



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA

FACULTAD DE EDUCACIÓN

MAESTRÍA EN EDUCACIÓN

Competencias Actitudinales Relacionadas con el Profesionalismo en Postgrados de Medicina. Una Experiencia Investigativa en Colombia.

Para optar al grado de:

Magister en Educación

Presentado Por:

Gabriela Karl

Director de Proyecto de Grado

Dra. Leonor Angélica Galindo Cárdenas

Bucaramanga, Colombia, Julio, 2016

Dedico este estudio: a mis estudiantes, que son el motivo de este estudio; a mi esposo y a mi hija, sin cuya comprensión no hubiera culminado este proyecto.

Gabriela Karl

Agradecimientos

Agradezco a mí directora Leonor Angélica Galindo Cárdenas, por acompañarme y compartir su valiosa experiencia conmigo; al profesor Román Eduardo Sarmiento por su asesoría durante el proceso de este trabajo; a todos mis profesores y compañeros porque permitieron que ampliara mis horizontes hacia el mundo de la docencia.

Gabriela Karl

Tabla de Contenido

Capítulo 1. Planteamiento del problema	8
1.1 Antecedentes del problema.....	8
1.2. Pregunta de investigación.....	17
1.3. Objetivos de la investigación	17
1.3.1. Objetivo General.	17
1.3.2. Objetivos Específicos.	17
1.4. Justificación de la investigación	18
1.5. Limitaciones y delimitaciones.....	21
1.6. Definición de Términos.....	21
Capítulo 2. Marco Teórico	22
2.1. El concepto de competencias	22
2.1.1. Competencias en la Educación superior.	24
2.1.2. Programas de Educación Médica de Postgrado y surgimiento de modelos con enfoques en competencias.	25
2.2. Los Modelos Pedagógicos y su influencia en la formación de profesionales	34
2.3. Tipos de modelos pedagógicos.....	34
2.3.1. Conductismo.	34
2.3.2. Cognitivismo.	35
2.3.3. Constructivismo.	35
2.3.4. Modelos autoestructurantes y heteroestructurantes	35
2.4. Acerca de la conceptualización de Currículo.....	40
Capítulo 3. Metodología.....	43
3.1. Método de investigación	43
3.2. Fases del estudio	45
3.3. Población - Participantes - Selección de la muestra.....	47

Competencias actitudinales relacionadas con el profesionalismo en postgrados de Medicina. Una experiencia investigativa en Colombia. 5

3.4. Marco contextual	49
3.5. Instrumentos de recolección de datos	49
3.5.1. Entrevistas.....	49
3.5.2. Observaciones.	50
3.6. Prueba piloto.....	50
3.7. Procedimiento en la aplicación de instrumentos.....	51
3.8. Aspectos éticos	51
3.9. Síntesis del contexto en el cual se desarrolló la investigación	52
Capítulo 4. Análisis De Datos	54
4.1. Proceso de codificación y categorización para el análisis	56
Capítulo 5. Conclusiones.....	73
5.1. Prospectiva de la Investigación	80
Bibliografía	83
Anexos.....	89
Apéndice 1. Preguntas posibles para las entrevistas a los médicos.....	89
Apéndice 2. Preguntas posibles para las entrevistas a los pacientes	90
Apéndice 3. Formato para la entrevista.....	91
Apéndice 4. Formato para Observaciones	92
Apéndice 5. Consentimiento informado para participar en la investigación:	93

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Identificación de las Entrevistas Realizadas a los Médicos Estudiantes. Construcción Propia.	56
Tabla 2. Resultado de las Entrevistas Realizadas a los Médicos Estudiantes de Especialización. Construcción Propia.	57
Tabla 3. Identificación de las Entrevistas realizadas a los Pacientes. Construcción Propia. ..	62
Tabla 4. Resultado de las Entrevista a los Estudiantes. Construcción Propia.	63
Tabla 5. Resultados de las Observaciones Propias. Construcción Propia.	64

INDICE DE FIGURAS.

Figura 1. Primera Triangulación de Fuentes. Construcción Propia.	55
Figura 2. Segunda Triangulación de Fuentes. Construcción Propia.	56

Resumen

En ésta investigación se abordaron 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 la enseñanza del mismo en los programas de postgrado, en los cuales predominan contenidos disciplinares de medicina, con escasa o nula inclusión de proyectos transversales valiosos para favorecer actitudes y valores relacionados a la esencia de la profesión como médico. Se realiza una investigación cualitativa tipo estudio de caso en el 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.

Capítulo 1. Planteamiento del problema

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.

1.1 Antecedentes del problema

Esta investigación inició con la exploración de los antecedentes relacionados a los postgrados en Medicina. Para facilitar el proceso se acudió a fuentes de base de datos como PUB MED, MEDLINE, OMS y OPS 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).

Simultáneamente la conformación de un grupo de trabajo colaborativo con participación de varias instituciones principalmente de Estados Unidos y Canadá (Guyatt, y otros, 1992) permitieron unificar conceptos y favorecer guías de práctica clínica para el proceso de atención a la Salud. Este grupo recomendó que la experiencia clínica debe ser sistematizada y toda la información firmemente sustentada en estudios científicamente válidos como un medio de disminuir el error médico y mejorar la calidad de la atención. En resumen este enfoque se constituye a manera de una propuesta global de modernización de la práctica y formación clínica, preconizando que las decisiones solo se debieran basar en el análisis crítico de la evidencia previamente conocida.

Competencias actitudinales relacionadas con el profesionalismo en postgrados de Medicina. Una experiencia investigativa en Colombia. 10

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. Una revisión del tema realizado por un autor miembro de ACGME (Swing, 2007) resalta la acogida inmediata de las nuevas recomendaciones por parte de la mayoría de los programas de Educación Médica de postgrado en Estados Unidos. Manifiesta este mismo autor que hacia el 2006, cuando se comienza a trabajar en el proceso de evaluación, se definen competencias generales y establecen sus componentes. Como parte de la atención del paciente se incluyen en esas competencias componentes relacionados con la comunicación efectiva, con el comportamiento de los profesionales médicos, comportamiento el cual debe ser afectuoso y respetuoso, brindando la información adecuada y permitiendo la participación del paciente en las decisiones diagnósticas y terapéuticas. Los médicos deben proporcionar asesoramiento y educación, realizar actividades de promoción y prevención de salud y centrar la atención en el propio paciente. Se deben desarrollar habilidades comunicativas con miembros del equipo de atención para la salud y con los pacientes.

En ésta reestructuración de los currículos de los programas de Educación Médica de postgrado promovida por ACGME (Swing, 2007) 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.

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

Competencias actitudinales relacionadas con el profesionalismo en postgrados de Medicina. Una experiencia investigativa en Colombia. 11

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.

Competencias actitudinales relacionadas con el profesionalismo en postgrados de Medicina. Una experiencia investigativa en Colombia. 12

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

Al reflexionar respecto la Ética en los planes de estudios caben algunas consideraciones. La complejidad de la enseñanza de la ética es analizada por Olick (2001), quien 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.

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 experiencia en las universidades latinoamericanas respecto a la enseñanza de la ética en medicina parece aún reciente, pero es importante insistir específicamente en la incorporación los contenidos bioéticos en los distintos programas de especialización tomando en cuenta la necesidad de que estos contenidos sean directamente relacionados con el área de saber respectiva.

La idea no es tratar de formar eruditos o expertos en ética, sino, de ofrecer al profesional herramientas que le permitan pensar y analizar críticamente, especialmente a los docentes. Una estrategia (Outomuro, 2008) podría ser facilitar formadores con una escuela de ayudantes. Esta autora presenta una experiencia favorable en el centro interdisciplinario de estudios de bioética en Chile con la implementación del uso de historietas como recurso pedagógico. En estas historietas los protagonistas imaginarios viven situaciones que se

Competencias actitudinales relacionadas con el profesionalismo en postgrados de Medicina. Una experiencia investigativa en Colombia. 13

relacionan con hechos reales. La observación de los resultados encontró que se fortaleció el diálogo, se favoreció la tolerancia y el abordaje de los dilemas éticos.

La bioética debe mantener la relación con otras áreas de la medicina. Es necesario contar con expertos para comités de bioética hospitalarios y además asesorarse con organismos gubernamentales y no gubernamentales, grupos comunitarios y legisladores

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*.

No es de sorprender que esto tenga implicancias en la conducta y actitudes profesionales, evidentes ya desde la etapa de formación. Una de las publicaciones más valiosas al respecto se basa en un estudio observacional multinstitucional (Dyrbye, y otros, 2010) . En este estudio llevado a cabo en siete escuelas de medicina además de confirmar la alta prevalencia del síndrome de *burn out* en la población estudiada, encuentran que los factores de malestar que llevan al agotamiento se relacionan más a cuestiones profesionales que a temas de situación o angustia personal.

Competencias actitudinales relacionadas con el profesionalismo en postgrados de Medicina. Una experiencia investigativa en Colombia.

Varias publicaciones se refieren al manejo de la situación una vez detectada. Dale & Olds (2012) ofrecen recomendaciones en relación a cómo mantener el profesionalismo cuando se padece de *burnout*. Entre estas recomendaciones se encuentran consejos respecto a cómo abordar y cómo hablar del tema. El diálogo franco es el primer y principal paso para apoyar al profesional que sufre de *burnout*.

Se evidencia en base a los argumentados, la percepción mundial de las necesidades en cuanto a la Educación Médica, la necesidad de énfasis en el profesionalismo médico, la ética y otros factores inherentes que surgen en países que muestran mayores recursos y organización en el ámbito de los programas de postgrados en Medicina, hay que reconocer las particularidades de la situación en Latinoamérica.

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 éstos 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.

Competencias actitudinales relacionadas con el profesionalismo en postgrados de Medicina. Una experiencia investigativa en Colombia. 15

En una investigación realizada en la Universidad de Antioquia, Colombia en el 2014 acerca de la caracterización del modelo basado en competencias profesionales de educación médica en especialidades clínicas y quirúrgicas, al indagar a profesores y residentes acerca de la ética, como por las demás competencias transversales, se encuentra un profundo desconocimiento tanto en la concepción como en la aplicación de la competencia en las actividades de enseñanza y de aprendizaje cotidianas. (Galindo Cárdenas L, 2014)

Otro debate ha surgido en torno a la tecnología. La información científica es hoy día muy accesible, pero la relación de los estudiantes con diferentes tecnologías plantea ventajas y desventajas, convirtiéndose esto en un punto de cuidado para todas las áreas de la Educación.

Una cuestión clave que el autor antes citado también menciona Pinzon (2008) 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.

Desde la perspectiva de una universidad de América del sur Jalil Milad & Hoyl Moreno (2015) en Chile se realiza una adaptación de las competencias establecidas por ACGME, evaluando a través de rúbricas las competencias médicas generales. En esta adaptación se define un grupo de capacidades propias del médico o profesional “a cargo” relacionándolas con las competencias originales. La evaluación se basa en doce preguntas que el docente se debe plantear en relación a los estudiantes. Cada pregunta se evalúa cuantitativamente de 1 a 5. Las preguntas son generales respecto al nivel de conocimientos, a la manera en que levanta la historia clínica, a cómo se realizan los diagnósticos, cómo se llevan a cabo procedimientos, a si el médico en formación demuestra estar actualizado, muestra compromiso, honestidad, ética, respeto a los pacientes y compañeros del equipo de salud.

Competencias actitudinales relacionadas con el profesionalismo en postgrados de Medicina. Una experiencia investigativa en Colombia. 16

Los autores antes mencionados, abordan el tema del profesionalismo definiéndolo como las conductas que deben estar presentes en todo buen médico. Recomiendan observar con cautela cualquier manifestación de falta grave como la irresponsabilidad, poco esfuerzo y malas relaciones interpersonales. En relación a cómo abordar la formación de éstas últimas considera que estas se enseñan y aprenden en discusiones informales, con el contacto de individuos con valores sociales adecuados, con lo cual interpreto que las definen como parte del currículo oculto.

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.

1.2. Pregunta de investigación. Supuesto.

En base a lo mencionado surge la preocupación y pregunta ¿Cómo es posible favorecer en los posgrados de Medicina las competencias actitudinales relacionadas con el profesionalismo?

Los programas de Especialización Médica deben incluir competencias profesionales integradas para generar procesos formativos de alta calidad y esto implica incluir las competencias actitudinales relacionadas al profesionalismo.

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo General.

Comprender las representaciones sociales de médicos profesores, médicos estudiantes de postgrado y pacientes acerca de las competencias actitudinales relacionadas al profesionalismo.

1.3.2. Objetivos Específicos.

1- Analizar las representaciones sociales que experimentan los médicos estudiantes de postgrado docentes y pacientes respecto a las competencias actitudinales relacionadas con el profesionalismo médico.

2- Interpretar las conductas habituales relacionadas con el profesionalismo médico que emergen de la categorización de las observaciones realizadas.

3- Proponer algunas orientaciones educativas que permitan el desarrollo de competencias actitudinales relacionadas con el profesionalismo desde la formación como especialistas médicos.

1.4. Justificación de la investigación

Con base a las investigaciones desarrolladas se encuentra que dentro de las características del médico además del conocimiento científico es necesario que reúna otras cualidades como las competencias actitudinales.

