoln, Y. (2015). *Métodos de recolección y análisis de resultados*. México: Gedisa editorial.
- Derive S, Casas, M., Obrador, V., Villa, A., Contreras, D. (2018). Percepción de maltrato durante la residencia médica en México: medición y análisis bioético. *Investigación en Educación Médica*, 7(26), 35-45.
- Dexter, F., Szeluga, D. & Hindman, B. J. (2017). Content analysis of residents evaluation of faculty anesthesiologists: supervisión, encompasses some atributes of the professionalism core competency. *Canadian Journal Anesthesiology*, 64(5), 506-512.
- Dharamsi, S., Richards, M. Louie, D., Murray D., Berland, A. & Witfield, M. (2010). Enhancing Medical students’ conceptions of tehe CanMEDS Health Advocate Roel through international servie-learning and critical reflection: phenomenological study. *Medicine Teach*, 32(12), 977-982.
- Díaz, B. A. (1989). *Dialéctica y Curriculum*. México: Nuevo Mar.
- Dieckmann, P., Birkva R. M., Issenberg, S. B., Søreide, E., Ostergaard, R. & C. Ringsted (2018). Long-term experiences of being a simulation-educator: A multinational interview study, *Medical Teacher*, 40:7, 713-720.
- Domínguez, F., Herrera, C., Villaverde, G., Padilla, S., Martínez, B. y Domínguez, F. (2012). *Atención Primaria*, 44(1), 30-35.

- Donovan, C. P., Rodríguez, T. A., Casas, P. I. y Galeana, C. C. (2013). Médicos Residentes en México: tradición o humillación. *Medwave*, 13(7), 1-5. Recuperado de: <http://www.medwave.cl>
- Durkheim, E. (1925/1973). *Moral Education: A study in the Theory and Application of the Sociology of Education*. Nueva York: Free Press.
- Duverger, M. (1962). *Métodos de las ciencias sociales*. Barcelona: Ariel.
- Duvivier, R. J., Boulet, J. R., Opalek, A., Van Zanten, M. & Norcini, J. (2014). Overview of the world's medical school: An update. *Medical Education*, 48, 860-9.
- Eichhorn, J. H. (2010). Newsletter 25 anniversary issue. *Anesthesia Patient Safety Foundation*, 25, 21-44.
- Engelhardt, D. V. (1993). Entre la filosofía natural y la experimentación. En Vilela, A, Bora, V. (Eds.) *Crónicas de la Medicina*. (pp. 249-283). España: Intersistemas editores.
- Fundación Educación Médica. (2009). *El médico del futuro*. Qué tipo de médico tenemos. Recuperado de: [www.em.es](http://www.em.es)
- Eldestein, S., Stevenson, J. & Broak, A. (2005). Teaching professionalism during anesthesiology training. *Journal of Clinic Anesthesia*, 17, 392-398.
- Elorrieta, G. M. (2012). Análisis crítico de la educación moral según Lawrence Kohlberg. *Educación y educadores*, 15(3), 497-512.
- Esponda, E. (2003). Calidad y profesionalismo. *Medicina Oral*, 5 (1), 3-4.
- Esteban, F., Buxarrais, M. (2004). El aprendizaje ético y la formación universitaria: más allá de la casualidad. *Teorías educativas*. 16. P.91-108.
- Evetts, L. (2012). *Professionalism in Turbulent Times: Changes, challenges and opportunities*. Propel International Conference Stirling University. UK.
- Fabelo, C. J. (2013). La educación y los valores. Un acercamiento desde la filosofía. En Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (Eds). *Educación y Humanismo perspectivas y propuestas*. (pp. 29-39). México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Falasco, I., Falasco, A. (2018). Formación de especialistas en Latinoamérica: Argentina. *Educación Médica*, 19(1), 4-11.
- Federación Europea de Medicina Interna, American Collage of Physicians, American Society of Internal Medicine (ACR-ASIM). (2010). Profesionalismo médico en el nuevo milenio: una declaración para el ejercicio de la medicina. *Revista Argentina de Cardiología*, 78(4), 364-366.
- Fanning, R. M. & Gaba, D. M. (2007). The role of debriefing in simulation-based learning. *Sim Healthcare*, 2, 115-25.
- Fernández, A. (2002). Carpeta docente como estrategia formativa en el Programa de Formación Inicial que se lleva desarrollando en la Universidad Politécnica de Valencia. *Boletín electrónico de la Red Estatal de Docencia Universitaria*, 2 (3) Sep., 1 -15. Recuperado de: Internet: <http://www.uc3m.es/uc3m/revista/VOL2NUM3/Indice.htm>.
- Fernández, A. S. Ballarín, J. M., Torrete, F. M., (2011). Consideraciones formativas ante el actual escenario europeo programa formativo posgraduado. UEMS/EBA guidelines. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 58(7), 444-450.
- Fernández, A. Y. (2014). *La relación Clínica*. Universidad de Cantabria. Recuperado de repositorio.unican.es

- Fernández, A. y Oviedo, E. (2010). Potencialidades de la salud electrónica en el contexto social y epidemiológico de América Latina y el Caribe. En Publicaciones de las Naciones Unidas (Eds.) *Salud electrónica en América Latina y el Caribe: avances y desafíos*. (pp. 11-26). Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas.
- Fernández, C. F. (1948). ¿Cuándo y por quién se aplicó por primera vez en México la anestesia por inhalación? *Gaceta Médica de México*, LXXVIII, 266-278.
- Fernández, J. A., Barajas, G., Barroso, L. (2007). *Profesión, ocupación y trabajo*. Barcelona: Ediciones Pomares.
- Fernández, J.A. (2012). *Estructura y formación Profesional. El caso de la profesión médica*. (2.ª Edición. Puebla: Ed. BUAP.
- Fernández, M. O., Suárez, M. S., Cabrera, H. C., García del Río, B. y Tapia, M. A. (2007). Calidad de vida profesional de los médicos residentes. *Archivos de Medicina*, 3(1), 1-14.
- Fernández, P. (2001). Elementos que consolidan al concepto de profesión. Notas para la reflexión. *Revista electrónica de Investigación Educativa*, 3(1). Recuperado de <https://redie.uabc.mx/redie/article/view/40>
- Fernández, R. C., Queiroz, S. R., Souza, Alves, A. F., Menezes, N. G., Alves, G. J. y Barreto, G. R. (2015). Implementation of a residency program in anesthesiology in the Northeast of Brazil: impact on work processes and professional motivation. *Revista Brasileira de Anestesiología*, 65 (2) ,155-161.
- Ferreriro, R. (2010). *Estrategias didácticas del aprendizaje cooperativo*. Método ELI. México: Trillas
- Feyerabend, P. K. (1982). La ciencia de una sociedad libre. En: *La ciencia en la sociedad libre*. Madrid. Alianza. pp. 82-142.
- Flick, U. (2005). Investigación cualitativa: Relevancia, historia y rasgos. Posiciones teóricas, Construcción y comprensión de textos. En. *Introducción a la investigación cualitativa*. (pp. 15-52). Madrid. Morata.
- Flin, R. & Crichton, P. (2008). *Safety at the Sharp End: A Guide to nontechnical skills*. Ashgate Hampshire England: Publishing Company.
- Flores, M. (2004). Implicaciones de los paradigmas de investigación en la práctica educativa. *Revista Digital Universitaria*, 5 (1). 2-9. Recuperado de [www.revista.unam.mx/vol.5/num1/art1/ene\\_art1.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.5/num1/art1/ene_art1.pdf) .
- Freidson, E. (1978). The theory of professions: State of the art. En R. Dinwall y P. Lewis (Eds.), *The sociology of the professions: Lawyers, doctors and others*. London: Macmillan Press.
- Freidson, E. (2001). La Teoría de las profesiones del Estado del Arte. *Perfiles Educativo*, 23(93), 28-43. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf//155/15503202.pdf>
- Frenk, J., Chena, L., Cohene, J., Evansg, T., Finebergh, T., Yang Kej, D., Kelleyj, P., Naylorll, D., Reddyn, S., Scrimshawo, S., Sepúlvedap, J., Serwadda, T. y Zuraykr, H. (2015). Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. *Educación Médica*, 16(1), 9-16.
- Frenk, J., Hernández, H. L., y Alvarez, L. K. (1980). El mercado de trabajo médico. II. Evolución histórica en México. *Gaceta Médica de México*, 116, 265-284.
- Fritz, E., Gempeler, R. (2014). Educación en anestesia. ¿Cambio de un paradigma? *Revista Colombiana de Anestesiología*, 42 (3) ,139-41.

