

Competencias Actitudinales Relacionadas con el Profesionalismo en Postgrados de Medicina.

Attitudinal competencies related Professionalism in postgraduate medical training.

Autores:

Gabriela Karl

Médica especializada en Cardiología pediátrica, Hospital Garrahan, Buenos Aires

Medica Cardióloga Pediatra de la Fundación Cardiovascular de Colombia,

Floridablanca Santander

Leonor Angélica Galindo Cárdenas

Doctora en Educación

Docente de la Universidad de Medicina de Antioquia

Resumen: Esta investigación aborda las competencias actitudinales relacionadas al profesionalismo en postgrados de medicina. Los antecedentes revisados reflejan la preocupación respecto a la pérdida del profesionalismo médico y a como se incluye en las especializaciones en Medicina. Los sistemas de Salud probablemente sean la principal causa que ha socavado el profesionalismo, pero surge también el interrogante de cómo se está planteando su enseñanza en los programas de postgrado, en los cuales predominan contenidos disciplinares de medicina, con escasa inclusión de proyectos transversales valiosos para favorecer actitudes y valores relacionados a la esencia de la profesión como médico. Se realiza una investigación cualitativa en la cual por medio de la observación participante y entrevistas que se realizaron a médicos estudiantes y pacientes se efectuó una aproximación de las representaciones sociales relacionadas con el profesionalismo. Las observaciones permitieron interpretar diferentes situaciones y establecer algunas recomendaciones para favorecer el profesionalismo en los estudiantes. Palabras clave: Competencias actitudinales, profesionalismo médico, Educación médica de postgrado, enseñanza de ética en medicina.

Summary : In this study we refer to the the attitudinal skills related to professionalism in postgraduate medical training. The revised background reflect concern about the loss of medical professionalism and as this is included in the specializations in medicine. Health systems are likely to be the main cause that has undermined professionalism. But the question as is being teaching in postgraduate programs in which predominate disciplinary content of medicine, with little or no inclusion of transversal projects to promote attitudes and values related to the essence of the medical profession.

A qualitative case study was conducted in which through participant observation and interviews medical students and patients an approach of social representations related to professionalism was conducted. The observations allowed to interpret different situations and establish some recommendations for promoting professionalism in students. Keywords: Attitudinal Competencies, medical professionalism, postgraduate medical education, teaching of ethics in medicine

Introducción

Esta investigación se realiza con el propósito de analizar estrategias que permitan reflexionar sobre las competencias actitudinales relacionadas al profesionalismo médico. De esta manera se espera establecer recomendaciones que permitan favorecer el actuar médico tanto en su equipo de trabajo como con los pacientes y sus familias.

Se inició la exploración de los antecedentes relacionados a los postgrados en Medicina. Para facilitar el proceso se acudió a fuentes de base de datos y se establecieron alertas de búsquedas a través de google académico. Las palabras de búsqueda fueron competencias actitudinales, profesionalismo en medicina, acreditación de postgrado. Se consultaron aproximadamente sesenta investigaciones, seleccionando veinte de éstas por afinidad con el estudio presente.

El primer antecedente pertinente a mencionar surge de la Conferencia Mundial sobre Educación Médica con participación de la Federación Mundial de Educación Médica y patrocinio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Edimburgo (World Organization for Medical Education, Edimburgh 1988), durante la cual se realizó un pronunciamiento que destaca el objetivo final de la educación médica

como producción de profesionales que fomenten la salud de todas las personas, propiciando que sepan escuchar, sean observadores cuidadosos, comunicadores sensibles y clínicos eficientes. Dicha declaración revela asimismo la falta de equidad en la atención en salud y la inquietud en relación a la calidad con la cual se forman los médicos, que se asume como deficiente. La inequidad en la atención en salud se encuentra en desproporción con los elevados presupuestos que los estados destinan a Salud. Como propuesta inicial para mejorar la calidad de formación de los médicos, en este pronunciamiento se recomienda realizar prácticas en centros comunitarios más allá de los hospitalarios y la adaptación de contenidos curriculares de acuerdo con las prioridades existentes en cada país. Se señala la necesidad de realizar actividades para la formación continua, y la de formar médicos como educadores, no solamente como expertos en conocimientos de sus disciplinas. Se hace hincapié en la prevención y promoción de la salud, el aprendizaje basado en problemas y se toma conciencia respecto a la necesidad de introducir la misión social en cada programa de Educación Médica. Se menciona explícitamente que es necesario tomar en cuenta las características personales más allá de las capacidades intelectuales o conocimientos relacionados a la disciplina, promoviendo de esta forma una atención médica más humana que pone cuidado a las necesidades de la comunidad. Estos puntos fueron reafirmados cuatro años después en una siguiente conferencia (World Organization For Medical Education Edimburgh, 1992).

En los noventa surge en Estados Unidos el Consejo de Acreditación para la Educación Médica de Postgrado (ACGME), referente para la acreditación de programas de postgrado. Según sus directrices se promueve desde el año 1997 el cambio en la estructuración de los currículos de los programas de formación médica

hacia un enfoque por competencias y se introduce el término de profesionalismo, al que se define como los atributos primordiales que deben estar presentes en el acto médico, como ejemplo la compasión, el respeto, la integridad, la responsabilidad, la ética, la sensibilidad y comprensión por las diferencias. No se resta importancia al aspecto científico, a la necesidad de mantener actualizados los conocimientos y sobre todo a lograr procesos que permitan desarrollar el pensamiento analítico y clínico.

