



UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
VICERRECTORÍA DE UNIVERSIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA - VUAD -
FACULTAD DE EDUCACIÓN
DOCTORADO EN EDUCACIÓN

PRÁCTICAS PEDAGÓGICAS DE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN LAS
RESIDENCIAS MÉDICAS

Proceso de enseñanza-aprendizaje desde la teoría fundamentada

Francy Licet Villamizar Gómez

Bogotá, D.C.

Noviembre de 2018

PRÁCTICAS PEDAGÓGICAS DE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN LAS RESIDENCIAS MÉDICAS

Proceso de enseñanza-aprendizaje desde la teoría fundamentada

Francy Licet Villamizar Gómez

Director de tesis
Doctor Diego Fernando Barragán Giraldo
PhD. en Educación y Sociedad
Universidad de Barcelona

Tesis para optar al título de
Doctor en Educación

Bogotá, D.C.
Noviembre de 2018

Tesis aprobada por:

Director de la tesis _____

Jurados

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

AGRADECIMIENTOS

A todos los médicos residentes y profesores de los programas de especialización médico-quirúrgica que participaron en la presente investigación durante sus extensas jornadas laborales y me permitieron aprender de sus historias de vida en su caminar por el hospital universitario.

Al Doctor Diego Fernando Barragán Giraldo, por su perseverante orientación en la construcción de cada capítulo de este documento y por demostrarme, con su ejemplo, que los buenos maestros creen y apoyan a sus estudiantes.

A mis Padres, quienes han sido mis mejores maestros.

“El buen médico es el que le apasiona lo que hace, es una persona disciplinada, es una persona que también entiende las necesidades de sus pacientes, entiende que la medicina no está para él, para satisfacer su ego del conocimiento, sino que está al servicio de los pacientes, que entiende esa sensibilidad, que tiene ese carisma [...], que es respetuoso también con sus colegas”

Profesor de Residencias Médicas

“El mero conocimiento no es sabiduría. La sabiduría sola tampoco basta. Son necesarios, la sabiduría y la bondad para enseñar y gobernar a los hombres. Aunque podríamos decir que todo hombre sabio, si verdaderamente lo es, tiene también que ser bueno. Porque la sabiduría y la bondad son dos cosas íntimamente entremezcladas. Lo que deberíamos hacer los que fuimos alguna vez maestros sin antes ser sabios, es pedirles humildemente perdón a nuestros discípulos, por el mal que les hicimos”.

Héctor Abad Gómez - *Cartas desde Asia* (1976)

Médico y Profesor de Salud Pública de la Universidad de Antioquia

Tabla de contenido

Resumen	15
Abstract	16
Introducción.....	17
Primer capítulo	21
1. Problema de investigación	21
1.1 Planteamiento del problema y justificación	21
1.2 Preguntas de investigación	25
1.3 Objetivos de investigación	25
1.3.1 <i>Objetivo general</i>	26
1.3.2 <i>Objetivos específicos</i>	26
Segundo capítulo	27
2. Estado de la cuestión: sobre las residencias médicas.....	27
2.1 Definición y breve historia de las especialidades médico-quirúrgicas...	27
2.2 Investigaciones sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje de la investigación en las residencias médicas	30
2.3 Especialidades médico-quirúrgicas en Colombia.....	34
2.4 Una relación general de los teóricos sobre la práctica.....	39
3. Viviendo en la práctica.....	41
3.1 De aquello de la práctica.....	42
3.2 De la epistemología de las prácticas	59
3.3 De la <i>phrónesis</i> o el saber práctico	66
3.3.1 <i>De la praxis</i>	77
3.3.2 <i>De la techne</i>	79
3.3.3 <i>De la poiesis</i>	80
3.4 A manera de síntesis: <i>Phrónesis</i> como centro de la práctica.....	82
4. De las prácticas profesionales médicas.....	84
4.1 La profesión: elementos de comprensión	84
4.2 Prácticas profesionales	89
4.3 Breve historia de las prácticas médicas	92
4.4 Práctica médica: cuidado de la salud como su fundamento	99

4.5	La medicina: tradición entre la ciencia y el arte	113
4.6	A manera de síntesis: Cuidado como centro de práctica médica	117
5.	Las prácticas pedagógicas de las residencias médicas: una aproximación desde la literatura.....	119
5.1	De la práctica pedagógica.....	120
5.1.1	<i>Lo ético de la práctica pedagógica</i>	125
5.1.2	<i>Lo político de la práctica pedagógica</i>	128
5.1.3	<i>Lo histórico de la práctica pedagógica</i>	130
5.2	Sobre la práctica pedagógica reflexiva	131
5.3	Prácticas pedagógicas en residencias médicas.....	137
5.3.1	<i>De los hospitales: lugares de práctica y escuelas médicas</i>	137
5.3.2	<i>Experiencia clínica en el proceso de enseñanza-aprendizaje</i>	146
5.3.3	<i>La práctica pedagógica como un continuum reflexivo</i>	148
	Tercer capítulo	150
6.	Marco metodológico	150
6.1	Paradigma.....	152
6.2	Perspectiva teórica y del enfoque epistemológico y metodológico	153
6.3	Método de investigación	156
6.4	Contexto.....	159
6.5	Participantes	159
6.6	Técnicas y estrategias de investigación.....	161
6.6.1	<i>Entrevistas semiestructuradas</i>	162
6.6.2	<i>Grupos focales</i>	164
6.7	Instrumentos de recolección de datos	166
6.8	Validación de instrumentos	167
6.9	Muestreo teórico	168
6.10	Saturación teórica	169
6.11	Análisis de datos.....	169
6.11.1	<i>Archivos y gestión de datos</i>	170
6.11.2	<i>Reflexión sobre los datos</i>	171
6.11.3	<i>Codificación abierta</i>	172

6.11.4	<i>Codificación axial</i>	172
6.11.5	<i>Codificación selectiva</i>	173
6.12	Consideraciones éticas	174
Cuarto capítulo		176
7.	Análisis e interpretación de los datos	176
7.1	Características de los participantes	177
7.2	Análisis e interpretación de la teoría sustantiva	179
7.3	Categorías de condiciones causales	183
7.3.1	<i>Aprendizajes previos</i>	183
7.3.2	<i>Estructura de los programas académicos nacionales</i>	188
7.4	Categorías centrales	197
7.4.1	<i>Jerarquía médica</i>	197
7.4.2	<i>Autonomía</i>	207
7.5	Categorías de contexto	211
7.5.1	<i>Hospital universitario</i>	212
7.5.2	<i>Paciente como sujeto de práctica</i>	218
7.6	Categorías intervinientes	226
7.6.1	<i>Profesor clínico</i>	227
7.6.2	<i>Situación económica de los estudiantes</i>	242
7.7	Estrategias	246
7.7.1	<i>Aprender desde lo práctico</i>	246
7.7.2	<i>Investigación pedagógica de la práctica clínica</i>	261
7.8	Consecuencias	276
7.8.1	<i>Lograr ser especialista</i>	277
7.8.2	<i>Comunidad de investigación</i>	288
Quinto capítulo		300
8.	Conclusiones	300
Sexto capítulo		308
9.	Aportes en el campo de la educación y la pedagogía	308
9.1	Propuesta pedagógica	308
9.2	Aportes en los vacíos del conocimiento en pedagogía y educación ...	315

9.3	Aporte a otras líneas de investigación del doctorado.....	317
	Referencias bibliográficas	320
	Anexos	337
	Anexo 1. Estudios primarios y tópicos relacionados con la enseñanza de la investigación clínica en las residencias médicas	337
	Anexo 2. Objetivo general de los estudios de la enseñanza de la investigación clínica en las residencias médicas.....	339
	Anexo 3. Objetivo general de las revisiones sistemáticas del aprendizaje de la investigación clínica en las residencias médicas	342
	Anexo 4. Programas académicos de especialidades médico-quirúrgicas de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud	344
	Anexo 5. Consentimiento informado profesores	345
	Anexo 6. Consentimiento informado estudiantes	349
	Anexo 7. Guion entrevista semiestructurada - profesor clínico	354
	Anexo 8. Guion entrevista semiestructurada – profesor de investigaciones	357
	Anexo 9. Guion de grupos focales-residentes	360
	Anexo 10. Red semántica de las prácticas pedagógicas en residencias médicas según estudiantes.....	362
	Anexo 11. Red semántica de las prácticas pedagógicas en residencias médicas según profesores clínicos	363
	Anexo 12. Red semántica de las prácticas pedagógicas en residencias médicas según profesores del área de investigación.....	364

Lista de tablas

Tabla 1. <i>Reglamentación de las residencias médicas en Colombia</i>	38
Tabla 2. <i>Teoría de las arquitecturas de la práctica según Kemmis et al. (2014)</i> ...	51
Tabla 3. <i>Función de los acuerdos en la teoría de las arquitecturas de las prácticas según Kemmis (2012b)</i>	52
Tabla 4. <i>Principios de ecología de Capra aplicados a las ecologías de la práctica según Kemmis</i>	57
Tabla 5. <i>Relaciones entre las diferentes tradiciones en el estudio de la práctica según Kemmis y McTaggart (2005)</i>	68
Tabla 6. <i>Teoría de la educación y su relación con los espacios y medios según Kemmis et al. (2014)</i>	123
Tabla 7. <i>Continuum reflexivo según Kinsella (2012)</i>	135
Tabla 8. <i>Distribución de grupos focales por especialidades y subespecialidades</i>	178
Tabla 9. <i>Años de experiencia docente de los participantes</i>	179
Tabla 10. <i>Categorías y subcategorías iniciales de la teoría sustantiva por grupos de participantes</i>	182
Tabla 11. <i>Códigos sustantivos de la categoría aprendizajes previos</i>	183
Tabla 12. <i>Códigos sustantivos de la categoría estructura de los programas académicos</i>	189
Tabla 13. <i>Códigos sustantivos de la categoría jerarquía médica</i>	199
Tabla 14. <i>Códigos sustantivos de la categoría autonomía</i>	208
Tabla 15. <i>Códigos sustantivos de la categoría hospital universitario</i>	212
Tabla 16. <i>Códigos sustantivos de la categoría paciente como sujeto de práctica</i>	218
Tabla 17. <i>Códigos sustantivos de la categoría profesor clínico</i>	228
Tabla 18. <i>Códigos sustantivos de la categoría Situación económica de los estudiantes</i>	242
Tabla 19. <i>Códigos sustantivos de la categoría Aprender desde lo práctico</i>	247

Tabla 20. <i>Códigos sustantivos de la categoría Investigación pedagógica de la práctica clínica</i>	263
Tabla 21. <i>Códigos sustantivos de la categoría Lograr ser especialista</i>	277
Tabla 22. <i>Códigos sustantivos de la categoría Comunidad de investigación</i>	288

Lista de figuras

<i>Figura 1.</i> Programas de especialidades médico-quirúrgicas, SNIES Ministerio de Educación, Colombia, diciembre de 2017.....	37
<i>Figura 2.</i> Relación entre los teoristas de la práctica.....	40
<i>Figura 3.</i> Tensiones y cercanías de la definición de práctica en MacIntyre, Kemmis y Mejía.	46
<i>Figura 4.</i> Elementos de una práctica.....	47
<i>Figura 5.</i> Entorno circular de la práctica: Relación con la teoría de la arquitectura y ecología de las prácticas.	55
<i>Figura 6.</i> Pensamiento en redes de Fritjof Capra y aplicación a las arquitecturas de la práctica y a las ecologías de las prácticas.	58
<i>Figura 7.</i> Dicotomías de la epistemología positivista.....	65
<i>Figura 8.</i> Lenguaje como sedimentación de experiencia y sabiduría.	70
<i>Figura 9.</i> Lenguaje como mediador de las prácticas.	71
<i>Figura 10.</i> Elementos en la deliberación y decisión de las prácticas.....	72
<i>Figura 11.</i> Presencia de la incertidumbre y la deliberación en la práctica y el conocimiento.....	81
<i>Figura 12.</i> Condiciones mínimas necesarias de una profesión.	87
<i>Figura 13.</i> Nociones de práctica profesional.	90
<i>Figura 14.</i> Relación médico-paciente basada en el pacto de cuidados.....	103
<i>Figura 15.</i> Criterios del juicio práctico.	108
<i>Figura 16.</i> Los tres niveles de juicio médico.....	109
<i>Figura 17.</i> Fragilidad de los niveles del juicio médico.	111
<i>Figura 18.</i> Sostenibilidad de la práctica.....	125
<i>Figura 19.</i> Ruta metodológica del estudio.	151
<i>Figura 20.</i> Pautas para la construcción de la teoría sustantiva.	158
<i>Figura 21.</i> Distribución de participantes del grupo focal.....	165
<i>Figura 22.</i> Espiral de análisis de datos.....	170
<i>Figura 23.</i> Diagrama de árbol para la teoría fundamentada.	174
<i>Figura 24.</i> Descripción de codificación utilizada para testimonios.....	177

<i>Figura 25. Teoría sustantiva de las prácticas pedagógicas de la investigación clínica en las residencias médicas.....</i>	<i>180</i>
--	------------

Resumen

La comprensión de las prácticas pedagógicas de la investigación clínica vista desde la interpretación de los profesores y estudiantes en las especialidades médico-quirúrgicas cumple una función primordial en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la aplicación de la evidencia científica al cuidado del paciente. El fundamento teórico y epistemológico de esta investigación correspondió al paradigma cualitativo bajo la perspectiva teórica interpretativista y el enfoque hermenéutico. El método de investigación empleado fue la teoría fundamentada. Se realizaron 11 grupos focales a médicos residentes y 21 entrevistas semiestructuradas a profesores clínicos y de investigación los cuales fueron grabados, transcritos y analizados línea a línea.

Durante el análisis emergieron 12 categorías, entre las cuales las categorías centrales fueron Jerarquía Médica y Autonomía. Giran alrededor de estas dos categorías: los aprendizajes previos y estructura de los programas académicos como condiciones causales; paciente como sujeto de práctica y hospital universitario en el contexto; profesor clínico y situación económica de los estudiantes como condiciones intervinientes. Las estrategias que surgen son el Aprender desde lo práctico e Investigación pedagógica de la práctica clínica. Finalmente, las consecuencias son Lograr ser especialista y Comunidad de investigación. De las anteriores categorías y del análisis de las particularidades filosóficas y epistemológicas, se afirma que la investigación se fortalece con la aplicación de un *continuum reflexivo* durante el aprendizaje clínico al lado del paciente. Tanto profesores como residentes retoman experiencias preliminares para construir nuevos procesos de enseñanza aprendizaje. Bajo este escenario, el contexto hospitalario y la confianza ligada al pacto de cuidados entre médico-paciente aviva la reflexión constante en la acción pedagógica *phonética* que configura y reconfigura la escuela médica.

Palabras clave: Residencia médica, prácticas pedagógicas, práctica profesional, investigación clínica.

Abstract

The understanding of the pedagogical practices of the clinical research explained from interpretation of professor and students in postgraduate medical at residences has a key role at Teaching-learning process of applying scientific evidence to patient care. The theoretical and epistemological fundamentals of this research are the qualitative paradigm under the interpretive theoretical perspective and hermeneutic approach. The research method used was the grounded theory. Eleven focus groups with resident doctors and 21 semi-structured interviews to clinical and research professors were conducted, recorded, transcribed verbatim, and line to line analyzed.

During the analysis 12 categories emerged, among which the central categories were *Medical Hierarchy* and *Autonomy*. They revolve around these two categories: *Previous learnings* and *Structure of the academic programs* as causal conditions; *Patient as subject of practice* and *University Hospital* in the context; *Clinical professor* and *Economic situation of students* as intervening conditions. The strategies that emerge are *Learning from the practical* and *Pedagogical research of clinical practice*. Finally, the consequences are *Become a specialist* and *Research community*. From the previous categories and from the analysis of the philosophical and epistemological particularities, it is affirmed that the research is strengthened with the application of a continuum of reflection during the clinical learning at bedside of the patient. Both professors and residents resume preliminary experiences to construct new processes teaching-learning. At this scenario, the hospital context and trust related with pact of care between doctor and patient revive the constant reflection at *phronetic* pedagogic action that configures and reconfigures medical school.