- Fuentes, C., Yurén, T., Elizondo, A. (2008). Cibercafés populares: su potencialidad como dispositivo de autoformación. En Yurén T. y Romero, C. (coord.) *La formación de los jóvenes en México. Dentro y fuera de los límites de la escuela*. (p. 143-168). México: Casa Juan Pablos.
- Fundación humanización (2015). Recuperado de: [blogspot.com/search/label/profesionalismo](http://blogspot.com/search/label/profesionalismo)
- Gaba, D. M. (2010). Crisis resource management and teamwork training in anaesthesia. *British Journal Anaesthesia*, 105, 3-6.
- Gaba, D.M., Howard, S.K., Fish, K. J., Smith, B.E. & Swb, Y. A. (2001). Simulation-based training in anesthesia crisis resource management (ACRM): a decade of experience. *Simulation & Gaming*, 32, 175-193.
- Galindo, M. E. y Galindo, M. N. (2008.) Formación Integral consciente del anestesiólogo. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 31, (1), 6-8.
- Gallardo, C., Vizuet, O., Loria, C. (2012). Actitud ética profesional de los residentes de Anestesiología de acuerdo con el grado académico en la Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Especialidades «Dr. Antonio Fraga Mouret», del Centro Médico Nacional «La Raza». *Archivos de Medicina de Urgencia de México*, 4(3), 96-104.
- Gallece, V. (2003). The roots of empathy: the shared manifold hypothesis and the neural basis of inter subjectivity. *Psychopathology*, 36, 171-80.
- Garay, A. (1909). “Lección inaugural del segundo curso de Clínica quirúrgica en el Hospital Juárez” en la Escuela de Medicina. *Periódico dedicado a las Ciencias Médica*, XXIV, (10).
- García, C. N. (1999). *La globalización imaginada*. México: Paidós.
- García, D. R. (2013). Los valores en la Educación bajo contextos internacionales y nacionales. En: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (Eds). *Educación y Humanismo perspectivas y propuestas*. (pp. 40-47). México: BUAP.
- García, L. K. y Rojas, P. E., (2015). ¿Cómo ayudar al aprendizaje colaborativo? *Revista Mexicana de Anestesiología*, 33(1), 305-30
- García, O. (2015). “Retos metodológicos: de la oralidad al texto.” *Revistas Antropológicas*, 13, 57-66.
- Garger, S., Guild, P. (1984). Learning styles: the crucial differences. *Curriculum review Journal*, 9-12.
- Geertz, C. (1994). *Conocimiento local*. España: Paidós.
- Geertz, C. (2009). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Giacomantone O. y Suárez, I. B. (2005). Profesionalismo médico su relación con la educación médica del siglo XXI. *Educación Médica Permanente*, 1(1), 4-18.
- Giddens, A. (1989). *La tercera vía. La renovación de la socialdemocracia*. Madrid: Taurus.
- Gil, R. (2001). *Valores humanos y desarrollo personal. Tutorías de educación secundaria y escuela de padres*. Barcelona: CISSPRAXIS Educación.
- Ginsburg S. (2000). Context, conflict, and resolution: A new conceptual framework for evaluating professionalism. *Acad Med*; 75 (10), 6-11.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.
- Glavin, R. J. (2009). Excellence in anesthesiology. *Anesthesiology* 110. 4-5
- Go, P., Klassen, Z. & Chamberlain, R. S. (2012). Attitudes and Practices of surgery residency program directors toward the use of social networking profiles to select residency can-

- didates: A nationwide survey analysis. *Journal Surgery Education*, 69, 292-300. Recuperado en <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMSa052596> consultado el 3 de noviembre del 2017.
- Godina, H. C. y Bernal, A. M. (2013). *Humanismo en Crisis: Educación de Derecho Humano a Mercancía*. Educación y Humanismo Perspectivas y propuestas. Puebla: BUAP.
- Goic, A. (2006). Informe Flexner y educación médica. *Anal. Chilena Historia Médica*, 16, 111-112. Recuperado de. *Revista Médica de Chile y la educación en medicina*. [revmedchile@smschile.cl](mailto:revmedchile@smschile.cl)
- Gómez Hernández Karla. (2013). Profesionalismo médico en anestesiología. *Revista Mexicana de Anestesiología*, (1), S310-S311.
- Gómez, C. (1982). Relaciones entre la tecnología, división del trabajo y calificación ocupacional. Implicaciones para la formación profesional. *Revista Latinoamericana de estudios educativos*, XII (2), 81-95.
- Gómez, E. R., (2002). *El médico como persona en la relación médico-paciente*. (p. 75). España: Editorial Fundamentos.
- Gómez, V. J. (1990). *Una aproximación al estudio de la sociología de las profesiones*. 1-46. Recuperado de <https://www.monografias.com/trabajos98/sociologia-profesiones-y-profesionalizacion-docente-reformas-y-resultados/sociologia-profesiones-y-profesionalizacion-docente-reformas-y-resultados.shtml>
- González, M. J. (2009). Historias de vida y teorías de la educación: tendiendo puentes. *Cuestiones pedagógicas*, 19, 207-232.
- González, M. M., Lara, G. P., González, M. J. (2015). Modelos Educativos en medicina y su evolución histórica. *Revista Española Médico Quirúrgica*, 20, 256-265.
- González, M. (2000). La educación en valores en el Curriculum universitario. Un enfoque psicopedagógico para su estudio: *Educación Médica Superior*, 14(1), 74-82.
- González, M. (2012) ¿Cómo podemos evaluar la formación de nuestros residentes? *Educación Médica*, 15 (3), 135-141.
- González, P., Fernández, C. M., Jiménez, S. D. (2011). Calidad de los servicios médicos de Anestesiología: algunas consideraciones actuales. *Revista Cubana de anestesiología y Reanimación*, 10 (1), 2-11.
- González, Q. C. (2015). Ética de las Organizaciones Sanitarias. *Revista CONAMED*. 20(2). 74-77. Bioética de Asturias: España.
- González, L. G., Lewis, J. (2009). Experiences of the Network. Towards Unity for Health Women and Health Taskforce. *Education for the Health*. 22. 274.
- Goode, W. J. (1960). Encroachment, Charlatanism and the emerging professions: Psychology, Sociology and Medicine. *American Sociological review*, 25(6) December, 902-914.
- Gordon, J. A., Oriol, N. E. & Cooper, J. B. (2004). Bringing good teaching cases “to life” a simulator-based medical education service. *Academic Medicine*, 79, 23-27.
- Gordon, M.S., Ewy, G.A. & Felner, J. N. (1980). Teaching bedside cardiac examination skills using “Harvey” the cardiology patient simulation. *Medicine Clinic of North American*, 64, 305-313.
- Gouldner, A. N. (1980). *El futuro de los intelectuales y el acceso de una nueva clase. Un marco de referencia, tesis, conjeturas, argumentos y perspectiva histórica sobre el papel de los intelectuales y la lucha de clases internacional en la edad moderna*. Madrid: Alianza Universidad.
- Guash, O. (2002). *Observación participante*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

- Guerra, C.E., Pozo, M. C., Alvarez, M. L. (2001). El proceso de atención de enfermería y la formación de profesionales. *Revista Educación Médica Superior*, 15(1), 30-38.
- Guba, E., & Lincoln, Y. (1994). *Paradigmas en pugna de la investigación cualitativa*. En: Guba, E., & Lincoln, Y. Handbook of qualitative research. London: Sage.
- Gupta, P., Moore, R., Duval, G. (2015). Bienestar ocupacional en anestesiología Una relación con la metodología ocupativa. *Revista Brasileña de Anestesiología*, 65(4), 237-239.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2009). *Guías para una cirugía segura* (internet) Ginebra: OMS. (2009). Actualizado 26 de feb. 2009; citado el 15 de nov. 17. Recuperado de: [http://extranet.who.int/iris/bitstream/123456789/780/1/9789241598552\\_eng.pdf](http://extranet.who.int/iris/bitstream/123456789/780/1/9789241598552_eng.pdf)
- Guillén, P. J. y Bueno, C. A, (2013). Calidad de la información en el proceso del Consentimiento Informado para Anestesia. *Cirugía Española*, 91(9), 595-601.
- Gurdián, F. A. (2007). *El paradigma cualitativo en la investigación socioeducativa*. San José de Costa Rica: Agencia Española de Cooperación Internacional.
- Gutiérrez, J. y Delgado, M. (1989). *La descodificación de la vida cotidiana: métodos de investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Guzmán (2005) Un estudio comparativo sobre los valores éticos de los estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(2), 397-415.
- Guzmán, F., Franco, E., Morales, B. y Mendoza, V. G. (1994). El acto médico: Implicaciones éticas y legales. *Acta Médica Colombiana*, 19 (3), 139-149.
- Gvirtz, S., Grinberg, S. y Abregú, V. (2007). *La educación ayer, hoy y mañana: El ABC de la Pedagogía*. Buenos Aires, Argentina. UADE.
- Hafferty, F. C. (2000). In search of the lost cord: professionalism and the medical education's hidden Curriculum. In Wear D., Bickel, J. (eds). *Educating for professionalism: creating a culture of humanism in medical education*. (pp. 1-34). Iowa: University of Iowa Press.
- Hafferty, F. & Franks, R. (1994) The hidden Curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Academia Médica* 69. 861-71.
- Hammersley, M. y Atkinson, P. (1994). *Etnografía .Métodos de investigación*. Paidós: Barcelona.
- Hamui, L. S. (2014). Facultad de Medicina de la UNAM en transición hacia el paradigma de las competencias. *Un modelo de evaluación curricular cualitativa*. Facultad de Medicina UNAM. (p. 98-109). Editorial Díaz de Santos: México.
- Hamui, S. A., Flores, H. F., Gutiérrez, B. S., Castro, R. S., Lavalle, M. C. y Vilar, P. P. (2014). Correlaciones entre las dimensiones de los ambientes clínicos de aprendizaje desde la percepción de los médicos residentes. *Gaceta Médica de México*, 150, 144-53.
- Hartshorne, H. & May, M. (1949) *Studies in the Nature of Character*. N. York: Macmillan Company.
- Hau, R. F., (1993). Tradición cristiana y medicina árabe. En Vilela, A, Bora, V. (Eds.) *Crónicas de la Medicina*. (pp.63-120). España: Intersistemas editores.
- Hernández, E. C., Hernández, C. J., González, G.L. y Barquet, M, S. (2010). Formación en ética y profesionalismo para las nuevas generaciones de médicos. *Persona y Bioética*, 14(1). Disponible en: <http://personaybioetica.unisaba.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/1685/2261>.
- Havighurst, R. J., Taba, H. (1949). *Adolescent carácter and Personality*. New York: Wiley.
- Hernández, S. R., Fernández, C. C. y Baptista, L. P. (2014). Los enfoques cuantitativo y cualitativo de la investigación científica. En: *Metodología de la investigación*. (p.1-32). México: McGraw-Hill.
- Hersh R. (1984) *El crecimiento moral: de Piaget a Kohlberg*. Madrid: Narcea.