En una publicación de una universidad sudamericana Outomuro (2008) se analiza la importancia de incorporar rutinariamente la bioética en los currículos de medicina de pre y postgrado. La diversidad de las teorías éticas se construye de manera transdisciplinaria, inevitablemente con el aporte de otras ciencias sobre todo humanísticas. La necesidad y la complejidad en la enseñanza de la ética es analizada por varios autores. Olick (2001) expone que más que impartir conceptos básicos o actualizados de ética que pueden mostrar escasa utilidad práctica, se debería promover el desarrollo de destrezas y habilidades para reconocer estas cuestiones identificando el problema desde una perspectiva económica, legal, religiosa y política. Es fundamental comenzar reconociendo los derechos y deberes de los pacientes y sus familias. Existe una gran dificultad muchas veces en la aplicación de los conceptos de ética y legalidad. En ocasiones lo ético es lo legal, pero en otras la aparente decisión ética no es legal.

Es creciente la preocupación de los médicos en relación a las consecuencias de los cambios de los sistemas de salud y su impacto con el profesionalismo médico. En Colombia varias publicaciones de la Academia Nacional de Medicina (Patiño J, 1998, 1999, 2002) alertan de las consecuencias de la Ley 100 y la reforma del sistema de Salud en relación con el profesionalismo y la práctica de la Medicina,

cuestionando la transformación del acto médico en un servicio que expuesto a la oferta y demanda del mercado sustituye al paciente por un usuario - cliente consumidor de servicios, y al médico por un prestador de servicios de Salud. Se analiza también como la Salud bajo los efectos de la ley 100 pasa a manos de entes privados que lucran y enriquecen sus patrimonios a expensas de la salud, provocando el quiebre de los hospitales públicos, en ausencia de regulación y mecanismos de control por parte del estado. La crisis de los hospitales públicos también afecta la Educación. En la pronunciación de una institución académica nacional (Academia Nacional de Medicina, 2011) se denuncia el modelo de atención gerenciada en el contexto de la economía denominada neoliberal, la privatización de los servicios de salud con ánimo de lucro, las falencias del sistema general de seguridad social de salud, la falta de vigilancia. La necesidad de una reforma estructural, que cambie el modelo con una visión de aseguramiento social universal fortaleciendo derechos el profesionalismo al Servicio de la Sociedad. Así la Academia Nacional de medicina expresa la necesidad de recrear un ministerio de Salud fuerte y fortalecimiento del Instituto nacional de Salud y del Invima.

Durante la Conferencia Internacional de Educación Médica Ascofame 2012 se muestra preocupación por las dificultades de los médicos en el contexto del sistema actual de Salud. En una entrevista al presidente de Ascofame, Rozo (2012) señala la desviación del acto médico hacia una “transacción de bienes y servicios” dentro de una gran industria en la cual se ha convertido la Salud. Menciona como esta situación ha ido alterando la relación médico paciente, como los médicos responden a la corporación en la cual se desempeñan y carecen de autonomía. En su visión son las facultades de Medicina las que deben asumir la responsabilidad del problema por medio de reformas curriculares y reflexiones permanentes. A través de

diferentes recursos Ascofame ha promovido espacios a favor de la humanización y la necesaria pedagogía de la ética.

En una publicación el autor Patiño Restrepo (2004), muestra preocupación por la falta de inclusión del profesionalismo en los planes de estudio, enseñanza que debe estar presente desde el pregrado. El autor responsabiliza la destrucción del profesionalismo médico o desprofesionalización de la medicina como una consecuencia de la transformación corporativa de los sistemas de salud.

Otro punto para el desarrollo de las competencias relacionadas con el profesionalismo son los precedentes de trastornos psicológicos y psiquiátricos. Es necesario traer a consideración el tema de los trastornos mentales en los profesionales médicos, una población especialmente susceptible. Hay varios artículos que analizan el riesgo de depresión y suicidio en los profesionales médicos, llamando la atención sobre este problema y el rol de la educación para la prevención.

Las responsabilidades en el ejercicio de la profesión, el estrés relacionado a decisiones médicas de diversa índole, horas de trabajo extenuantes, interferencia de la actividad médica en aspectos de la vida personal, familiar, además de algún sustrato relacionado a la personalidad son factores relacionados con la salud mental de los médicos pueden afectar el despliegue de sus competencias profesionales. En situaciones extremas, (Quiceno 2007) el profesional sufre un cuadro de fatiga denominado *burn out*.

Se ha analizado la Educación Médica en Latinoamérica reconociendo una gran heterogeneidad de los programas de postgrado en estas últimas décadas, tanto en cuanto a calidad como a los modelos pedagógicos y enfoques curriculares. La

mayoría de los modelos se basan en los denominados postulados de Flexner. La mayoría de los médicos actúan en base a éstos igual que hace 100 años. Se han propuesto múltiples alternativas para superar algunas debilidades encontradas en la aplicación actual del modelo flexneriano, en éstas los currículos basados en la comunidad. Una publicación nacional Pinzon (2008), menciona casos muy puntuales a través de los cuales se intentó en nuestros países escapar a este paradigma con la confección de los denominados currículos basados en la comunidad. En el currículo basado en la comunidad el estudiante ejerce sus prácticas fuera del ambiente hospitalario, en centros periféricos o satélites, saliendo al encuentro de la comunidad para mejorar la atención. El currículo basado en la comunidad permite a los estudiantes desarrollar a través de proyectos las competencias transversales. Una cuestión clave que el autor también menciona se refiere a la importancia del diagnóstico de formación de nuestros estudiantes, sin diagnóstico no podemos analizar nuestros problemas, los educadores necesitan conocer las experiencias y procesos de otros países pero es muy importante ante todo analizar los propios.