Keywords. Postgraduate medical, pedagogical practices, professional practice, clinical research.

Introducción

A lo largo de la vida, el ser humano intenta reconocer cuáles son las prácticas que responden a situaciones en las que se encuentra inmerso. La elección de una práctica se configura de acuerdo con múltiples condiciones que facilitan o dificultan su acción misma; de hecho, cada práctica hace que un sujeto se pregunte consciente o inconscientemente por sus conocimientos previos, el rango en su actuar dependiendo de la autonomía que posea, de la autoridad que genere sobre otros y sobre sí mismo, de su capacidad de comunicación y de la posibilidad de lograr su cometido manifestado en una acción. En este mismo sentido, para el caso de la formación de los estudiantes o residentes médicos de los programas académicos de las especialidades médico-quirúrgicas, también denominadas *residencias médicas*, el Consejo Nacional de Educación Superior de Colombia en el año 2016 consideró que dichos programas son generadores de nuevo conocimiento sobre diagnóstico, tratamiento y rehabilitación por medio de la investigación aplicada (Ministerio de Educación Nacional, 2016). Bajo este parámetro, se espera que las prácticas pedagógicas de estos programas se encuentren alineadas con el fin de llegar a una adecuada producción de investigaciones que sea aplicada en la práctica clínica por profesores y residentes articulando las investigaciones, propias o de otros grupos clínicos, a su ejercicio profesional que a diario se vive en los hospitales.

La presente tesis comprende las prácticas pedagógicas de la investigación y reconoce cómo estas prácticas influyen en el proceso de enseñanza-aprendizaje de los profesores clínicos, los profesores de investigaciones y los médicos residentes. Para este fin, se exponen seis capítulos en nueve secciones. El primer capítulo está compuesto por una sección en la que se presenta el planteamiento

del problema de investigación, las preguntas de investigación y los objetivos de investigación.

El segundo capítulo se divide en cuatro secciones. En la primera sección se presenta el estado de la cuestión en el que se define y analiza el contexto histórico de las especialidades médico-quirúrgicas con especial interés en sus desafíos educativos, se describe la relevancia de la investigación en las residencias y las publicaciones relacionadas con el proceso de enseñanza-aprendizaje de la investigación en las residencias médicas, el contexto de las especialidades médico-quirúrgicas en Colombia y finaliza con la relación entre autores de la práctica o la práctica pedagógica tomados como soporte teórico de los siguientes capítulos.

La segunda sección explica las particularidades filosóficas y epistemológicas de la práctica con el apoyo de autores como Aristóteles, John Dewey y Hans-Georg Gadamer, entre otros. Para abordar las prácticas desde una perspectiva epistemológica, se tomó el trabajo realizado por Stephen Kemmis (2009) quien enuncia las prácticas como un: “decir”, “hacer”, “relacionar” (p.25), e integra las relaciones de las prácticas en un sentido reflexivo-dialéctico en el que involucra lo social y lo histórico sin olvidar el ejercicio reconstituido por agentes humanos tendiente a una acción social. La tercera sección explica las prácticas profesionales médicas abordando el cuidado de la salud como su fundamento desde la postura de Hans-Georg Gadamer y Paul Ricoeur, y la cuarta sección explica las prácticas pedagógicas de las residencias médicas. Es de aclarar que en la presente tesis doctoral se tratará el concepto de prácticas pedagógicas; sin embargo, conceptos como: prácticas educativas, prácticas docentes o prácticas del aula, serán asumidos como sinónimos de “ese conjunto de acciones que realiza el profesor dentro del horizonte de sus actuaciones concretas, en las que se involucran concepciones de currículo, pedagogía, didáctica y, en general, esos campos constitutivos del ser maestro” (Barragán, 2012, p. 20). Es decir, la tesis circula en torno de la forma como maestro y estudiante se relacionan en el

permanente proceso de enseñanza-aprendizaje por medio de sus experiencias clínicas y pedagógicas en los hospitales universitarios.

En el tercer capítulo describe el marco metodológico que alberga el paradigma metodológico, la perspectiva teórica, el enfoque epistemológico y metodológico, el método de investigación, el contexto de estudio, los participantes, las técnicas y estrategias de investigación, los instrumentos de recolección de datos, la validación de los instrumentos, el muestreo teórico, la saturación teórica, el análisis de datos y las consideraciones éticas.

El cuarto capítulo detalla el análisis e interpretación de los datos desde la mirada de los médicos residentes, los profesores clínicos y los profesores de investigaciones sobre las prácticas pedagógicas en los programas de especialidades médico-quirúrgicas de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. A la fecha, esta institución educativa tiene el mayor número de residencias médicas o programas de especialidades médico-quirúrgicas tanto de primer programa como de subespecialidades clínicas y quirúrgicas en Colombia. Estas residencias llevan a cabo la mayoría de sus prácticas clínicas en el Hospital de San José de Bogotá, institución centenaria en la que se han formado cientos de especialistas médicos.

En el quinto capítulo se presentan las conclusiones de las particularidades filosóficas y epistemológicas de la práctica general, prácticas profesionales médicas y de las prácticas pedagógicas, estas últimas obtenidas de las entrevistas a profesores clínicos y de investigaciones y de los grupos focales a los residentes médicos.

En el sexto capítulo se explican los aportes en el campo de la educación y de la pedagogía por medio de las convergencias y tensiones de los hallazgos y cómo estos pueden ser aprovechados en el proceso de enseñanza-aprendizaje de las residencias médicas. Con el análisis profundo de la comprensión de las

prácticas pedagógicas de la investigación clínica en las residencias médicas en el binomio universidad-hospital se presenta una propuesta pedagógica que alberga la mirada de los actores directamente implicados en los programas de especialidades médico-quirúrgicas y el desarrollo teórico descrito a lo largo de la tesis, lo que permitió orientar los rasgos característicos de sus acuerdos sociales en sus prácticas pedagógicas que ejercen influencia en su ejercicio profesional como especialistas médicos.

Primer capítulo

En el primer capítulo se presenta el problema de investigación conformado por el planteamiento del problema, justificación y la pregunta de investigación rectora y las preguntas de investigación específicas. El capítulo finaliza con el objetivo general y los objetivos específicos.

1. Problema de investigación

1.1 Planteamiento del problema y justificación

En su gran mayoría, el proceso de enseñanza- aprendizaje de las residencias médicas se encuentra inmerso en el ejercicio de la práctica clínica y quirúrgica en los hospitales, razón por la cual, llegar a ser médico especialista se construye con el constante compromiso en el cuidado de los pacientes y la mirada vigilante de los especialistas médicos con mayor experiencia; es decir, las prácticas pedagógicas se ven influenciadas por las acciones y reflexiones del ejercicio clínico de los profesores.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2011), “el proceso de enseñanza-aprendizaje adecuado demanda de una serie de conocimientos, actitudes y habilidades científicas, pedagógicas, humanistas y éticas para poder realizar ambas tareas de manera armoniosa y equilibrada” (p. 79). Estas tareas consisten en la atención a los pacientes y a un correcto esfuerzo en la función educativa que los docentes brindan a los residentes; en este sentido, podría expresarse que el especialista médico está involucrado con su práctica clínica y con su práctica pedagógica, respectivamente. En consecuencia, los

hospitales como los profesores representan gran relevancia para la enseñanza-aprendizaje de la investigación clínica en los médicos residentes. Por ejemplo, en aquellos hospitales en los que se cumplen funciones asistenciales y académicas, denominados hospitales universitarios, se espera que los médicos demuestren un mayor nivel de conocimiento, dado que las actividades investigativas se desarrollan con una mayor intensidad, como lo indican Novack, Jotkowitz, Knyazer y Novack (2006). En relación con los profesores, una adecuada y constante reciprocidad profesor-estudiante en la enseñanza-aprendizaje construye referentes para los residentes, esta premisa ha sido presentada por Shankar, Chandarsekhar, Mishra y Subish (2006) en los siguientes términos: “Creemos que los profesores que participan activamente en la investigación pueden servir como potentes ‘modelos a seguir’ por estudiantes jóvenes” (p. 136). Ahora bien, si el proceso de enseñanza-aprendizaje de las residencias médicas habita tanto en el sector salud como en el sector educación, podría pensarse que la investigación clínica también es guiada, en su mayoría, por las necesidades de los hospitales y las instituciones de educación superior.

El estudio denominado *Residencias médicas en América Latina*, en el que participaron 14 países de la región, fue publicado en el año 2011 por la Organización Panamericana de la Salud (Organización Panamericana de la Salud, 2011). En dicho estudio se manifiesta la necesidad de desarrollar competencias en investigación que faciliten la articulación del trabajo asistencial con el conocimiento de las poblaciones, la identificación de sus riesgos y la búsqueda de mejores tratamientos que lleven a la adecuada toma de decisiones. Es así como una de las recomendaciones en el aprendizaje de las residencias se enfoca en el ejercicio de “la investigación como eje de aprendizaje transversal de los programas de formación” (p. 71). Los autores afirman que la práctica de enseñanza de la investigación debe ir más allá del esfuerzo individual del docente en el entendido de la conformación de grupos de investigación interdisciplinarios que puedan ser aprovechados por el estudiante. Como lo resume Cifali (2005), se trataría de “una formación basada en una actitud de intervención e investigación, que se

desarrollara a lo largo de todo el tiempo que dura el ejercicio de la profesión y que permitiera tanto la producción de conocimientos como su transmisión” (p. 179). En este mismo sentido, O’Brien (2015) argumenta que la capacitación en investigación en los programas de posgrado de medicina es un componente importante en su formación debido a que se requiere que los médicos brinden opciones de prevención y tratamiento que se encuentre centrado en el paciente; situación que es posible cuando se tiene la capacidad de valorar críticamente la investigación y aportar con nuevo conocimiento a su área de experticia.

Por otra parte, el grupo de trabajo de Maggio et al. (2013) indica que las modalidades, las competencias y los métodos de enseñanza en investigación no han sido estandarizados, situación que genera la heterogeneidad en la enseñanza-aprendizaje de esta área. En este mismo sentido, Taylor et al. (2000), indagan sobre la relevancia de la investigación de lo teórico a lo práctico debido a la adquisición de habilidades de la apreciación crítica y si finalmente, con los resultados de las investigaciones publicadas, se toman decisiones clínicas. Estas discusiones se encuentran abiertas.

Para el caso de Colombia, el Ministerio de Educación Nacional exige que los programas académicos incluyan en sus requisitos “...actividades en investigación que permitan desarrollar una actitud crítica y una capacidad creativa para encontrar alternativas para el avance de la ciencia...” (Ministerio de Educación Nacional, 2010, Artículo 5). Con el fin de alcanzar esta meta, se asigna a los profesores actividades para el fomento de la investigación; de esta manera, apoyados con un tiempo adecuado, los profesores podrán enseñar las habilidades de investigación a los residentes en el marco de los grupos de investigación (Ministerio de Educación Nacional, 2010). Este ideal propuesto por el Ministerio es contradictorio con los resultados del estudio de Borrell (2005) desarrollado en Argentina, cuyo objetivo se encaminó al análisis de las prácticas de enseñanza de los docentes médicos especializados y los conceptos pedagógicos que dichos

docentes asumen en la formación de sus residentes. Como parte de sus resultados la autora indica:

...no existe en general una propuesta regular de la investigación como estrategia de aprendizaje y producción de conocimiento a partir de la práctica educativa hospitalaria y por otra parte, que los médicos docentes o instructores no tienen el conocimiento suficiente en el manejo de la investigación académica o práctica de manera que puedan incorporarla al proceso educativo. (p. 228)

Con la anterior afirmación cabe preguntarse si las prácticas pedagógicas en los programas de especialidades médico-quirúrgicas, en los que se contemplan cátedras como: Epidemiología Clínica, Bioestadística, Medicina basada en la Evidencia o Lectura Crítica, son suficientes para la puesta en marcha de las prácticas investigativas tanto de profesores como de los médicos residentes y si dichos temas son aplicados a su ejercicio clínico (Ilic et al., 2013).

Así como Borrell (2005) indica que las prácticas pedagógicas dominantes en las residencias médicas son aquellas del “saber hacer” y la estrategia más utilizada para la aplicación de las prácticas se centra en la imitación y la socialización, vale la pena tratar de entender su aplicación desde el sentido filosófico y epistemológico que puedan alcanzar en el proceso de enseñanza-aprendizaje y no solo como un hacer instrumentalizado como lo explicara Gadamer (1996): “existen solidos motivos para que el médico no solo no se considere profesionalmente como un investigador o un científico, sino tampoco como un simple técnico que aplica la ciencia y sus descubrimientos con el objetivo de hacer *sanar*” (p. 177). Por esta razón, la aproximación de la tesis se enfoca tanto en lo técnico como en su sentido ético y moral de las prácticas pedagógicas de la investigación en las residencias médicas de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

Como se puede observar, las tensiones del proceso de la enseñanza y el aprendizaje de la investigación clínica en las residencias médicas son evidentes. Es así como podemos preguntarnos si las prácticas pedagógicas se encuentran orientadas a fortalecer el aprendizaje de la investigación clínica, o si, por el contrario, desmotivan a los médicos residentes a no recorrer dicho camino y terminan convirtiéndose en un requisito que debe cumplirse para obtener el título de especialista.

1.2 Preguntas de investigación

La pregunta de investigación de la tesis doctoral versa sobre las rutas para la enseñanza-aprendizaje de la investigación en las residencias médicas teniendo presentes los matices de práctica, prácticas profesionales y prácticas pedagógicas. Por lo anterior, la pregunta rectora es ¿Cómo comprender las prácticas pedagógicas de la investigación clínica en las residencias médicas de la Fundación Universitaria de Ciencias de Salud?

El proyecto de investigación aborda las siguientes preguntas específicas:

- a) ¿Cuáles son las particularidades filosóficas y epistemológicas de la práctica y la práctica profesional en las residencias médicas?
- b) ¿Cuáles son las particularidades teóricas del proceso de enseñanza-aprendizaje en las residencias médicas?
- c) ¿Cuáles son las prácticas pedagógicas del proceso enseñanza-aprendizaje de la investigación clínica en las residencias médicas de la Fundación Universitaria de Ciencias de Salud?

1.3 Objetivos de investigación

La pregunta rectora y las preguntas específicas fueron respondidas por medio de siguiente objetivo general y objetivos específicos.

1.3.1 Objetivo general

El objetivo general de la investigación es comprender las prácticas pedagógicas de la investigación clínica en las residencias médicas.

1.3.2 Objetivos específicos

Los objetivos específicos del proyecto de investigación son los siguientes:

- a) Explicar las particularidades filosóficas y epistemológicas de la práctica y la práctica profesional en las residencias médicas.
- b) Explicar las particularidades teóricas del proceso de enseñanza-aprendizaje en las residencias médicas.
- c) Explicar las prácticas pedagógicas del proceso enseñanza-aprendizaje de la investigación clínica en las residencias médicas de la Fundación Universitaria de Ciencias de Salud.

Segundo capítulo

En el segundo capítulo se presenta el estado de la cuestión sobre las residencias médicas, también denominadas programas de especialidades médico-quirúrgicas, en lo relacionado con su concepto internacional, historia de las especialidades médico-quirúrgicas, las publicaciones correspondientes a la enseñanza-aprendizaje de la investigación en las residencias y el contexto de las especialidades médico-quirúrgicas en Colombia. En la siguiente sección se analizan las particularidades filosóficas y epistemológicas de la práctica, la importancia de la *phrónesis* o el saber práctico en las acciones humanas como centro de comprensión. Posteriormente, se explica las particularidades de las profesiones y el fundamento de la práctica médica centrado en el cuidado de la salud. Por último, se trata las prácticas pedagógicas de las residencias médicas desde los fundamentos de la teoría formal pasando por la relevancia de lo ético, político e histórico de la práctica pedagógica, la relevancia de la práctica reflexiva y cómo estos elementos se combinan en los hospitales universitarios.