- Herskovic, P. (2005) La reforma curricular de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile. *Revista Chilena de Pediatría*, 76, 9-11.
- Higgins, G. L. (2017). *Historia de la Anestesiología*. Anestesiología Mexicana en Internet. Recuperado de: [www.anestesia.com.mx/whoist.html](http://www.anestesia.com.mx/whoist.html).
- Hilton, S. R. & Stonick, H. B. (2005). Proto-professionalism how professionalization occurs across a continuum of medical education. *Medical Education*, 39, 58-65.
- Hirsh, D. A., Ogur, B., Thibault, G. E., Cox, M. (2007). Continuity as an organizing principle for clinical education reform. *New England Journal of Medicine*, 356(8), 858- 866.
- Holm-Deltev, K. (2005). *Manual de la sociología del trabajo y de las relaciones laborales*. Barcelona: Delta Publicaciones Universitarias.
- Horwitz, C. N. (2004). El cambio de la práctica médica: Desafíos psicosociales para la profesión. *Revista médica de Chile*, 132(6), 768-772.
- Horwitz, H. C. (2006). El sentido social del profesionalismo médico. *Revista Médica de Chile*, 134, 520-524.
- Hospital Universitario La Paz. (2015). *Programa de formación de médicos residentes*. Recuperado de [anestesia@lapaz.com](mailto:anestesia@lapaz.com)
- Hurtado, E. A., Serna, A. M. y Madueño, S. M. (2015) Práctica docente del profesor universitario: su contexto de aprendizaje. *Profesorado*, 19(2), 215-224.
- Hymes, D. (1982). What is ethnography? In: Gilmore, P. & Glatthorn, A. A. (Eds.). *Children in and out of school: Ethnography and education*. (pp.1-32). Washington, DC: Center for Applied Linguistics.
- Iasist (2012). *Evaluación de los resultados de los hospitales en España según su modelo de gestión*. Barcelona. Recuperado en: [http://www.asist.com/files/Modelos\\_gestion\\_0.pdf](http://www.asist.com/files/Modelos_gestion_0.pdf)
- Ibarra, P., Galindo, M., Molano, A., Echeverry, P., Rincón, J., Hani, A., Sabbagh, L., Donado, J., Artuduanza, I., Carbonell, R., Vieira, F., Gaidos, C., Orozco, A., Tigos, J., Ruíz, C., Barona, R., Fonseca, M. y Polania, J. (2012). Recomendaciones para la sedación y la analgesia por médicos no anesestesiólogos y odontólogos de pacientes mayores de 12 años. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 40(1), 67-74.
- Inclán, E. C. (1997). Estudio del impacto de los programas de estímulos en el trabajo docente: el caso de la UNAM. *Pensamiento Universitario*, 86, 53-61
- Infante, A. C. (2011). New professionalism, medical education and healthcare systems. *Ciencia & Salud Colectiva*, 16(6), 2725-2732.
- Infante, C. (2010). La Formación Sanitaria especializada en España Dirección de Ordenanza profesional, Cohesión y alta inspección. Ministerio de Calidad y Política Social. Presentación Virtual en *Reunión sobre residencias médicas*. Recuperado de [doe.juntaex.es/pdfs/doe/2011/280o/11040018.pdf](http://doe.juntaex.es/pdfs/doe/2011/280o/11040018.pdf)
- Informe sobre Desarrollo Mundial 2018. *Banco Mundial. Mensajes principales*. Recuperado de: <http://www.bancomundial.org> SKU 33149.
- Isotools (2015). *Estándares de certificación*. Consultado en: <https://www.iso-tools.org/2015/05/13/estandares-para-la-certificacion-de-hospitales/>
- Janssen, J. J., Scherpier, A. J., Groll, R. P., Van Der Vleuten, C. P. & Rethans, J. J. (1996). Performance-based assessment in continuing medical education for general practitioners: construct validity. *Medical Education*, 30, 339-44.
- Jason R. F., Danoff, D. (2007) The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. *Medical Teacher*. 29:7, 642-647.

- Jeffrey, A. y Giesen, B. (1994). De la reducción de la vinculación: la visión a largo plazo del debate micro-macro, Jeffrey, A. et. al. (Eds), *El vínculo micro-macro* México: Universidad de Guadalajara.
- Johnson, T. J. (1972) *Professions and power*. London: Mac Millan.
- Jolly, B. (2014). Faculty development for organizational change. Steinert Y. (Ed). *Faculty development in health professions: a focus on research and practice*. Montreal: Springer.
- Juhel, R. (1892). *Vie professionnelle et Devoirs du Médecin*. París: Octave Doin Editeur.
- Kavanagh, M. F. (1928). The origin of Word “Anesthesia”. *California and Western Medicine*, XXIX (1), 10-12.
- Kemmis, S. & McTaggart, R. (1992). *Cómo planificar la investigación-acción*. Barcelona: Laertes.
- Kenny, N. P., Mann, K. V. & MacLeod, H. (2003). Role Modeling in Physicians’ Professional Formation: Reconsidering an Essential but Untapped Education Strategy. *Academic Medicine*, 78, 1203-1210.
- Khan, P. (2013). The informal Curriculum: a case study on tutor reflexivity, corporate agency and medical professionals. *Journal University of Chicago*, 18(6), 631-642.
- Kitz, R. J. y Vandam, L. D. (1988). Historia y alcance de la práctica anestésica. En: Miller, R. (2ª. Edición). *Anesthesia*. Barcelona: Ediciones Doyma.
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of focus groups: The importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illness*, 16(1), 103-121.
- Kohlberg, L. (1971). *Moral Education, psychological view of*. International Encyclopedia of Education. Nueva York: Macmillan and Free Press.
- Kohlberg, L., Mayer, R. (1972) Development as the aim of education. *Harvard Education Review*, 42, 449-96.
- Kohlberg, L. (1974). *The development of moral thought and choice years ten to sixteen*. United States: Universidad de Chicago.
- Kohlberg, L. (1975). Moral education for a society in moral transition. *Educational Leadership*, 33 (1), 46-54.
- Kohlberg, L. (1976). Moral stages and moralization: The cognitive development approach. En Gadisa (Editorial). *La educación moral según Lawrence Kohlberg*. (pp. 15-48). Barcelona, España.
- Kohlberg, L. (1987). El enfoque cognitivo-evolutivo de la educación moral. En Jordán, J. A. y Santolaria, F. (eds.), *La educación moral hoy. Cuestiones y perspectivas*. Barcelona: PPU.
- Kohlberg, L., Power, F. C. Higgins, A. (1989). *La educación moral según Kohlberg*. España: Gedisa.
- Kohlberg, L., Power, F. C. y Higgins, A. (2008). *La educación moral según Lawrence Kohlberg*. Barcelona: Gedisa.
- Kolb, D. A. (1984). *Experimental learning: experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice Hall.
- Kotter, J. (1995) *The New Rules*. Nueva York: Dutton.
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica*. Barcelona, España: Paidós.
- Krueger, R. A., & Casey, J. (2009). *Successful Focus Groups: Practical Guidelines for Research* (4th ed.). Thousand Oaks. United States: CA: Sage Publications

- Kuduvalli, P. M., Jervis, A., Tighe, S. Q., Robin, N. M. (2008). Unanticipated difficult airway management in anesthetised patients: a prospective study of the effect of mannequin training on management strategies and skill retention. *Anaesthesia*, 63,364-369.
- Kumagai, A. K., (2008). A Conceptual Framework for the Use of Illness Narratives in Medical Education. *Academic Medicine*, 83(7), 653-658.
- Kumate, J. (2005). *La enseñanza de la Pediatría en México siglo XXI*. México, D. F.: El Colegio Nacional.
- Lang CW, Smith PJ, Ross LF. (2009). Ethics and professionalism in the pediatric curriculum: a survey of pediatric program directors. *Pediatrics*, 124(4) ,1143-1151.
- Larsson, J. (2009). Studing tacit knowledge in anesthesiology. A role of cualitative reserch *Anesthesiology*, 110, 443-444.
- Latapí P. (1982). Profesiones y sociedad: un marco teórico para su estudio. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, XII (4), 59-74.
- Latapí, P. (1999). La formación moral. En P. Latapí (Ed.): *La moral regresa a la escuela. Una reflexión sobre la ética laica en la educación mexicana*. México: Plaza y Valdés-UNAM-CESU.
- Latorre, A., Rincón, D. del, Arnal, J. (2003): *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Barcelona: Ediciones Experiencia.
- Lazzaro, S. M. y Pujol, L. J., (2017). Riesgos psicosociales e integración profesional de los médicos extranjeros: un estudio sobre manejo del conflicto. *Revista Médica Chilena*, 145(10), 1300-1307.
- Leblanc, V. R. (2011) Review article: Simulation in anesthesia: state of the science and looking forward. *Canadian Journal of Anesthesia*, 59, 193-202.
- Lemus, L. E., Pérez, S. A. (2013). Desarrollo social a través del modelo de formación de la especialidad en Medicina General Integral en Cuba. *Revista Cubana de Educación Superior*, 27(3), 1-15.
- Lerner, S. (2000). La docencia universitaria. *Sinopsis*. PUCP (38) 1.
- Letelier, M. (1995). Relaciones entre docencia e investigación: Un campo de estudio abierto. *Revista Católica de Colombia*, (9) Octubre, 2-7. <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/1109/3/Rae%20ensapre.pdf>
- Leterier, V. Velandia, M. (2010). Profesionalismo en enfermería, el hábito de la excelencia del cuidado. *Avances en enfermería*, XXVIII (2), 145-158.
- Linde, N. A. (2009). La educación Moral según Lawrence Kohlberg: una utopía realizable. *Praxis filosófica*, 28, 7-22.
- Liondas, S. (2009). Evaluación y desarrollo de la anestesiología. *Anestesia, Analgesia, Reanimación*, 22 (1), 6-19.
- Llamas, S. y Gómez, P. (2011). Percepción de los residentes de medicina familiar sobre sus errores clínicos tras dos años de formación. SEMEGEN. *Medicina Familiar*, 37(6), 280-286.
- Longnecker, D. R., Brown, D. L., Newman, M. F. y Zapol, W. M. (2012). *Anesthesiology*. United States: Mc Graw Hill.
- Lorenzano, C. J. (2010). Métodos y paradigmas. La metodología de los programas de investigación. *Electroneurobiología*, 18 (1), 84-132.
- Loria, C. J., Rivera, I. D., Gallardo, C. S., Márquez, A. C. y Chavarría, I. R. (2007). Estilos de aprendizaje en los médicos residentes de un hospital de segundo nivel. *Educación Médica Superior*, 21(4), 1-11.