En una estudio mixto donde participaron médicos docentes, residentes, directivos e internistas con el fin de caracterizar el perfil de formación del residente de dos programas de medicina interna a nivel nacional Pinilla & Cárdenas (2014), concluyen que la formación está centrada en el saber hacer y en el aprendizaje de conocimientos médicos disciplinarios. Los autores encontraron que la evaluación y construcción del perfil de competencias se base en conocimientos disciplinarios divididos en objetivos y contenidos, con una fragmentación de la medicina interna en un sin número de especialidades, sin espacios para integrar los conocimientos, sin proyectos para el desarrollo de las competencias transversales. Otro aspecto que

llama la atención en este estudio es que en los documentos revisados de ambos programas se encontró poco de la descripción de las competencias específicas necesarias para desarrollar habilidades procedimentales. Menos aún no se incluían las competencias generales relacionadas a profesionalismo generando en algún punto interrogantes respecto a la coherencia que debe existir entre currículo, modelo pedagógico y plan de estudios. El estudio antes mencionado es un ejemplo que muestra quizás la problemática típica que presentan en general los programas de postgrado de medicina. Por un lado los modelos evidencian enfoques tradicionales donde se transmiten conocimientos disciplinarios fragmentados y por otro lado se evidencia la falta de estrategias que permitan el desarrollo de competencias transversales fundamentales para la formación integral. Se observa también la necesidad de favorecer el desarrollo de los procesos que permitan el pensamiento crítico.

Se revisa el desarrollo de los diferentes modelos pedagógicos, enfoques curriculares que pueden soportar el desarrollo de competencias en educación médica posgraduada.

La definición del término de competencia ha demostrado transformaciones en el transcurso de los años. Al respecto dicen Bujan Vidales, Rekalde Rodriguez & Aramendi Jauregui (2011) que competencia " se definía inicialmente como la ejecución de tareas hasta llegar hoy, para muchos autores a una concepción de tipo sistémico" Estos cambios se entienden desde la perspectiva de la evolución y complejidad del pensamiento y la vinculación de competencias a un contexto sociocultural. Esto significa que frente a una situación dada quien tiene la competencia para actuar posee los conocimientos requeridos y la capacidad de adecuarlos a condiciones específicas, además, de las habilidades para intervenir

eficaz y oportunamente. El hacer no se puede desprender de las concepciones personales filosóficas, éticas de la vida que llevan al individuo a tomar actitudes acordes con sus principios y valores.

Para Tardif (2006) competencia es "Un saber actuar complejo que se apoya en la movilización y la combinación eficaz de una variedad de recursos internos y externos dentro de una familia de situaciones" (p. 22)... Así impresiona que competencia obligatoriamente es contextual, tiene sentido y es reflexiva.

La competencia no puede desprenderse del entorno sociocultural y religioso del que proviene la persona. Es así como el aspecto del contexto es fundamental al

momento de definir una competencia. Al respecto también se refiere Zubiría (2013)

Más aun las competencias en su esencia son aprendizajes flexibles, que deben adecuarse a los cambios que acontecen en el mundo insistiendo que son siempre contextuales. Dice Morín (2001), para que un conocimiento sea pertinente, la educación deberá evidenciar el contexto, lo global, lo multidimensional y lo complejo. Para Bauman (2000), la formación profesional no debería dedicarse exclusivamente a desarrollar competencias o fomentar habilidades técnicas, no debe ser una educación centrada en el trabajo y la empresa, sino que se deben formar ciudadanos dialogantes para un buen ejercicio de la democracia.

Es necesario tomar conciencia de nuestra problemática: pobreza, migraciones internas (desplazamientos), acceso a la escolaridad, la relación de estos factores con el subdiagnóstico y la falta de seguimiento adecuado de muchas enfermedades perfectamente tratables permitiendo vincular el conocimiento disciplinario con la vida real e incorporar las competencias profesionales adecuadas. No se resta de ninguna manera importancia al conocimiento científico, a la actualización de los conocimientos y al desarrollo del pensamiento crítico.

En un artículo de revisión Cate (2011), se resumen las directrices de quienes lideran en este momento la formación médica por competencias: ACGME y el Colegio de Médicos y Cirujanos de Canadá, que propulsan la iniciativa conocida como Can Meds (Grupo de competencias médicas). Ambos tienen acuerdo en lo que concierne a cómo deben desarrollarse los programas de Educación Médica. El primer punto es que necesariamente los postgrados de Medicina deben ser estructurados a través de un currículo basado en competencias.

Las competencias médicas, como se analizaba previamente en relación a las competencias en general, deben ser integradas y contextualizadas, personalizadas, requieren el alcance de un logro determinado que es independiente del tiempo y el logro de este alcance o nivel se deberá demostrar en una evaluación. En relación a la evaluación. Se introdujo el concepto de las actividades profesionales a cargo, esenciales porque integran el trabajo profesional independiente en un contexto para los cual debe contar con habilidades, actitudes y conocimientos.

Entre las diferentes corrientes pedagógicas, el modelo pedagógico constructivista social valora el aprendizaje individual y social, es activo e interactivo, respeta el ritmo y estilo individual. Los estudiantes de postgrado de Medicina son adultos, en general además del pregrado, han completado alguna especialización previa. El modelo constructivista, al validar presaberes para mediar el aprendizaje significativo, ve al proceso enseñanza aprendizaje como un proceso sistémico e integral jugando un rol el conflicto cognitivo y la modificabilidad cognitiva, resulta apropiado para abordar una formación integral y construir un currículo basado en competencias en el contexto mencionado. La elección de un modelo pedagógico se relaciona con los fines, propósitos y el significado que se asigna a la educación Zubiría (2006)

Frente a los modelos dominantes y generalizados a nivel mundial, a principios del siglo 20 ante la necesidad de una concepción diferente para la Educación (Zubiría) será necesario un modelo intermedio, que reconozca aspectos positivos de ambos. En el nuevo modelo tanto el estudiante como el maestro tienen un rol activo con responsabilidades compartidas y se reconocen la diversidad y complejidad del ser humano, quien en sus dimensiones cognitiva, socio afectiva y práctica son susceptibles de ser modificados.