2. Estado de la cuestión: sobre las residencias médicas

2.1 Definición y breve historia de las especialidades médico-quirúrgicas

Las especialidades médico-quirúrgicas, también denominadas residencias médicas, se encuentran inmersas en los sectores educativos y de salud de cada país en el que se desarrolla uno de sus programas académicos. Estos aspectos se ven reflejados en la forma como la Organización Panamericana de la Salud (2011) concibe las residencias médicas de la siguiente manera:

Sistema educativo que tiene por objeto completar la formación de los médicos en alguna especialización reconocida por su país de origen, mediante el ejercicio de actos profesionales de complejidad y responsabilidad progresivas, llevados adelante bajo supervisión de tutores en instituciones de servicios de salud y con un programa educativo aprobado para tales fines. (p. vii)

En esta definición, los denominados *actos profesionales de complejidad y responsabilidad progresivas* manifiestan, en primer lugar, una práctica médica que involucra un hacer razonado bajo la *praxis*, la *poiesis*, la *techne* y la *phrónesis* – conceptos que exploraremos más adelante– y que el médico adquiere en medio de su experiencia en la práctica médica al estrechar su relación con el paciente, y cuya finalidad está motivada por la mejoría, o por lo menos el alivio de las condiciones de salud de este último. En segundo lugar, el hecho que sea de carácter progresivo en sus actos implica un aumento gradual en las obligaciones con la sociedad a la que este profesional le sirve, hecho que lleva a que el entrenamiento de los residentes se realice bajo la mirada vigilante de un grupo de especialistas médicos que ostentan el rol de profesor, quienes a su vez se responsabilizan por tomar la decisión de permitirle al residente acercarse al paciente con el fin de proporcionar los cuidados necesarios.

La gran mayoría de las acciones médicas son llevadas a cabo en los hospitales puesto que los pacientes con mayor compromiso físico, mental y social se encuentran en ellos y es justo en este contexto donde se generan las prácticas pedagógicas de las especialidades médico-quirúrgicas. Esta es la razón por la cual los estudiantes de las especialidades médico-quirúrgicas o residentes pasan gran parte de su vida académica en el ambiente hospitalario; de hecho, la palabra residente hace alusión al hecho de vivir o residir en los hospitales, como lo indica la palabra del latín “*residens*” (Rodríguez, 2016). De acuerdo con esto, los residentes trasladan sus responsabilidades académicas de las facultades de

medicina y de la universidad a los hospitales en donde hacen parte del personal médico, indispensable en el funcionamiento institucional (Howell, 2016).

Olmedo (2015) considera que la función sustantiva de las residencias médicas se concentra en la atención médica mediada por unos conocimientos especializados y el uso de la tecnología. Es así como un médico residente apoya su práctica clínica en los avances que la ciencia logra, en su mayoría, gracias a los procesos de investigación. Así las cosas, el surgimiento de las especialidades médico-quirúrgicas nace de la necesidad de la solución de aquellas situaciones clínicas que superaban las competencias de los médicos generales; ejemplos de esta situación corresponden a las especialidades de obstetricia y oftalmología. La obstetricia avanza, en el siglo XVI, gracias a los manuales dedicados al parto y a la cesárea. A finales del siglo XVII y principios del XVIII se estudian las estrecheces pélvicas y se generan instrumentos como los fórceps cada vez más ajustados a una “obstetricia fisiológica” (Laín, 1978, p. 372); se analiza el problema de las placentas previas y la fisiología del parto, temas que son fundamentales en la enseñanza de la obstetricia como especialidad.

Para el caso de la oftalmología, se inicia en el siglo XVII, con la búsqueda de las causas de la catarata. Sus mayores avances fueron las técnicas para su tratamiento en el siglo XVIII, además de otras técnicas quirúrgicas referentes al saco lagrimal, el canal lagrimal y la descripción de la anatomía patológica del glaucoma (Laín, 1978, p. 373). Por esta razón, en el siglo XVIII, se inicia el entrenamiento de médicos especialistas de manera no formal.

Por otra parte, al finalizar del siglo XIX, en la ciudad de Viena el profesor Theodor Billroth, generó el camino de la cirugía gastrointestinal y creó de sistema de residencias médicas con el fin de que la formación de los médicos se realizara en los centros hospitalarios (Vilar, Chavolla y Chavarría, 2015). En Estados Unidos, el Hospital Johns Hopkins de la ciudad de Baltimore fue el primer centro asistencial en establecer el sistema de residencia médica gracias a la labor del

médico internista William Osler y el médico cirujano William S. Halsted. Este sistema tenía dos características: primera, los médicos en formación hacían parte del personal hospitalario; y segunda, en la base de su estructura piramidal se encontraban los pasantes, luego los residentes asistentes y, por último, un residente principal (Johns Hopkins Medicine, 2017). Esta forma de entrenamiento llegó a otras ciudades en donde se propendía por cuidar el arte de la cirugía (Bejarano, 2009).

Luego de la Segunda Guerra Mundial se requirió de una mayor cantidad de personal especializado, por lo cual el sistema de residencias se incorporó en el mundo entero (Vilar, Chavolla y Chavarría, 2015). Howell (2016) indica que las residencias médicas fueron posibles gracias a dos fenómenos: por un lado, al desarrollo de la tecnología, lo que conllevó a una mayor capacidad de especializarse; y por otra parte, a que los médicos generales evidenciaban que aquellos médicos especializados tenían un mayor rango y mayor pago por sus labores, razón que alentaba a continuar sus estudios como especialistas. Para la década de 1980, la academia médica llegó a su auge medido en el dinero invertido en investigación y el número de profesores; sin embargo, esta situación hizo que los programas de residencia dirigidos a las comunidades perdiesen fuerza (Howell, 2016), lo que fomentó el establecimiento de las residencias en los hospitales y el distanciamiento de los pacientes que habitaban en zonas apartadas de los centros médicos especializados.

2.2 Investigaciones sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje de la investigación en las residencias médicas

La investigación tiene por objeto la investigación del cuidado de la salud en contextos sanitarios para la atención de problemas clínicos específicos. La investigación se fundamenta en el avance del conocimiento de la práctica de la atención en salud, tanto clínica como comunitaria (Olsen, Saracci y Trichopoulos, 2001). En este contexto, la medicina basada en la evidencia es un modelo de

aprendizaje que permite tomar decisiones en el ejercicio de la medicina utilizando la mejor evidencia (Sackett, 2002) y llevándola a la práctica por medio del cuidado de la salud (Young et al., 2014). Este ejercicio práctico se ve condensado en la apreciación crítica que se define como un “...proceso de valoración e interpretación de la evidencia (usualmente de investigaciones publicadas) de manera sistemática considerando su validez (cercana a la verdad), resultados y relevancia para el trabajo individual” (Centre for Statistics in Medicine, 2000, p. 10). De modo que, la apreciación crítica incluye: a) facilitar el acceso a la investigación y reflexión a la investigación; b) reconocer la calidad variable de la investigación con la búsqueda de sus deficiencias; c) desarrollar las listas de chequeo que hagan posible la apreciación de manera más estructurada, explícita y sencilla; d) enfatizar en la aplicación de los resultados de la investigación dependiendo del contexto; e) aumentar habilidades que ayuden al uso de la investigación, y f) usar diferentes enfoques dados por las diversas profesionales de la salud (*Centre for Statistics in Medicine*, 2000, p. 10).

Con el fin de presentar las publicaciones sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje de la investigación en las residencias médicas se realizó una búsqueda de la literatura en las bases de datos de Medline de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, Embase (*Excerpta Medica dataBASE*) y Scopus. Se encontró un total de 36 investigaciones que responden a temas relacionados con la enseñanza de la investigación clínica en las residencias médicas. Los temas tratados fueron: rol del profesor en la práctica clínica, currículo y competencias, métodos de enseñanza, prácticas pedagógicas, actitudes hacia la medicina basada en la evidencia, enseñanza del pensamiento crítico, entrenamiento en medicina basada en la evidencia y el uso de la bioestadística y la epidemiología.

Más de la mitad de estas investigaciones presentan un enfoque cualitativo. El rango de fecha de publicación osciló entre 1999 y 2018. En el Anexo 1 se presentan los estudios, país de origen y tema abordado. Diecisiete de estas

investigaciones describen las percepciones de los profesores clínicos en el aprendizaje de los estudiantes (Mann et al., 2001; Stark, 2003; Seabrook, 2003; MacDougall y Drummond, 2005; Williams y Klamen, 2006; Sutkin et al., 2008; Sambunjak, Straus y Marusic, 2010; Masunaga y Hitchcock, 2010; Bannister, Raszka y Maloney, 2010; Stenfors-Hayes, Hult y Dahlgren, 2011; van Roermund et al., 2011; Cantillon y de Grave, 2012; Lawson, et al., 2013; Kikukawa, et al., 2013; van Roermund et al., 2014; Huff, et al., 2014; Irby, 2014). Siete investigaciones analizan el currículo global de las especializaciones o de las competencias en investigación clínica (Green, 1999; Hebert et. al, 2003; Taylor, Tisdell y Gusic, 2007; Hays, 2008; Concha et al., 2012; Rohwer, Young y van Schalkwyk, 2013; Himelhoch et al., 2015). Cinco investigaciones valoran los métodos de enseñanza (Steinert, et al., 2006; Kljakovic, Gilbert y Love, 2004; Oussalah y Guéant, 2015; Ille, Muthukrishnan y Ille, 2017; Nasr, Falatko y Halalau, 2018). Tres investigaciones analizan las prácticas docentes (McLeod et al., 2004; Medina-Figueroa, Espinosa-Alarcón y Viniegra-Velázquez, 2008; Mann, Gordon y MacLeod, 2009). Las restantes investigaciones tratan los siguientes temas: actitudes hacia la medicina basada en la evidencia (Branch, 2015); enseñanza del pensamiento crítico (Krupat, et al., 2011); entrenamiento de la medicina basada en la evidencia (Walczak, et al., 2010) y uso y conocimiento de la bioestadística y la epidemiología como herramientas de investigación (Butt y Khan, 2008). En el Anexo 2 se indican los objetivos generales de cada investigación.

En relación con el aprendizaje los temas giran en torno a la medicina basada en la evidencia, la apreciación crítica de la literatura, la epidemiología clínica y, la bioestadística. Se hallaron 15 revisiones sistemáticas de la literatura publicadas entre 1983 y 2018. Solo cuatro revisiones evalúan de manera exclusiva a médicos residentes (Ahmadi, et al., 2012; Coomarasamy y Khan, 2004; Coomarasamy, Taylor y Khan, 2003; Ebbert, Montori y Schultz, 2001). Del total de revisiones, diez evalúan el aprendizaje de la medicina basada en la evidencia y cinco el aprendizaje de la apreciación crítica de la literatura, o una combinación de ambos tópicos.

Cinco de las quince revisiones sistemáticas fueron desarrolladas en el Reino Unido (Harris et al., 2011; Coomarasamy y Khan, 2004; Coomarasamy, Taylor y Khan, 2003; Taylor et al., 2000; Centre for Statistics in Medicine, Institute of Health Sciences, 2000); tres en Canadá (Ahmadi, et al., 2012; Norman y Shannon, 1998; Audet et al., 1993); tres en Australia (Ilic y Maloney, 2014; Ilic, 2009; Albarqouni et al., 2018); una en España (Flores-Mateo y Argimon, 2007); una en Estados Unidos (Ebbert et al., 2001); dos de manera conjunta en Sudáfrica e Irlanda del Norte (Young et al., 2014) y la restante entre Canadá y Estados Unidos (Horsley et al., 2010). La revisión sistemática con mayor número de estudios primarios relacionados con médicos residentes fue la publicada por Coomasaramy en el año 2004 (Coomarasamy y Khan, 2004). Los estudios primarios analizados con mayor frecuencia en las revisiones sistemáticas fueron Gehlbach, Bobula y Dickinson (1980) y Kitchens y Pfeifer (1989).

No todas las revisiones sistemáticas utilizan el término medicina basada en la evidencia; de hecho, emplean tópicos que implican la aplicación de la evidencia en otros campos diferentes a la medicina de manera incluyente y holística como el estudio de Young et al. (2014), que se refiere al cuidado de la salud basado en la evidencia y de manera similar a Flores-Mateo y Argimon (2007), Harris et al. (2011), Ilic (2009) y Taylor et al. (2000) que manejan el concepto de práctica basada en la evidencia, el cual conlleva la aplicación de las investigaciones en la práctica clínica en otras áreas diferentes a la medicina. En el Anexo 3 se indican los objetivos generales de las revisiones sistemáticas.

Luego de analizar las investigaciones del proceso de enseñanza-aprendizaje de la investigación clínica, se puede concluir que:

a) Los núcleos fundamentales de las investigaciones se centran en el aumento de los conocimientos, habilidades y actitudes de los estudiantes luego de su formación en cursos o talleres de investigación clínica o de apreciación crítica de la literatura. Aunque se evalúa por los resultados en términos cuantitativos de

un aprendizaje, las investigaciones adolecen de un análisis durante los procesos de aprendizaje-aprendizaje, en el entendido de la configuración de aprendizajes significativos y de prácticas construidas con el diario vivir hospitalario.

b) Debido a la falta de estudios que comprendan los fenómenos desde las teorías educativas, se hace necesario conducir estudios que analicen las condiciones de planificación de la enseñanza y el aprendizaje de la investigación clínica y la importancia del tema en el desarrollo curricular, entendiéndolo como un espacio para la configuración de las prácticas pedagógicas. Este vacío de conocimiento se configura como una oportunidad para la observación cuidadosa de cómo las comunidades académicas llevan a cabo sus procesos de enseñanza y aprendizaje y si dichos procesos se realizan de manera reflexiva al lado de los profesores o si, por el contrario, el estudiante realiza un proceso autónomo e independiente.

c) Una evaluación tanto de la calidad de los estudios primarios con un mismo instrumento de apreciación crítica, que incluya el análisis desde las teorías educativas, permitirá aclarar desde lo teórico los procesos de enseñanza-aprendizaje, las competencias y currículos en la investigación clínica en los médicos residentes.

A continuación, se presenta la manera en que Colombia inició su proceso de formación en las escuelas de medicina y la posterior conformación de los programas de posgrados de las residencias médicas.

2.3 Especialidades médico-quirúrgicas en Colombia

En Colombia, el inicio de la enseñanza formal de la medicina ocurre en el año 1715 en el Colegio Mayor del Rosario en la ciudad de Bogotá, luego de un intento fallido por el licenciado Enríquez de Andrade en el año de 1636. Solo hasta el año 1948 se hace un análisis de estado de la enseñanza y prácticas médicas del país liderado por la *Misión Médica* procedente de Estados Unidos. Esta misión sugirió adecuar las facultades de medicina y los hospitales en los que se hacían

las prácticas a las recomendaciones generadas en 1910 en el Informe Flexner¹. Basados en las solicitudes de la misión, las facultades de medicina, en el año 1950, generaron un currículo uniforme similar al impartido en las escuelas estadounidenses (Díaz, 2011). Para el año de 1953, por petición de la Universidad Nacional de Colombia se organiza una misión norteamericana dirigida por el Doctor Maxwell Lapham, de la Universidad de Tulane y la División de Salud del Instituto de Relaciones Interamericanas con el fin de realizar un estudio de la situación médica en Colombia. Entre las recomendaciones se encontraban crear estudios de posgrado e implementar la vigilancia de las universidades a los hospitales (Eslava, 1996).

Según la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), las especialidades médico-quirúrgicas inician en Colombia con dos tipos de médicos especialistas: el primer grupo, lo conformaron médicos que realizaron sus estudios como especialistas en el exterior y un segundo grupo, estuvo constituido por médicos que debido a su constante práctica acumularon experiencia al punto de convertirse en referentes nacionales (ASCOFAME, 2016). En el año 1962, el Gobierno nacional delega a ASCOFAME la normatización de las especialidades médicas; por esta razón, esta Asociación crea el Consejo General de Especialidades Médicas (ASCOFAME, 1962a) y reglamenta el otorgamiento de títulos como especialista (ASCOFAME, 1962b) hasta la promulgación de la Ley 30 de 1992, la cual concede esta potestad a las universidades colombianas.