- Lostao, C. (2006). Bitácora en línea. Recuperado en: <http://lostifer.blogia.com/2006/-definicion-de-excelencia.php>
- Luengo, R. C. (2008). Redes de apoyo y capacidad de resiliencia: su importancia en la recuperación de pacientes accidentados laborales. *Revista Electrónica de Trabajo Social*, sp. Recuperado de [www2.udel.cl/~ssrevi/pdf/Redes%20de%20apoyo%20y%20capacidad%20de%20resiliencia.%20Su%20importancia%20en%20la%20recuperacion%20de%20pacientes%20accidentados%20laboral.pdf](http://www2.udel.cl/~ssrevi/pdf/Redes%20de%20apoyo%20y%20capacidad%20de%20resiliencia.%20Su%20importancia%20en%20la%20recuperacion%20de%20pacientes%20accidentados%20laboral.pdf).
- MacKee, N., Edwards, R. & Atun. C. (2006) Public-private partnerships for hospitals. *Bulletion of the World Health Organizaton*, 890-896.
- McMillan, J. H., Schumacher, S. (2005). *Investigación Educativa*. Madrid: Pearson Educación.
- Madueño, M. L. (2013). *Mecanismos de mediación que intervienen en el proceso de formación docente en el profesorado universitario en el desarrollo de su práctica*. En M. C. Barrón, Ponencia llevada a cabo en el XII Congreso Nacional de Investigación Educativa, Guanajuato, México.
- Mann, K. (2006). *Learning and teaching in profesional carácter development*. In Kenney N, ed, Lost virtue: professional character development in medical education. New York: Elsevier.
- Manzo, R. L., Rivera, M. N. y Rodríguez, O. A. (2006). La educación de posgrado y su repercusión en la formación del profesional iberoamericano. *Educacion Médica Superior*, 20(3), 1-11.
- Marchesi, A. (1986). El desarrollo moral. En J. Palacios, A. Marchesi, M. Carretero (eds) *Psicología evolutiva*. Madrid: Alianza Universidad.
- Marchesi, A. (2009). Las Metas Educativas 2021. Un proyecto iberoamericano para transformar la educación en la época de los bicentenarios. *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad*, 12(4), 87-157
- Margalef, G. L. (2014). Evaluación formativa de los aprendizajes en el contexto universitario: resistencias y paradojas del profesorado. *Educación XXI*, 17(2), 35-55.
- Marquina, S.M. (1995). La Asociación Profesional en Beneficio de las Profesiones. Reunión Nacional Regulación de las Profesiones, *Situación Actual y Prospectiva*. Memorias pp. 91-92. México: Subsecretaría de Educación Superior e Investigación Científica.
- Marrón, P. M. (2001). Impacto de la Anestesia en la Gineco-Obstetricia. *PAC Anestesia 2*. Libro 10. México, D. F.: Editorial Intersistemas.
- Marrón, P. M. y Moreno, A. C. (2013). Antecedentes históricos del Colegio Mexicano de Anestesiología, antes Sociedad Mexicana de Anestesióloga: sus orígenes, evolución y trascendencia (1934-1995). *Revista Mexicana de Anestesiología*, 36 (2), 136-154.
- Martínez, D. R. ((1878). La anestesia en la práctica de la obstetricia. *Gaceta Médica de México*. XIII, 459-461.
- Martínez, G. A., Bernal, M. A., Hernández, C. B., Gil, M. A. y Martínez, F. A. (2005). Los egresados del posgrado de la UNAM. *Revista de Educación Superior*, XXXIV (133), 23-32.
- Martínez, G. A., Lifshitz, G. A., Ponce, R. R. y Aguilar, V. (2008). Evaluación del desempeño docente en cursos de especialización médica. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(4), 375-382. Recuperado de [http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista\\_medica/article/view/1561](http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/1561)
- Matza, D. (1981): *El proceso de desviación*. Madrid: Taurus.

- Maxime, A., Papadakis, M. P., Teherani, A., Banach, M. A., Knettler, T.R., & Ratter, L.S. (2005). Disciplinary action by medial boards and prior behavior in medical school. *New England Journal Medicine*, 353, 2673-2682.
- Maya, J. M. (2015). El profesionalismo en la práctica médica actual. *Rev. Asoc. Colomb Dermatología*, 23(1), 247-251.
- McGaghie, W. C., Issenberg, S. B., Cohen, E. R., Barsuk, J. H. & Wayne, D. B. (2011). Does simulation-based medical education with deliberate practice yield better results than traditional clinical education? A Meta-analytic comparative review of the evidence. *Academic Medicine*, 8, 706-711.
- Mckernan, J. (2001). *Investigación, acción y curriculum*. (2ª edición). Madrid, Morata.
- Meijer, M. y Burgos, M. (2013) Influencia de la relación médico-paciente en la vida de Frida Kahlo. *Revista Comisión Nacional de Arbitraje médico*, 18(3), 139-143.
- Meisser, M. A., Tirado, A. L., González, M. I. (2016). Factores relacionados con la empatía en estudiantes de Enfermería de la Universidad de Cartagena. *Enfermería Clínica*, 26(5), 282-289.
- Meléndez A. (2008). La gestión indirecta de la asistencia pública, Reflexiones en torno al debate sobre la privatización de la sanidad. *Revista de Administración Sanitaria*, 6, 269-296.
- Mendel D. (1984). *Proper Doctoring*. Ed Español: *El buen hacer médico*. (1991) Pamplona, España: Eunsa.
- Méndez, L. J., Mendoza, E. H., Torruco, G. U., Sánchez, M. M., (2013). El médico residente como educador. *Investigación Educativa Médica*, 8(31), 154-161.
- Mendoza, E. H., Méndez, L. J. y Torruco, G. U. (2012). Aprendizaje basado en problemas (ABP): sugerencias para ser un tutor efectivo. *Investigación en Educación Médica*, 1 (4), 235-237.
- Meneu, R. y Ortún, V. (2011). Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis. *Gaceta Sanitaria*, 25(4), 333-338.
- Merry, F. A., Cooper, J. B., Soyannwo, O., Wilson, H.I. & Eichhorn, J. H. (2010). International Standards for safe practice of Anesthesia 2010. *Canadian Journal of Anesthesia*, 57 (11), 123.
- Merton, R. & Kendal, K. (1946). The focused interview, *American Journal of Sociology*, 51, 541-557.
- Mézquita, O. J. (2006). El arte del diagnóstico. *Medicina Interna México*. 22,246-52.
- Ministerio de Salud Pública. *Plan de estudios de la residencia de MGI*. 4ta. Versión. La Habana: MINSAP. Recuperado de <http://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/650>
- Miró M. E., Cano, M. y Buela, C. G. (2005). Sueño y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*, 14(1), 11-27.
- Monereo, C. (2009). La autenticidad de la evaluación. En M. Castelló (ed) *La evaluación auténtica en la enseñanza secundaria y universitaria: investigación e Innovación*. (pp. 15-32). Barcelona: Edebé.
- Montes, V. E., García, G. J., Blázquez, M. M., Cruz, J. A. y De San José, C., (2017). Violencia hacia residentes médicos. *Ciencia Universidad Autónoma de Nuevo León*, 12(2), 54-66.
- Mora S., Moreno C., (2016). Autopercepción de salud y red de apoyo y funcionalidad familiar, de los estudiantes que inician el posgrado de medicina. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 25(1), 8-14.
- Morán, B. J. Ruíz, G. P. (2010). ¿Reinventar la formación de médicos especialistas? Principios y retos. *Revista Nefrología*. 30 (6), 604-612.