En esta pedagogía dialogante dice Paulo Freire (2013) que es imposible desconocer que la Educación se encuentra inmersa en un determinado contexto social cultural e influida por factores de índole política. En su percepción el aprendizaje es entendido como un proceso de construcción personal y colectiva, donde se forman conceptos a partir de los ya existentes y en cooperación tanto con los compañeros como con el educador. Es así que debe existir un respeto mutuo, profundo, que permita comunicación con intercambio de vivencias mutuas, sensibilización para la realidad sociocultural y política, comprensión profunda y aceptación por el otro Freire (2013). "Nadie lo sabe todo, nadie lo ignora todo, Todos sabemos algo, todos ignoramos algo" (Freire, 2013, p. 60)... El dialogo sin lugar a duda depende de la comprensión."

Los hombres no se hacen en el silencio, sino en la palabra ". (Freire, 2013, p. 63)

En éste sentido enseñar para el futuro es enseñar el diálogo, dice Morín (2001) enseñar para el futuro implica enseñar la comprensión. Es necesario reconocer que a pesar de los avances tecnológicos y de los medios de comunicación reina una incomprensión abrumadora. Hay que entender que la vida en sí sola es nexo entre los seres humanos, debe ayudarnos a solucionar la incomprensión. Es necesario cultivar la enseñanza de la comprensión en todos los niveles educativos es vital si queremos educar nuestra sociedad para la paz, y concebirla como una comunidad.

De esta manera la discusión de los diferentes modelos pedagógicos, las aproximaciones a los enfoques curriculares y conceptos de competencias, permitieron comprender su trascendencia al momento de analizar el diseño de los planes de estudio en especialidades médicas, así como establecer una base para favorecer las competencias actitudinales relacionadas con el profesionalismo médico en los postgrados de medicina.

Feuerstein tuvo la convicción de que todo individuo es modificable, que la sociedad misma es modificable, solo se debe producir una interacción activa bajo la presencia de un mediador comprometido.

Metodología

Se trata de una investigación cualitativa, tipo estudio de caso, intrínseco que se desarrolla en un centro hospitalario de asistencia y docencia ubicado en Santander, La muestra se seleccionó por criterio de conveniencia de la investigación teniendo en cuenta el tiempo que se tiene para el trabajo de campo y la disponibilidad del personal para participar del estudio. Las entrevistas la conformaron tres médicos estudiantes de postgrado y dos pacientes. Para las observaciones no participantes en el centro hospitalario se recopilaban observaciones.

Análisis de datos

Para el proceso de análisis de resultados, en coherencia con la investigación cualitativa del estudio, se procedió a la codificación de los datos arrojados en las entrevistas realizadas a los estudiantes médicos y a pacientes. Una vez codificadas se inicia la interpretación y categorización de cara a los objetivos propuestos.

Las entrevistas de médicos se practicaron a tres estudiantes de postgrado.

Con base a las entrevistas se establecieron unidades de significado. Las unidades de significado se agruparon en categorías. Inicialmente se establecieron cinco categorías que finalmente se redujeron a tres.

A una primera categoría se denominó profesionalismo. En esta categoría se exploraron las representaciones vinculadas con el profesionalismo en la percepción de los médicos estudiantes, así también las cualidades personales que según su sentir favorecen el profesionalismo. Se incluyeron también las dificultades señaladas por ellos en relación con el profesionalismo. La segunda categoría incluye experiencias conectadas a su educación en el pregrado y postgrado. Se abordan vivencias con sus compañeros y docentes, el clima de la residencia así como formación relacionada a ética o aprendizajes similares. La tercer categoría inicialmente comprendía tres sub- categorías, pero luego de consideraciones en relación a las mismas se las congregó como vivencias relacionadas al profesionalismo en su quehacer como médicos. Se realizó el mismo proceso para las entrevistas de pacientes

Finalmente se describieron observaciones propias a propósito de representaciones relacionadas al profesionalismo en los médicos principalmente entre los que realizan labor asistencial y docente. Los resultados luego del análisis se agruparon como se realizó con las entrevistas.

Comenzando con las definiciones de profesionalismo se comparan las proporcionadas por los médicos en relación a las provistas por los pacientes. De esta comparación surge la percepción de un marco diferente para la elaboración de una respecto a la otra.

Cuando los médicos la proporcionan, la definición de profesionalismo está ligada a calidad de atención en salud y alude a un conjunto de condiciones más allá del acto

médico. Idealmente implica ausencia de deficiencias para la cadena de responsabilidades en la atención de salud.

En la definición de los pacientes el profesionalismo es percibido como directamente relacionado a las condiciones del médico, a su actitud al momento de entablar la relación médico paciente. Dicho de otra manera es posible afirmar que la definición de profesionalismo dada por los pacientes está estrechamente vinculada a cualidades personales del médico, en cambio en los médicos la definición es más general, se vincula a calidad, a excelencia en la atención de salud. Sin embargo, cuando se enumeran las características personales que los médicos piensan favorecen el profesionalismo, hay coincidencia con las percibidas por los pacientes. De un médico se espera respeto, empatía, responsabilidad y comprensión. Es muy importante el saludo cordial y la capacidad de escucha. En el pensamiento de algunos médicos y pacientes, a pesar de que estos valores y actitudes se traen desde etapas tempranas, es posible aún en adultos transmitirlos, motivarlos y enseñarlos. Se podría modificar por ejemplo el comportamiento del saludo y en el aprender a escuchar. Las actitudes impresionan simples, pero es evidente como se corresponden y conectan en una red compleja en la cual una determina las demás. Es interesante mencionar la tendencia en la cual la representación social del médico ha cambiado. El médico es ahora una persona normal como las demás, pertenece cada vez menos a las élites y tampoco lo inviste ninguna potestad. Sin embargo no se puede dejar de reconocer que goza de privilegios que le permiten influir en su comunidad. La opinión del médico suele ser valorada y aceptada. En el médico se deposita confianza para solicitar orientación y consejo. La confianza se corresponde con la responsabilidad.