La mayoría de los programas para formación de médicos especialistas siguen un modelo tradicional y por lo tanto enfocan la formación y evaluación en relación al número de conocimientos conceptuales de la disciplina o habilidades procedimentales adquiridas (Pinzon, 2008)

Esta situación no permite adoptar en los programas de postgrado directrices que resulta una necesidad. Impresionan encontrarse más dificultades en lo que se refiere a la introducción formal al currículo de las competencias actitudinales y conductuales. Las competencias actitudinales relacionadas con el profesionalismo no hacen parte de los planes de estudio en postgrados de medicina. Dice Outomuro (2015) que la bioética por ser una asignatura nueva en el currículo médico tiene experiencia docente magra.

No es posible negar la complejidad del problema teniendo en cuenta que, estas competencias comienzan a formarse desde edades tempranas, en el hogar, durante la escolarización primaria y secundaria, en la escuela de medicina de pregrado. Además también juegan un rol los factores socioculturales, étnicos y religiosos.

El estudiante en una especialización médica es un adulto, que además de haberse graduado como médico, en ocasiones ha completado una formación adicional o especialización previa.

Lo anterior nos permite entender la gran variabilidad de percepciones, conductas arraigadas y la necesidad de identificarlas. Las competencias actitudinales deben estar presentes en el currículo y existen diversas estrategias que permiten favorecerlas. Crear experiencias de aprendizaje para desde el comportamiento, crear actitudes o cambiar procesos de pensamiento para cambiar actitudes, no ya desde el comportamiento es la una de las cuestiones.

La enseñanza de la ética en medicina cobra cada vez más importancia a la hora del diseño de un currículo para un programa de medicina, aunque su aplicabilidad práctica requiere desarrollo.

Un documento elaborado por el Colegio Médico de España (los valores de la medicina del siglo 21) según Gómez (2006), reflexiona que los fines y prioridades de la medicina van de la mano del análisis crítico de la formación universitaria. Hay acuerdo en la necesidad de lograr un perfil de formación médica más integradora y humanista. Las necesidades de los seres humanos en relación con su salud van más allá del simple modelo de curación de la enfermedad, donde el médico hace su diagnóstico y prescribe una terapia. Se requiere de la comprensión del paciente en su modo de reaccionar ante la enfermedad y el sufrimiento.

Es necesario mayor esfuerzo para introducir de forma transversal en los planes de estudios las ciencias sociales y las humanidades, motivando al estudiante con el análisis y reflexión de casos o situaciones para potenciar cualidades humanas como la compasión, cortesía y calidez.

La calidad de la atención de la salud que brindan los profesionales médicos está ligada a su formación integral. Se hace por lo tanto preciso incluir como competencias básicas las

competencias generales en relación a las habilidades actitudinales o conductuales, fundamentales para el buen actuar médico.

La no inclusión formal de éstas competencias en el diseño curricular ya sea ignorándolas o dejándolas solo como parte del currículo oculto no permite desarrollar un aspecto necesario en todo profesional médico.

La Transversalidad es un principio curricular para permitir la interacción de los conocimientos propios de la disciplina con el contexto. El tomar conciencia de la problemática del entorno: pobreza, migraciones internas (desplazamientos), acceso a la escolaridad, la relación de estos factores con el subdiagnóstico de algunas enfermedades y con la falta de cumplimiento en los controles de seguimiento lo cual marca un desenlace diferente al que se hubiera logrado con el abordaje oportuno de la enfermedad.

De esta manera es posible vincular el conocimiento disciplinario con la vida real e incorporar las competencias profesionales adecuadas, entendiendo en relación a ello que lograr la capacidad de análisis y síntesis así como la capacidad de organización y planificación con la actitud del deber ser se relaciona a una formación integral.

Responder a la pregunta de esta investigación permitirá proponer estrategias para evaluar y favorecer el desarrollo de las competencias relacionadas al profesionalismo. La paradójica humanización de la medicina, una necesidad sentida requiere enfrentar modelos establecidos para dar un enfoque diferente a nuestros planes de estudio, en concordancia con los cambios que vive la sociedad. En las recomendaciones de referentes de postgrado deben evaluarse los conocimientos, pero también actitudes relacionadas al profesionalismo.

1.5. Limitaciones y delimitaciones

Las limitaciones son en relación al tiempo en el que se realiza la investigación, el número de estudiantes, el hecho de que autor y quien realiza la intervención son la misma persona.

1.6. Definición de Términos

Competencia: Capacidades complejas que se activan y desarrollan cuando la persona resuelve problemas en diversos ámbitos utilizando conocimientos metódicos derivados de procesos lógicos, éticos y estéticos (González A & otros, 2007).

Competencias actitudinales y profesionalismo son 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.

Currículo: según Mora y Ferro (2001) es el conjunto de actores, actividades, infraestructuras y procesos logísticos que intervienen en el hecho educativo; destacando que debe recuperar e integrar las políticas de estado, las necesidades sociales en torno al papel de la Educación, las diferencias contextuales y las intencionalidades formativas; desde donde se seleccionan y secuencian los contenidos y se establecen las metodologías y formas de evaluación

Enfoque curricular se entiende como el punto desde donde nos ubicamos para tener una perspectiva clara del espacio en el que estamos situados y de las características del mismo.

En el ámbito educativo esto implica la identificación de rasgos de contexto en el que se desarrollará el proceso curricular

Capítulo 2. Marco Teórico

La fundamentación teórica de la investigación se centra en una primera parte a desarrollar el concepto de competencia en educación superior hasta llegar a las competencias en la formación de médicos especialistas, específicamente las competencias actitudinales relacionadas con el profesionalismo en los Programas de Educación Médica de Postgrado. En una segunda parte, se presenta el desarrollo de los diferentes modelos pedagógicos, enfoques curriculares que pueden soportar el desarrollo de competencias en educación médica posgraduada.

2.1 El concepto de competencias

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.

Competencia procede del latín *competentia*, cf. *Competente* 2 *pericia* aptitud o idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado (Real Academia Española, 2014)

Para algunos autores Dokú & González F (2006) competencia se refiere a la concatenación de saberes, no solo pragmáticos y orientados a la producción, sino aquellos que articulan una concepción del ser, saber, saber hacer, del saber convivir.

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. A pesar de la polisemia hay una tendencia a interpretarla como un saber complejo. En una competencia se ponen en marcha un conjunto diversificado y coordinado de recursos, que la persona moviliza en un contexto determinado. Este conjunto de recursos puesto en marcha, se apoya en la elección, la movilización y organización personal de las acciones pertinentes que permiten un tratamiento exitoso de esta situación, ya que la competencia, no puede definirse sin incluir la experiencia y la actividad de la persona (Jonnaert, Barrete, Masciotra, & Mane, 2008).

La competencia definitivamente 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 dice Zubiría (2013)

El carácter contextual en el desarrollo del individuo y las sociedades está muy bien captado por los enfoques socio-culturales, y atañe al peso que hay que darle a los factores externos en el desarrollo humano y al papel que generan la cultura, la época y el momento histórico determinado, en nuestras maneras de

ver, representar y valorar lo real definiendo el contexto el sociocultural, el institucional y personal (p.71).

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.

Se han elaborado diferentes clasificaciones de tipos de competencias. Así por ejemplo, Zubiría (2006) considera pertinente categorizar tres tipos de competencias humanas, las cognitivas, las prácticas y las socio afectivas. En la opinión de este autor el desarrollo y presencia de cada una de ellas puede ser muy diferente en cada sujeto.

Desde otro punto de vista, las competencias se pueden clasificar en: competencias básicas y genéricas. Las básicas, o también llamadas instrumentales, son aquellas asociadas a conocimientos fundamentales que normalmente se adquieren en la formación general, tales como la habilidad de la lectura, escritura, la comunicación oral y el cálculo. Estas en general se supone no se aprenden en la Educación Superior... Por otro lado las competencias genéricas denominadas también transversales, intermedias, generativas o generales, se relacionan con los comportamientos y actitudes de labores propias a diferentes ámbitos de producción.

2.1.1. Competencias en la Educación superior.

Respecto a los saberes enseñados en la educación superior se han analizado los diferentes aspectos de enseñanza de los denominados saberes universitarios. Como identificar el saber pertinente. Consideran Alzate P, Gomez M & Arbeláez (2011), que cuando se plantea la búsqueda del saber sabio en un campo se llega no a un texto sino a una práctica (p. 97). Mientras más el curso se asemeja a una enumeración o al contenido de un texto, se

perderá ese "hilo conductor que le da sentido al saber, que les permite a los estudiantes apropiarse de ese saber a través de un pensamiento propio (p. 37). La formación por competencias es la manera en que se logra aprender a aprender y apropiarse de saberes complejos. El enfoque por competencias es, se han expresado Bujan Vidales, Rekalde Rodríguez & Aramendi Jauregui (2011), " el reencuentro de dos corrientes teóricas en las ciencias de la educación: el cognitivismo y el constructivismo" (p 38). Se examinarán brevemente ahora, algunos conceptos relacionados a las competencias en la Educación superior. Según dicen los autores de un texto relacionado a las competencias en la Educación Superior, Bujan Vidales, Rekalde Rodríguez & Aramendi Jauregui (2011) las características de las competencias las hacen integradoras y combinatorias, o sea que cada competencia emplea diferentes recursos que actúan sinérgicos y en forma complementaria, y esto hace referencia a la complejidad del saber actuar.

Además, si una competencia es integradora y combinatoria, un programa tendrá un número determinado de competencias. En este sentido habría que decir además que un saber complejo tiende al desarrollo. De esto se infiere el carácter evolutivo de las competencias. Las competencias evolucionan a lo largo de toda la vida. Con esto se quiere decir que resulta primordial tener claridad respecto al grado de desarrollo de la competencia que queremos lograr al finalizar el curso Bujan Vidales, Rekalde Rodríguez & Aramendi Jauregui (2011). Lo anterior implicaría... Es necesario subrayar el énfasis que se debe dar a los instrumentos que permitan establecer y comprobar el grado de desarrollo a lo largo de la formación.

2.1.2. Programas de Educación Médica de Postgrado y surgimiento de modelos con enfoques en competencias.

Los primeros programas de formación en Medicina datan de fines del siglo antepasado. En 1910 se publicó el listado de las primeras residencias y hospitales reconocidos por la Asociación Americana de Medicina (American Medical Association, 1910). Casi inmediatamente se generó la necesidad de establecer criterios de calidad en relación a los mismos. Flexner, un educador de esa época, realizó un informe del cual resultaron los primeros criterios de habilitación para estos programas. Según lo analiza un autor (Tomey, 2002), a pesar de las críticas a los objetivos propuestos por Flexner, como promover una medicina demasiado científica, fragmentar en conocimientos en las diferentes disciplinas, evidenciar ausencia de visión social y una formación netamente academicista sin tomar en cuenta la formación integral, la realidad es que estos postulados aún están arraigados en muchos programas de Medicina.

En la década de los 80 la Organización Mundial de la Salud (OMS), en Edimburgo, World Organization for Medical Education, Edimburgh (1988), emite una pronunciación en la cual destaca la necesidad de que el médico invistiera cualidades personales como la sensibilidad y la capacidad de comunicar más allá de los conocimientos científicos. Es así como se introduce el profesionalismo que se define como los atributos primordiales que deben estar presentes en el acto médico, como por ejemplo la compasión, el respeto, la integridad, la responsabilidad, la ética, la sensibilidad y la comprensión por las diferencias.

La calidad en la atención de la salud que brindan los profesionales médicos está ligada a su formación integral. Se hace por lo tanto necesario incluir como competencias básicas también las competencias generales en relación con las habilidades actitudinales o conductuales, fundamentales para el buen actuar médico. En palabras de 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 por lo anterior que estamos obligados a comprometernos para mejorar nuestras prácticas como en el área de la salud. 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 los años siguientes se realiza la conformación de un grupo de trabajo colaborativo con participación de instituciones también de Estados Unidos y Canadá (Guyatt, y otros, 1992), que permite afianzar la práctica de la denominada medicina basada en evidencias.

El Consejo de Acreditación para la Educación Médica de Postgrado (ACGME), referente en evaluación de programas de postgrado, surge y promueve desde la década de los noventa el cambio en la estructuración de los currículos de los programas de formación médica hacia un enfoque por competencias.

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.

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.

De igual manera, en relación al profesionalismo y el desarrollo de las competencias actitudinales, se hace necesario abordar aspectos vinculados a la enseñanza de la Ética. La complejidad de la educación de la ética, es analizada en un artículo Olick (2001), donde se expone que más que impartir conceptos básicos o actualizados de ética con quizás escasa utilidad práctica, se debería promover el desarrollo de destrezas y habilidades para reconocer conflictos de ética... Reconocer e identificar el problema desde una perspectiva económica, legal, religiosa y política hace fundamental comenzar con los derechos y deberes de los pacientes y sus familias. Existe una gran dificultad muchas veces entre ética y legalidad. En ocasiones lo ético es legal, pero en otras la aparente decisión ética no es legal. Hay que agregar también que la diversidad de las teorías éticas Outomuro (2008), se construye de manera transdisciplinaria, inevitablemente es necesario el aporte de otras ciencias, sobre todo las humanísticas. Es importante insistir e incorporar y relacionar los contenidos bioéticos a las distintas áreas especialización.

Como se ha desarrollado en párrafos anteriores, 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.