- Morales, B. (2013). Un nuevo profesional para una nueva sociedad. Respuesta desde la educación médica: la formación basada en competencias. *Revista de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 385-405.
- Morales, B. P. y Landa, I. V. (2004). Aprendizaje basado en problemas. *Theoria*, 13,145-157.
- Morales, L. S. (2018). Competencias que se pueden desarrollar en el pregrado con la enseñanza basada en simulación. En: *Segundo Encuentro Internacional en Simulación Clínica*. Palacio de la Escuela de Medicina Universidad Nacional Autónoma de México.
- Morales, R. M. (2017). *Calidad de vida profesional de los médicos residentes del Hospital Alemán Nicaragüense* en periodo de diciembre 2015<sup>a</sup> diciembre del 2016. Repositorio UMAN. <http://repositorio.unan.edu.ni/4346/1/96853.pdf>.
- Moreto, G., González, B. P. y Piñero, A. (2018). Reflexiones sobre la deshumanización de la educación médica: empatía, emociones y posibles recursos pedagógicos para la educación efectiva de estudiante de medicina. *Educación Médica*, 19(3), 172-177.
- Morse, J. (2016). *Qualitative health research: Creating a new discipline*. New York: Left Coast Press.
- Muñoyerro, A. (1955). *Código de Deontología farmacéutica*. Madrid: Fax.
- Murphy, J. G., Stee, L., McEvoy, M. T. & Oshiro, J. (2007) Journal reporting of medical errors: The wisdom of Solomon, the bravery of Achilles, and foolishness of Pan. *Chest*, 131, 890-6.
- Myers, E. D. (1960). *Education in the perspective of History*. Nueva York: Harper.
- Navarrete, M. A. (1999). *Desarrollo de un modelo de evaluación del desempeño para docentes de instituciones educativa superiores mediante el uso de la aplicación de herramientas de calidad total*. Tesis de Maestría. Universidad Autónoma de Nuevo León. México.
- Navarro, D. D. (2014). *Panorama Histórico de la Educación Superior Francesa* (1-edición). México: Ed. ANUIES.
- Navarro, V., Arguello, B. & Scafati, A. (2014) Base a survey relative to the practice of simultaneous anaesthesia in Latin-America. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 42(4), 265-271.
- Neiman, G., G. Quaranta. (2012). Los estudios de caso en la investigación cualitativa. En I. Vasilachis de Gialdino (coord.) *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Nicolas, B. & Gillet, G. (1997) Doctors stories patient stories: a narrative approach to teaching medical ethics. *Journal of Medical Ethics*, 23,295-299.
- Nigenda, G., Magaña-Valladares, L., Ortega-Altamirano. (2013). Recursos Humanos para la Salud en el contexto de la reforma sanitaria en México: formación profesional y mercado laboral. *Gaceta Médica* .149, 555-61.
- Nolla, C. N. (1997). Etnografía: una alternativa más en la investigación pedagógica. *Educación Médica Superior*, 11 (2), 107-115. Recuperado en: [http://scielo.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864214119997000200005&5Ing=es&tlng=es](http://scielo.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864214119997000200005&5Ing=es&tlng=es).
- Noriega, L. M., Castillo, M, Santolaya, M. (2018). Formación de especialistas en Latinoamérica: Rol de las universidades chilenas. *Educación Médica*. 19(1), 25-30.
- Norcini, J., & Burch, V. (2007). Workplace-based assessment as an education tool. AMEED Guide No. 31. *Medical Teach*, 29, 855-71.
- Norma Oficial Mexicana NOM -234-SSA1-2003. *Normalizada de educación (CINE)*. Recuperado de [http://www.uis.unesco.org/StatisticalCapacityBuilding/Workshop%20Documentes/Education%20workshop%20dox/2013%20dox/Lima/.CINE\\_2011.pdf](http://www.uis.unesco.org/StatisticalCapacityBuilding/Workshop%20Documentes/Education%20workshop%20dox/2013%20dox/Lima/.CINE_2011.pdf)

- Nunn, J. F. (1999). Developmente of academic anaesthesia in the UK up to the end of 1998. *British Journal of Anaesthesia*, 83, 916-932.
- Observatorio Mundial de Ética de la UNESCO (GEObs)- Base de datos con Recursos den Ética: <http://www.unesco.org/new/es/social-and-human-sciences/resources/databases/global-ethics-observatory>
- Objetivos del Desarrollo del Milenio. (2000). Naciones Unidas.Nueva York. Recuperado de: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Attach/Indicators/OfficialList.es.pdf>.Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas.
- Ocampo, M. J. (2007) Bioética y ética médica: un análisis indispensable. *Revista Facultad de Medicina*, 50(1), 70-4.
- Ocampo, M. J. (2009).La Bioética en las escuelas y facultades de medicina de carácter público. *Revista Facultad de Medicina UNAM*. 152(3), 114-116.
- Ocampo, M. J. (2011) Reflexiones Bioéticas sobre la Carta del Profesionalismo Médico. *Revista Mexicana de Angiología*, 39(2), 49-54.
- Ochoa, P. P. (2012). *Significado del trabajo en la profesión médica*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00662>
- OMS (2003) *Asamblea Mundial de Salud*, Ginebra, 19-28 de mayo 2003: resoluciones y decisiones: anexos. Recuperado de: <http://www.who.intirishandle10665/259353> Consultado el 5 de marzo del 2018.
- OMS Declaración Alma-Ata. (1978) *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud*, Alma-Ata, URSS. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- OPS/OMS (2003) *Resolución Consejo Directivo CD44. R6*. Washington, DC. Disponible en [www.fundacionfemeba.org.ar](http://www.fundacionfemeba.org.ar)
- Organización Médica Colegial (2014). *Manual de estilo para médicos y estudiantes de medicina sobre el buen uso de redes sociales*. Consejo General de Médicos Generales de España. Madrid: España. Fecha de consulta 3 de noviembre del 2017.Recuperado de [http://etica-medicarrss\\_y\\_estudiantes-de-medicina-sobre-el-buen-uso-de-redes-sociales/](http://etica-medicarrss_y_estudiantes-de-medicina-sobre-el-buen-uso-de-redes-sociales/)
- Organización Panamericana de la Salud (2011). *Residencias Médicas en América Latina. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas no. 5*. Recuperado de [www.pho.org](http://www.pho.org) Consultado el 18 de febrero del 2018.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)/OMS. *Los cambios de la profesión y su influencia en la educación médica*. Washington (DC). Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/37669>
- Ortega y Gasset J. (1997). *Misión de la Universidad*. Madrid: Revista de Occidente. Alianza Editorial.
- Oseguera, R. J. (2006). El humanismo en la educación médica. *Educación*, 30(1), 51-63. Recuperado de <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/articulo/view/1794/1767>
- Osornio, C. L., Sánchez, R. A., Ríos, S. R., Méndez, C. A., Moreno. F. A., Ángeles, C. R. y Hurtado, D. J. (2015). Autoevaluación de los profesores de clínica integral de medicina sobre su desempeño docente. *Investigación en Educación Médica*, 4(16), 183-189.
- Ossgood, C. E. (1959). The representation model and relevant research methods. P. 33-88. I. de Sola Pool.Técnicas de análisis de contenido. (Comp.; Trends in content Análisis. Urbana. University of Illinois Press. Recuperado de <https://es.scribd.com/do>
- Palomo, G. A. (1989). Lawrence Kohlberg: Teoría y práctica del desarrollo moral de la escuela.*Revista Interuniversitaria formación profesional*, 4, 79-90.

- Palomo, G. A. (1991). Nivel de razonamiento moral en los niños del ciclo medio de EGB. *Revista Universitaria de Formación del Profesorado*, 11, 63-75.
- Pansza, G. M., (2005). *Elaboración de programas, en Operatividad Didáctica*. Tomo 2. México, D. F.: Gernika.
- Pardell, H. A. (2003). ¿Tiene sentido el profesionalismo, hoy? *Educación Médica*, 6(2), 63-80.
- Pardel, H.A. (2009). Sobre la regulación de la profesión médica. Situación actual y perspectivas del futuro en España. *Medicina Clínica*, 132 (1), 18-23.
- Parker, M. (2005). When is research on medical records without consent ethical? *Journal of Health Service Res Policy*, 10, 183–186.
- Parsons, T. (1967). Las profesiones y la estructura social. En Parsons Tlacott. Ensayos de Teoría sociológica. *Psicología Social y Sociología*, 28, 34-36.
- Parsons, T. (1979). *Profesiones liberales*. En: David L. Sills. (Comp.). Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales. (p. 538-547). Madrid: Aguilar Ediciones.
- Pascal, C. E., Tirso, V. F. (2017). Currículum oculto.puntos claves para el profesionalismo de un psiquiatra. *Rev Universidad Zaragoza*. Recuperado de: file:///C:/Users/Casa/Desktop/Chahuan%20(2017)%20Currícu
- Patiño, J. F. (2001). La desprofesionalización de la medicina en Colombia. *Acta Médica Colombiana*, 26(2), 43-49.
- Patiño, J. F. (2001a). Paradigmas y dilemas de la medicina moderna en el contexto de la atención gerenciada de la salud. *Revista Medicina*, 23(3) ,163-178.
- Patrick, J. & Samrt, R. M. (1998). An Empirical Evaluation for teacher Effectiveness: The Emergence of Three Critical Factors. *Assessmnt and Evaluation in Higher Education*, 23(2), 165-178.
- Payen, G. (1944). *Deontología médica*. Barcelona, España: Sucesores de Juan Gili.
- Paz, M. G., Jasso, I. B., Coria, Z. A. y Nájera, C. P. (2012). El entorno familiar y su influencia en el plan de vida de los jóvenes en una universidad privada de Monterrey, México. *Intersticios. Revista sociológica de pensamiento crítico*, 6(2), 175-190.
- Pairó, S. (2012). *Colaboraciones público-privadas: ¿Qué sabemos hasta ahora? XXXIII Jornadas de economía de la Salud. Crisis y horizontes de reforma de los sistemas de salud*. Santander. Recuperado de: <http://www.aes.es/jornadas/pdf/ponenci/M-003-4.pdf>
- Peñaloza, S. L., Medina, C. L., Herrera, M. A., Vargas, L. R. (2011). La profesión turística: ejes de explicación en su relación con la formación académica. *Revista de Educación Superior*, 40(16), 108-134.
- Peregrino, E. (2005). Professionalism, profession and the virtues of a good physician. Mount Sinai. *Journal of Medicine*, 69(6), 378-84.
- Peniche, M. L., Rojas, P. E. y López, M. M. (2014). Aprendizaje basado en problemas: aprendizaje de calidad en anestesiología. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 37 (1), 341-342.
- Peña R. G., Delgado, R. Y., Delgado, R. Y., Rodríguez, P. M., Ramírez, T. G. y Aguilera, S. E. (2018). *Acciones para el desarrollo de habilidades investigativas en la formación científica del pregrado*. Sociedad Cubana de Ciencias de la Salud de Holguín. VII Jornadas Científicas de la Sociedad Cubana de Educación en Ciencias de la Salud 2018. file:///C:/Users/Casa/Desktop/Peña%20(2018),%20Habiidades%20para%20la%20investigación. Plan Único de Especialidades Médicas en Anestesiología (2008). Universidad Nacional Autónoma de México. [www.fmposgrado.unam.mx](http://www.fmposgrado.unam.mx)
- Peñaloza, J. G., Mosquera, S. C. (2014). Aproximaciones a las tendencias investigativas sobre la enseñanza de la Teoría evolutiva en el contexto social, cultural y político. Universidad