La comprensión, según las diferentes expresiones recolectadas en las entrevistas y observaciones, implica un entendimiento profundo de la situación de nuestro paciente y de las causas que rodean su enfermedad. Comprender es evitar culpar e implica ser respetuoso de su religión, género, costumbres. Cuando se revisan como se señalan hábitos que pueden ser contraproducentes para su salud, los pacientes interpretan los médicos los pronuncian en tono de regaños. Así mismo, podría ser probable un bajo nivel de tolerancia para los incumplimientos en tratamiento, estudios o controles. No siempre se examinan o toman en cuenta los posibles orígenes de esas transgresiones.

Algunas dificultades contra el profesionalismo son referidas de manera similar tanto por médicos como pacientes. La mención del tiempo que se dedica a los pacientes se repite en entrevistas y observaciones.

Existe por otro lado el relato de las dificultades del sistema salud en diferentes aspectos. Los principales reproches al sistema de salud son los manejos de fondos por las aseguradoras, la cuestionable credibilidad de las instituciones, la medicina como mercado.

Los médicos entrevistados no recibieron formación de ética en sus formaciones previas. En una de las entrevistas se mencionó una experiencia, que podría considerarse como una aproximación a incluir el profesionalismo en el plan de estudio de una especialización. Sin embargo esta experiencia no se sostuvo, posiblemente, podríamos analizar, porque se proyectó de manera individual, unilateral generando rechazo en el grupo de docentes y reubicación del espacio a favor de contenidos más relacionados al conocimiento científico y disciplinar.

Conclusiones

Con base en lo anterior pudieran resumirse algunas conclusiones que permitieran ofrecer caminos para modificar las prácticas tal y como se vienen desarrollando en la Educación para las especialidades médicas.

En primer lugar de acuerdo con los resultados obtenidos es posible inferir que existen carencias en relación a la enseñanza explícita de ética y competencias relacionadas con el profesionalismo en los programas de Educación Médica de Postgrado.

Es decir, que al igual que en la mayoría de las publicaciones encontradas, parece ser que en este momento según las experiencias de los médicos estudiantes de postgrado de medicina involucrados en este estudio, la enseñanza en estos programas conserva más semejanzas con los modelos pedagógicos tradicionales, en los cuales se prima la apropiación de conocimientos disciplinares, de técnicas y procedimientos clínicos y quirúrgicos distantes de las implicaciones éticas a que den lugar. Consecuente con esto los planes de estudio se observan más enfocados a la enseñanza de contenidos, de conceptos relacionados al diagnóstico y tratamiento de síntomas o enfermedades que encaminados a fortalecer las competencias actitudinales relacionadas con el profesionalismo médico, y a la comprensión de las personas, lo cual podríamos entender como una necesidad prioritaria para la tan necesaria aunque paradójica humanización de la Medicina.

Sin embargo, también con base a lo observado podría decirse que hay un despertar consciente que permite una mirada diferente hacia la Educación Médica. Podemos vislumbrar así un horizonte nuevo que nos puede permitir renovar nuestros programas de especialización en medicina. Es necesario enfrentar algunos paradigmas, porque, sin desmeritar los esfuerzos de aquellos que sacrificaron su vida en pro de la medicina, posiblemente en el pasado, algunos médicos y

profesores médicos, en nuestras sociedades ocuparon una posición elitista y aislada de la comunidad en general. Esta manera esta mirada nos está permitiendo reconocer que las necesidades actuales y las que vemos venir en los años siguientes se van modificando.

A lo largo de los resultados se pudo observar que los médicos enfrentan permanentemente conflictos para salvaguardar el profesionalismo. Lo que ha cambiado, pareciera ser, es que actualmente son más conscientes de estas disyuntivas y que examinan su diario actuar individualmente y en el contexto de los grupos interdisciplinarios. Los estudiantes de residencias que participaron reconocen que para lograr una formación integral, se requiere trabajar de manera intencionada el desarrollo de competencias actitudinales relacionadas con el profesionalismo de manera que en la práctica médica estas se incluyan sustancialmente y no se dejen al interés particular de unos cuantos, sino a un modelo de formación que lo incluya y lo instale como parte de la dinámica propia en la relación médico- paciente- familia- estudiante.

La Educación de la comprensión es necesaria. La incomprensión en algunos aspectos del accionar médico podríamos decir que debería ser analizada desde las diversidades sociales, culturales, diferencias de raza o religión, desde las distintas elecciones o convicciones individuales de forma de vida.

Es posible reconocer los factores que repercuten deletéreamente en la relación médico paciente, y a través de la reflexión sanar la confianza recíproca que permita la apertura solidaria hacia un mayor entendimiento y comprensión. Esto requiere voluntad y esfuerzo. La comprensión es un arte que comienza con la abstracción y aceptación del individuo por sí mismo. La falta de cumplimiento o adherencia al manejo médico pudiera evitarse con una mejor empatía y comprensión para con el

paciente, no solo en dar instrucciones o detallar indicaciones ordenadamente, con actitud paternalista.