¹ Iniciando el siglo XX, en los Estados Unidos de Norteamérica, se publica en 1910 el informe Flexner (Flexner, 1910) financiado por la fundación Carnegie y elaborado por el filósofo y educador egresado de la Universidad John Hopkins, Abraham Flexner. El trabajo de Flexner fue realizado con el fin de analizar el crecimiento desmedido de las escuelas médicas por todo el país que no contaban con universidades que avalaran los contenidos en la formación médica (Martínez, 2007). Como conclusiones, Flexner (1910) llamó la atención en la producción de médicos mal capacitados en escuelas médicas cuya motivación se centraba en el lucro y aspectos políticos. Otro aspecto que indicó Flexner (1910) fue la falta de una adecuada distribución espacial de los médicos en las comunidades.

Dado que el informe Flexner tuvo gran influencia en el continente americano, muchas de sus recomendaciones fueron orientadas al rol del médico, el cual se enfocó en el tratamiento de la enfermedad, al punto de explicar la existencia del médico cuando se aplica su juicio a la dimensión biológica de la enfermedad (Borrell, 2005, p. 24).

En relación con la investigación como parte del proceso de formación de los médicos en las facultades de Medicina, durante los años 1931 y 1951 llega la Misión Francesa a Colombia encargada del estudio del pensum de la carrera de medicina. Las materias incluidas fueron biología, fisiología, medicina experimental y laboratorios. En esta ocasión fue la primera vez que se incluye la investigación y se incentiva el contacto temprano con el paciente para agudizar su observación clínica y los resultados con el laboratorio (Díaz, 2011). Para el año 1957 durante el Segundo Seminario Nacional de Educación Médica, se incentiva la investigación clínica de manera específica (Eslava, 1996).

Durante el año 1959, en el Primer Seminario de la Enseñanza de Medicina Interna se enfatiza en la investigación en medicina interna. En esta reunión se anuncia la importancia de la formación de residentes e internos encargados el servicio que estuvieran acompañados por profesores en los seminarios, conferencias o el club de revistas (Eslava, 1996). La renovación curricular pretende formar profesionales con competencias en investigación por medio del método científico en compañía de los médicos docentes, como lo indica Díaz (2011) con las siguientes palabras:

Se pretende utilizar el *método científico* presentándoles a los estudiantes problemas como los que enfrentarán en la práctica profesional, para que encuentren soluciones congruentes y acertadas; el docente debe, entonces, dejar su papel de transmisor del conocimiento para convertirse en un tutor y guía del proceso de aprendizaje de sus estudiantes. (p. 213)

Bajo este contexto, la posibilidad de aplicar el método científico en las residencias médicas es guiada por el tipo de problema clínico que presentan los pacientes quienes en su mayoría presentan enfermedades avanzadas y, por lo tanto, requieren de sitios especializados para su atención. Es aquí donde los

hospitales de alta complejidad resultan ser el lugar por excelencia para el proceso de enseñanza-aprendizaje de los médicos especialistas en formación.

Ahora bien, las universidades y fundaciones universitarias han desarrollado los programas de especialidades médico-quirúrgicas en Colombia con diversas denominaciones generando un gran número de programas académicos heterogéneos (Ministerio de Educación Nacional, 2016). Según la información del Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES) del Ministerio de Educación de Colombia, el país cuenta con 526 programas de especialidades médicas a diciembre de 2017. De estos programas, el 54.5 % (n=287) está en la ciudad de Bogotá. La siguiente ciudad con más programas de residencias médicas en Colombia es Medellín con un 19.5% (n=103). En la figura 1 se indica el total de ciudades colombianas con disponibilidad de programas de especialidades médico-quirúrgicas.

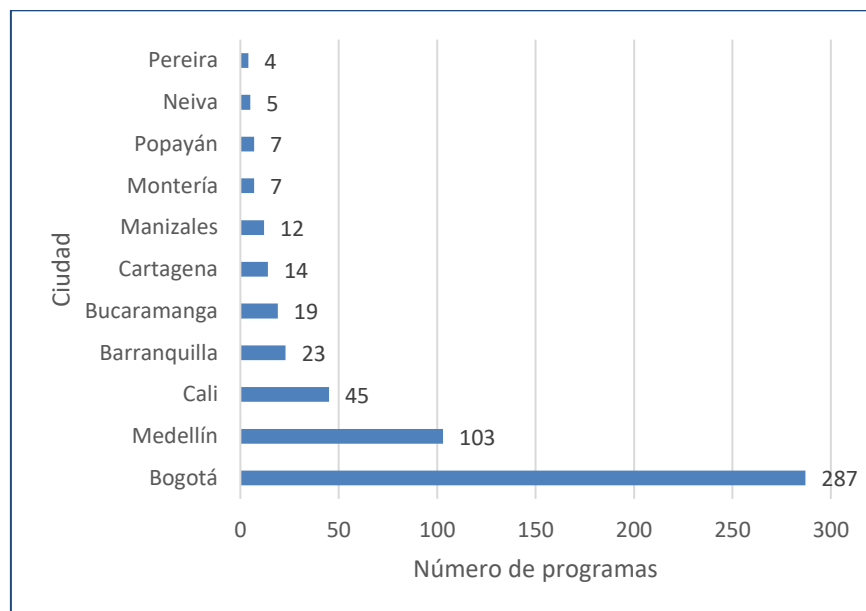


Figura 1. Programas de especialidades médico-quirúrgicas, SNIES Ministerio de Educación, Colombia, diciembre de 2017.

Fuente: Elaboración propia a partir de información del SNIES.

En el aspecto legal para Colombia, el funcionamiento de las residencias médicas se encuentra reglamentado por las normas descritas en la tabla 1.

Tabla 1

Reglamentación de las residencias médicas en Colombia

Reglamentación	Objetivo de la reglamentación
Ley 1917 de 2018	Por medio de la cual se reglamenta el sistema de residencias médicas en Colombia, su mecanismo de financiación y se dictan otras disposiciones (Congreso de la República de Colombia, 2018)
Acuerdo 3 de 2016	Por medio del cual se adoptan y aprueban los lineamientos de las Especialidades Médicas (Ministerio de Educación Nacional, 2016)
Decreto 903 de 2014	Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)
Ley 1562 de 2012	Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional (Congreso de la República de Colombia, 2012)
Ley 1438 de 2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones (Congreso de la República de Colombia, 2011)
Resolución 00001058 de 2010	Por medio de la cual se reglamenta el Servicio Social Obligatorio para los egresados de los programas de educación superior del área de la salud y se dictan otras disposiciones (Ministerio de Protección Social, 2010)
Decreto 1295 de 2010	Por el cual se reglamenta el registro calificado de que trata la Ley 1188 de 2008 y la oferta y desarrollo de programas académicos de educación superior (Ministerio de Educación Nacional, 2010)
Decreto 2376 de 2010	Por medio del cual se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud (Presidencia de la República de Colombia, 2010)
Ley 1164 de 2007	Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud (Congreso de la República de Colombia, 2007)

Reglamentación	Objetivo de la reglamentación
Ley 1917 de 2018	Por medio de la cual se reglamenta el sistema de residencias médicas en Colombia, su mecanismo de financiación y se dictan otras disposiciones (Congreso de la República de Colombia, 2018)
Acuerdo 3 de 2016	Por medio del cual se adoptan y aprueban los lineamientos de las Especialidades Médicas (Ministerio de Educación Nacional, 2016)
Resolución 1043 de 2006	Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones (Ministerio de Protección Social, 2006)

Nota: Elaboración propia.

2.4 Una relación general de los teóricos sobre la práctica

El marco teórico de la tesis doctoral fue constituido por las teorías descritas por autores como Aristóteles, John Dewey y Hans-Georg Gadamer y autores internacionales contemporáneos tales como Alasdair MacIntyre, Donald Schön, Wilfred Carr, Stephen Kemmis. Igualmente se destaca el aporte teórico de autores colombianos entre los cuales se incluye a Olga Lucía Zuluaga, José Darío Herrera y Diego Barragán. En las siguientes tres secciones se retomarán las convergencias sobre la práctica y las prácticas pedagógicas de estos autores y las tensiones de las mismas en relación con la individualidad y sus dimensiones sociales y cómo estas reflexiones teóricas pueden verse reflejadas en las prácticas pedagógicas de las residencias médicas. En la figura 2 se representan los temas principales de los autores ya mencionados. Vale aclarar que, aunque estos fueron los principales teoristas, no se limita la comprensión de la práctica general, la práctica profesional y la práctica pedagógica a ellos exclusivamente.

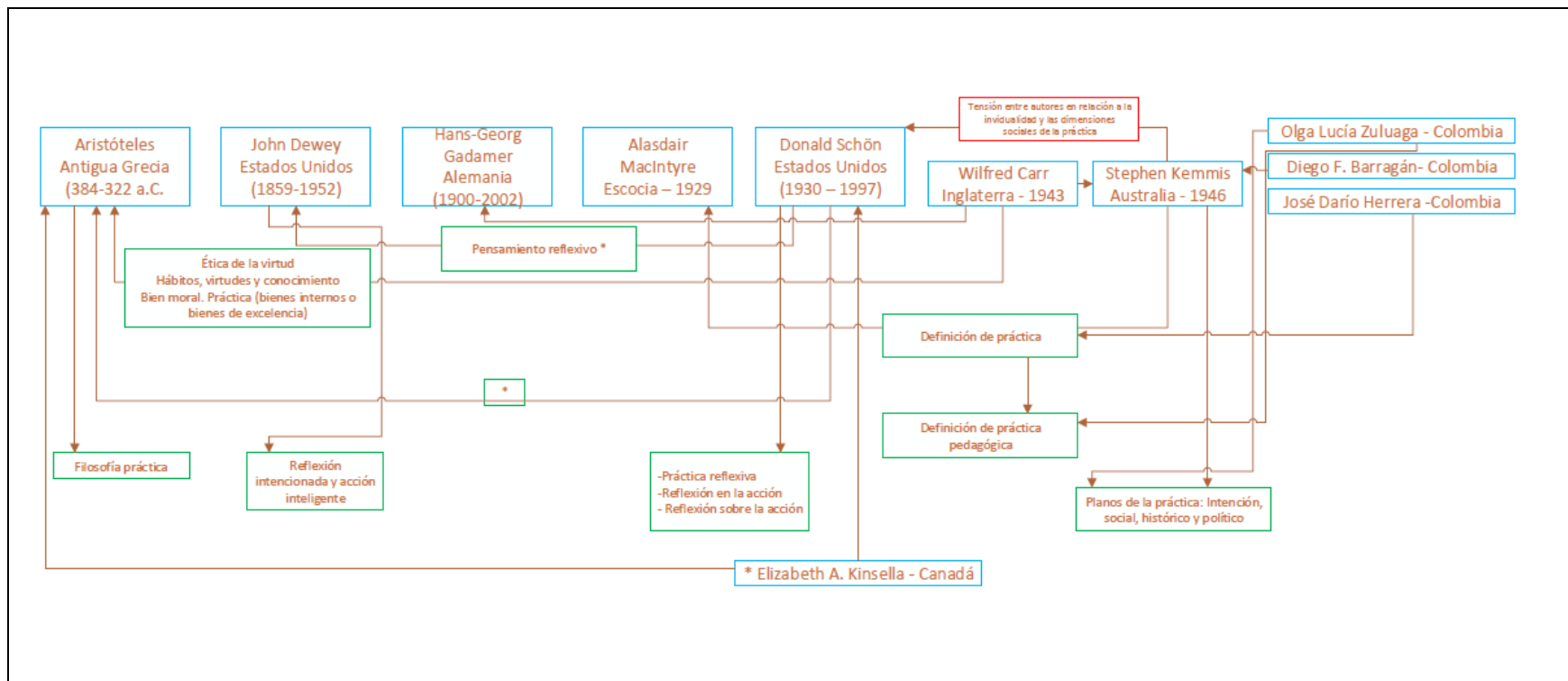


Figura 2. Relación entre los teóricos de la práctica.

Fuente: Elaboración propia.

3. Viviendo en la práctica

En su libro *El estado oculto de la salud*, el filósofo alemán Hans-Georg Gadamer (1996) escribió: “La práctica es siempre, también, elección y decisión entre posibilidades. Siempre guarda una relación con el ‘ser’ del hombre” (p.16). En esta afirmación, se pone al descubierto la capacidad del ser humano para tomar rutas en el actuar, las cuales son producto de sus circunstancias internas y externas; se trata de la reunión de los intereses que como individuo y como colectivo han formado parte de la historia del ser humano al proyectarla como extensión de su existencia. En este mismo sentido, Fish (2009) afirma que la práctica debe ser entendida en el marco de los pensamientos, lenguaje y actividades usados por un colectivo que tiene como punto de partida tanto la comprensión propia de su hacer como la tradición particular de la que hacen parte sus miembros.

El actuar mismo se ajusta, de una u otra manera, al reconocimiento o estatus que la práctica posee en el conjunto de saberes colectivos instalados en un cúmulo de teorías sobre las que se sustenta ella misma. Pareciera que la práctica quedara supeditada a la existencia de una teoría que razonara sobre su utilidad; como si la teoría antecediera a la práctica y se hallara su sentido solo con la existencia de la primera. Sin embargo, hay situaciones inesperadas que requieren de una práctica aun cuando no exista una teoría que la sustente; no es posible, en tales circunstancias, esperar a que la teoría se genere para actuar de manera oportuna. De hecho, en estos tiempos lo más estable son las situaciones cambiantes y por este motivo resulta relevante volver a la reflexión de los elementos que constituyen las prácticas y cómo aquellas que parecieran no tener un sustento teórico podrían dar respuesta a las circunstancias sociales e individuales fortuitas.

En consecuencia, el tema que se desarrolla en la presente sección recorrerá las diferentes posturas de la definición de práctica, luego continuará con su cercanía y distancia a la teoría, seguirá con la explicación de la importancia y aplicación de la sabiduría práctica o *phrónesis* y su relación con la *praxis*, *techne* y *poiesis* como disposiciones necesarias para una buena práctica.

3.1 De aquello de la práctica

La práctica evoca mucho más allá que el hacer y es investigada por medio de diferentes caminos (Kemmis, 2009b); no obstante, con el advenimiento de los procesos acelerados de la industrialización en todas las esferas de la vida cotidiana, la mayoría de las prácticas son pensadas y desarrolladas con una intención u orientación técnica ligada a la producción por producción, lo que resta importancia al sentido que Aristóteles le diera al reflexionar sobre la acción misma de la práctica y al reflexionar en sus consecuencias. La práctica es sin duda algo que debe entenderse como una “característica distintiva de la vida social” (Green, 2009, p. 2) y que, por lo tanto, es un concepto que necesita de un análisis de sus elementos constitutivos. MacIntyre (2001), en su libro *Tras la virtud* define práctica como:

[...] cualquier forma coherente y compleja de actividad humana cooperativa, establecida socialmente, mediante la cual se realizan los bienes inherentes a la misma mientras se intenta lograr los modelos de excelencia que le son apropiados a esa forma de actividad y la definen parcialmente, con el resultado de que la capacidad humana de lograr la excelencia y los conceptos humanos de los fines y bienes que conlleva se extienden sistemáticamente. (p. 248)

La definición de MacIntyre presenta varios elementos importantes en la configuración conceptual del término. Primero, el sentido de la coherencia resulta

de vital importancia para su sostenibilidad, permanencia y credibilidad. Según la definición de la Real Academia Española (2014), la coherencia se define como: “actitud lógica y consecuente con los principios que se profesan” (p. 564). Esta fuerte postura presenta una disposición del actuar de manera enfocada y alineada con los valores, lo que conecta la experiencia, el recorrido histórico y la intencionalidad de las acciones con los hechos.