- Pedagógica Nacional. Recuperado de: <https://revistas.pedagogica.edu.co/index.php/biografia/article/view/2467/2300>
- Peñaloza, S. L., Tamayo, S. A. (2013) Formación profesional del docente universitario a través de las Tics. *Revista Iberoamericana para la investigación y desarrollo educativo*, 10, 1-22.
- Pérez, T. R. (2013). Humanismo y Medicina. *Gaceta Médica de México*, 149, 349-353.
- Pieroni, P., Allín, J., Lowestwin, D., Pérez, G.,Guardiani, F., Mettini, S., Fernández, A., Paz, S y Eleit, G. (2011). Estado actual de la residencia en cardiología. Encuesta Nacional de residencias 2009-2010. *Revista Argentina de Cardiología*, 79(2), 167-178.
- Plan Único de Especializaciones Médicas en Anestesiología (2008). Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de [www.fmposgrado.unam.mx](http://www.fmposgrado.unam.mx)
- Plan Único de Especializaciones Médicas en Anestesiología (2015). Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de [www.facmed.unam.mx/bmnd](http://www.facmed.unam.mx/bmnd)
- Polaino, L. A. (1997). *Manual de ética y legislación de enfermería*. Barcelona; Mosby.
- Pollock, A., Shaoul, L. & Vockers. (2002) Private fuinance and value for money in IHS hospitals: a policy in search of a rationale. *British Medicine Journal*, 324. 1205-1209.
- Pozo, C., Reboloso, E., Fernández, B. (2000). The "ideal teacher", Implications for student evaluation of teacher effectiveness. *Assement & Evaluation in Higher Education*, 25 (3), 253- 263.
- Prats, E. (2016). La formación inicial docente entre profesionalismo y vías alternativas: mirada internacional. *Sociedad Española de Pedagogía*, 68(2), 19-33.
- Prieto, M. E., Jiménez, B. C., Monjarz, G. E. y Esparza, P. R. (2017). Profesionalismo en médicos de un hospital de segundo nivel. Ética y bioética. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(2), 264-72.
- Prieto, M., Canales, G., Jiménez, B., Esparza, P. R. y Rodríguez, R. L. (2015). Perfil de valores humanos de médicos en formación profesional. *Investigación Educativa Médica*, 4(16), 216-222.
- Project ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation and European Federation of Internal Medicine (2012) Medical Professionalism in the new millennium: a physician chárter. *Anales Internal Medicine*, 136, 243-246.
- Puschel, K., Repetto, P., Bernales, M., Barros, J., Pérez, I. & Snell, L. (2017). In our words: Defining medical professionlism fron a Latin American perspective. *Education for Health*, 30, 11-18.
- Quezada, J. Z. (2014). *Retos de la Docencia Univesitaria. Académicos Signos. Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle*. La Cantuta, Lima. Recuperado de <https://es.slideshare.net/alexguajardoc/retos-en-la-docencia-universitaria-del-siglo-xxi>
- Sancho; J. L., Rábago; J. M., Maestre; J. M. & Del Moral, J. M. (2010). Carceller Integración de la simulación clínica en el programa formativo de la especialidad de Anestesiología y Reanimación. *Española de Anestesiología y Reanimación*, 57 (10), 656-663´.
- Rábalo, J. L., López, D. M., Hernández, P. Neira, N., Capa, E., Larraz J., Redondo-Figuero, J. M. Maestre. (2017). Learning outcomes evaluation of a simulation-based introductory course to anaesthesia. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 64(8), 431-440.
- Ramírez, V. J. (2001). Mujer, trabajo y estrés. *Revista Latinoamericana de la Salud y el Trabajo*; 1, 58-74.

- Ramírez, A. J., Garza, E. V., Gomezpedroso, R.J., Graham, P. S., Moreno, A. J., Ocampo, R. L. y Rodríguez, W. F. (2009). Taller de planeación estratégica sobre profesionalismo médico en el Hospital Ángeles Pedregal. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 8(1), 52-58.
- Ramírez, A. J., Ocampo, L. R. y Rodríguez, W. F. (2009). Profesionalismo en Medicina. *Anales de Radiología de México*, 4, 331-335.
- Ramírez, L. J., Moreno, M. A., Gardner, L., Gómez, L. M., Calderón, M., Sáenz, X., Reyes, G. y Jaramillo, J. (2008). Modelo de la enseñanza de las habilidades psicomotoras básicas en anestesia para estudiantes de ciencias de la salud: sistematización de una experiencia. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 36, 85-92.
- Ramos, C. A. (2015). Los paradigmas de la investigación científica. *Av. Psicol.* 23(1). Enero-julio. 9-17. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/282731622\\_los\\_paradigmas\\_de\\_la\\_investigacion\\_cientifica\\_scientific\\_research\\_paradigms](https://www.researchgate.net/publication/282731622_los_paradigmas_de_la_investigacion_cientifica_scientific_research_paradigms)
- Ramos, C. M. (1998). *Programa para educar en valores*. La educación que transformará el país. Valencia: Universidad de Carabobo. Recuperado de <http://servicio.bc.uc.edu.ve/multi-disciplinarias/educacion-en-valores/v1n9/art15.pdf>
- Ramos, C. M. (1999). Teorías para educar mejor en valores: Kohlberg, Vygotski, Bandura, Maslow, J. *Revista electrónica Universidad de Carabobo*. Facultad de Ciencias de la Educación. Departamento de Ciencias Pedagógicas. Recuperado de <http://www.servicio.bc.uc.edu.ve.educación>.
- Ramos, H. R., Díaz, D. A. (2015). Propuesta de perfeccionamiento de tarjeta de evaluación de residentes de Medicina General Integral. *Educación Médica Superior*, 29 (3), 608-616.
- Rees, C. (2005). Proto-professionalism and the three questions about development. *Medicine Education*, 39,7-11.
- Reich, W. T. (1995). Introduction. En: Reich, W.T.R. *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Simon & Schuster/Macmillan.
- Reimer, J. (1977). *A study in the moral development of kibutz adolescents*. Tesis doctoral Harvard Graduate School of Education. Recuperado de [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4684-3402-6\\_2](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4684-3402-6_2)
- Reimer, J. (2008). *De la discusión moral al gobierno democrático*. En Gadisa (Editorial). La educación moral según Lawrence Kohlberg. (pp. 15-48). Barcelona, España.
- Rengifo, B. M., Rojas, P. E., Cruz, G. H., (2017). El clima laboral y su influencia sobre el aprendizaje de los médicos residentes de anestesiología. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 40(1), 380-382.
- Rhodes, R., (1996) The new governance: governing without government. *Political Studies*, XLIV. 652-67.
- Richardson, L. (2006). Y a nuestros residentes ¿Quién los cuida? *Boletín del Hospital Infantil de México*, 63, 155-157.
- Reich, W. (1995). *Encyclopedia of Bioethics*. Revised Edition. New York: Simon & Schuster.
- Ríos, M., Guadalajara, B., Fueyo, M., Rangel, R., Huitrón, C. y Pedraza, M. (2013). Rasgos de personalidad de los médicos residentes de Cardiología y áreas afines. *Medicina Interna Mexicana*, 29(6), 571-580.
- Rivero, B. (1993). Metodología para la elaboración del plan de estudios de la especialidad en Medicina General Integral. Trabajo presentado en Congreso UDUAL. La Habana.
- Nolla, N. C. (2001). Los planes de estudio y programas de las especialidades médicas. *Educación Médica Superior*, 15(2) ,147-58.