La enseñanza de la comprensión demanda introspección pero también el análisis explícito de diferentes situaciones que permitan favorecer en este caso la interacción con los pacientes. En el curso de la relación médico - paciente - estudiante corresponde explorar cuidadosamente lo que el paciente siente, lo que entiende sobre su situación y de acuerdo con esto ir balanceando la información que precise. La comprensión de cómo nuestro paciente percibe la enfermedad es fundamental. La labor del médico es más que únicamente diagnosticar y tratar enfermedades específicas. Es el entendimiento del ser humano en toda su diversidad, para con la mejor comprensión del mismo, lograr mejorar su calidad de vida y dar paso a acciones cargadas de significado para todos desde la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la paliación en el contexto de la humanización del acto médico. Esto es necesario recordarlo y traerlo a superficie como pautas explícitas de comportamiento en los ámbitos de práctica de los residentes. La conciencia de los aspectos que influyen en la relación médico – paciente, en el trabajo en equipo, el trabajo con colegas de la propia especialidad, el trabajo en los grupos multidisciplinarios, las políticas de Salud, las rutas de los administradores de las instituciones y de las entidades de salud, además de todo aquello que directa o indirectamente a diferentes niveles tienen un papel en el actuar médico, como por ejemplo también el nivel socioeconómico de la población. La conciencia de todos los actores que tiene influencia en el acto médico. Son motivo de discusión universal, las circunstancias dependientes del sistema de salud que afectan la atención médica, los cambios en los sistemas de aseguramiento y cobertura. Llama la atención que mientras que frecuentemente

los médicos parecen considerar que tienen escasa o ninguna posibilidad de influenciar el sistema de Salud, las universidades y sociedades académicas muestra una gran preocupación y permanecen en sus preceptos de salvaguardar los intereses de la población.

Se puede deducir que se identifican en los cursos de especializaciones médicas en diferentes áreas de la Medicina, la necesidad de crear espacios que puedan favorecer el intercambio de ideas, el análisis de situaciones conflictivas y el razonamiento en torno a los desafíos relacionados al profesionalismo.

Las alternativas en relación a cómo crear éstos espacios pueden ser múltiples. Se podría considerar analizar situaciones que no tuvieron un desenlace favorable, situaciones en donde quizás no se cumplieron las expectativas del médico o del paciente. Se pudiera recapacitar sobre momentos que presentaron dificultades para el abordaje de un paciente determinado desde lo social, religioso, cultural, étnico o personal.

Es importante también reconocer aquellas situaciones que fueron gratificantes o favorables en sus resultados, porque una sola de ellas puede paliar y contrarrestar, y más aún dar esperanza a las múltiples dificultades, a las cuales se enfrenta el actuar médico y el actuar del docente. Estas y otras situaciones relacionadas con el profesionalismo podían ser trabajadas como análisis de casos de modo que se le diera igual connotación que se da a un caso tratado clínicamente.

Durante el tiempo en que se llevó a cabo el estudio se reconocieron como fundamentales las actitudes de los médicos como personas, sin embargo surge como obvia la necesidad de experticia en la disciplina que se practica. El médico debe conocer su disciplina.

En el camino de lograr una medicina equilibrada y madura, van de la mano el fortalecimiento de las actitudes con los saberes relativos al conocimiento disciplinar.

En relación a éste punto, pese que a primera vista pudiera parecer más sencillo enseñar conocimiento que fomentar actitudes, es necesario tomar en cuenta algunas consideraciones que también aparecen en el transcurso de este estudio.

Esas consideraciones se refieren a la complejidad del conocimiento en sí. En este sentido al igual que en otras áreas, se pudo en este trabajo reconocer la preocupación en relación a como aprender y educar en un mundo que lleno de progresos tecnológicos cambia vertiginosamente.

Una preocupación que surgió en el trabajo es entender cuál es el médico responsable de un paciente cuando es frecuente que un mismo enfermo es visto por varios especialistas. Cómo se optimiza su atención integral. Cómo se determina cual es la especialidad que debe tratarlo primero, cual es el problema prioritario y cómo se mejora la comunicación de los grupos tratantes cuando como es común no existe la figura de un médico de cabecera. Más aún si se toma en cuenta que con las cuestiones relacionadas a cobertura y aseguramiento, los grupos tratantes pueden estar dispersos en diferentes instituciones o clínicas. Con este pensamiento, parece ser necesario fomentar en los estudiantes la preocupación de crear lazos formales de comunicación entre los médicos y grupos de las diferentes instituciones. En base a las experiencias recogidas, incentivar la participación de reuniones académicas regionales parece ser un buen punto de comienzo. La sana confrontación en las discusiones académicas y presentación de casos en estas reuniones resulta favorable para crear redes de solidaridad profesional y mejorar la comunicación de los diferentes grupos.

Se puede transmitir a los estudiantes médicos la conciencia del privilegio que representa estar ubicado en instituciones de tercer o cuarto nivel y mantener la apertura solidaria a quienes luchan con menos recursos, promoviendo apoyo integral a los médicos que laboran en entornos menos favorecidos, así también sembrar en los pacientes la confianza a su médico tratante.

Otra preocupación percibida en las observaciones y entrevistas se refiere al error médico. Los errores médicos existen y afectan en mayor o menor grado la vida de los pacientes. Por otro lado, más allá de las connotaciones médico legales tienen repercusiones en la vida profesional del médico. Existen los denominados errores evitables y los que aún después de un minucioso análisis se llegan a la conclusión que no se hubieran podido evitar. El error no se puede subestimar. Cuantos manejos o tratamientos asumidos como seguros demostraron en la evolución del conocimiento, efectos deletéreos o fatales.

Durante el transcurso del estudio se observaron diferentes sentimientos en cuanto al error. En primer lugar parecería que respecto al error, durante la especialización, los estudiantes refieren que los docentes, salvo excepciones de sus propios errores se refieren poco. Parecen predominar sentimientos de inquietud, temor a equivocarse, negación y justificación de la situación en la que se produce el error. En otras ocasiones el error desencadena depresión, suicidio y cambios de conducta, en extremos al síndrome del quemado ("burn out") en situaciones de médicos con excesivas cargas laborales y agotamiento extremo. Con base a las manifestaciones recolectadas se recomienda abordar el error desde una perspectiva más amplia. Se podrían inicialmente programar discusiones de las vicisitudes que rodean el error médico más allá de la discusión a manera de casos anatomo- patológicos. Es procedente que los médicos que acompañan procesos formativos hablen a sus

estudiantes con tranquilidad del error como oportunidad para aprender y mejorar la práctica médica y en este sentido crear un ambiente clínico-educativo en el cual sean acogidas con receptividad las situaciones adversas que se puedan presentar y de este manera tratarlas pedagógicamente para que de esta manera se dialoguen más y se busquen alternativas de mejoramiento en equipo. Lo esencial es asegurar que en la formación de especialistas médicos, éstos no oculten las fallas o errores cometidos, sino que se evidencien como una oportunidad de aprendizaje y de formación.