En este mismo sentido, en acuerdo con Galindo (2014)

Uno de esos intentos por contribuir con la formación de competencias es la propuesta de Experiencia de Aprendizaje Mediado (EAM), desde la Teoría de la Modificabilidad Estructural Cognitiva propuesta por Reuven Feuerstein (1980). Desde esta teoría, la Modificabilidad se produce cuando se da un cambio estructural en los patrones de desarrollo cognitivo e implica el desarrollo de las funciones cognitivas. En ella se asume la inteligencia como un proceso dinámico, modificable, en otras palabras, la modificabilidad es la capacidad global del individuo para actuar de forma deliberada y de manera eficaz con su medio. Esa adaptabilidad es la que se llama Modificabilidad (pág. 131).

En una investigación documental Modelos Pedagógicos y Formación de Profesionales en el área de la Salud, Pinilla A. E (2011) describe los modelos pedagógicos, sus lineamientos y conceptualiza la formación de diferentes áreas de la educación médica bajo el enfoque en competencias. En este trabajo analiza la relación docencia servicio y el aprendizaje basado en problemas. Respecto a éstos últimos elementos, dice que en la práctica las universidades crean convenios docencia servicio con instituciones prestadoras de salud para realizar asistencia, atención salud a los pacientes que concurren a los diferentes centros

y también formación de estudiantes en las diferentes áreas. Existe el decreto 2376 del Ministerio de protección social (2010) que regula este accionar. En esta relación un médico de un centro de salud es responsable de sus pacientes en el escenario en que actúa (consulta externa – hospitalización en urgencias – cuidados intensivos o cuidados intermedios o baja complejidad) y a su vez es responsable de un grupo de estudiantes, es profesor... Dice literalmente la autora

El equipo de estudiantes y profesor es un equipo de trabajo colaborativo... Esta es una relación muy interesante por la cual tanto el profesor como los estudiantes trabajan para dar solución a los problemas de los pacientes. El estudiante realiza una historia clínica en base a los elementos que logra obtener desde la anamnesis y la exploración física, "se usa un método de indagación, reflexión, análisis y planteamiento de soluciones para cada paciente basadas en el conocimiento médico y la revisión de la literatura (p 208).

Refiriéndose al aprendizaje basado en problemas Dueñas, Bact & Sc (2001), los autores analizan como se pone en práctica el proceso desde que el estudiante expuesto a un caso o situación problema identifica sus necesidades de aprendizaje y en consecuencia contenidos que debe explorar y profundizar para dar solución a ese problema. Con este enfoque se propicia la autoevaluación respecto a la adquisición de competencias, cobrando esta una especial importancia y constituyéndose en una herramienta por la que el estudiante adquiere la responsabilidad. Es adecuado para trabajar con grupos pequeños, de esta manera el estudiante se convierte en el centro y el profesor es solo un facilitador. El enfoque aprendizaje basado en problemas favorece conocer a aprender, aprender a hacer., aprender a

convivir y aprender a ser, más allá de llegar o no a la solución del problema y aproxima al conocimiento pertinente.

La complejidad del pensamiento, la preocupación del conocimiento del conocimiento, el identificar el conocimiento pertinente, enseñar la condición humana, enseñar la identidad terrenal, enseñar enfrentar las incertidumbres, enseñar que todo conocimiento implica la posibilidad del error, enseñar la comprensión, enseñar la ética del género humano, todo ello implica la Educación para el Futuro. (Morín, 2001). Expresa también el autor,

El conocimiento pertinente debe enfrentar la complejidad ...hay complejidad cuando son inseparables los elementos diferentes que constituyen un todo (como el económico, el político, el sociológico, el psicológico, el afectivo, el mitológico) y que existe un tejido inter dependiente, interactivo e inter-retroactivo entre el objeto de conocimiento y su contexto, las partes y el todo, el todo y las partes,, las partes entre ella...El conocimiento es una aventura incierta que conlleva en sí mismo y permanentemente el riesgo de ilusión y de error de los demás. (p.90)

Hay diferentes investigaciones respecto en relación con la formación integral y a la implementación de currículos con enfoque en competencias en Postgrados de Medicina.

En un estudio Milad & Moreno (2015), analizan una rúbrica para la evaluación de las competencias en programas de postgrado de Medicina. Las competencias se resumen en lo que se denominan las actividades profesionales a cargo, diciendo que corresponden en definitiva a aquellas labores que en conjunto constituyen la profesión, entendiendo que para hacerlas bien se requiere haber adquirido determinadas competencias. Para evaluar estas competencias los autores desarrollaron un cuestionario utilizando el modelo propuesto por ACGME. Este cuestionario consiste en doce preguntas enfocadas a evaluar aspectos

principales de cada una de las seis competencias básicas mencionadas por ACGME. Cada pregunta se evalúa cuantitativamente de 1 a 5, siendo 1 deficiente y 5 el valor más superior. Aplicado a la práctica lo consideraron apropiado.

En Evaluación y construcción de un perfil de competencias profesionales en medicina interna, los autores Pinilla & Cárdenas (2014), los autores se propusieron como objetivo caracterizar el perfil de formación actual en Medicina interna, interesándose respecto a los cambios de perfil del egresado, luego de intentar ajustarse el programa a las nuevas directrices que preconizaban el enfoque por competencias...Se trató de un estudio mixto transversal que se llevó a cabo por 11 meses. Los instrumentos fueron entrevistas en profundidad, encuesta y utilización de una rejilla de análisis de programas. La investigación concluyó que la formación de postgrado en ésta área se asemeja más a la formación tradicional, centrada en el saber hacer y adquisición de conocimientos fragmentados con ausencia de desarrollo de competencias transversales y específicas nucleares. Con este trabajo se aportó al perfil teórico de la literatura respecto a la persistencia de enfoques tradicionales.

En el área de pediatría Shonhaut Berman, Millán Klusse & Hanne Altermatt (2009), bajo el título Competencias transversales en la formación de especialistas en pediatría, realizaron una investigación con el objetivo de identificar las competencias transversales que debe lograr el licenciado de pediatría en esa universidad y evaluar su adquisición. Se realizaron entrevistas en profundidad a líderes, residentes (estudiantes) y egresados del programa. Se destacan de los resultados la carencia de formación en bioética y formación de gestión, falta de motivación de la lectura crítica y por ende aplicación de la medicina basada en evidencias. Se observó mayor desarrollo de la capacitación clínica con necesidad de mayor incorporación formal e intencional de las competencias transversales, en relación

con la bioética, la relación médico paciente familia horizontal y no paternalista, la salud pública, y el trabajo en equipo.

Otra investigación Ramírez, et al (2004), El aprendizaje significativo de la Medicina Interna a través de la evaluación por competencias clínicas. Investigación- acción. Se propuso en este estudio mixto determinar las competencias clínicas a desarrollar por estudiantes, internos y residentes, para desde las concepciones previas de las mismas, desarrollar estrategias didácticas que permitan las construcciones de significados conceptuales procedimentales y actitudinales. Como instrumentos diseñaron un formato de concepciones previas (presaberes) y cuestionarios de preguntas abiertas, con caso clínicos sobre temas tratados en los talleres.

En Evaluación de competencias profesionales en salud Pinilla (2013), la autora con el objetivo de presentar la evolución del concepto de evaluación del aprendizaje hasta llegar a la evaluación integral realiza una revisión sistemática de la literatura en bases de dato reconocidas como estrategias didácticas método aprendizaje basado en problema, la autoevaluación de diferentes tareas, la diferentes modalidades de observación directa estructurada o sistemática participante no participantes y participación observación. Para la observación se emplean instrumentos como registro anecdótico diacrónico y lista de chequeo verificación, esta última a través de las escalas Likert, técnica de grabación de voz.

Se debe apoyar también, según lo autora antes mencionada, la evaluación diagnóstica, formativa y sumativa de los residentes por competencias genéricas y específicas como medio para fortalecer los procesos de aprendizaje- evaluación- enseñanza y se logra presentar al final un modelo de evaluación que permite fortalecer competencias profesionales.

2.2. Los Modelos Pedagógicos y su influencia en la formación de profesionales

La Educación en todas sus áreas cuestiona a sus paradigmas, y si estos modelos son cuestionados, se plantea un dilema en relación a cuál es el modelo pedagógico más conveniente. Si analizamos los alcances del concepto modelo pedagógico se desprende que la elección de un modelo pedagógico se relaciona con los fines, propósitos y el significado que se asigna a la educación. Dice Zubiría (2006)

El problema esencial de toda educación es resolver el interrogante en torno al tipo hombre y de sociedad que se quiere contribuir a formar (...) Porque en relación a esta intención, las corrientes pedagógicas parten de concepciones diferentes del ser humano y del tipo de hombre y sociedad que se quiere formar. (p 41)

2.3. Tipos de modelos pedagógicos.

Los modelos pedagógicos se pueden clasificar en tradicionales y contemporáneos. Los modelos contemporáneos comprenden el modelo cognitivo, la escuela nueva activa y el modelo constructivista. A continuación se revisarán aspectos esenciales de los modelos contemporáneos comparándolos con el modelo tradicional.

2.3.1. Conductismo.

El conductismo asume que el conocimiento es adquirido a través de estímulos y respuestas del sujeto en su entorno. Ivan Pavlov (1927) estudió lo que denominó los reflejos condicionados. Las bases de estos comportamientos eran fisiológicas pero finalmente de estos estudios derivó una teoría en donde nuestra conducta se equipara a estos reflejos, descriptos como los reflejos condicionados de Pavlov. Tal es así que el aprendizaje no se concibe como un proceso interno, sino que la conducta en torno al aprendizaje es modelada a través del reforzamiento por premios y castigos. El aprendizaje del estudiante depende del

desarrollo por parte del maestro de determinados estímulos.

2.3.2. Cognitivismo.

El Cognitivismo surge después del Conductismo y lo sustituye. Piaget, Ausubel, Vygotsky, Bruner, la corriente de la Gestalt contribuyeron a consolidar este paradigma. De una manera similar al conductismo se da importancia al rol que tienen las condiciones del ambiente sobre la facilitación del aprendizaje, pero se pone énfasis a las actividades mentales del estudiante. De esta manera el estudiante con sus diferentes representaciones del mundo juega un papel activo, aprende cuando favorece sus procesos cognitivos superiores. Ausubel en su teoría del aprendizaje significativo postula que se asimilan nuevos conceptos en base a conceptos anteriores construidos en cada individuo, además se jerarquiza el papel de la práctica como fundamental para el proceso de aprendizaje. Esta última tendría lugar en diferentes escenarios como por ejemplo ejercicios individuales, discusiones o intercambios...grupales.

2.3.3. Constructivismo.

El constructivismo evoluciona desde el cognitivismo. En este modelo el aprendizaje es una actividad mental donde la transferencia puede facilitarse en relación al medio. El educando, protagonista y artífice de su formación, se convierte en el constructor de sus saberes. El Constructivismo se origina con la escuela activa, con las teorías de Jean Piaget y Lev Vygotsky. Este último cimentó las bases para el constructivismo denominado social. Este modelo es quizás el más aceptado actualmente. Según lo menciona Zubiría (2006) "el modelo constructivista representa la posición más desarrollada y sustentada de las vanguardias pedagógicas contemporáneas" (p 183).

2.3.4. Modelos autoestructurantes y heteroestructurantes

Al examinar los diferentes modelos pedagógicos, desde otra perspectiva, resulta interesante la clasificación que los agrupa en heteroestructurantes y autoestructurantes (Zubiría, 2006). En esta concepción el modelo heteroestructurante se refiere al modelo tradicional y el autoestructurante a las corrientes contemporáneas como el constructivismo.

Modelo heteroestructurante, Educación tradicional y Educación Bancaria. En el modelo heteroestructurante la educación es vista como un proceso de asimilación (repetición y copia). El proceso de la educación se observa centrado en un maestro que transmite contenidos a sus educandos. Las instituciones educativas son comparables a fábricas, formando modelos estructurados bajo las necesidades de una sociedad...capitalista.

Esta educación, es la que Freire denomina la pedagogía dominante, opresora o educación bancaria y que tiene su contraposición en la pedagogía liberadora. Los educandos, no son más que simples contenedores donde se depositan los conocimientos. En la educación bancaria Freire (2013) " el saber, el conocimiento, es una donación de aquellos que se juzgan sabios, a aquellos que se juzgan ignorantes " (p79).

Sin embargo en la opinión de otro autor Zubiría (2006) es materia de reflexión analizar la presencia de algunos aspectos a favor del modelo tradicional, heteroestructurante, en contra de su estigmatización absoluta desde las corrientes contemporáneas. Entre estos aportes podemos destacar por ejemplo reconocer que los conocimientos se construyen por fuera de clases. También es posible aceptar como positivo el papel del ejercicio, la tarea y práctica, para no considerarlos como sinónimos de aprendizaje repetitivo, mecánico y no significativo. Cabe destacar también, que es fundamental reconocer el esfuerzo personal como un medio para garantizar el aprendizaje recuperando el papel del maestro, subvalorado y subestimado en el modelo autoestructurante.

Modelos autoestructurantes. De los modelos Autoestructurantes " se destaca en el terreno pedagógico la finalidad relativa a la comprensión " (Zubiria, 2006, p 47). Este modelo

opera a través del conflicto cognitivo y las estrategias desestabilizadoras, permitiendo espacios para poner de manifiesto dudas, errores conceptuales.