Segundo, al existir la complejidad se da la condición de perfección en sí misma. Dicho de otro modo, genera, más que un obstáculo, la oportunidad de construir aprendizajes continuos basados en la realización de intentos, algunos de ellos fallidos, que despiertan el interés por el mejoramiento. La complejidad alberga esfuerzos y detona la lucha creadora de la humanidad, pone de manifiesto la necesidad constante del ser humano por demostrarse a sí mismo y a los demás cuáles son sus alcances. De cualquier modo, si el fin de la práctica es la excelencia, un punto de enfoque en el análisis de la complejidad consiste en el disfrute del proceso mismo de la práctica; ese camino que se constituye de manera individual pero que al fin de cuentas termina involucrando una vida proyectada a lo social.

Tercero, las condiciones de ser cooperativa y establecida socialmente dan la idea de que las prácticas se sustentan en unos compromisos conjuntos que buscan la excelencia para un bien común que se espera sea inherente a cada miembro de esa sociedad que inicialmente las concibió. Si estas prácticas no se reflejan en sus practicantes tienden a debilitarse y con el paso del tiempo a desaparecer.

Cuarto, aquello que MacIntyre incluye como *bienes inherentes* resulta de especial interés dada la amplitud del término, y tomando en cuenta que a estos los define el mismo colectivo que realiza las prácticas, es decir, se encuentran sustentados en los mismos practicantes quienes procuran brindarle a su actuar una estimación social y aprecio colectivo por aquello que está en su arraigo social.

En este sentido, cada área del conocimiento mantiene sus propios bienes basados en sus prácticas y, por tanto, dichos bienes se fortalecen cuando estas se robustecen alcanzando la calidad de patrimonio. Resumiendo, las prácticas requieren coherencia, intención y acción, compromiso y una finalidad que posea bien en sí misma.

Ahora bien, para Mejía (2012), la definición expuesta por MacIntyre alimenta la práctica de los bienes externos en lo social, y olvida como eje central la posición del individuo moral. Mejía intenta rescatar, en igualdad de condiciones, lo individual y lo externo para un bien conjunto; responsabiliza al individuo de sus acciones e intenciones. Por esta razón, el autor focaliza uno de los cuatro puntos clave de la práctica en la búsqueda de los bienes morales; los otros tres puntos se concentran en: a) estar contenidas en un oficio; b) estar situadas en la tradición y por lo tanto en una autoridad y c) reconocer un conocimiento práctico que se conjuga en el espacio y el tiempo. A pesar de que su definición se concentra en los bienes morales, los restantes puntos visualizan el sentido social, contexto en el que se reforma la práctica misma según lo descrito por Kemmis, quien da relevancia al análisis del contexto histórico (Kemmis, 2012a).

Ellett (2012), al igual que Mejía, hace una clara distinción de los bienes contraponiéndolos como *internos* y *externos* de la siguiente manera: “Los bienes internos (y las excelencias) de una práctica social contrastan con los llamados bienes externos: dinero, estatus, prestigio y sus relaciones de poder acompañantes” (p. 18). Esta conexión de la práctica con los bienes internos y externos tiene una fuerte influencia en el actuar de los practicantes; aquí se exhibe el dominio que se ejerce entre los individuos, es decir, si las prácticas individuales tuvieran como único fin alcanzar bienes externos sin importar los medios se generarían luchas constantes por demostrar cuál de los individuos tiene una mayor dominación sobre los otros, lo que llevaría a la modificación de la estructura social. De modo similar, si hipotéticamente una sociedad prescindiera de los bienes internos se verían afectadas las conductas individuales ocasionando

prácticas alejadas del modelo de excelencia descrito por MacIntyre. En este sentido, se puede afirmar que toda práctica individual termina afectando un colectivo debido a que estas se encuentran interconectadas formando redes que les permiten sostenerse unas a otras en contextos históricos y políticos determinados por los mismos practicantes.

En esta misma línea, el educador australiano Stephen Kemmis y su grupo de trabajo han retomado el concepto de práctica presentado por MacIntyre (2001), en relación con los elementos de ser cooperativa y establecida en un orden social². La diferencia de la definición de Kemmis et al. (2014) consiste en agregar el concepto de acuerdos sociales como se describe a continuación:

Una práctica es una forma de actividad humana cooperativa establecida socialmente en la cual los acuerdos característicos de acciones y actividades (obras) son comprensibles en términos de los acuerdos de las ideas relevantes en los discursos característicos (dichos), y cuando las personas y los objetos involucrados se distribuyen en acuerdos característicos de asociaciones (relaciones), y cuando este complejo de obras, dichos y relaciones se ‘mantienen unidos’ en un proyecto particular. (p. 31)

En otras palabras, la práctica tiene raíces profundas en las ideologías y en los pensamientos y, por lo tanto, se alimenta de la intención individual y grupal reflejo de una frecuencia, una rutina y unos ritmos representados en la forma como una sociedad expresa su lenguaje, genera sus acciones y convierte la relación de las personas y los objetos en condiciones únicas concentradas en un

² Aunque Kemmis retoma gran parte de la definición de práctica de MacIntyre (2001), sus estudios sobre la práctica también analizan la obra de: Gherardi (2000, 2008, 2009); Green (2009); Kemmis (2009); Reckwitz (2002); Sandberg y Dall’ Alba (2009); Shatzki *et al.* (2001); Shotter (1996). De todos estos autores, Kemmis declara tener una gran influencia de la teoría de la práctica desarrollada por Theodore Schatzki (1996, 2001, 2002, 2003, 2005, 2006, 2010). Kemmis toma los *acuerdos de los hechos y los dichos* de las prácticas sociales descritas por Schatzki (2010) y agrega las *relaciones* como otro de los elementos de su definición de práctica (Kemmis, 2014, p.28-30).

tiempo y espacio específicos llegando a configurar prácticas inherentes a ese tiempo, a ese espacio, a esas personas y a esos objetos. Kemmis et al. (2014) afirman que las prácticas viajan de un lado a otro y entre las capacidades de los practicantes; esto es, las prácticas son el resultado de las adherencias sociales pasando por el tamiz de las intenciones particulares que son reflejadas en el lenguaje, en las acciones y en las relaciones con el fin de formar un proyecto con propósitos definidos. En la figura 3 se representan las tensiones y cercanías de la definición de práctica expuesta por MacIntyre (2001), Mejía (2012) y Kemmis (2014).

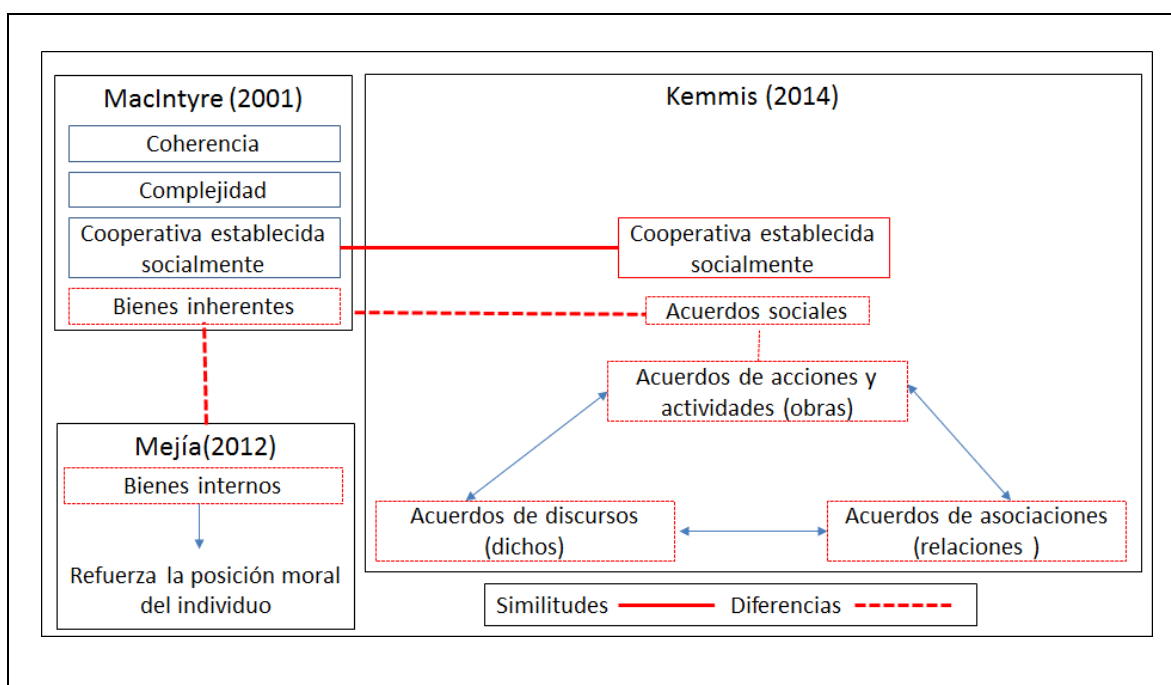


Figura 3. Tensiones y cercanías de la definición de práctica en MacIntyre, Kemmis y Mejía.

Fuente: Elaboración propia a partir de MacIntyre, 2001; Kemmis, 2014; Mejía, 2012.

Aunado a las consideraciones anteriormente expuestas de práctica, Wilfred Carr, quien desarrolló algunos trabajos académicos junto a Stephen Kemmis, considera que es indispensable reconocer en una práctica las creencias y los supuestos situados que a su vez generan *reglas* que permiten interpretar el cómo

se configuran los pensamientos y los actos tanto en lo individual como en lo colectivo. En este sentido Carr (1999) indica:

Cada una de estas formas de pensar y actuar [se refiere a las prácticas] lleva consigo un conjunto interrelacionado de creencias y supuestos básicos que proporcionan reglas y máximas con la doble función de instrucciones para interpretar los hechos y situaciones, y de prescripciones acerca del procedimiento que se debe seguir para que los demás interpreten la práctica propia como la correspondiente a una actividad teórica de un tipo determinado. (p. 65)

Con estas palabras, Carr (1999) sustenta las prácticas en las creencias y los supuestos que son generados por el estilo de pensamiento que abarca el sentido común que es heredado por medio de las costumbres, de los mitos y de los prejuicios. En la figura 4 se exponen los elementos de la práctica de este autor.

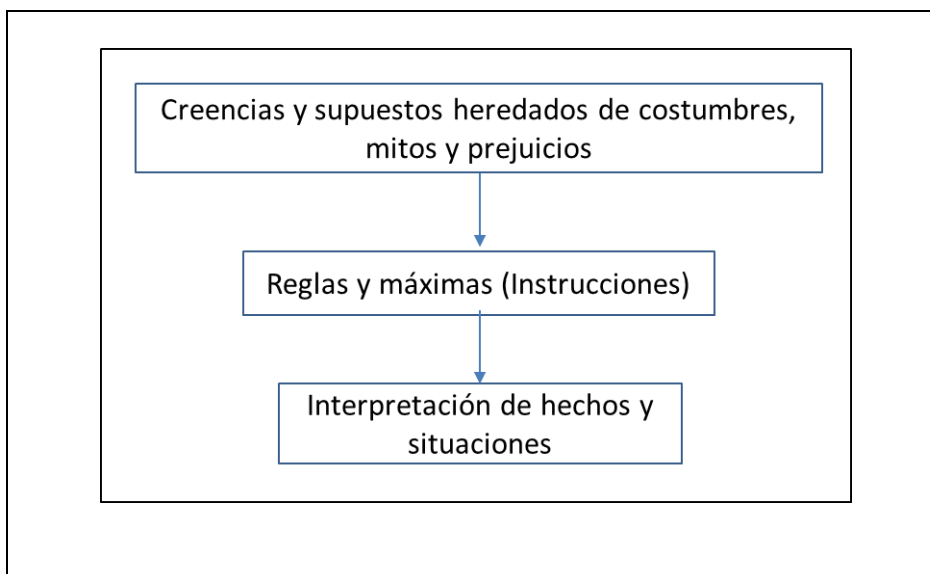


Figura 4. Elementos de una práctica.

Fuente: Elaboración propia a partir de Carr, 1999.

Entonces resulta que, entrelazar estos tres últimos elementos como constitutivos de las creencias y los supuestos resulta interesante toda vez que están alojados en un espacio propio de la práctica desde su sentido moral y ético, como se explica a continuación con cada concepto. En primer lugar, al tomar la definición de costumbres como: "...hábitos por medio de los cuales se desarrollan de un modo peculiar todos sus actos o una parte de ellos" (Ferrater, 1975a, p. 364), se explica cómo las costumbres encuentran una estrecha semejanza con aquello que de manera cotidiana se repite convirtiéndose en rutinas que, de una u otra manera, se ven reflejadas en los valores que asume cada sujeto. A pesar de lo anterior, se puede afirmar que no todas las costumbres o hábitos tienen como fin lograr un bien y en consecuencia es relevante apartar y resaltar aquellos hábitos encaminados a lo que Aristóteles llamaría virtud (Aristóteles, 1999). *El estagirita* lo manifiesta de la siguiente manera: "La virtud es, por tanto, un hábito selectivo, consistente en una posición intermedia para nosotros, determinada por la razón y tal como la determinaría el hombre prudente" (p. 42). Esta explicación de los hábitos selectivos involucra la capacidad de ser consciente en la disposición del actuar firmemente en la búsqueda de un bien por medio de ese justo medio que orienta cada pensamiento y cada acto, de suerte que, al proceder de esta manera, se logra concretar prácticas socialmente morales.

El segundo concepto que sustenta las creencias y los supuestos corresponde al mito, el cual es considerado como un relato que describe un acontecimiento enmarcado en una cultura y que es guiado por uno o varios personajes sobrenaturales que atraviesan situaciones conflictivas. Roger Caillois (1988), quien en 1938 publicara su libro *el mito y el hombre*, indica que el mito responde a una "superestructura social y de la actividad del espíritu" (p. 18), que termina sumergiéndose en un *sistema* de explicaciones tremendamente diverso. Según este autor, por medio del mito entra en juego la estructura social en la que vive el sujeto que escucha el mito y la presión que sobre él ejerce; esta situación es generada por la proyección del propio sujeto en aquel que protagoniza el mito, el cual considera el héroe triunfal de aquella situación conflictiva, es decir, el sujeto

recibe a través del mito unos *componentes externos* que acaban siendo sumergidos en unos procesos de abstracción y que Caillois (1988) explicara de la siguiente manera: “son conducidos [se refiere a los componentes externos] al mismo tiempo desde el interior por una dialéctica específica de autoproliferación y de autocristalización que es en sí su propio resorte y su propia sintaxis” (p. 22). Ahora bien, la conexión de este concepto y la práctica se fundamenta en el recorrido histórico que hace el lenguaje para mantener unida una comunidad en sus prácticas. El mito se destaca por la oportunidad del aprendizaje basado en la memoria de aquellos sujetos que han transitado y pueden conectar este relato a los imaginarios colectivos. Desde esta misma perspectiva y regresando a los planteamientos presentados por Kemmis (2014), podría inferirse que el mito se manifiesta como parte del acuerdo social del discurso evidenciado en los dichos.

Por último, nos centramos en el prejuicio, no en su connotación negativa de aquello que se forma por las opiniones preconcebidas, en la mayoría negativas, sino en lo que Gadamer (2003) en su obra *Verdad y Método* definiera como: “...un juicio que se forma antes de la convalidación definitiva de todos los momentos que son objetivamente determinantes” (p. 337); esto es, la posibilidad de tener elementos (prejuicios) que le permitan al intérprete comprender mejor el sentido de los ámbitos en los que nos desenvolvemos con el fin de reconocer la realidad histórica del practicante inmerso en una comunidad determinada que valora sus vivencias como trazas constitutivas de su conocimiento y reconocimiento. Gadamer tiene la habilidad de rescatar como valor positivo la presencia del prejuicio debido a su relación con la tradición y a la autoridad como bases para el conocimiento histórico de quien realiza la comprensión.