- Rivero, S. O. Montiel, D. I. (2010). El profesionalismo en la medicina actual. *Revista de la Facultad de Medicina*, 53, 27-31.
- Riveros, R., Kimatian, S., Castro, P., Duhmak. V., Mascha, E. J. y Sessler, R. (2016). Multi-source feedback in professionalism for anesthesia residents. *Journal of Clinic Anesthesia*, 34, 32-40.
- Rizo, G. M. (2004). *Enseñar a investigar investigando*. México D. F.: UACM. Disponible en: [www. Historia-sextowikispaces.com](http://www.Historia-sextowikispaces.com)
- Robles, R. M., Ramos, C. M. y Correa, A. M. (2004). Teoría y práctica de la educación moral. *Revista Educación en Valores*, 2, 11-29.
- Rodríguez, A. (2008). Manual de Sociología de las Profesiones. Departamento de Sociología. Análisis de las Organizaciones. Barcelona: Ediciones Universidad de Barcelona.
- Rodríguez S., Bustos, A. (2009). La evaluación de la cultura de la paz y su relación con la educación ambiental en las escuelas asociadas a la UNESCO en el sur de México: caso preescolar. En Memoria electrónica del X Congreso Nacional de Investigación Educativa, México COMIE-UV. Disponible en: [www.comie.org.mx/congreso/memoria/v10/pdf/area\\_tematica\\_06/ponncias\\_1638-F.pdf](http://www.comie.org.mx/congreso/memoria/v10/pdf/area_tematica_06/ponncias_1638-F.pdf) (consulta 29 de julio del 2019).
- Rodríguez, G. D., Valdeoreolla, R. J. (2011). *Metodología de la Investigación*. Universidad Oberdese Catalunya. [myuvmcollege.com/uploads/lectura2011-09/Metodología%20de%20investigación-2064.pdf](http://myuvmcollege.com/uploads/lectura2011-09/Metodología%20de%20investigación-2064.pdf)
- Román A, O. (2002). Un análisis de la situación actual de las especialidades médicas en Chile. *Revista médica de Chile*, 130(7), 809-815.
- Ros-Martrat, E. (2004) Las competencias profesionales adquiridas en medicina familiar y comunitaria: una mirada desde tutores y residentes. *Educación Médica*, 7, 29-35.
- Rubio, M. R., Melman, S., Sánchez, V. U. (2015). El desarrollo de aptitudes mediante simulación en la especialidad de Anestesiología. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*. 61(S1). 28-43.
- Ruíz, J., Ispizúa, M. (1989). *La descodificación de la vida cotidiana: métodos de investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Ruíz, L. R., Rocha, B, A. y Córdoba, S. C. (2016). Desarrollo social y salud pública. Reflexiones en torno a la interculturalidad. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(3), 380-388.
- Ruíz, M. R. (2003). Programas de formación en comunicación clínica: una revisión de su eficacia en el contexto de la enseñanza médica. *Educación Médica*, 6 (4), 159-167.
- Ruíz, O. (1997). *Metodología de investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Russo, S. G., Eich, C. & Barwing, J. (2007). Self-reported changes in attitude and behavior after attending a simulation-aided airway management course. *Journal Clinic Anesthesia*, 19 (7), 517-522.
- Sáenz, L. C. (1985). ¿Es la primera anestesia por inhalación administrada en Yucatán la primera en la República Mexicana? *Revista Mexicana de Anestesiología*, 8, 151-154.
- Sáenz, L. C. (1996). Perfil histórico de la Anestesiología. *Revista Biomédica*, 7, 173-184.
- Sánchez, M. F., Abellán, P. J. y Moreno, J. O. (2014). La privatización de la gestión sanitaria: efecto secundario de la crisis y síntoma del mal gobierno. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28(1), 75-80.
- Sánchez, R. G. (2007). Terapéutica quirúrgica en México en el siglo XIX. En: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. (1ra. Edición) *Historia de la Medicina en México*. 233-246. México: Equilibrista.

- Sánchez, M. S. (2007). Ramón Alfaro y la anestesia mexicana. *Historia y Filosofía de la Medicina*. 143(6), 525-529.
- Sandín, E. (2003). *Investigación cualitativa en Educación*. Fundamentos y tradiciones. España: Editorial McGraw Hill.
- Schlatter, J. (2013). Experiencias del uso del portafolio para residentes de la Clínica Universidad de Navarra. *Fundación Educación Médica*, 16 (1), 59-62.
- Schön, D. A. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. New York: Basic Book.
- Schonhaut-B., Millán, K. y Hanne, A. (2009) Competencias transversales en la formación de especialistas. *Educación Médica*, 12(1), 33-41.
- Schun, D. H. (2012). *Teorías del aprendizaje una perspectiva educativa* (6ª. Edición). México: Pearson.
- Schwartz, B. (2009). An innovative approach to teaching ethics and professionalism. *Journal Canadian Dental Association*, 75(5), 338-340.
- Segovia, M. F. y Soriano, R. M. (2009). *La construcción de la identidad docente, desde el trabajo colegiado en los procesos de educación superior*. En R. López (presidencia), Ponencia llevada a cabo en el X Congreso Nacional de Investigación Educativa, Veracruz México.
- Shevlin, M. (2000). The validity of student evaluation of teaching in higher education: love me, love my lectures? *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 25 (4), 397 – 405.
- Shih-Li, T. Ming, J. H., Hirsh, D & Kern, D. E. (2012). Defiance, compliance or Alliance? How we developed a medical professionalism Curriculum that deliberately connects to cultural context. *Medical Teacher*, 34, 614-617.
- Shurkr, I. (2014) Defining Medical Professionalism and Academic Integrity, a function of medical councils and medical Colleges. *Pak Armed Forces Med J*. 64(2). 181-4.
- Silberman, L. P. (2010). Educación Médica de Posgrado. *Revista de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología*. 75(1).88-96.
- Siles, J., Cibanal, L., Vizcaya, F., Gabaldón, E., Domínguez, J., Solano, C. y García, E. (2001). Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales en la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. *Cultura de los cuidados*, 10,72-87.
- Silveira, G., Campos, L., Scwellwe M., Turato, R. E., Helmich, E. & Carvallho, F. (2019) Speed up. The influences of the Hidden Curriculum of the Professional Identity Development of Medical Students. *Science Direct.Health Professions Education* <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2018.07.003>
- Simons, H. (2011). *Estudio de caso: Teoría y práctica*. España: Morata.
- Sisto, V. (2011) Nuevo profesionalismo y profesores: una reflexión a partir del análisis de las actuales políticas de profesionalización para la educación en Chile. *Signo y Pensamiento Documentos de investigación*. XXI, 178-192. Red Estrado: Chile.
- Smith, H. M. Jacob, A.K., Segura, L. G., Dilger, J. A. & Torssher, L. C. (2008). Simulation education in anesthesia training a case of report of successful resuscitation of bupivacaine-induced cardiac arrest linked to recent simulation training. *Anesthesia & Analgesia*, 106, 1581-1584.
- Solari, A. y Monge, G. (2004). *Un desafío hacia el futuro: educación a distancia, nuevas tecnologías y docencia universitaria*. Latineduca2004.com. Primer Congreso Virtual Latinoamericano de Educación a Distancia. Recuperado de: [http://www.ateneonline.net/datos/96\\_03\\_Birri\\_Roberto](http://www.ateneonline.net/datos/96_03_Birri_Roberto). Tomado el 20 de enero de 2018.

- Souto, M., Mazza, D., & Monetti, E. (2010). La formación profesional inicial universitaria y el análisis multirreferencial de dispositivos destinados a la formación profesional. Recuperado de: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/96799/AR-CHIVO%203.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Spencer, H. (1895). *Origen de las Profesiones*. Valencia: Ed. Arte y Libertad. Trad, Gómez A.
- Spradley, J. P. (1979). *The ethnographic interview*. New York: John Wiley.
- Stake, R. (1999). *Investigación con estudio de casos*. Madrid. Morata.
- Steiner, H. (1973). *Symbolische interaction*. Arbeiter zu einer reflexiven soziologie. Stuttgart: Klett.
- Stern, D. (2006). The devenloping phisicians-becoming a Professional. *New England Journal Medicine*, 355(17) ,1794-1799.
- Stewart, M., Goss, S., & Gillanders, G. (1999). *Joining it up in practice Joining it up Locally: Report of the Policy Action Team 17* (Vol. Part 3). London: Department of the Environment, Transport and the Regions.
- Sudore, R. L., Lum, H. D., Hansen, J. J., Pantilad, M. D., Matlock, D. & Rietjens, A. (2017). Defining Advance Care Planning for Adults: A Consenses definition from a Multidisciplinary Delphi Panel. *Journal of Pain and Syptom Management*, 53 (5), 821-832.
- Surós, B. A. y Surós, B. J. (2010). *Semiología médica y técnica exploratoria*. Barcelona, España: Elsevier Masson.
- Swart, C. W., White, K. P. & Stuck, G.B. (1990). The Factorial estructura of the Nort Caroline Teacher Performance Appraisal Instrument. *Educational and Psychological*; 50(1), 175-185.
- Swick, H. M. (2000). Hacia una definición normativa del profesionalismo médico. *Academia Medicina*, 75 (6), 612-616.
- Talavera, D. E. (2014). Orientación metodológica para el proceso formativo del médico en el enfoque salutogénico. *Multiciencias*, 14, (4), 418-424.
- Tankersley, K. C. (1997). Academic Integrity fron a stdent´s perspective. *Journal Dental Education*, 61(8), 692-693.
- Tarrés, M. A. (2013). *Observar, Escuchar y Comprender*. México: COLMEX, FLACSO.
- Talbott J, Mallott D. Professionalism, medical humanism and clinical bioethics: the new wave. Does psychiatry have a role? *Journal of Psychiatr Pract*. 2006.12. 384-90.
- Trancredi, L. R. Barodess, J. A. (1978). The problem of defensive medicine. *Science*; 200 (4344):879-82.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1994) Introducción ir hacia la gente. En: *Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados*. Barcelona: Paidós.
- Taylor, S. J. y Bogdan. R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. México: Paidós.
- Taylor, S. J. y Bogdan. R. (2015). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. 15-impresión. Barcelona: Impreso en Book print. Botánica L´Hopitalet de Llobregat.
- Teherami, A., Hogsosn, C. S., Banach, M. & Papadakis, M. A. (2005). Domains of unprofessional behaviour medical school associated with future disciplinary action by a state medical board. *Academia Médica*, 80 (1), Suppl: S. 17-20.
- Tejada, J. (2013). Profesionalización docente en la universidad: Implicaciones desde la formación. *Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento*, 10(1), 170-184.
- Tello, S, Tolmos M. T. Vállez, R. T. y Vázquez M. E. (2002). *Estudio del síndrome de burnout en los médicos internos residentes del Hospital clínico de San Carlos*. Recuperado de [http://www.ucm.es/info/dosis/Preventiva/jor\\_8/s1/s8\\_04.htm](http://www.ucm.es/info/dosis/Preventiva/jor_8/s1/s8_04.htm).