En su análisis de los modelos constructivistas autoestructurantes Zubiria (2006) establece como característicos tres principios básicos, trazando un paralelo entre los conceptos epistemológicos y pedagógicos que los rigen. El primer principio autoestructurante desde el aspecto epistemológico asume que "El conocimiento no es una copia de la realidad, sino una construcción del ser humano" (p 158). Esa construcción es realizada con los esquemas- instrumentos que cada quien construyó previamente. Desde lo anterior se correlaciona con el aspecto pedagógico de que " El aprendizaje es una construcción idiosincrásica " (p 162). Con gran variabilidad, prima la construcción personal desde la mediación de una base social y cultural y los propios procesos psíquicos superiores. El aprendizaje tiene una impronta social importante. En el segundo principio desde lo epistemológico " Existen múltiples realidades construidas individualmente y no gobernadas por leyes naturales" (p160) La realidad de cada quien es única y esa realidad es consecuencia de las propias e irrepetibles construcciones mentales. Pedagógico: Las construcciones previas inciden de manera significativa en los aprendizajes nuevos" Teoría de asimilación de Ausubel – teoría del aprendizaje significativo. El tercer principio El trabajo de un científico consiste en construir teorías que den sentido a la experiencia "...no descifrar o descubrir la realidad" (p 161).

El modelo interestructurante dialogante. Frente a los modelos heteroestructurantes ampliamente dominantes y generalizados a nivel mundial, a principios del siglo 20 ante la necesidad de una concepción diferente para la Educación (Zubiría) surgen los modelos autoestructurantes, aunque, éstas corrientes no resultan suficientes y será necesario un modelo intermedio, que reconozca aspectos positivos de ambos. En el nuevo modelo interestructurante, dialogante 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.

Reaven Feuerstein, rumano de origen judío, radicado en Israel la mayor parte de su vida. Se interesó en la psicología del desarrollo desde una perspectiva transcultural. Sus experiencias más valiosas procedieron del trabajo y trato con los niños sobrevivientes del Holocausto de los cuales fue maestro. Se interesó y observó el comportamiento de estos niños que presentaban serias dificultades de aprendizaje. Identificó en ellos problemas comunes como la apatía, la falta de reacción a los estímulos externos, la impulsividad excesiva, la incapacidad para orientarse espacialmente y el vacío respecto a sus antecedentes culturales. Llegó a la conclusión de que los test psicométricos habituales subestimaban sus capacidades reales de aprender. Dio luz al precepto de que todo individuo es modificable y puede mejorar su rendimiento intelectual. Afirma este autor que " necesitamos métodos que posibiliten preguntarnos si los niños pueden aprender o no, para impartirles enseñanza de modo tal que se desenmascare su potencial de aprendizaje. Su teoría parte de que la inteligencia consta de un determinado número de funciones cognitivas básicas que cuando se alteran producen un aprendizaje inadecuado con una falta de incorporación de contenidos académicos o sociales. Pero aún con ello es su 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, y para ello trabajó en el diseño de herramientas como es el programa de enriquecimiento instrumental.

En esta nueva pedagogía, denominada dialogante no podemos dejar de volver a mencionar también a Paulo Freire y sus concepciones respecto a la Pedagogía liberadora (2013) donde 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. El medio sociocultural del estudiante cobra especial importancia en su proceso de formación y en este sentido los mediadores culturales tienen un rol fundamental para elevar el potencial de aprendizaje en el sujeto que aprende. Dice Freire (2013)

En el sentido de la Educación liberadora, problematizadora, ya no puede ser el acto de depositar,, de narrar, de transferir o transmitir conocimientos y valores a los educandos,, como lo hace la educación bancaria,, sino la educación pasa a ser un acto cognoscente (P 91).

Las dos concepciones conviven en nuestras realidades pero son incompatibles y antagónicas ideológicamente ya que la educación bancaria contribuye a la dominación, a la perpetuación de la diferencia de clases, en cambio la problematizadora sirve a la liberación, a la superación como individuos, sirve al llegar más allá y es totalmente dependiente del diálogo... En efecto dice un autor, el diálogo Freire (2013) es el pilar de la Educación, ya que,

A través de éste se opera la superación de la que resulta un nuevo término, no ya educador del educando, sino educador educando con educando educador.

De este modo,, el educador ya no es solo el que educa sino aquel que en tanto educa es educado. Así, ambos se transforman en sujetos del proceso en que crecen juntos y en el cual los argumentos de la autoridad ya no rigen. (p 92)

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). La Educación problematizadora

hace un esfuerzo permanente a través del cual los hombres van percibiendo, críticamente, como están siendo en el mundo, en el que están y con el que están (p 96). En éste tipo de educación se pierde la verticalidad y autoridad de la educación tradicional, el maestro no es un ser superior dueño de los conocimientos, sino que educando y educador están al mismo nivel, ambos se escuchan, ambos reflexionan "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 nexos entre los seres humanos, debe ayudarnos a solucionar la incomprensión. Es forzoso enseñar a vencer los obstáculos que generan 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.

2.4. Acerca de la conceptualización de Currículo

Existen no una sino varias maneras de definir que es, que comprende y a que se refiere el término currículo. Así un autor Díaz Barriga Arceo (2005), nos manifiesta que " no se puede dejar de reconocer la polisemia y diversidad de concepciones coexistentes hoy en día respecto a lo que puede entenderse como currículo e investigación curricular" (p.62) o como lo expresan otros autores Bujan Vidales, Rekalde Rodriguez & Aramendi Jauregui (2011), "Este concepto lejos de tener una interpretación única es víctima de su propia polisemia según los contextos y autores (p 40).

Las ideas que actualmente lo definen resultaron de los aportes de las diferentes corrientes pedagógicas (Zubiría, 2013). Así los modelos conductistas desarrollaron el plan de estudios, contenidos a enseñar, y currículo. La escuela activa al entender la educación como una experiencia de vida, introduce el concepto de que los currículos deben ser diseñados por los propios educadores. El constructivismo lo reafirma e introduce el concepto de la flexibilización y contextualización curricular. No se puede concebir un currículo descontextualizado que no haya sido diseñado en función del lugar en que desarrollará. Además a través de la flexibilización se tomará en cuenta el desarrollo cognitivo de los estudiantes. Esto se lleva a cabo con la integración de los ejes o temas transversales.

Cuando se reflexiona alrededor de los detalles que implican la elaboración de una propuesta de diseño curricular, los autores en su mayoría tienen acuerdo, que son los fines y propósitos para los que se quiera formar, los determinantes del proyecto curricular. Según Tyler (1949)

Cuando se plantea el diseño de un currículo debe tenerse en cuenta que este debe responder a interrogantes de cuáles son los fines que se esperan alcanzar, como y a través de que experiencias lograr, como diseñarlos y finalmente como llevar la evaluación. Un Currículo es la caracterización de los diferentes contextos en los que actuamos, y coherente con ello y con las intenciones y finalidades educativas, la delimitación de la enseñanza, la secuenciación de estas, las estrategias metodológicas a usar, los recursos didácticos y la evaluación por utilizar (p 40).

Asimismo dice respecto al diseño de un currículo Zubiría (2013) " la pregunta más importante tiene que ver con las finalidades, ya que allí se plasma nuestra concepción sobre individuo y la sociedad que estamos contribuyendo a formar" (p. 37).

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.

Capítulo 3. Metodología

Esta es una investigación cualitativa, tipo estudio de caso, con enfoque descriptivo que se realizará a través de instrumentos de recolección de datos como la observación y la entrevista semi-estructurada.

A continuación se desarrollan cada uno de estos aspectos.

3.1. Método de investigación

Esta es una investigación cualitativa, tipo estudio de caso, intrínseco que busca alcanzar una mejor comprensión de un caso particular, teniendo en cuenta que el estudio se desarrollará en un centro hospitalario de asistencia y docencia ubicado en el Departamento de Santander, Colombia a un grupo pequeño de estudiantes en formación de un programa de especialidad clínicas, médicos que acompañan la formación y pacientes que confluyen a esta sesión del servicio de salud.

El fenómeno que describe el caso de estudio se refiere al desarrollo de las competencias actitudinales en relación con el profesionalismo médico desde la mirada de la audiencia convocada para la investigación.

Según afirman algunos Galeano (2012)

La investigación cualitativa se enfoca en comprender y profundizar los fenómenos explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación al contexto (...) Añaden además la investigación cualitativa se adapta a los grupos pequeños, permitiendo indagar respecto a sus percepciones en un área que quizás es poco explorada (p.364).

Con respecto a los enfoques, estrategias y técnicas utilizables en la investigación cualitativa es posible que no exista acuerdo entre los investigadores sociales frente al concepto de estrategia de investigación social, ni respecto a los umbrales de diferenciación entre modalidad, enfoque y estrategia, ni en algunas ocasiones sobre que es cada uno.

Las estrategias de la investigación para este autor Galeano (2013) se enumeran como al menos siete diferentes, producto de la evolución, la tradición y la historia de las investigaciones cualitativas. Se menciona como más antigua la estrategia tipo observación participante, a la que sigue el estudio de caso, la segunda identificada en la historia de las estrategias utilizadas para investigaciones cualitativas. Las demás se conforman por la historia oral, la investigación documental, la etnometodología, la teoría fundada y los grupos de discusión.

El estudio de caso ha sido empleado en diversas disciplinas, entre ellas las que nos competen para ésta investigación: pedagogía, sociología y medicina. El problema de investigación se encuentra en torno a cómo se puede facilitar la integración de competencias actitudinales en el plan de estudios de un programa de postgrado de Medicina.

El estudio de caso tiene necesariamente un carácter narrativo y descriptivo. Dice Galeano (2012), en relación a lo mencionado que entre los orígenes de este tipo de estudios se destaca el método clínico de los médicos, el método de caso desarrollado por los trabajadores sociales, los métodos de historiadores y antropólogos, y las descripciones provenientes de los primeros estudios cualitativos realizados por algunos investigadores de referencia como Lev y Park, quienes en algunos de sus trabajos usaron técnicas de reporteros de periódicos e incluso novelas como fuente de información.

Analizando las diferentes perspectivas de los estudios de casos encontramos los intrínsecos, los estudios de casos instrumentales y los colectivos. En la primera alternativa el

estudio se elige con el fin de lograr mejor comprensión de un caso particular, por el interés que tiene por sí mismo. En la segunda el caso es elegido por su interés para reforzar una teoría y en el último se estudia un caso en conjunto para indagar respecto a una condición general en un población (Galeano, 2012).

La investigación a la que nos referimos será un estudio de caso intrínseco, donde se indagarán las percepciones relacionadas con el profesionalismo, para con la mejor comprensión de éstas actitudes, podamos acercarnos a la respuesta de nuestra pregunta, el como se logra facilitar la integración de competencias actitudinales en el currículo de un programa de Educación Médica de Postgrado.

Este estudio es además participativo, los elegidos actúan como fuente de información pero también participan en decisiones del tema.

Desarrollo de estudio. Para el desarrollo del estudio, se establecieron las actividades relacionadas al trabajo de campo.

Ubicación: el trabajo de investigación se llevó a cabo en una institución de salud en donde funcionan programas de formación de médicos especialistas.

De todas maneras es necesario tener en cuenta que el desarrollo del estudio organizado de esta manera funcionaría para mantener una estructura y un orden en los procesos de la investigación, porque, como dice un autor hay que tomar en cuenta que "proceso cualitativo no es lineal ni lleva una secuencia. Las etapas constituyen acciones que efectuamos para cumplir con los objetivos de la investigación y responder a las preguntas del estudio, además son iterativas y recurrentes" (p. 408).

3.2. Fases del estudio

Se organizan las acciones de la investigación propuesta en cinco fases o momentos.

Primera fase. Realizamos la planeación del trabajo. Se comenzó con la exploración de antecedentes relacionados a la investigación para evaluar la pertinencia del estudio que se deseaba realizar. Si bien algunos autores consideran no revisar antecedentes o estudios anteriores, en esta investigación se consideró necesario identificar conceptos que nos resultaran útiles en el reconocimiento y planteamiento del problema.

A continuación de la exploración se realizó la definición del problema y el planteamiento de los objetivos general y específico. Conocer las percepciones que experimentan los estudiantes en relación las competencias actitudinales y el profesionalismo médico. Profundizar en sus vivencias y significado. Comprender los mecanismos para confrontar algunas de ellas que se perciban como negativas.

Con el planteamiento de los objetivos se define la metodología del estudio que como fue explicado anteriormente es cualitativo, tipo estudio de caso intrínseco con enfoque descriptivo.

Se establece la muestra también en ésta etapa. Se realiza una aproximación al contenido de las entrevista como instrumento para recolectar datos y al diario de campo que permitirá sistematizar y detallar las experiencias para un posterior análisis.

Segunda Fase. En la segunda fase se realizó lo relacionado al trabajo de Campo. En donde se aplican de los instrumentos.

Tercer Fase. En la tercera fase se llevó a cabo la organización de los datos.

Cuarta Fase. Análisis e interpretación de los datos. En esta fase se organizan los resultados en categorías de análisis, se codifica la información y a partir de la fundamentación se procede a la triangulación de las fuentes: observación- entrevistas y revisión documental. Se desarrollan en el capítulo cuatro.

Quinta Fase. Conclusiones. Se desarrollan en el capítulo cinco.

3.3 Población - Participantes - Selección de la muestra

En este estudio la población la totalizan los médicos estudiantes, los médicos docentes y los pacientes de una Institución privada de Salud del Noroeste Colombiano.

La muestra se selecciona 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.

La muestra determinada para las entrevistas la conformaron tres médicos estudiantes de postgrado y dos pacientes. Para las observaciones no participantes en el centro hospitalario, se hicieron a los demás médicos y pacientes que aceptaron voluntariamente ser parte del estudio y se llevaron a cabo hasta la saturación de los datos requeridos. En total se lograron recopilar 5 observaciones.