De manera desprevénida, podría suponerse, inicialmente, que un fuerte arraigo a las costumbres, los mitos y los prejuicios haría que una práctica no fuera modificable; no obstante, la anterior explicación da la oportunidad de transitar por una infinidad de prácticas debido a que estas se albergan en sus colectivos sociales que cambian las estructuras dependiendo de sus necesidades. Por esta

razón, en el momento de la interpretación de una práctica es necesario hacer uso de diversas ópticas que abarcan referentes morales (costumbres), imaginarios colectivos (mitos) y realidades históricas (prejuicios) que convergen para representar aquello que le es propio a cada comunidad. En este mismo sentido, releando a Kemmis et al. (2014), a la luz de los anteriores conceptos, podemos tomar el término de *memorias de la práctica* refiriéndose, en una dimensión semántica, al *logos* almacenado en el lenguaje que es compartido en un sitio específico; estas memorias reposan en los diferentes acuerdos de las prácticas que circulan en los individuos y a través de los individuos por medio del lenguaje, el discurso, las configuraciones físicas y los sistemas de actividades evidenciados en las organizaciones. Siguiendo a Kemmis, las *memorias de la práctica* se fundamentan en la teoría que ha denominado *arquitecturas de la práctica*, la cual se sostiene por medio de *acuerdos* que son relaciones o conexiones sociales distintivas (Kemmis et al., 2009b) o *precondiciones mediadoras* (Kemmis, 2009a, p. 466) que fomentan y limitan los patrones de las prácticas. El autor indica que los acuerdos: “contienen y controlan el conflicto, la seguridad social solidaria, y nos dan nuestra individualidad e identidad como miembros de familias, comunidades y organizaciones” (Kemmis, 2014, p. 2).

De acuerdo con Kemmis (2014), en la teoría de las arquitecturas de la práctica se explican tres tipos de acuerdos: aquellos acuerdos culturales-discursivos, los acuerdos materiales-económicos y los acuerdos sociales-políticos. Cada uno de estos *acuerdos* involucran espacios intersubjetivos que se ven reflejados en los dichos, las obras y las relaciones. Green (2009) argumenta que estas formas de subjetividades están constituidas en y a través de la práctica, de las culturas disponibles y las tradiciones. De manera que los acuerdos culturales-discursivos se configuran en el espacio semántico y se evidencian en el lenguaje y el discurso representando lo *cognitivo* en el momento en que se dice o se piensa en una práctica.

El espacio-tiempo físico es el medio de los acuerdos materiales-económicos. Estos se manifiestan en las actividades y en el trabajo por medio del hacer, lo cual está asegurado con lo *psicomotor*, y para los acuerdos sociales-políticos, el espacio social sostiene el poder y la solidaridad como elementos que actúan relacionando a los individuos y su conexión con el mundo; esto último da paso a lo *afectivo* (Kemmis, 2009b; 2010; 2014). Ahora bien, al unirse los acuerdos se generan proyectos, los cuales se reflejan en los hábitos de los practicantes creando tradiciones. En la tabla 2 se presenta la teoría de las arquitecturas de la práctica según Kemmis y colaboradores desde los espacios intersubjetivos y del medio y sus referentes hacia los acuerdos.

Tabla 2

Teoría de las arquitecturas de la práctica según Kemmis et al. (2014)

LOS PRACTICANTES Y LA PRÁCTICA	Las prácticas están aseguradas al influir en	Espacio intersubjetivo/medio	Arquitecturas de la práctica (acuerdos/configuraciones) permiten y limitan la interacción por medio de	EL SITIO PARA LA PRÁCTICA
	Característica de los practicantes "diciendo"-y pensando (lo "cognitivo")	En el espacio semántico , realizado en el medio del lenguaje	Acuerdos culturales-discursivos que se encuentran o son conducidos en una situación (ejemplo, lenguaje, ideas)	
	Característica de los practicantes "haciendo" (lo "psicomotor")	En el espacio-tiempo físico , realizado en el medio de la actividad y el trabajo	Acuerdos materiales-económicos que se encuentran o son conducidos en una situación (ejemplo, objetos, acuerdos espaciales)	
	Característica de los practicantes "relacionando" (lo "afectivo")	En el espacio social , realizado en el medio del poder y la solidaridad	Acuerdos sociales-políticos que se encuentran o son conducidos en una situación (ejemplo, relaciones entre las personas)	
	se juntan en los proyectos (estructuras teleo-afectivas) de las prácticas, y las disposiciones (<i>habitus</i>) de los practicantes.		que se juntan en las formas características de los diseños de las prácticas y las tradiciones de la práctica	

Nota: Tomado de Kemmis et al., 2014, p. 38.

Por lo expuesto anteriormente, todo proyecto de una práctica se formula en el presente teniendo en cuenta el pasado de los practicantes y con mira al futuro de estos mismos (Kemmis, 2014); en consecuencia, en una práctica se dice, se hace y se relaciona dependiendo del recorrido histórico del practicante y de

acuerdo con las metas que este desee alcanzar. De esta forma, cada uno de los acuerdos descritos tiene una función en las arquitecturas (Kemmis, 2012b), como se refiere a continuación: los acuerdos culturales-discursivos se encargan del significado y la comprensión de las prácticas, los acuerdos materiales-económicos se concentran en la productividad, y los acuerdos sociales-políticos se focalizan en el valor a través de la solidaridad de los “*involucrados y afectados*” (p.885) (tabla 3).

Tabla 3

Función de los acuerdos en la teoría de las arquitecturas de las prácticas según Kemmis (2012b)

Acuerdos de las arquitecturas de la práctica	Función en la práctica
Acuerdos culturales-discursivos	Significado y comprensión
Acuerdos materiales-económicos	Productividad
Acuerdos sociales-políticos	Valor basado en la solidaridad

Nota: Elaboración propia a partir de Kemmis, 2012b, p. 885.

Continuando con las arquitecturas de la práctica, Kemmis (2009b) sostiene que la práctica varía de lugar a lugar debido a que las condiciones en las que se realiza se encuentran inmersas en una cultura cuyas estructuras sociales y políticas han sido preestablecidas y que son afirmadas por los discursos dinámicos de sus practicantes; al ser dinámicas, da la oportunidad de referirlas como cambiantes. A esas condiciones que son extra-individuales de la práctica, Kemmis (2009b) las denomina *exo-esqueleto* de los acuerdos. Por esta razón, Kemmis (2014) argumenta que las prácticas son los organizadores del sitio social de la siguiente manera: “las prácticas no están establecidas, pero siempre formadas por, las condiciones históricas y materiales particulares que existen en localidades particulares o sitios en momentos particulares” (p. 33). Es decir, las prácticas están condicionadas por sus referentes espaciales y temporales que le brindan sus características particulares. Por consiguiente, Kemmis denomina a los sitios de la práctica como sigue:

Los sitios no son contenedores semejantes a “contexto” para las prácticas; más bien, las prácticas toman formas, al menos parcialmente, preconfiguradas por los particulares, los contenidos dados históricamente y las condiciones pertenecientes a un sitio en particular en un momento particular. (Kemmis, 2014, p. 33)

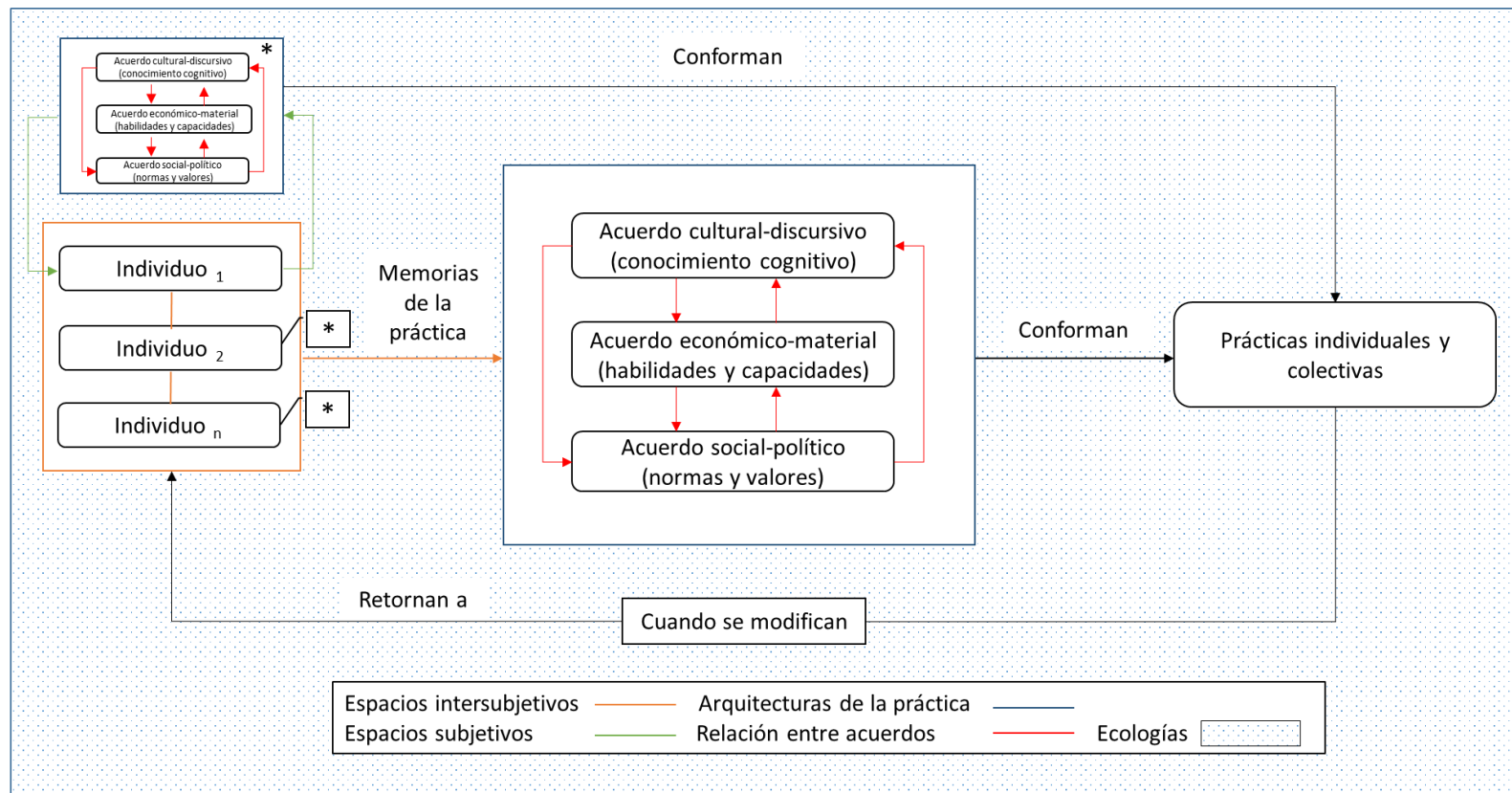
Así las cosas, los sitios no se toman las prácticas; son las prácticas las que se toman los sitios que actúan como nichos cumpliendo una función específica en la práctica misma. Una vez indicada la característica cambiante de la práctica y su continua transformación y reconfiguración, Kemmis (2014) argumenta que la práctica se asemeja a las ecologías, ya que considera que aquella es similar a un organismo vivo que se relaciona con su entorno, y por lo cual acuña el término *ecologías de la práctica*, definidas por Kemmis (2014) de la siguiente manera:

Por ecologías de la práctica nosotros nos referimos a las redes interconectadas de las actividades sociales humanas (acuerdos característicos de dichos, obras y relaciones) que son mutuamente necesarias para ordenar y sostener una práctica como una práctica de un tipo y complejidad particular (por ejemplo, una práctica educativa progresiva. (p. 50)

Kemmis (2014) aclara que no se debería hablar de ecología sino de ecologías de la práctica en el entendido de que las relaciones estrechas entre los acuerdos ayudan a analizar la complejidad de las prácticas; dicho sea de paso, el que las prácticas se encuentren conectadas por medio de varios sistemas hace que dependan unas de otras, afirmando ciertos acuerdos y debilitándolos en otros por medio de sus actividades humanas sociales. Se conforma de esta manera un entorno circular de la práctica.

El ciclo de la práctica inicia con los hábitos de cada individuo en que se manifiestan los tres tipos de acuerdo, al estar relacionados con otros individuos,

quienes tienen sus propias prácticas, configuran espacios intersubjetivos en los que se generan las memorias de la práctica, que al reunirse conforman de manera social unas prácticas colectivas que a su vez tienen los tres tipos de acuerdo. Ahora bien, las prácticas que están en constante transformación por medio del cambio de cada uno de los tipos de acuerdos llevan a su modificación, lo que implica que retornen a los individuos, iniciando un nuevo ciclo. Todo este juego de acuerdos está inmerso en unas ecologías de la práctica que permiten la interacción de individuos y colectivos; por esta razón, Kemmis (2014) considera que las ecologías ordenan las experiencias individuales y colectivas. En la figura 5 se presenta el entorno de la práctica y como completa su ciclo.



*: De manera similar que para el individuo₁ la totalidad de los individuos manifiestan los tres tipos de acuerdo.

Figura 5. Entorno circular de la práctica: Relación con la teoría de la arquitectura y ecología de las prácticas.

Fuente: Elaboración propia a partir de Kemmis, 2014, pp. 31-32 y 38.

Así las cosas, una práctica puede ser modificada o cambiada por los mismos practicantes como agentes morales en la medida en que el pensar y el reflexionar en sus prácticas se hace de manera constante. Para los casos en que una práctica no es modificada de manera autónoma por los mismos practicantes sino por externos o por fuerzas externas, el individuo practicante abandona su estado de agente moral y pasa a ser un practicante operativo que modifica su práctica bajo la imposición, el resentimiento y la resistencia al cambio llevando a una deslegitimación del mismo cambio (Kemmis, 2014).

Kemmis (2012) apoya su teoría de ecologías de la práctica en los conceptos de Fritjof Capra³ (1998) relacionados con los principios de la ecología en el marco de sus sistemas vivos centrados en los siguientes ocho principios: a) redes; b) sistemas anidados; c) interdependencia; d) diversidad; e) ciclos; f) flujos; g) desarrollo; y h) balance dinámico. En el caso de las redes, estas permiten la conexión con otras prácticas; los sistemas anidados explican la posibilidad de niveles en la práctica y de inclusión de una práctica dentro de otra práctica; la diversidad logra el intercambio de prácticas que pueden cumplir un mismo objetivo; con los ciclos, las prácticas sobreviven o llegan al exterminio; los flujos involucran energía debido al movimiento de las prácticas; el desarrollo implica una maduración debido al paso por diferentes etapas, y finalmente, el balance dinámico, logra el control de las presiones internas y externas que actúan sobre las prácticas (tabla 4).

³ Fritjof Capra, quien es físico cuántico, ha logrado llamar la atención sobre sus postulados relacionados con la vida sostenible y la intrincada interrelación de los fenómenos ecológicos en campos de la vida social.

Tabla 4

Principios de ecología de Capra aplicados a las ecologías de la práctica según Kemmis

Concepto	Si las ecologías de la práctica son sistemas vivos, entonces:
Redes	Diferentes prácticas derivarían sus propiedades esenciales y su existencia a partir de sus relaciones con otras prácticas.
Sistemas anidados	Diferentes niveles y redes de práctica estarían anidados unas dentro de otras.
Interdependencia	La sostenibilidad de prácticas diferentes (entendidas como diferentes especies de práctica, manifestadas en la realidad en instancias individuales particulares de esa práctica) serían dependientes unas de otras en una ecología de prácticas (entendida como ecosistema), y la sostenibilidad de esta ecología de prácticas dependería de sus relaciones con otras ecologías.
Diversidad	Una ecología de prácticas incluiría muchas prácticas diferentes con funciones ecológicas parcialmente solapadas que pueden reemplazarse parcialmente entre sí.
Ciclos	Sería posible observar algún tipo de materia circulando a través de las prácticas, por ejemplo, como en una cadena alimenticia (en la cual, en un ciclo, los depredadores en la parte superior de la cadena alimenticia mueren y son comidos por las criaturas de más abajo).
Flujos	La energía fluiría a través de la ecología de las prácticas y las prácticas dentro de ella, transformándose de una clase de energía a otra (en la forma en que la energía solar se convierte en energía química por fotosíntesis) y finalmente se disipa (a medida que se pierde el calor de los cuerpos de las criaturas vivientes).
Desarrollo	Las prácticas se desarrollarán a través de las etapas, y una ecología de la práctica también se desarrollará a través de etapas.
Balance dinámico	Una ecología de la práctica se autorregularía a través de procesos de autoorganización y mantendría su continuidad (hasta cierto punto de ruptura) en relación con las presiones internas y externas.