Teniendo en cuenta lo observado en este estudio y los antecedentes revisados se reconocen las limitaciones relacionadas al tiempo y características de los representantes involucrados. Sería necesario realizar un estudio de mayor duración e involucrar a otros actores participantes en la Educación Médica.

Determinar, definir el currículo más viable empieza con la elección del Modelo Pedagógico y en este sentido la elección del modelo pedagógico comienza con definir los propósitos. A quien queremos formar, que queremos enseñar y que necesitan aprender.

La vocación docente es una característica esencial, pero con base a lo observado podríamos insistir que es preciso generar espacios para la reflexión de la actividad del médico docente, y también, tiempo y recursos para a su formación y capacitación.

De los resultados de las observaciones que se realizaron durante el estudio es posible interpretar que las actividades del acto de educar en las especializaciones médicas surgen de manera espontánea, artesanal en el quehacer diario y donde el estudiante médico participa en tanto que observa y realiza actúa en derredor del

paciente. En ambos docente y educando se perciben los esfuerzos pero las condiciones, los escenarios siempre pueden mejorarse.

Desde el aporte de esta investigación, por medio de la creación de espacios de socialización de este trabajo entre los docentes, se desea contribuir a modificar algunas actividades de enseñanza. Algunas de las recomendaciones, aplicadas en el contexto de las residencias pudieran fortalecer el profesionalismo en las prácticas médicas, y así, alcanzar algún impacto académico o social. Lograr en este sentido algún cambio fue la motivación para la realización de esta investigación.

Bibliografía

- World Organization for Medical Education, Edimburgh 1988. (s.f.). The Edinburgh Declaration. En E. Worl Organization For Medical Education (Ed.), *The Edinburgh Declaration 1988*. 22, págs. 481-2. Med Educ.
- World Organization For Medical Education Edimburgh. (1992). Edimburgh Declaration II. *The Edimburgh declaration II*.
- Guyatt, G., Cairns, J., Churchill, D., Cook, D., Haynes , B., Hirsh, J., . . . Tugwell, P. (1992). Evidence-Based Medicine: A new Approach to Teaching the practice of Medicine. *JAMA*, 268(17), 2420-25.
- Swing, S. R. (2007). The ACGME outcome project: retrospective and prospective. *Medical Teacher*(29), 648-654.
- Olick, R. S. (2001). It's Ethical, But Is it legal? Teaching Ethics and Law in the Medical School Curriculum. *The Anatomical Record*, 265, 5-9.
- Outomuro, D. (2008). Fundamentación de la enseñanza de la Bioética en medicina. *Acta bioethica*, 14(1), 19-20.
- Dyrbye, L., Massie, S., Eacker , A., Harper, W., Power , D., Durning, S. j., . . . Shanafelt, T. (2010). Relationship Betwen Burnout and professional Conduct and Attitudes Among US Meical Studies. *JAMA*, 304(11), 1173-1180.
- Dale, S., & Olds , J. (2012). Mantaining profesionalism in the face of Bournout. *Tehe British Medical Journal of General Practice*, 62, 602-607.
- Pinzon, C. E. (2008). Los grandes paradigmas de la Educación Médica en Latinoamerica. *Acta Médica Colombiana*, 33(1), 1-11.
- Jalil Milad, J., & Hoyl Moreno, T. (2015). Programas de Postgrado en Medicina Por Competencias. *Revista de Estudios Médicos de Postgrado*, 15(15).

- Pinilla, A. E., & Cardenas, A. F. (2014). Evaluación y construcción de un perfil de competencias profesionales en medicina interna. *Acta Médica Colombiana*(39), 165-173.
- Gomez, M. (Dic de 2006). Transmisión de los valores médicos en la Universidad. *Educación Médica*, 9.
- Gual Sala, A. (2012). *Aprender a ser médico: responsabilidad social compartida* (Vol. 1). Barcelona, Cataluña, España: Fundacion Educación Médica.
- Flexner, A. (1910). *Medical Education in the United States*. (N. Y. Foundation, Ed.) New York, New York, United State: Carnegie Foundation.
- Patiño, J. f. (mar-abr de 2001). La desprofesionalización de la medicina en Colombia. *Acta Medica Colombiana*, 26(2), 43-49.
- Olivera Diaz , A. (enero-abril de 2013). Que hacer por una educación médica integral. *Revista Salud Uninorte*, 29(1), 104-112.
- World Organization For Medical Education Edimburgh. (1993). Edimburgh Declaration II. *The Edimburgh declaration II*.
- American Medical Association. (February de 1910). Medical Education and State Boards of Registration. *The Journal of the American Medical Association*, LIV(8), 637.
- Tomey, A. V. (2002). Abraham Flexner, pionero de la Educación Médica. *Revista Cubana Educación medica Superior* , 16(2), 156-63.
- Eckeleberry-Hunt, J., & Lick, D. (2015). Phisician and suicide: a Shared Responsibility. *Teaching ans Learning in Medicine*, 27(3), 341-345.
- Osborne, M. P. (2007). William Stewart Halsted: his life and contibutions tu surgery. *The Lancet Onkology*, 8(3), 256-265.
- Mill, S., & Bryden, D. (2010). A practical aproach to teaching medical ethics. 36(1), 50-4.
- ABIM Foundation. (2002). Medical professionalism project. *Lancet*, 359, 520-522.