El caso dice un autor Stake (1999) no nos interesa porque con su estudio aprendamos sobre cuestiones de índole general.

La definición de las unidades de análisis y la muestra iniciales no serán muy posiblemente representativos o típicos. En los estudios cualitativos el tamaño de la muestra no es importante desde una perspectiva probabilística, pues el interés del investigador no es generalizar los resultados de su estudio a una población más amplia. (Stake, 1999)

Dice de la muestra en el proceso cualitativo Hernández, Fernández & Baptista (2010), que es un grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, etcétera, sobre el que se habrá que recolectar los datos, sin que necesariamente sea representativo del universo población que se estudia (p 394). Los casos que son de interés en la educación y en los servicios sociales, dice Stake (1999), “los constituyen, en su mayoría, personas y programas” (p15).

En relación a obtener la muestra más adecuada, puede ser útil intentar seleccionar casos que sean típicos o representativos de otros casos, pero no es probable que la muestra de un solo caso o de unos pocos casos sea una buena representación de otros. La

investigación por estudio de casos no es una investigación de muestras. El objetivo primordial del estudio de un caso no es la comprensión de otros. La primera obligación es comprender ese caso (Stake, 1999, p 17).

Se debe tener en cuenta la selección de los tiempos que dispondremos para dedicar a la investigación y las condiciones relacionadas a la accesibilidad de la muestra. La realidad práctica es necesaria a la hora de organizar el proceso de la investigación. Ha expresado un autor Stake (1999,) que,

El primer criterio es la máxima rentabilidad de aquello que aprendemos. Una vez establecidos los objetivos, ¿qué casos pueden llevarnos a la comprensión, a los asertos, quizás incluso a la modificación de las generalizaciones? El tiempo que disponemos para el trabajo de campo y la posibilidad de acceso al mismo son casi siempre limitados. Si es posible, debemos escoger casos que sean fáciles de abordar y donde nuestras indagaciones sean bien acogidas, quizás aquellos en los que se pueda identificar un posible informador y que cuenten con actores (las personas estudiadas) dispuestos a dar su opinión sobre determinados materiales en sucio. Naturalmente, hay que considerar con atención la unicidad y los contextos de las selecciones alternativas, pues pueden ayudar o limitar lo que aprendamos (p. 17).

Según Hernández, Fernández & Baptista (2010), la elección del tamaño de la muestra se debe realizar también analizando la disponibilidad de observadores para la recolección de los datos, el tiempo que estimemos, cuantos participantes pueden permitirnos aclarar entender nuestro interrogante y eso depende en este caso de nuestro fenómeno particular.

3.4 Marco contextual

El estudio se desarrolló en el marco de una Institución de salud privada de Colombia, catalogada como centro de alta complejidad, y acreditada a nivel nacional e internacional. Por medio de los denominados convenios docentes asistenciales, entre la institución y varias universidades del país, asisten estudiantes que pertenecen a programas de formación de diferentes áreas de la salud. Entre éstos programas se mencionan algunos como el pregrado de Medicina, Enfermería y las Especializaciones en medicina.

3.5 Instrumentos de recolección de datos

Dice en relación a la recolección de datos un autor Galeano (2012), que si bien el estudio de caso puede acudir a variedad de técnicas para recolectar la información, las más utilizadas son la observación directa en cualquiera de sus modalidades (intensiva, participativa); la entrevista (estructurada, semiestructurada y en profundidad) y la revisión documental. Los diarios de campo y las fichas de contenido hacen parte de las técnicas de registro de información.

De acuerdo con éstos conceptos la observación se realizó para un entendimiento más profundo de los estudiantes en su contexto y se utilizaron además entrevistas a los médicos y pacientes, para las comparaciones con las observaciones realizadas.

3.5.1. Entrevistas. Se realizaron entrevistas individuales, abiertas semiestructuradas a médicos y pacientes, para las cual se prepararon preguntas tentativas que se presentan en el anexo 1 y 2. Se contempla iniciar con la primera pregunta y evaluar en el transcurso de la entrevista la posibilidad de realizar preguntas adicionales, con el ánimo de que compartan sus perspectivas sin interrupción. Se incluye la pregunta de que entienden por profesionalismo, contemplando dentro del concepto de profesionalismo las competencias actitudinales

Competencias actitudinales relacionadas con el profesionalismo en postgrados de Medicina. Una experiencia investigativa en Colombia.

Se realizarán al menos tres entrevistas individuales a médicos estudiantes y dos a pacientes. Los datos se recogerán en un formato diseñado para la entrevista y que se presenta en el anexo tres. Se tomaron notas durante la entrevista. Se buscó captar los puntos de vista tal como las describen en sus palabras. El investigador mantuvo la entrevista en curso, planteando opciones de tal manera que el entrevistado (estudiante o paciente) no se sintiera molestado. Finalizada la entrevista se tomaron notas adicionales de impresiones relacionadas a la entrevista. Respecto al ambiente como ocurre habitualmente que hay intensa actividad asistencial se contempló cambiar el lugar o trasladar la hora de la entrevista, aunque se mantuvo cuidado en evitar inconvenientes al respecto. Se comenzó con una observación general, registrando desde un primer momento las impresiones, para posteriormente profundizar en detalles. Antes de iniciar la entrevista se explica el propósito del mismo y diligencia el consentimiento informado. El consentimiento se adjunta a como anexo número Cinco.

3.5.2. Observaciones. Las observaciones se realizaron de acuerdo con las oportunidades durante la duración del estudio y se registraron en un formato de observación.

El diario de campo se consideró la fuente primaria del trabajo cualitativo. Se entiende como el instrumento que nos permitirá registrar y sistematizar las experiencias de las que luego obtendremos los resultados.

Se mantiene el orden cronológico de las observaciones, detallando fecha, momento en que las mismas se llevaron cabo, con detalles del ambiente. Se registró la información del grupo.

3.6. Prueba piloto

Se practicó una prueba piloto a un médico. Se comenzó con la entrevista con una pregunta en relación a la definición de competencias actitudinales necesarias en los médicos. La pregunta no fue bien comprendida y se preguntó que entendía por profesionalismo. Del entrevistado

surgió la pregunta en la cual se indaga que es éxito terapéutico y la importancia de la actitud para lograrlo. Se modificó además la pregunta relacionada a la información que debe suministrarse a la paciente para entender si se detectaba alguna diferencia con respecto a diferentes pacientes en diferentes contextos según donde estuviera actuando.

3.7. Procedimiento en la aplicación de instrumentos

Un rol esencial en los estudios cualitativos Stake (1999) lo juega el observador o intérprete de campo quien es el encargado de aplicar los instrumentos y recoger de manera minuciosa los hechos en los cuales los sujetos involucrados están inmersos. Es posible cambiar una encuesta. El papel del observador cualitativo puede ser muy activo o pasivo.

3.8. Aspectos éticos

En la investigación se analiza un problema que por sus características, cabe la posibilidad, hubiere algunas experiencias que afecten de manera profunda la sensibilidad de aquellos que participan del estudio. La investigadora se compromete a mantener el anonimato y el registro seguro.

Se hizo explícito que la información recopilada es para uso exclusivo de este proyecto de investigación con fines académicos, con la atención de cuidar en lo que respecta a evitar, invadir la privacidad de los participantes del estudio.

Se mantendrán todo esfuerzo en controlar los aspectos inherentes a la privacidad, confidencialidad y riesgos respecto a la transgresión de estos (Galeano, 2012).

- El **artículo 15 de la Constitución Nacional de Colombia** que establece: “todas las personas tienen derecho a la intimidad personal y familiar y a su buen nombre, tienen derecho a conocer actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido en bancos de datos y en archivos de entidades públicas y privadas”

- La **Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia**, determina las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud
- La **Ley Estatutaria 1581 de 2012 (Ley de habeas data)**, reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 1377 de 2013, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.

Se procedió a elaborar el consentimiento informado para los participantes atendiendo a las anteriores disposiciones.

3.9. Síntesis del contexto en el cual se desarrolló la investigación

Los médicos y pacientes del estudio se entrevistaron en el propio centro médico. El perfil de la institución es médico- asistencial, catalogado de cuarto nivel. Las actividades docentes se realizan en intercambio con diferentes universidades en el marco de convenios docentes – asistenciales. El plantel de especialistas es considerable en variedad y número, aunque la fortaleza de la institución se orienta hacia el campo cardiovascular tanto en adultos como en pediatría.

La planta física consta al momento del estudio de un solo edificio que comparten especialistas adultos y pediátricos de diferentes áreas de la salud, distribuidos en espacios de consulta ambulatoria, atención de urgencias, áreas de hospitalización, salas de cirugía y procedimientos especiales.

Las características de los estudiantes médicos en mi percepción son heterogéneas, resultando esta particularidad enriquecedora a los propósitos del estudio. En cuanto a la figura con que transitan en la institución pueden ser residentes propios (realizan la especialidad en forma completa) o residentes rotantes (concurren a rotaciones de 1 a 3

meses). Entre los estudiantes médicos están aquellos que se presentaron a una especialización inmediatamente luego de finalizar el pregrado y otros, los cuales han acabado ya una formación de postgrado y comienzan una segunda especialización. Algunos tienen inclusive experiencia laboral fuera del ámbito de una residencia. En cuanto a la procedencia se determina que llegan de la mayor parte del territorio nacional colombiano pero también de países aledaños. Las edades también tienen un rango amplio. No existen reglamentaciones topes en relación a los años.

Capítulo 4. Análisis de datos

Teniendo en cuenta que ésta es una investigación cualitativa, el análisis de datos mantuvo también de naturaleza cualitativa. Los datos se recolectaron y se procedió a caracterizarlos y jerarquizarlos.

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.

La información obtenida se expuso en tablas para facilitar procesos de triangulación, contrastación con teorías y desarrollo de conclusiones.

A continuación se presenta una gráfica que muestra la primera triangulación de fuentes de recolección de datos, de tal manera que esta primera aproximación permitió organizar y categorizar los hallazgos y avanzar así hacia el análisis y interpretación de los mismos.

Primera Triangulación de fuentes



Figura 1. Primera Triangulación de Fuentes. Construcción Propia.

La segunda triangulación que se realizó permitió recopilar los resultados derivados de la primera, interpretarlos a la luz de la fundamentación teórica y la mirada del investigador para llegar a una mejor comprensión del fenómeno estudiado- competencias actitudinales relacionadas con el profesionalismo-

Segunda Triangulación de fuentes

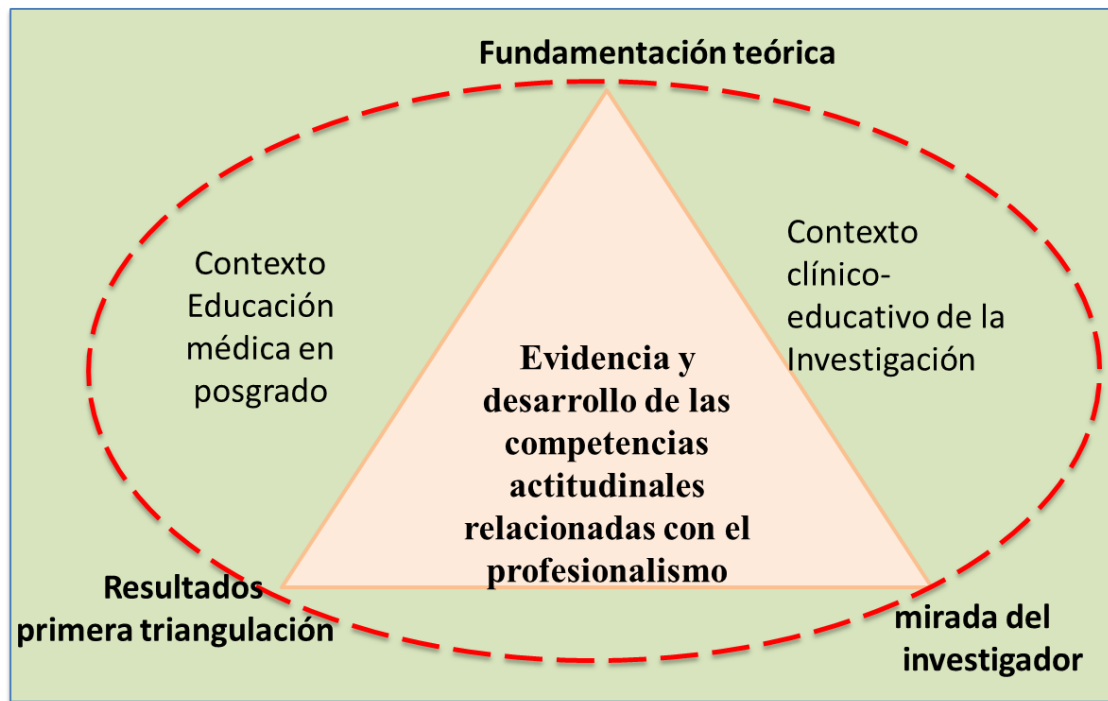


Figura 2. Segunda Triangulación de Fuentes. Construcción Propia.

1.2 4.1. Proceso de codificación y categorización para el análisis

Las entrevistas de médicos se practicaron a tres estudiantes de postgrado, que fueron identificados como se aprecia en la tabla 1. En esta tabla EM corresponde a entrevista de médico, y la siguiente letra es la asignada al médico estudiante de especialización entrevistado.