Nota: Tomado de Kemmis, 2012b, p. 889.

La teoría de Fritjof Capra (1998) sobre la ecología se basa en los postulados del pensamiento sistémico que contienen las siguientes características esenciales: a) se focaliza en las propiedades del conjunto y no en sus partes resaltando el concepto de relaciones organizadoras; b) en las relaciones organizadoras se presentan diferentes niveles sistémicos que emergen para dar paso al pensamiento medioambiental; y c) se genera un cambio de objetos a relaciones. Capra (1998) presenta un esquema simplificado de estas características en lo que denomina “*pensamiento en redes*” (p. 58), con el fin de ilustrar la utilidad del pensamiento en redes para las ecologías de la práctica en la figura 6, Boceto 1A y 1B, se presenta el pensamiento en redes, el cual se basa en “*el cambio de esquema de objetos a esquema de relaciones*” (p. 58).

Ahora bien, si se pensara una práctica como un esquema de objetos, el boceto 2A de la figura 6 representa la relación de las prácticas, pero al aplicar el

esquema de relaciones se logra conjugar la teoría de las arquitecturas y ecologías de la práctica al incorporar los acuerdos de cada práctica que incluyen los dichos, las obras y las relaciones. Luego estos acuerdos son conectados a otras prácticas, en este punto, se acogen los principios de redes, sistemas anidados, interdependencia, ciclos y flujos (Boceto 2B). Los demás principios de la ecología de Capra (desarrollo, el balance dinámico y la diversidad) implican movimientos regulatorios generados por los mismos practicantes.

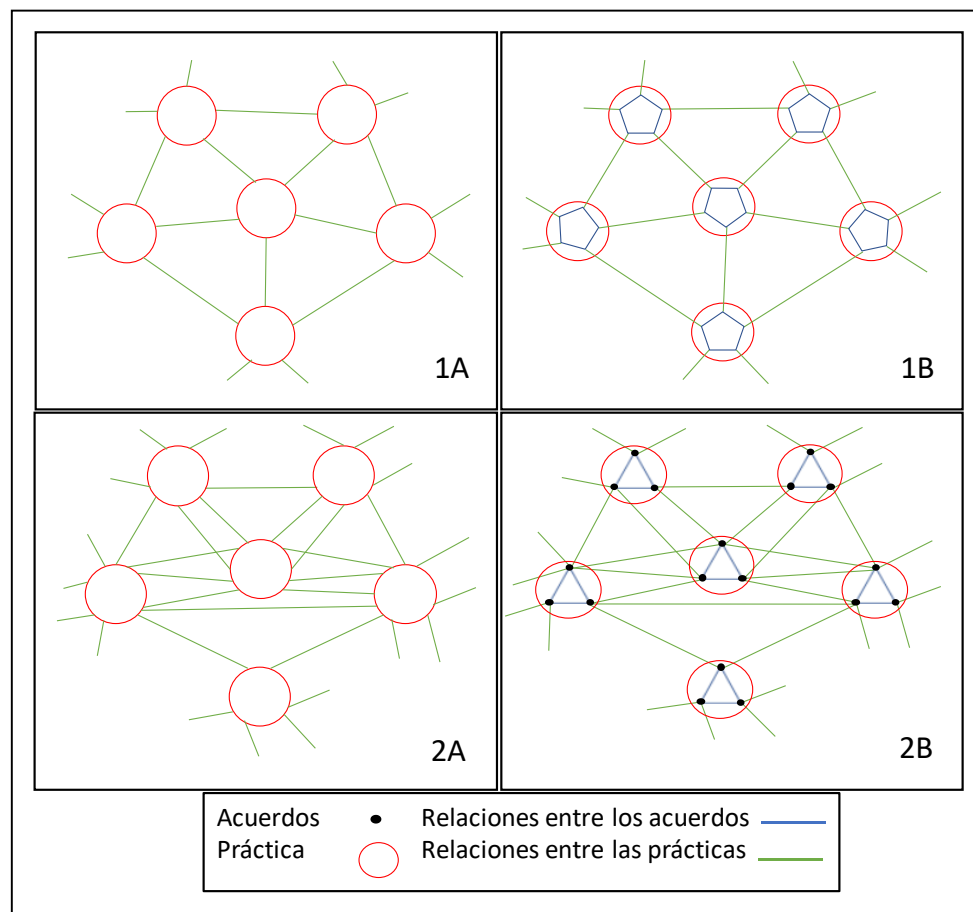


Figura 6. Pensamiento en redes de Fritjof Capra y aplicación a las arquitecturas de la práctica y a las ecologías de las prácticas.

Fuente: Boceto 1A y 1B: Cambio de esquema de objetos (1A) a esquema de relaciones (1B). Adaptado de Frijof Capra, 1998, p. 58. Boceto 2A y 2B, adaptado de Kemmis, 2009; 2014; 2012b. Esquema de práctica como objeto (2A) a las arquitecturas de la práctica soportadas en las ecologías de la práctica.

Con todo lo anterior, es posible indicar que las prácticas individuales y sociales no se despliegan de manera casual ni desprevénida, son el resultado de un acontecer temporal y espacial y, por tanto, histórico, que de continuo reconfiguran la teoría. Es así como la práctica y la teoría no son distantes, están entrelazadas, es un continuo ir y venir en la que una apoya a la otra complementándose. En el siguiente apartado se analizará, la relación entre teoría y práctica y sus fundamentos en el conocimiento y luego, cómo esta interacción involucra la búsqueda de la excelencia referenciada por MacIntyre (2001) en su definición de práctica.

3.2 De la epistemología de las prácticas

El conocimiento en las diversas ciencias logra el avance del ser humano equilibrándolo con el entorno y sus respuestas mutuas. Esta es la razón por la que la comprensión de los resultados de las ciencias se considera como un bien al servicio de la sociedad. En este apartado se tratará el estudio del conocimiento de la práctica y cómo esta dista y se acerca a la teoría.

Un elemento que brinda un punto de partida para el conocimiento en general es la *episteme*; este término griego proviene de la raíz *ciencia* o *conocimiento*. En la *episteme* se centran los conocimientos que son universales e invariables que no dependen del contexto (Kinsella, 2012) y, por lo tanto, tampoco son variables al tiempo y al espacio (Flyvbjerg, 2001). Aristóteles (1999) identificó cinco tipos de virtudes intelectuales, a saber: arte, prudencia, sabiduría, intuición y ciencia. En lo tocante a esta última virtud, indica que: "...lo que es objeto de ciencia existe de necesidad. Y por esta razón es eterno, porque todas las cosas que son por necesidad absoluta son eternas, y las cosas eternas son inengendrables e incorruptibles...En conclusión, la ciencia es un hábito demostrativo" (p. 124). Dicho de otro modo, las relaciones entre los términos que hacen parte de la *episteme* son invariables y requieren del conocimiento que las pueda sostener como condiciones universales y a la vez necesarias dejando al

conocimiento científico como la “fórmula racional (logos) que explica una cosa y su privación” (Parry, 2014). En este sentido, se podría denominar a esta privación como limitación de las cosas.

A pesar de que la naturaleza de la *episteme* da la sensación de inmutabilidad, las comunidades disciplinares juegan un papel preponderante en la afirmación o rechazo del mismo estatuto epistemológico, lo que conlleva a un juicio de valores sobre el conocimiento que mantiene la legitimidad de las comunidades (Kinsella y Pitman, 2012) y la relación de sus miembros.

En los últimos siglos el predominio de la vigencia del conocimiento proveniente del conocimiento científico ha repercutido en la forma de acercarse a aquello que quiere ser estudiado. Uno de los promotores de este tipo de conocimiento fue el filósofo francés Auguste Comte (2011), conocido como el padre del positivismo, y quien en su obra *Discurso sobre el espíritu positivo* da una explicación sobre la importancia del espíritu positivo para comprender de dónde proviene el verdadero conocimiento humano. Para este filósofo existen tres estados teóricos del conocimiento, el primero, se denomina *estado teológico o ficticio* que busca los principios y las causas en fuerzas sobrenaturales; el segundo, es el *estado metafísico o abstracto* que explica el conocimiento desde las entidades abstractas. Este estado es para Comte (2011) un estado de transición que permite llegar a la condición ideal del conocimiento o tercer estado denominado *estado positivo o real* el cual requiere cuatro atributos, a saber:

a) Que la imaginación se encuentre subordinada a la observación y, por lo tanto, concede a la observación “la única base posible de los conocimientos accesibles en verdad” (p. 13).

b) Que se considere la naturaleza relativa del espíritu positivo, es decir, aunque los fenómenos son estudiados de manera sistemática es adecuado darles una valoración relativa y no absoluta que permita tomar los nuevos conocimientos y dejar los obsoletos.

c) La existencia de una previsión racional, esto es, que un fenómeno necesario debe ser *visto para prever*, Comte lo describe de la siguiente manera: “...el verdadero espíritu positivo consiste, ante todo, en *ver para prever*, en estudiar lo que es, a fin de concluir de ello lo que será, según el dogma general de la invariabilidad de las leyes naturales” (p.15).

d) La invariabilidad de las leyes naturales con las que se demuestra la capacidad del espíritu positivo de extender el conocimiento a fenómenos más complicados antes que estos por sus propias leyes lo hagan.

Con estos cuatro atributos, Comte (2011) explica el beneficio que obtiene la humanidad al llegar al tercer estado evolucionando en su propia realidad; realidad que descansa en una razón teórica y que por medio de los parámetros que inicialmente son teóricos, va madurando hacia una vida práctica. Desde esta perspectiva positivista, al posicionar la ciencia como ente máximo de acercamiento a la verdad se mostró particular interés a los resultados provenientes del conocimiento científico que de alguna manera serían generados en mayor medida desde la teoría; este hecho, afirmó la idea de menospreciar a la práctica y, por lo tanto, subsumirla en la teoría. Gadamer (1996), por su parte invita a pensar sobre la relación ciencia-teoría-práctica de la siguiente manera: “La ‘ciencia’ constituía el *súmmum* del saber, que era el que gobernaba la práctica. Pero se la entendía como pura *theoria*, es decir, como un saber que se buscaba por sí mismo y no por su aprovechamiento práctico” (pp. 16-17). Con estas palabras, Gadamer (1996) da a entender el refugio que tomó la ciencia en la teoría y su progresivo distanciamiento de la práctica que, en últimas, era aquella a la que necesitaba privilegiarse y por la cual se desarrolló la teoría. Por el contrario, se consideró de mucho más provecho el explicar el *conocimiento de las causas* (p. 17), de aquello que es *demonstrable* logrando apartar con mayor prontitud la práctica de la teoría. Desde esa perspectiva y para comprender esta separación entre la teoría de la práctica, Gadamer (1996) se remonta a los griegos quienes tomaron el conocimiento de las matemáticas, la astronomía, la filosofía y la medicina como un

saber del conocimiento de las causas, motivo por el cual la teoría y la práctica fueron vistas de manera individual. El filósofo alemán lo explica así:

Mientras que los conocimientos matemáticos de los geómetras egipcios o de los astrólogos babilónicos no eran otra cosa que un acervo de conocimientos recogidos de la práctica y para la práctica, los griegos transformaron ese poder y ese saber en un conocimiento de las causas y, por consiguiente, por así decirlo, por una natural curiosidad. Así se formó la ciencia griega, tanto la matemática como la esclarecedora filosofía griega de la naturaleza y, dentro del mismo espíritu y a pesar de su relación esencial con la práctica, también la medicina griega. De este modo, se separaron, por primera vez, la ciencia y su aplicación, la teoría y la práctica. (p. 17)

En uno de sus ensayos titulado *Elogio de la teoría*, Gadamer (2000) recuerda la noción que cultivaron los griegos sobre la teoría (*theoria*) en el entendido de una contemplación (*contemplatio*) que tiene como finalidad sobrepasar el solo ver aquello que se quiere tener como teoría; indica una fuerte aproximación al objeto que se contempla y que no solo está relacionada con el poseerlo para sí mismo. Este filósofo resume magníficamente la teoría en una expresión: “*Ver lo que es*” (p. 38), y no solo se refiere a lo que se pueda apreciar con los sentidos y por lo tanto limitarlo a un hecho que pueda ser cuantificado y valorado. Implica una interpretación de la realidad y no del deseo de lo que se quisiera ver o encontrar en los hechos. De esta manera, la anterior descripción se asimila al concepto filosófico *aletheia*, el cual implica que aquello que está oculto se descubre para ser apreciado; es la forma como el objeto de conocimiento se entrega a quien quiere verlo como es. Para Gadamer (1996), teoría y práctica se presentan de la siguiente manera:

Teoría significa sólo contemplación, significa observar, no dejarse convencer por los intereses e impulsos de un mundo de aspiraciones sino

reconocer lo que es o lo que se muestra. Por otro lado, está el mundo de la práctica, en el cual todo error resulta vindicativo, y en el que se desarrolla un permanente proceso de aprendizaje y de corrección regido por el éxito o el fracaso. (p. 111)

Aunque el positivismo le haya brindado a la teoría una fuerte relevancia a pesar el esfuerzo de la práctica, resulta que la existencia de aquella no sería posible sin la presencia de esta; tanto práctica como teoría terminan envolviendo al individuo en su propia existencia y manifestándose en sus acciones, es decir, la dualidad entre la teoría y la práctica tiende a desaparecer en la medida que se requieren una a la otra para formar las estructuras sociales que conocemos hoy en día. De diferente manera, tanto teoría como práctica generan conocimiento; por lo tanto, podría indicarse que existe la teoría de la práctica y la práctica de la teoría. El punto fundamental consiste en la diferencia entre la teoría y la práctica al preguntarse por las formas de conocimiento y de racionalidad adecuadas al pensamiento y a la acción práctica (Carr, 1999). En síntesis, la teoría y la práctica son distintas, pero no opuestas y, en este sentido, lo importante es reconocer la relevancia de ambas por medio de una reflexión constante que dé a cada una justa medida de su aplicación, algo así como una *adecuación* entre ellas. Kemmis (1999) explica esta relación de la siguiente manera:

La reflexión crítica no sólo supone considerar la adecuación de nuestras prácticas a la luz de nuestras teorías, sino también considerar la adecuación de las teorías a la luz de nuestras prácticas. Por otra parte, el examen crítico puede requerir la adecuación de nuestras prácticas a la luz de nuestras teorías, por ejemplo, en relación con cuestiones como: a) la medida en que nuestras prácticas llevan a efecto las intenciones de nuestras teorías; b) la medida en que nuestras prácticas incorporan los valores y tradiciones que les dan sentido y significación (dadas las exigencias de las circunstancias personales, institucionales e históricas presentes); y/o c) la medida en que nuestras prácticas crean nuevas posibilidades de

teorización (descripción, comprensión, explicación, justificación) de los procesos sociales, políticos y educativos de los que formamos parte (...)
Una perspectiva crítica completa sobre la relación entre teoría y práctica requerirá, por supuesto, alternar entre estas dos perspectivas: considerar problemáticas tanto la teoría como la práctica, de una en relación con la otra. (p. 34)

En consecuencia, la exposición de Kemmis da como resultado una relación cíclica de ajuste y automejoramiento de la teoría por medio de la práctica y viceversa. Cada una de las consideraciones expuestas por este autor representa el uso de la teoría en contextos por los que debe pasar para ser aplicada; por otra parte, le permite a la práctica desplegar su horizonte en una acción que tiene como característica ser reflexiva, ya que trae consigo la posibilidad de mejorar lo enunciado por la teoría.

Ahora bien, en un sentido particular de la práctica, Donald Schön, filósofo norteamericano, en su libro *El profesional reflexivo, cómo piensan los profesionales cuando actúan*, describe la epistemología de la práctica desde el enfoque positivista argumentando que descansa sobre tres dicotomías interdependientes: la primera está relacionada con la diferencia entre los medios y los fines debido a que la práctica se encarga, en esta dupla, de cumplir con el alcance de los objetivos medidos a través de la efectividad; la segunda dicotomía reposa en la investigación y la experimentación que resultan en la solución de los problemas generados en las teorías y las técnicas; y la tercera dicotomía es la relación existente entre saber y hacer, en este caso, la práctica aparece como la posibilidad de una acción restringida al aspecto técnico (Schön, 1998). En efecto, la epistemología positivista realza su condición de producción en estas tres dicotomías aumentando la capacidad de la técnica como componente de la práctica (figura 7).