- Villanueva, J. (2006). Necesidad de adquirir competencias en valores. *Educación Médica*, 9(1).
- Freire, p. (2013). *Pedagogía del oprimido*. Mexico: Siglo XXI.
- Diaz Barriga Arceo, F. (2005). Desarrollo del currículo e innovación. *Perfiles Educativos*, 27(107), 57-84.
- Bujan Vidales, K., Rekalde Rodriguez, I., & Aramendi Jauregui, P. (2011). *La Evaluación de competencias en la Educación Superior*. Bogotá: Ediciones de la U.
- Real Academia Española. (17 de octubre de 2014). *Real Academia Española*. Recuperado el 18 de octubre de 2015, de obras academicas/diccionarios/diccionario-de-la-lengua - española: www.rae.es
- Dokú, K. C., & Gonzales F, L. E. (2006). *Curriculo universitario basado en competencias*. Barranquilla, Atlantico, Colombia: Ediciones Uninorte.
- Jonnaert, P., Barrete, J., Masciotra, D., & Mane, Y. (2008). La competencia como organizadora de los programas de Formacion. *Profesorado*, 12(3), 1-31.
- Morín, E. (2001). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Bogotá: Cooperativa Editoria Magisterio.
- Alzate P., M. V., Gomez M., M., & Arbeláez G, M. (2011). *Enseñar en la universidad Saberes, prácticas y textualidad*. Bogotá : Ecoe Ediciones.
- Bauman Z. (2000). *La cultura en el mundo de la modernidad líquida*. (e. Book, Ed.)
- Cate, O. T. (2011). Formación Médica y evluación basadas en las competencia. *Revista Argentina de Cardiología*, 79(5), 1-5.
- Patiño Restrepo, J. F. (2004). El profesionalismo Médico. *Revista colombiana de Cirugía*, 19(3), 146-151.
- Pinilla, A. E. (2011). Modelos pedagógicos y formación de profesionales en el área de la salud. *Acta médica Colombiana* , 36(4), 204-219.

- Dueñas, V. H., Bact., & Sc., M. (2001). El aprendizaje basado en problemas como enfoque pedagógico en la educación de salud. *Colombia Médica*, 32(4), 189-196.
- Milad, J., & Moreno, T. H. (junio de 2015). Programas de Postgrado en Medicina por competencias. *Revista de Estudios Médicos Humanísticos*, 15(15), 1-6.
- Pinilla, A., & Cárdenas, F. (Abril-Junio de 2014). Evaluación y construcción de un perfil de competencias profesionales en Medicina interna. *Acta Médica Colombiana*, 39(2), 165-171.
- Shonhaut Berman, L., Millán Klusse, T., & Hanne Altermatt, C. (2009). Competencias transversales en la formación de especialistas en pediatría, Universidad de Chile. *Educación Médica*, 12(1), 33-42.
- Ramirez, M., Castellanos-Suarez, R., Badillo, R., Naranjo, F., Insuasty, J., Gomez, J., . . . Callejas, M. (2004). El aprendizaje significativo de la Medicina Interna a través de la evaluación por competencias clínicas. Investigación- Acción. *Salud UIS*(36), 111-114.
- Pinilla Roa, A. E. (2013). Evaluación de Competencias profesionales en Salud. *Revista de la Facultad de Medicina*, 61(1), 1-23.
- Parra P., P., Matus B., O., Ortiz M., L., Torres A., G., Ibacaches , G., Ramires E., L., . . . Fasce H, E. (2010). Enseñanza y Evaluación del profesionalismo Médico a traves de proyectos colaborativos. *Revista de Educación Ciencias de la Salud*, 7(1), 29-34.
- Kant, I. (1961). *Crítica de la razón práctica*. Buenos Aires: Losada.
- Zubiría Samper, J. d. (2006). *Los modelos pedagógicos*. Bogotá: Magisterio.
- Samper, Z. (2013). *Como diseñar un currículo de competencias*. Bogotá: Magisterio Editorial.
- Zubiría Samper, J. d. (2013). *Como diseñar un currículo por competencias*. Bogota: Magisterio Editorial.

- Galeano, M. (2012). *Estrategias de investigación social cualitativa El giro de la mirada*.
Medellín: La carreta editores.
- Stake, R. E. (1999). *Investigación con estudios de casos*. Madrid: Ediciones Morata.
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación*.
Mexico: Mc Graw Hill Educación.
- Rodriguez, G., Gil, J., & García, E. (s.f.). *Metodología de la Investigación Cualitativa*.
Bogota: Ediciones Aljibe.
- Morin, E. (2001). *Los Siete Saberes Necesarios para la Educación del Futuro*. Bogota,
Colombia: Magisterio.
- Freire, P. (2003). *El Grito Manso*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintinuno.
- Zubiría, J. (2006). *Los Modelos Pedagógicos*. Bogotá: Magisterio.
- Patiño, J. (marzo de 1999). Ley 100 de 1993: Reforma y Crisis de la Salud. *Revista Academia
Nacional de Medicina*, 21(49).
- Patiño, J. (2002). Reflexiones sobre la reforma de la seguridad social en Salud. *Revista
Medicina*, 24(1).
- Patiño, J. (1998). La Ley 100 de 1993: Encrucijada de la Medicina. *Revista Medicina*, 20(48).
Academia Nacional de Medicina. (junio de 2011). El contrato social del médico ante el
desastre de Salud. *Medicina*, 33(93).
- Rozo, R. (2012). El deterioro de la Medicina. (E. Espectador, Entrevistador) Redacción Vivir.
- Galindo Cárdenas, L. (2014). Caracterización del Modelo en Competencias Profesionales de
Formación Médica Desarrollado en Doce Especializaciones Clínicas y Ocho
Quirúrgicas de la Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia - Colombia. Hacia
un Nuevo Enfoque (Doctorado). *Tesis*, 131. Barcelona, España: Universidad de
Granada.

Quiceno. (Julio/Diciembre de 2007). Burnout: Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT).

Acta Colombiana de Psicología, 10(2), et.