Tabla 1. Identificación de las Entrevistas Realizadas a los Médicos Estudiantes. Construcción Propia.

Entrevista	Identificación
Entrevista 1 médico estudiante de especialización	EMA
Entrevista 2 médico estudiante de especialización	EMB

Entrevista	Identificación
Entrevista 3 médico estudiante de especialización	EMC

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 categoría 3 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.

En la tabla a continuación se presentan los resultados de las unidades de significado de entrevistas de los médicos agrupados en las categorías que se concluyeron como relevantes para el estudio.

Tabla 2. Resultado de las Entrevistas Realizadas a los Médicos Estudiantes de Especialización. Construcción Propia.

Categorías	Unidades de significado	Expresiones de los médicos entrevistados
CATEGORIA 1 Profesionalismo	Definición de profesionalismo	1. EMA es la calidad de cómo se ejerce la profesión de médico no solo desde lo académico sino también en la parte humana y personal. 2. EMB Aspecto esencial para tener calidad de

Categorías	Unidades de significado	Expresiones de los médicos entrevistados
		atención. 3. EMB Son características que deben mostrar siempre el médico. 4. EMB El profesionalismo es buscar el mejor científico y humano. 5. EMC prepararnos para dar la mejor respuesta a las necesidades de las personas.
	Qué cualidades personales favorecen el profesionalismo	EMA 1. Amor por lo que se hace. 2. Respeto por los demás. 3. Ser cuidadoso. 4. Ser amable. 5. Ser responsable. 6. Actualizarse. 7. Vocación de servicio. 8. Comprensión y comunicación. EMB Comprensión desde aspecto humano y social, comprensión de la situación que atraviesa por ejemplo cuando un paciente se encuentra en la etapa de negación eso hay que comprenderlo. Comprensión no es compasión. La comprensión tiene que ver con la empatía. La comprensión comienza en un mismo. EMC Comprensión, respeto y responsabilidad por los demás.
	Dificultades en relación al profesionalismo	EMA 1.El sistema de Salud 2.La medicina se vuelve técnica 3.No se dispone de suficientemente tiempo para atender a los pacientes 4. Las presiones de "productividad" desde los gerenciadorees. 4.Se mantiene relaciones distantes con los pacientes 1. La Medicina es cada vez más costosa y los sistemas de salud no lo pueden sostener 2. Gastar más en exámenes no siempre implica una mejor atención 3. El tiempo que se le pueda dedicar al paciente es muy importante EMB 4. En el hospital donde nos desempeñamos quizás pasamos más horas que en nuestra casa. Los problemas del hospital se llevan a la casa y viceversa. 5. Cansancio o fatiga. En los residentes hay estudios que muestran que todos tienen

Competencias actitudinales relacionadas con el profesionalismo en postgrados de Medicina. Una experiencia investigativa en Colombia. de 59

Categorías	Unidades de significado	Expresiones de los médicos entrevistados
		<p>un grado de Burnout. Lo que observo es que en esa situación se comportan habitualmente con desinterés en sus funciones, me hace acordar a la actitud del niño maltratado</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. La Medicina es muy estresante 7. El estrés nos predispone a trastornos psicológicos 8. El síndrome del quemado está bien demostrado 9. Es muy parecido para hombres y mujeres pero puede ser más difícil para las mujeres en relación a la maternidad
<p>CATEGORIA 2 Experiencias en relación a su formación</p>	<p>Características personales positivas</p>	<p>EMA 1. Madurez: una carrera de esta naturaleza implica una madurez que no es común la tenga un adolescente que se está graduando del bachillerato a los 15 -16 años</p> <p>EMB 1. Humildad ante todo 2. Saber pedir ayuda</p> <p>EMC 1. Honestidad</p>
	<p>Ética como formación previa</p>	<p>1. EMA No tuve una cátedra denominada Ética 1. EMB Se que ahora la dan como materia en el pregrado. No la tuve. EMA El jefe de una cátedra de pediatría inició una experiencia que me gusto, pero no tuvo demasiada aceptación por sus colegas. La experiencia se relacionaba unas actividades académicas especiales donde por ejemplo se aborda la cultura de la muerte</p>
	<p>Tipo de pasantía o servicio obligatorio del graduado de pregrado</p>	<p>1. EMA Es un experiencia muy enriquecedora 2. EMA Una pasantía rural tiene que ver con lo profundo de la vocación de servir. Uno se da cuenta de que con poco hace mucho 3. EMB Se es consciente de las dificultades que atraviesan la personas 4. EMC en una pasantía rural se siente la responsabilidad EMA y EMC La pasantía en la ciudad es diferente. Se relaciona más a un actuar de apoyo a servicios organizados y ayudantías otros médicos.</p>
	<p>Experiencia laboral</p>	<p>1. El quehacer de cada día nos enseña 2. Trabajé entre la primer y segunda especialización, y uno siente el peso de estar a cargo</p>

Competencias actitudinales relacionadas con el profesionalismo en postgrados de 60 Medicina. Una experiencia investigativa en Colombia.

Categorías	Unidades de significado	Expresiones de los médicos entrevistados
	Clima residencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se comparte mucho. 2. Todos los compañeros son buenos. 3. Mis compañeros que llegaron antes me han enseñado mucho. 4. Tener con quien estudiar y compartir es importante. 5. No tengo quejas, siento que nos llevamos bien.
	Relaciones profesores	<ol style="list-style-type: none"> 1. EEA "La Educación ha cambiado mucho" Tuve profesores antes (pregrado y primer especialización médica) "que ni se podían hablar. 2. EEB Los profesores merecen mucho respeto. De ellos aprendo mucho. 3. EEC Es más fácil tratar con los profesores. He visto dificultades entre estudiantes y profesores, se ve más en el pregrado o la primera especialización.
CATEGORIA 3 Vivencias relacionadas al profesionalismo en quehacer diario como médicos	Reclamos de los pacientes	<ol style="list-style-type: none"> 1.Existen muchas deficiencias en el sistema de Salud 2. De donde vengo se quejan mucho, más que acá, porque acá hay más recursos. 3. Hay presión para solicitar exámenes avanzados sino se queja el paciente 4. Los pacientes se quejan del tiempo, horarios en que los atienden. También por el tiempo de la consulta. Hoy día hay consultas de 15-20 minutos, una de 30 minutos ya es larga.
	Relaciones colegas	<ol style="list-style-type: none"> 1.EMA Es importante mostrar apoyo a los compañeros, le sirve a uno y el paciente se siente mejor atendido 2. Es importante la retroalimentación mutua. A veces los médicos no son buenos para recibir críticas. 3. Las relaciones a veces son distantes por el mismo sistema. 4. Los especialistas suelen trabajar separados, cada uno enfocado a lo que maneja. Eso se logra evitar un poco cuando trabajan en un centro de mayor nivel. En ese caso eso se mejora porque hay juntas multidisciplinarias. 5.Aveces los médicos somos un poco egocéntricos y eso dificulta las relaciones 6.Algunos médicos son muy cerrados
	Temores	<ol style="list-style-type: none"> 1.EEM 1El sistema nos coloca a la defensiva lo llamo "cultura del miedo" 2. EMM 2 He visto agresiones físicas contra

Competencias actitudinales relacionadas con el profesionalismo en postgrados de 61 Medicina. Una experiencia investigativa en Colombia.

Categorías	Unidades de significado	Expresiones de los médicos entrevistados
		<p>médicos y no me pareció que hubiera ningún mal proceder. No quiere decir que se justifique la agresividad. Parece que el nivel de agresividad y violencia en general es alto</p> <p>3. EMC Hay miedo por los juicios de mala praxis. Es complejo.</p>
	Comunicación	<p>Respecto a escuchar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Escuchar es la base de la comunicación 2. Es muy importante escuchar 3. El médico no escucha 4. La gente hoy no sabe escuchar 5. Se habla más de lo que se escucha <p>Respecto a informar:</p> <p>EEA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Para informar primero hay que manejar la angustia, porque sin ello nos vamos a lograr que el enfermo o su familia asimile la información 2. El médico debe “saber” que informar. 3. Es muy diferente dar información a un campesino que a un profesional. 4. Que sea campesino o profesional hace que asuma diferente la enfermedad <p>EEB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Detalles técnicos no demasiados 2. No se debe decir todo sino tan solo lo necesario para que entienda o asuma su enfermedad y tratamiento 3. Hay que tener en cuenta que existe más de una realidad: la que tú tienes, la del otro y la real <p>Si tienes un adverso comunicarlo, no evitar minimizar</p>
	Éxito terapéutico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es muy importante 2. Para tener éxito terapéutico debe saber escuchar. El médico no escucha <p>La gente hoy no sabe escuchar. Se habla más de lo que se escucha</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Para el éxito terapéutico son tan importantes las actitudes como el conocimiento disciplinar.
	Cuál es la función del médico	<ol style="list-style-type: none"> 1. EMA Lograr el bienestar independientemente del resultado 2. EMB “No siempre es la curación de la enfermedad” Mejor es lograrla pero no siempre se puede 3. EMC La función del Médico es de acompañamiento
	Tecnología	<ol style="list-style-type: none"> 1. La tecnología ha sido muy importante para el

Categorías	Unidades de significado	Expresiones de los médicos entrevistados
		diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, sin embargo también tiene sus contras 2. Creo que de elegir al tratar personas si es más importante el acceso a la tecnología el mayor porcentaje la parte humana 3. La tecnología ayuda a descubrir y tratar enfermedades, mas no tratar a las personas 4. Se da mal uso a la tecnología se hacen más exámenes para diagnóstica y menos semiología 5. La tecnología relacionada a las redes sociales puede ser contraproducente El celular no debería estar activo en una consulta

Fuentes entrevistas de los estudiantes. En el transcurso del estudio se reflexionó además sobre las representaciones sociales relacionadas al profesionalismo desde la visión de los pacientes.

Se entrevistaron dos pacientes. Se identificaron como se aprecia en el cuadro 3, en donde EP corresponde a entrevista de paciente, y la siguiente letra es la asignada a cada entrevistado.

Tabla 3. Identificación de las Entrevistas realizadas a los Pacientes. Construcción Propia.

Entrevistas	Identificación
Entrevista 1 Paciente	EPA
Entrevista 2 Paciente	EPB

Reunidas en este punto se analizaron las percepciones respecto al significado del profesionalismo, cuales son cualidades que lo favorecen y cuales las dificultades más observadas.

En la tabla a continuación se presentan los resultados que resultaron relevantes.

Tabla 4. Resultado de las Entrevista a los Estudiantes. Construcción Propia.

Categorías	Unidades de significado	Expresiones de los pacientes entrevistados
	Definición de profesionalismo	<p>EPA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Todos en medicina no solo médicos deben tener profesionalismo. Se ve en cómo actúan 2. Es una característica personal. 3. Es lo que se merece uno en el trato. <p>EPB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es una característica del profesional que si la tiene se sabe desde que uno entra al consultorio 2. Que sea buena gente antes que nada
	Que incluye el profesionalismo	<p>EPA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Actitud, comienza con la actitud, el saludo refleja la actitud 2. El médico con buena predisposición a atendernos, a preguntarnos a escucharnos 3. Antes el médico era demasiado importante. Yo creo que ha cambiado para bien <p>EPB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tener actitud para dar solución al problema con el que uno va. <p>Uno busca el que más le pregunte a uno y se muestre interesado</p> <p>Actitud para ser buena gente</p> <p>Saber escuchar y dejar que le hablen.</p> <p>Confianza, porque va decidir respecto al salud</p> <p>El medico es el que decide</p> <p>Del médico depende</p> <p>Hay médicos que no se dejan hablar</p> <p>Ser humilde. Hay médicos que se creen mucho solo por ser médicos</p> <p>Ha cambiado.</p> <p>Ser comprensivo. Tratar de entender la situación de cada quien</p>
	Problemas	<p>EPA Algunos médicos no se toman el tiempo de hablarles a los pacientes. Eso tiene mucho que ver con la personalidad, la humildad y sencillez. Por ejemplo cuando un paciente asiste a un examen o estudio con un médico, en ese momento no es una consulta pero muchos médicos le dicen a uno como salió el examen. A otros les preguntan cómo me salió el examen y el doctor contesta lléveselo a su médico</p> <p>EPB El tipo de cobertura de salud que tiene uno, si es ARS o EPS</p> <p>En general es mejor la atención con una EPS pero no siempre.</p> <p>En el pueblo donde vive mi mama solo</p>

Categorías	Unidades de significado	Expresiones de los pacientes entrevistados
		atienden ARS, yo que trabajo la quiero poner en una EPS y ella me dice no me haga ese daño, en el pueblo a los que tienen EPS y ni los miran y los remiten EPA El tiempo que a uno le dedican en una consulta es muy poco. EPB El tiempo del que disponen para atender los médicos hoy día. La pediatra de mi hija me atiende bien pero salvo la primer vez que se tomó más tiempo más de 20 minutos para tender en general no se toma y uno ya sabe que es así porque ese es el tiempo que le asignan por paciente EPB Mi mama les tiene temor a los médicos, siente que la regañan por lo que dice o hace. Cuando le pregunto que dijeron o le solicitaron hacer no me sabe explicar. Se pone nerviosa. Voy a tener que acompañarla la próxima vez.