- Tena, T. A., Ruelas, B., Sánchez, G., Rivera, G., Ramírez, M., Hernández, M. y Puebla, O. G. (2003). Derechos de los médicos: Experiencia mexicana para su determinación y difusión. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 41(6), 503-508.
- Terrés-Speziale, A. M. (2000). Reflexiones sobre la salud en los umbrales del Tercer Milenio. *Revista Mexicana de Patología Clínica*, 47(3), 177-179.
- Tetzlaff, J. E. (2009). Professionalism in anesthesiology. What is it? or I know it when I see it?. *Anesthesiology*, 110, 700-702.
- The American Board of Internal Medicine (1995). Project Professionalism. Philadelphia, *American Board of Internal Medicine*.
- Thompson L.A., Black, E., Duff, P. Paradise, N., Saliba, H. & Dawson, K. (2011). Protected health information on social networking sites. Ethical and legal considerations. *Journal Medical Interner Re.*, 11, 8. Recuperado de <http://doi.org/10.2196/jmir.1590> consultado el 3 de noviembre del 2017.
- Ticse, R., Pamo, O., Smalvides, F. & Quispe, T. (2014). Factores asociados a la culminación del proyecto de investigación requerido para optar el título de especialista en una universidad peruana. *Revista Peruana Médica Exp Salud Pública*, 31(1), 48-55.
- Timoneda, L., Moro, J. y Tejedor, J. (2007). Calidad percibida en la formación por los residentes de anestesia y Reanimación. *Revista Española de Anestesia y Reanimación*, 54(6), 340-348.
- Tirado, J. (2014) *Conoce las especialidades que rechazan los médicos*. Recuperado de <https://sipse.com/mexico/medicos-desdenan-residencias-especialidades>
- Tobón, R. C. y García, F. (2006). *Competencias, calidad y educación superior*. Bogotá: Magisterio
- Torrealba, M. (2004). La interacción docente y el discurso pedagógico de la ironía. *Revista Venezolana de Educación*, 8 (26), 355-360.
- Torres, I., López, C. (2017). Reforma de Salud en el Ecuador como modelo de éxito. Crítica al número especial de la Revista Panamericana de Salud Pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*.41, 1-2.
- Trejo, M. J., Martínez, G., Medez, R., Morales, L. S. (2014). Evaluación de la competencia clínica con el Examen Clínico Objetivo Estructurado en el Internado médico de la Universidad Nacional Autónoma de México. *Gaceta Médica Mexicana*, 150(1), 8-17.
- UPAEP (2016). *Programa de la Especialidad en Anestesiología*. Recuperado de: <http://www.universia.net.mx> Consultado: 14 de marzo del 2017.
- V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. (2016). Formación médica de especialistas en medicina familiar. *Revista Brasileña de Medicina Familiar Comunitaria*, 12(1). Recuperado de <https://www.rbmfc.org.br/> Consultado: 10 mayo, 2017.
- Valdez, J. L. (2003). Los valores éticos en adolescentes mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 8(2), 245-255.
- Valenzuela, C. (2009) Medical error and malpractice: Medical responsibility. *Cuaderno Médico Sociedad*, 49, 178-83.
- Van Mook. W. N., Luij, J. K., O'Sullivan, H., Wass, V., Harma, Z. & Schuvirt, L. W. (2009). The concepts of professionalism and profession behaviour: Conflicts in boht definition and learning outcomes. *Europ Journal Intern Med*, 28e, 85-9.
- Vázquez, M. F. (2016). La teoría de la evolución educativa y la formación de médicos especialistas. *Investigación Educación Médica*, 5(18), 121-127.
- Vásquez, M. P. y Castellanos, O. M. (2013), ¿Cómo alcanzar el profesionalismo en la práctica de la anestesiología? *Revista Mexicana de Anestesiología*, 36(4), 288-293.

- Vázquez, M. F. (2017) Historical points on the training of medical specialists in Mexico from the evolution of educational theory. *Investigación educativa médica* [online]. 7 (25), 46,52. ISSN 2007-5057. [http://dx. doi. org/10.1016/j. riem. 2017.03. 003](http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2017.03.003).
- Vázquez, V. P. (2010). *La feminización de las profesiones sanitarias*. Madrid: Fundación BBVA.
- Venturelli, J. (1997). *Educación médica: nuevos enfoques, metas y métodos*. Washington DC: OPS/OMS.
- Vera, C. O. (2015). El Código de ética en medicina. *Revista Médica La Paz*, 21 (2).
- Viesca, C. (2007). *Historia de la Medicina en México*. (1ª edición). México: Equilibrista.
- Villamizar-Ibarra, J. (2016). Pedagogía para la convivencia y la Paz: transformaciones que experimentan los docentes cuando vivencian la formación para la convivencia y la Paz. *Aibi Revista De investigación, administración E ingeniería*, 4(2), 56-62. <https://doi.org/10.15649/2346030X.395>
- Viniegra, V. (1998). *Materiales para buena crítica de la educación*. México, IMSS.
- Wearn, A., Wilson, H., Hawkens, J., Child, S. & Mitchel, C. J. (2010). In search of professionalism; implications for medical education. *New Zeland Journal*, May 14, 123(1314). 123-32.
- Weber, M. (1996). *La ética protestante y el capitalismo*. México: Editorial Colofón
- Weeks, M. R., Clair, S., Borgatti, S. P., Radda, K. & Schensul, J. J. (2002). Social Networks of Drug Users in High-Risk Sites. Finding the Connections. *AIDS and Behavior*, 6 (2), 193-206. Recuperado de: <http://doi.org/0.1023/A:1015457400897>
- White, R. K. (1947). Black by a value analysis. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 42, 440-461.
- Whizar, L. V. (2011). En búsqueda de la excelencia en anestesiología. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*. Versión on line. Recuperado en: [http://scielo.sid.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726\\_6718011000300002](http://scielo.sid.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726_6718011000300002).
- Winau, R., (1993). Ascensión y crisis de la vida moderna. En Vilela, A, Bora, V. (Eds.) *Crónicas de la Medicina*. (pp. 340-474). España: Intersistemas editores.
- WONCA-IBEROAMERICANA-CIMF (2011). *IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar*. Asunción, Paraguay, Recuperado en: [http://www.cimfweb.org/bn\\_admin/include/](http://www.cimfweb.org/bn_admin/include/)
- World Federation Medical Education WFME Task Force (2000) Definición de los estándares Internacionales para la Educación Médica del Pregrado. *Medical Education* 34. 665-675.
- World Health Organization. *Good governance for health*. Recuperado de: WHO/CHS/HSS/98.2Geneva:WHO.
- Wynia, M.K., Latham, S. H. y Kao, A. C. (1999). *Medical Professionalism in Society*. *The New England Journal of Medicine*. 18, 1612-1616. Inglaterra: Massachusetts Medical Society.
- XIII Congreso Argentino de Salud que la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI) realizó en Mendoza y San Juan en septiembre, 2010 [www.acami.org.ar](http://www.acami.org.ar)
- Yasuharu, T., Barnet, P., Yasuhiro, N., Tyota, K., Hiroki, K. & Seishirou, M. (2009) Questionnaire for challenging cases of medical professionalism in Japan. *Medical Teacher*, 31, 502-507.
- Yin, R. K. (2003). *Case Study Research*. Design and Methods. (3ª. Ed.). California: Sage.
- Yurén, T. (2009). Vidas sin valor: un tema prioritario en la educación valoral. En Figueroa L., A. Hirsh y S. Malpica (coords.) *Horizontes éticos y educación en México*. México: Ger-nika.
- Zabala, A. y Arnau, L. (2008). *Cómo aprender y enseñar competencias*. Barcelona: Graó.

- Zabalza, M. (1987). *Diseño y Desarrollo Curricular*. Madrid: Narcea.
- Ziv, A., Wolpe, P. R., Small, S., Small, S. E. & Glick, S. (2006). Simulation-based medical education. An Ethical imperative. *The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 1, (4), 252-256.
- Zurbriggen, C. (2011) Gobernanza: una mirada desde América Latina. *Perfiles Latinoamericanos*, 38, 39-64.