Fuente Entrevista a pacientes. Finalmente se describen algunas observaciones propias a propósito de representaciones relacionadas al profesionalismo en los médicos principalmente entre los que realizan labor asistencial y docente. Las observaciones se detallan en la tabla a continuación. Los resultados luego del análisis coincidieron en tres categorías en donde las unidades de significado se agruparon como se realizó con las entrevistas.

Tabla 5. Resultados de las Observaciones Propias. Construcción Propia.

Categorías	Unidades de significado	Síntesis de observaciones
CATEGORIA 1 Profesionalismo	Definición, características personales y dificultades que se presentan en relación al profesionalismo médico.	1. Buscar el bien del paciente sobre el propio. Esa debería ser la principal motivación 2. Tiene directa relación con la calidad de atención de salud. Todo el sistema de salud regula el accionar médico. Va con la excelencia y cumplimiento de altos estándares. 3. Significa mostrar actitudes como: Ser cordial y respetuoso. Saludar siempre. Los médicos se olvidan de saludar y no se presentan siempre.

Categorías	Unidades de significado	Síntesis de observaciones
		<p>Eso se debe y es posible cambiar. Respetar la autonomía del paciente. No ser autoritario. Tomar el tiempo necesario para explicarle e informarle. Ser comprensivo. El mundo adolece de comprensión. La comprensión va con la humanización .Se intenta mucho por la humanización pero campañas desde las áreas administrativas no siempre son efectivas.</p> <p>4. Autonomía del médico. Se tiene la sensación de que el médico ha perdido autonomía. No toma decisiones solo en base a decisión a su conocimiento disciplinar sino también en base a lo que tiene al alcance el paciente, directrices de los entes de gerenciamiento</p> <p>5. El éxito terapéutico, la adherencia o cumplimiento de pautas depende de la empatía.</p> <p>6. La carga laboral, el manejo de las presiones que puede percibir el médico con el paciente y su familia, los administrativos, colegas entre otros.</p> <p>7. La vida personal. Las diferentes, la familia propia, la predisposición a enfermedades mentales, el síndrome de agotamiento.</p> <p>8. La tecnología se percibe muy valiosa aunque se reconoce que a veces se solicitan más estudios que los estrictamente necesarios</p> <p>9. El tiempo que se destina al paciente impresiona cada vez menos.</p> <p>10. Situaciones especiales en relación a los pacientes como religión, género requiere de actitudes especiales y no siempre son comprendidas</p> <p>11. Las responsabilidades en torno a los errores médicos. Entenderlos. Los errores del conocimiento. Extremos: acusaciones injustificadas que inclusive terminan en juicios de mala praxis gran temor de los médicos y la falta de autocrítica en algunos médicos. El desligarse de la culpa</p> <p>12. Existe preocupación por manejos</p>

Categorías	Unidades de significado	Síntesis de observaciones
<p>CATEGORIA 2 Formación médica</p>	<p>Representaciones en relación a la Educación Médica de Postgrado</p>	<p>turbios de los fondos por las aseguradoras</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cada vez mayor número de egresados aspira a estudios de postgrado. La paradójica falta de valoración al médico general y los beneficios en cuanto a crecimiento personal, retribuciones salariales son alguna de las razones. 2. Vocación, inclinaciones personales, oferta y demanda laboral son en general los determinantes al momento de realizar la elección. 3. La docencia se realiza generalmente en el marco de convenios docente asistenciales. Los convenios docentes asistenciales traen dificultades a la hora de la delimitación de espacios, físicos y temporales para la docencia. El tiempo es un problema que resulta palpable en el momento en el cual se realiza la actividad docente asistencial. Es poco probable que en las residencias médicas se contemple un docente con dedicación exclusiva. Inmersa en la actividad asistencial se realiza la actividad docente. 4. Las reuniones académicas especialmente las que reúnen varias instituciones son muy positivas para compartir y aprender de diferentes pacientes. Además aunque insuficientes tienen autonomía y funcionan junto a las sociedades médicas como mecanismos protectores que cuidan los derechos de los más débiles. 5. La privacidad y el secreto médico es tema de abordar con mucho cuidado. Necesariamente en la relación que se establece entre un médico y el paciente participa el estudiante médico. 6. Hay mucha preocupación respecto a cómo los médicos se están preparando. 7. No hay acuerdo en el pensamiento de los médicos si se pueden mejorar las actitudes. El camino en la adquisición de estas competencias debería fortalecerse desde el hogar, niveles básicos de educación y pregrado. Situaciones particulares de la sociedad como la violencia tienen también

Categorías	Unidades de significado	Síntesis de observaciones
CATEGORIA 3 Vivencias		implicancias. 1. No hay nada más estimulante que haber obrado de tal manera que se lograron beneficios para un paciente. 2. Si bien esperamos agradecimiento, tan solo una sonrisa o una mirada de gracias se convierten en alientos para el alma y recompensan los tiempos difíciles 2. Cuando los pacientes se quejan es frecuente que tengan sus razones. Llegan muchas veces con una gran agresividad que pueden deberse a las condiciones de violencia y agresividad de la sociedad actual La agresividad también puede deberse a negación, enojo de la enfermedad y malas experiencias en relación a tratamientos previos. 2. Los pacientes suelen quedar satisfechos cuando se les envían muchos exámenes y pasan por especialistas posiblemente suplanten el tiempo que debería dedicarse a la consulta. 3. Las consecuencias de los errores médicos son traumáticas desde la percepción de los médicos y tienen repercusiones médico legales. Actualmente diferentes comités se entienden como casa de responsables.

A continuación en cumplimiento de las metas del estudio se exponen reflexiones y se trazan algunas comparaciones con antecedentes previamente citados.

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.

La Organización Mundial de la salud desde sus reuniones en Edimburgo (1986, 1992) prioriza las características personales por encima de las capacidades intelectuales o conocimientos relacionados a la disciplina, en pro de una atención médica más humana. Se enumera que los médicos deben saber escuchar, ser cuidadosos y sensibles con su comunidad.

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.

A pesar de que no se plantearon en los objetivos, al realizar el análisis, surgieron impresiones relacionadas a la autonomía de los pacientes. En este aspecto se hizo evidente que no es posible emitir generalizaciones. La autonomía del paciente parece depender de su capacidad cognitiva, de su educación, su nivel de escolaridad, su contexto social, su nivel económico. Sin embargo pareciera que aun cuando el médico interacciona con pacientes a los que se podría denominar de mayor estrato, siente el compromiso de tomar las decisiones de tratamientos o procedimientos. Parece que lo entiende como algo mandatorio ligado a su profesión.

Cuando los pacientes solicitan mayor explicación, cuestionan procedimientos o tratamientos, quizás no siempre el médico responde positivamente.

La autonomía del médico, es una de las cuestiones pudiera considerarse controvertida, cuando los médicos analizan el profesionalismo. Llama la atención que se encuentra cierta disposición a pensar que el médico no es autónomo en sus decisiones. Esto se puede observar más frecuentemente en las generaciones jóvenes. Los mayores impresionarían, son los que se sienten más seguros de su autonomía.

La autonomía del médico, según se analiza en este estudio, además de la edad parece relacionada a una formación disciplinar sólida y a las actitudes que pone en práctica cuando ejerce su profesión. El conocimiento disciplinar se entiende necesario para la autonomía de decisiones, pero inevitablemente se requieren actitudes como compromiso y responsabilidad. Sin compromiso y responsabilidades no hay autonomía.

Cabría por otra parte ampliar la discusión de autonomía en las decisiones médicas y la influencia de la dependencia empleador - médico asalariado, relaciones contractuales, normativas estatales y sistema de Salud, las cuales, cuestionan una verdadera autonomía.

Se entrevisté preocupación por la división de la medicina en áreas, tornando al paciente y su enfermedad un territorio gobernado por diferentes especialidades y donde es difícil determinar el médico responsable del paciente.

Ocasionalmente es posible percibir en algunas conductas de los médicos, ciertas características individualistas que no permiten el adecuado trabajo multidisciplinario inclusive entre los miembros del equipo de una misma disciplina.

La incomprensión surge así, como una de las dificultades que debe solventar el profesionalismo. Atañe a toda la sociedad. Enseñar la comprensión es una de las necesidades de educar para el futuro (Morin 2001).

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.

El error médico en general es percibido que aborda desde la búsqueda de responsabilidades. Los denominados comités, llámense de mortalidad o de adventos adversos dejan un gran sentimiento de desasosiego en los médicos implicados. Parecen inclusive generar conductas defensivas. Cabría en esto punto sin embargo analizar, si en ésta

oposición, no jugaría un rol el viejo arraigo de alguna creencia errónea en conexión a un derecho de incuestionabilidad del acto médico.

Es desde otras áreas, y con otra Filosofía, que se logra cambiar esa perspectiva. Todo conocimiento con lleva riesgo al error y a la ilusión. El mayor error es subestimar el problema del error (Morin, 2001).

Los médicos entienden la responsabilidad como actitud para la cual se requiere asumir retos y compromisos. Los compromisos relacionados a la autoformación permanente, a las cualidades que ponen en práctica para la atención de pacientes, a la responsabilidad en el manejo responsable de recursos, así como el compromiso para alertar y actuar sobre aspectos relacionados al acceso y atención en salud. En este sentido, la solidaridad de las sociedades académicas o gremiales podría funcionar en un rol positivo.

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.

Algunos reclamos están en torno a bienestar y espacio físico, socio-cultural, quizás porque la productividad también alcanza el ejercicio de la medicina.

Patiño (2004) responsabiliza a la transformación corporativa de los sistemas de salud como causa de la falta de profesionalismo.

En cuanto a la Educación médica existen preocupaciones y cuestionamientos en relación a determinadas condiciones tanto en el pre como postgrado. Entre éstos se menciona el fortalecimiento de los entes de regulación.

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.

La escasa experiencia en torno a la enseñanza de ética, es señalada por algunos autores (Olick 2001, Outomuro 2008). La falta de inclusión del profesionalismo también es mencionada por algunas publicaciones entre ellos Patiño (2004).

De este modo se resume la interpretación de los resultados de la investigación. Vale la pena precisar que gracias a la recopilación detallada de los hallazgos, se encontraron datos secundarios que bien podrían dar lugar a nuevas interpretaciones en una fase posterior del estudio, aspecto que valida la apertura de una línea de investigación desde este campo de interés en educación médica.

Capítulo 5. Conclusiones

Como se dio a conocer previamente, este trabajo surge desde la inquietud de comprender las representaciones sociales de médicos profesores, médicos estudiantes de postgrado y pacientes acerca de las competencias actitudinales relacionadas con el profesionalismo, para proponer algunas recomendaciones que puedan favorecer el desarrollo de las mismas en los postgrados de Medicina.

En el capítulo anterior se presentaron los resultados agrupados en tres: las representaciones de los médicos estudiantes, las de los de pacientes y las propias como observación participante. Las categorías encontradas se relacionaron con publicaciones y bibliografía previamente revisada.

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.

De esta manera esta mirada nos está llevando a 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. El interés en la comprensión del paciente y del contexto cobra una mayor prioridad, aspecto que se reflejó en el presente estudio, en comentarios que hacían los médicos acerca de la necesidad de autoevaluarse, de revisar los procesos y de animar a mejorar las actitudes que conducen a un desempeño médico más integrado y de cara a generar bienestar al paciente y aporte a las comunidades científicas. En este mismo sentido, 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.

El bienestar del paciente se afirma como la motivación que determina el actuar del doctor. La reflexión sobre esta motivación quizás debiera ser abordada de manera expresa. La labor 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.

Además de identificar carencias en torno a la enseñanza de la ética y la enseñanza de actitudes personales que tienen que ver con el buen ejercicio médico, en este estudio al igual de cómo lo determinan publicaciones y directrices de instituciones de acreditación de postgrado, surge la necesidad de fomentar la educación continua, el mejoramiento permanente y la autoformación para consolidar y actualizar los conocimientos propios de la disciplina.

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.

La Educación para el futuro trae consigo la preocupación de como razonar y enseñar el conocimiento. Cuál es el conocimiento realmente pertinente en el contexto y como entender el conocimiento global. Además, es oportuno evitar la disyunción, la excesiva simplificación, la reducción del conocimiento so pretexto de una mejor comprensión. Existen además los problemas percibidos en torno a las especializaciones cerradas o hiperespecializaciones que conllevan fragmentación del conocimiento, como es el caso de las numerosas subespecializaciones en Medicina.

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 este sentido con 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.

La competitividad de la que no escapa la medicina no debe ser un obstáculo para el buen trato a los pacientes. Se puede teorizar acerca de que 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.

5.1. Prospectiva de la Investigación

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.

Se recomienda un estudio similar proponiendo incluir mayor número de médicos estudiantes y médicos docentes de programas de postgrado. Sería interesante diferenciar los estudiantes médicos generales que ingresan a una primera especialización de aquellos, quienes ya especializados están iniciando una segunda especialización, así como también especificar aquellos que tuvieron ejercicio en ejercicio de la medicina, ya sea como médicos generales o como médicos especialistas.

Se piensa conveniente dentro de la prospectiva de este estudio distinguir las especialidades clínicas de las quirúrgicas, diferenciando además las especialidades pediátricas de las de adultos. De esta manera se podrían contrastar las experiencias y percepciones de unos para con otros y definir con mayor precisión puntos que permitan intervenciones.

De acuerdo a lo observado, en un trabajo más amplio se podría pensar en diseñar una propuesta curricular que permita a las instituciones y universidades responsables de los programas de postgrado responder a los desafíos que implican las competencias actitudinales relacionadas al profesionalismo médico.

Los cambios socioculturales – políticos, la internacionalización de la medicina determinaran cuáles son las competencias médicas necesarias para entender y tratar a las personas en la sociedad actual.

Una educación de postgrado que ponga al alcance de los habitantes la mejor calidad de atención sin importar nivel socioeconómico, raza o credo. Hacer la diferencia para lograr el actuar médico integral. Formar médicos con los saberes, destrezas y actitudes para brindar atención médica a todos. La actividad asistencial parece ser abrumadora en los centros hospitalarios y los espacios de reflexión son insuficientes.

Además en el estudio impresiona también la necesidad de gestionar y priorizar mejores espacios, recursos, actividades de bienestar para educación y formación de médicos residentes. No parece percibirse en las entrevistas y observaciones que deban existir necesariamente tecnología de última gama. Podría analizar que resulte paradójico en relación con las tendencias actuales de generar mayor inversión en Tecnología. En este aspecto quizás podría decirse que no necesariamente mayor tecnología lleva a mejor calidad de la atención médica, ni a una mejor resultado como educadores.

Una preocupación que parece evidenciarse en las observaciones realizadas es la que rodea las entidades de regulación, acreditación de los programas de Medicina. Podemos afirmar que los entes de vigilancia son necesarios. Se hacen ineludibles análisis más profundos para llevar a los hechos la transformación de la Educación médica en el contexto de los cambios y crisis de políticas de Salud. Es posible que la mejor estrategia para el cambio sea una construcción progresiva consensuada con la participación de todos los actores. Para ello los médicos deben haber perfeccionado sus competencias ciudadanas para analizar, intervenir y participar con actitud ética en sociedad.

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

- ABIM Foundation. (2002). Medical professionalism project. *Lancet*, 359, 520-522.
- Academia Nacional de Medicina. (junio de 2011). El contrato social del médico ante el desastre de Salud. *Medicina*, 33(93).
- Alzate P., M. V., Gomez M., M., & Arbeláez G, M. (2011). *Enseñar en la universidad Saberes, prácticas y textualidad*. Bogotá : Ecoe Ediciones.
- American Medical Association. (February de 1910). Medical Education and State Boards of Registration. *The Journal of the American Medical Association*, LIV(8), 637.
- Bauman Z. (2000). *La cultura en el mundo de la modernidad líquida*. (e. Book, Ed.)
- Bujan Vidales, K., Rekalde Rodriguez, I., & Aramendi Jauregui, P. (2011). *La Evaluación de competencias en la Educación Superior*. Bogotá: Ediciones de la U.
- Cate, O. T. (2011). Formación Médica y evaluación basadas en las competencia. *Revista Argentina de Cardiología*, 79(5), 1-5.
- Dale, S., & Olds , J. (2012). Mantaining professionalism in the face of Bournout. *Tehe British Medical Journal of General Practice*, 62, 602-607.
- Diaz Barriga Arceo, F. (2005). Desarrollo del currículo e innovación. *Perfiles Educativos*, 27(107), 57-84.
- Dokú, K. C., & Gonzales F, L. E. (2006). *Curriculo universitario basado en competencias*. Barranquilla, Atlantico, Colombia: Ediciones Uninorte.
- 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.
- Dyrbye, L., Massie, S., Eacker , A., Harper, W., Power , D., Durning, S. j., y otros. (2010). Relationship Betwen Burnout and professional Conduct and Attitudes Among US Meical Studies. *JAMA*, 304(11), 1173-1180.

Eckeleberry-Hunt, J., & Lick, D. (2015). Phisician and suicide: a Shared Responsibility.

Teaching ans Learning in Medicine, 27(3), 341-345.

Flexner, A. (1910). *Medical Education in the United States*. (N. Y. Foundation, Ed.) New

York, New York, United State: Carnegie Foundation.

Freire, P. (2003). *El Grito Manso*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintinuno.

Freire, p. (2013). *Pedagogía del oprimido*. Mexico: Siglo XXI.

Galeano, M. (2012). *Estrategias de investigación social cualitativa El giro de la mirada*.

Medellín: La carreta editores.

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.

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.

Guyatt, G., Cairns, J., Churchill, D., Cook, D., Haynes , B., Hirsh, J., y otros. (1992).

Evidence-Based Medicine: A new Approach to Teaching the practice of Medicine.

JAMA, 268(17), 2420-25.

Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación*.

Mexico: Mc Graw Hill Educación.

Jalil Milad, J., & Hoyl Moreno, T. (2015). Programas de Postgrado en Medicina Por

Competencias. *Revista de Estudios Médicos de Postgrado*, 15(15).

- Jonnaert, P., Barrete, J., Masciotra, D., & Mane, Y. (2008). La competencia como organizadora de los programas de Formación. *Profesorado*, 12(3), 1-31.
- Kant, I. (1961). *Crítica de la razón práctica*. Buenos Aires: Losada.
- Milad, J., & Moreno, T. H. (junio de 2015). Programas de Postgrado en Medicina por competencias. *Revista de Estudios Médicos Humanísticos*, 15(15), 1-6.
- Mill, S., & Bryden, D. (2010). A practical approach to teaching medical ethics. 36(1), 50-4.
- Morin, E. (2001). *Los Siete Saberes Necesarios para la Educación del Futuro*. Bogota, Colombia: Magisterio.
- Morín, E. (2001). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Bogotá: Cooperativa Editoria Magisterio.
- 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.
- Olivera Diaz , A. (enero-abril de 2013). Que hacer por una educación médica integral. *Revista Salud Uninorte*, 29(1), 104-112.
- Osborne, M. P. (2007). William Stewart Halsted: his life and contributions tu surgery. *The Lancet Onkology*, 8(3), 256-265.
- Outomuro, D. (2008). Fundamentación de la enseñanza de la Bioética en medicina. *Acta bioethica*, 14(1), 19-20.
- Parra P., P., Matus B., O., Ortiz M., L., Torres A., G., Ibacaches , G., Ramires E., L., y otros. (2010). Enseñanza y Evaluación del profesionalismo Médico a traves de proyectos colaborativos. *Revista de Educación Ciencias de la Salud*, 7(1), 29-34.
- Patiño Restrepo, J. F. (2004). El profesionalismo Médico. *Revista colombiana de Cirugía*, 19(3), 146-151.
- Patiño, J. (1998). La Ley 100 de 1993: Encrucijada de la Medicina. *Revista Medicina*, 20(48).

Competencias actitudinales relacionadas con el profesionalismo en postgrados de Medicina. Una experiencia investigativa en Colombia. 86

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. f. (mar-abr de 2001). La desprofesionalización de la medicina en Colombia. *Acta Medica Colombiana*, 26(2), 43-49.

Pinilla Roa, A. E. (2013). Evaluación de Competencias profesionales en Salud. *Revista de la Facultad de Medicina*, 61(1), 1-23.

Pinilla, A. E. (2011). Modelos pedagógicos y formación de profesionales en el área de la salud. *Acta médica Colombiana*, 36(4), 204-219.

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.

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.

Pinzon, C. E. (2008). Los grandes paradigmas de la Educación Médica en Latinoamérica. *Acta Médica Colombiana*, 33(1), 1-11.

Quiceno. (Julio/Diciembre de 2007). Burnout: Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT). *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), sp.

Ramirez, M., Castellanos-Suarez, R., Badillo, R., Naranjo, F., Insuasty, J., Gomez, J., y otros. (2004). El aprendizaje significativo de la Medicina Interna a través de la evaluación por competencias clínicas. Investigación- Acción. *Salud UIS*(36), 111-114.

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

Rodriguez, G., Gil, J., & García, E. (s.f.). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Bogota: Ediciones Aljibe.

Rozo, R. (2012). El deterioro de la Medicina. (E. Espectador, Entrevistador) Redacción Vivir.

Samper, Z. (2013). *Como diseñar un currículo de competencias*. Bogotá: Magisterio Editorial.

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.

Stake, R. E. (1999). *Investigación con estudios de casos*. Madrid: Ediciones Morata.

Swing, S. R. (2007). The ACGME outcome project: retrospective and prospective. *Medical Teacher*(29), 648-654.

Tomey, A. V. (2002). Abraham Flexner, pionero de la Educación Médica. *Revista Cubana Educación medica Superior* , 16(2), 156-63.

Villanueva , J. (2006). Necesidad de adquirir competencias en valores. *Educación Médica*, 9(1).

World Organization For Medical Education Edimburgh. (1992). Edimburgh Declaration II. *The Edimburgh declaration II*.

World Organization For Medical Education Edimburgh. (1993). Edimburgh Declaration II. *The Edimburgh declaration II*.

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.

Zubiría Samper, J. d. (2006). *Los modelos pedagógicos*. Bogotá: Magisterio.

Zubiría Samper, J. d. (2013). *Como diseñar un currículo por competencias*. Bogota: Magisterio Editorial.

Zubiría, J. (2006). *Los Modelos Pedagógicos*. Bogotá: Magisterio.

Anexos

Apéndice 1. Preguntas posibles para las entrevistas a los médicos

A qué se refiere el profesionalismo médico

- ¿Le enseñaron de ética o alguna cátedra relacionada en el pregrado o en otras formaciones previas que haya tenido? ¿Cree que es útil recibir algún apoyo en este aspecto?
- ¿A que podría denominarse éxito terapéutico?
- ¿Qué factores influyen en el éxito terapéutico? ¿Qué porcentaje podría asignarse a la actitud del médico en el éxito terapéutico en relación a otros factores como el conocimiento o determinantes de la atención de salud?
- ¿Por qué un paciente incumple el tratamiento?
- ¿Cuánto se debe informar a los pacientes? Se debe decirles todo?
- ¿Hasta qué punto y en qué circunstancias el paciente debe decidir sobre que tratamiento que quiere recibir o que procedimiento realizarse? ¿Cree, en los entornos que ha conocido, que lo entienden suficiente para participar de este tipo de decisiones?
- ¿Cuáles son los factores que atentan contra el profesionalismo?
- ¿Se puede como adulto y profesional cambiar y aprender a tener mejor actitud con los pacientes?

Apéndice 2. Preguntas posibles para las entrevistas a los pacientes

A qué se refiere el profesionalismo médico

- ¿Cómo tratan los médicos a los pacientes?

- ¿Qué le importa más de un médico, que sepa mucho de su especialidad o que tenga buen trato?

- ¿Usted o sus familiares suelen cumplir lo que el médico manda? Si no es así, cuál cree es la razón para este comportamiento?

- ¿Si tuviera una enfermedad de manejo controvertido quisiera participar en la elección de su tratamiento?

- ¿Cuáles son las cuestiones que dejan mala impresión de un médico?

- ¿Se puede como adulto y profesional cambiar y aprender a tener mejor actitud con los pacientes?

Apéndice 3. Formato para la entrevista

Fecha y Hora
Sitio de la entrevista
Identificación del entrevistado
Descripción de la actitud del entrevistado
Pregunta con que se inicia la entrevista
Tema en el cual muestra interés especial
Resumen de respuestas de la entrevista
Observaciones especiales

5.3.4. Apéndice 4. Formato para Observaciones

Fecha y Hora
Sitio y circunstancias
Detalles del cargo, formación, edad aproximada de los participantes
Resumen de los hechos observados
Tema que predominó en la observación
Relación de lo observado con alguna otra situación

Apéndice 5. Consentimiento informado para participar en la investigación:

Investigadores: Gabriela Karl / Leonor Galindo

Nombre:

Como investigadora, deseo obtener su aprobación para participar de la investigación:

Competencias actitudinales relacionadas con el profesionalismo en postgrados de Medicina. Una experiencia en Colombia.

La cual se realizará en la Fundación Cardiovascular de Colombia y tiene como objetivo principal facilitar la inclusión de las competencias actitudinales relacionadas al profesionalismo en los planes de estudio de postgrados en Medicina.

Su participación en la investigación se hace necesaria como estudiante en el proceso de selección de la muestra.

La recolección de la información se hará a través de la metodología de investigación cualitativa tipo caso descriptivo e interpretativo por medio de instrumentos de recolección de información como entrevistas, observaciones Las entrevistas consistirán en conversaciones entre ustedes y la investigadora, con el objetivo de entender y dar respuesta a nuestra pregunta de investigación

Se respetará el deseo de abandonar la investigación toda vez que la persona así lo exprese y se comprometa a no divulgar los resultados u otros asuntos propios de la investigación.

Los resultados de la investigación se socializarán con la comunidad académica de las dependencias participantes, se presentará en eventos relacionados con el área y se publicará en revistas de circulación nacional e internacional.

**Competencias actitudinales relacionadas con el profesionalismo en postgrados de 94
Medicina. Una experiencia investigativa en Colombia.**

Agradecemos su atención y esperamos que usted acepte participar en este proceso, ya que nuestro deseo es contribuir a través de nuestra investigación al mejoramiento de los procesos educativos.

La información obtenida durante la investigación se utilizará de tal forma que en ningún momento se identificarán los nombres de los participantes que la suministraron, para la divulgación de los resultados se asignarán códigos a cada uno. De otro lado, se espera que al comprometerse con la investigación guardará absoluta discreción sobre cualquier asunto relacionado con la misma.

Participante

Testigo

Testigo

Gabriela Karl, argentina, médica especializada en el Hospital Garrahan –Universidad de Buenos Aires, radicada en Colombia. Se desenvuelve como médico asistencial en un centro de alta complejidad y como docente en el programa de especialización en Cardiología Pediátrica.