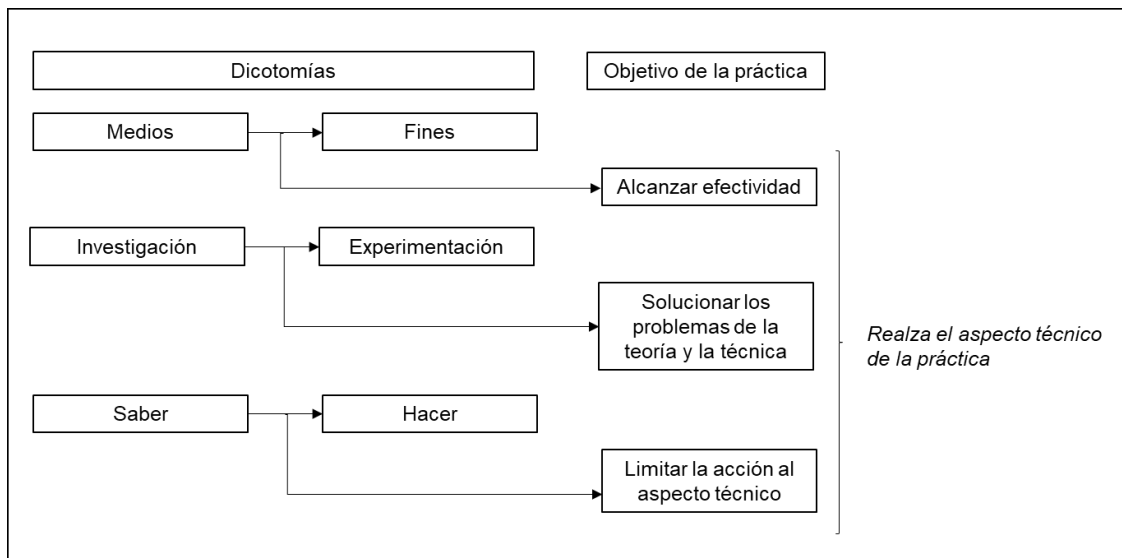


Figura 7. Dicotomías de la epistemología positivista.

Fuente: Elaboración propia a partir de Schön, 1998, p. 152.

Aunque Schön (1998) define la práctica desde la epistemología positivista, resulta llamativa la disyuntiva que describe de los profesionales que basan su práctica en este enfoque:

(...) podemos comprender fácilmente no solamente por qué la incertidumbre, el carácter único, la inestabilidad y el conflicto de valores son tan molestos para la epistemología positivista de la práctica, sino también por qué los profesionales limitados por esta epistemología se encuentran atrapados en un dilema. Su definición del conocimiento profesional riguroso excluye los fenómenos que han aprendido a ver como centrales para su práctica. Y las vías artísticas para hacer frente a estos fenómenos, según ellos, no lo califican de conocimiento profesional riguroso. (p. 49)

De alguna manera, esta delimitación epistemológica de la práctica y su relación con la teoría ayuda a los sujetos que desean ingresar a una determinada comunidad disciplinar a identificar si sus capacidades y disposiciones se

encuentran orientadas en el desarrollo de su identidad vocacional y a proyectar su papel en la organización social de dicha comunidad, basados en la valoración que la misma comunidad realiza de su práctica. De manera inicial, se podría pensar que la teoría da la condición de superioridad jerárquica y, por tanto, da a entender que aquellos que hacen actividades prácticas quedan con minusvalía frente a la teoría. La otra condición de la teoría frente a la práctica desde la epistemología positivista es que la práctica no da posibilidad de reflexión, o si lo hace, también lo hace a un nivel inferior que aquel que desarrolla teoría. Tales situaciones, no se consideran reales (Barragán, 2015) debido a que en el ejercicio de la comprensión de los actos, dichos y relaciones humanas se sustentan basados en prácticas que sean coherentes con la teoría y teorías aplicables a las prácticas de unas comunidades determinadas.

Ahora bien, en favor del rescate de lo que Schön (1998) llama vías artísticas, resulta relevante profundizar en la totalidad de los aspectos de la práctica debido a que se ha limitado su capacidad al efecto de la acción y por lo tanto, encuentra el mecanismo de relacionar a los sujetos con los valores corporativos que podrían desatender los temas éticos, olvidando el razonar sobre el quehacer más humano que busca la sabiduría. La estructura completa de la práctica debe ser analizada desde la postura ética, lo que fundamenta una práctica en búsqueda del bien; esto es, la posibilidad de vivenciar la plenitud de la disposición humana para enfocar sus acciones, pensamientos y ese estar unidos en sociedades que por medio del bien desarrollen las capacidades de cada individuo de manera íntegra. Con este último interés, se hará un recorrido por los resquicios de un concepto que ha sobrevivido hasta nuestros días: la *phrónesis* o el saber práctico.

3.3 De la *phrónesis* o el saber práctico

A propósito de la práctica, se ha podido establecer que esta es mucho más que una acción; aun cuando lo que representa la práctica sea la acción misma,

esta no se limita al actuar de un individuo o la objetividad de una comunidad. Para comprender su alcance, Kemmis (2009b) considera indispensable entender las prácticas desde cinco tipos de tradiciones que ha descrito y que pueden ser objeto de investigación, a saber:

a) *Las prácticas son comportamientos individuales que se manifiestan hacia los demás y que dan la sensación de ser objetivas.* Es decir, se podría pensar en prácticas observadas por los otros y por tanto juzgadas para ser aceptadas o rechazadas.

b) *Las prácticas son modelos de interacción social,* esta tradición se evidencia en las perspectivas externas objetivas que se presentan en las condiciones e interacciones entre aquellos que hacen parte de una sociedad y que resulta ser similar a la característica de ser cooperativa ya indicada por MacIntyre (2001) en su definición de práctica.

c) *Las prácticas son acciones intencionadas del practicante individual,* por tanto, estas se reflejan en la composición de intenciones, significados y valores del individuo en su propia práctica y a los cuales Kemmis (2009b) denomina: sujetos cognitivos individuales.

d) *Las prácticas vistas desde la perspectiva social interna y evidenciada en el lenguaje, los discursos y las tradiciones.* En este aspecto, las prácticas se manifiestan en el entretejido colectivo interno que arraiga el tener aprobación de los otros al estar inmerso en un grupo y que por lo tanto aparece como un rasgo subjetivo-social.

e) *Las prácticas son una forma de evolución social en la que hay una reflexiva reestructuración y transformación en el tiempo;* así las cosas, la existencia de las prácticas se registra en su dimensión histórica. Esta última tradición retoma las anteriores logrando una interrelación y configurando de manera reflexiva-dialéctica una taxonomía de las prácticas, como se presenta en la tabla 5.

Tabla 5

Relaciones entre las diferentes tradiciones en el estudio de la práctica según Kemmis y McTaggart (2005)

Foco	El individuo	Lo Social	Ambos: Vista Reflexiva- dialéctica de las relaciones y conexiones individuales- sociales.
Perspectiva:			
Objetivo	(1) Práctica como comportamiento individual, visto en términos de desempeño, eventos y efectos: conductistas y enfoques más cognitivistas en la psicología	(2) Práctica como interacción social – por ejemplo, ritual, sistema estructurado: estructura- funcionalista y enfoques de sistemas sociales	
Subjetivo	(3) Práctica como acción intencional, conformada por significados y valores: <i>verstehen</i> psicológico (entendiendo empáticamente) y enfoques más constructivistas	(4) Práctica como socialmente- estructurado, conformado por discursos, tradición: <i>verstehen</i> interpretativo, estético-histórico y enfoques post- estructuralistas	
Ambos: Vista reflexiva- dialéctica de las relaciones y conexiones subjetivas- objetivas.			(5) Práctica como social e históricamente constituida, y reconstituida por agencia humana y acción social: teoría crítica, ciencia social crítica

Nota: Tomado de Kemmis y McTaggart, 2005.

De hecho, Kemmis (2009b) aclara que los fenómenos sociales y entre ellos las prácticas, no deben ser vistos de manera aislada desde la postura del individuo, la sociedad, lo objetivo o lo subjetivo; por el contrario, dicho análisis implica una perspectiva de pensamiento relacional e integral que conjuga diferentes posturas. El incorporar estas tradiciones en una práctica social, históricamente constituida y reconstituida por el actuar humano (Kemmis, 2009b), se constituye en uno de los ejemplos de cómo los grupos de prácticas ejercen cierto poder. Despliegan su influencia en todos los ámbitos desde los más cercanos como por ejemplo los familiares, que podrían considerarse grupos estables y tradicionales y que van asentando sus bases en fundamentos aceptados por la mayoría de sus miembros van conformado doctrinas o rituales, van estructurando y fortaleciendo sus ideologías que se adaptan a los individuos y

que los individuos van adaptando a su propia forma de vida. Por el contrario, aquellos grupos un poco más lejanos, producto de un acontecer ajeno a lo planeado, que, de manera esporádica, nacen de acontecimientos inesperados, como es el caso de los desastres naturales o la violencia local, rompen el orden social y luchan por encontrar prácticas que les permitan actuar con el fin de lograr un restablecimiento del social cotidiano. Es un juego continuo entre individuo y grupos que aseguran sus propios códigos colectivos y, dicho sea de paso, es una forma de estructurar la aceptación del individuo con los otros miembros del grupo cumpliendo las normas que comienzan a constituirse en lo *normal*, validando la propia forma de llevar a cabo su configuración de la práctica y en cuyo caso el lenguaje es pieza clave en la comprensión del actuar como individuos y la relación con otros.

Como lo registra Gadamer (1996): “El lenguaje es el producto de una sedimentación de la experiencia y la sabiduría, que ya nos habla en las palabras” (p. 110). Ese ejercicio de *estar unidos* por medio del lenguaje produce en sus practicantes (Gadamer, 1996): a) *cambios de conciencia* (p. 37), debido a que los practicantes se deconstruyen a medida que sus acciones se modifican y van perfeccionando su teoría y su práctica y a su vez, van interiorizando y atesorando sus formas de encontrar la mejor solución posible; b) *límites de su conocimiento específico* (p. 37), esto quiere decir que los practicantes razonan sobre sus saberes reconociendo el alcance del cuerpo epistemológico en el que transitan; c) *se disponen a reconocer experiencias incómodas* (p. 37), en este sentido, un buen practicante asume retos y aun sin conocer todas las teorías o posibles prácticas es capaz de ajustar su razonamiento y sus experiencias a nuevos desafíos que les permiten reconocer y recorrer por caminos que van formando la aventura de la vida; y d) *responsabilidad social y política* (p. 37), un practicante acepta que sus dichos, obras y relaciones individuales tienen una connotación que alcanza a los demás individuos de una determinada comunidad o institución (figura 8). El lenguaje se transforma en el mediador de los individuos, su práctica y las

connotaciones que socialmente sostienen el engranaje de las arquitecturas y las ecologías de la práctica que describiera Kemmis (2009; 2014; 2012b).

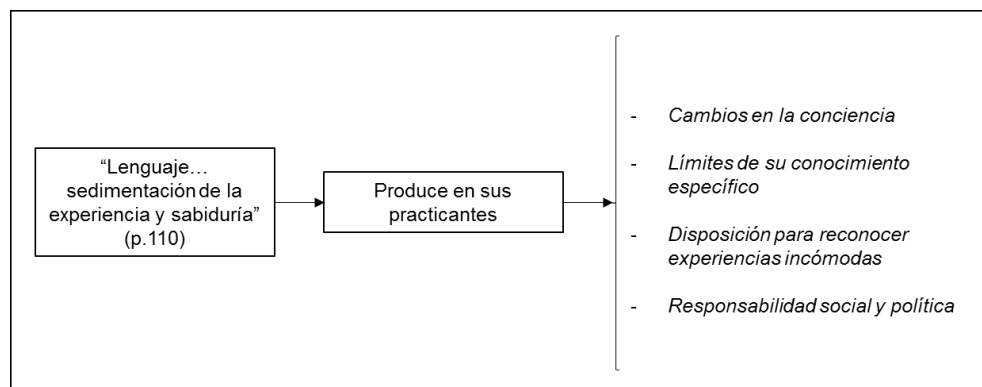


Figura 8. Lenguaje como sedimentación de experiencia y sabiduría.

Fuente Elaboración a partir de Gadamer, 1996, p. 37.

Así las cosas, el lenguaje actúa como modificador de relaciones en espera de obtener una respuesta coherente entre su *decir* y *actuar* de aquellos individuos que participan en una práctica determinada. Kinsella (2012) analiza estos espacios intersubjetivos llenos de significado en los siguientes términos:

Llama la atención sobre el imperativo en la práctica de atender a la poderosa intersubjetividad que siempre está en juego. La intersubjetividad dialógica reconoce tanto la negociación del significado dentro de los entornos de práctica como el papel del discurso en este proceso. (p. 49)

En este punto concuerdan Kinsella (2012), y Kemmis et al. (2014), al apoyar la relevancia de la relación de los participantes (practicantes) basados en la comprensión de las formas de la vida de unos con los otros. En esta dupla hablante-oyente, el intercambio de la explicación de significados intersubjetivos se hace de tal manera que en un momento determinado un sujeto toma el papel de hablante y al siguiente se convierte en oyente que escucha la postura del otro para luego volver a su rol inicial de hablante. Este juego de roles hace que el lenguaje

se convierta en el medio por el cual se llega a un fin en la comprensión del otro como sujeto de práctica (figura 9).

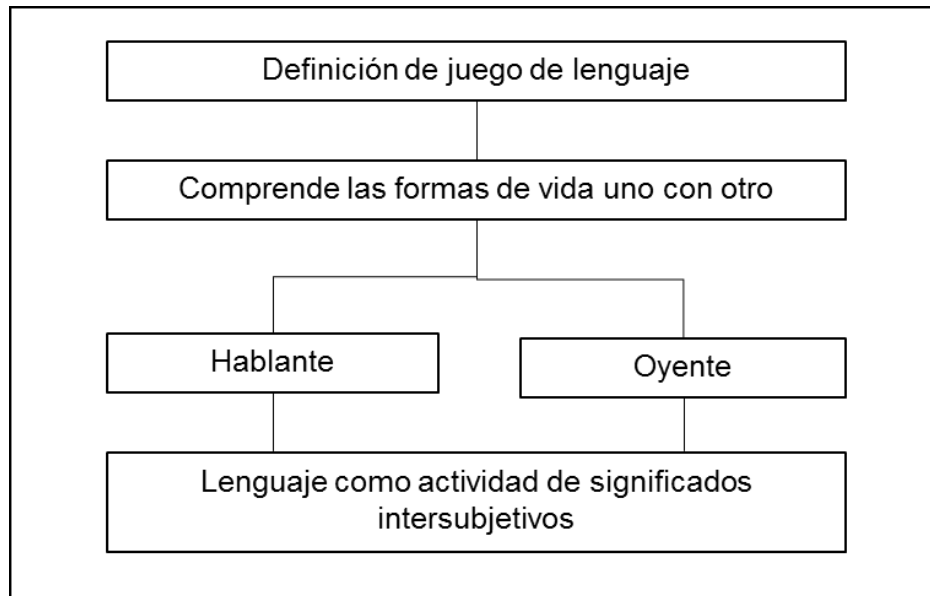


Figura 9. Lenguaje como mediador de las prácticas.

Fuente: Elaboración a partir de Kemmis, 2014.

Ahora bien, para llevar a cabo una práctica se requiere no únicamente de la acción misma mediada en el lenguaje, sino de la reflexión previa a la toma de una decisión: a este punto se le denomina deliberación. Dada la existencia de incertidumbre en la deliberación, que es dinámica, es indispensable saber cuál es el fin de la acción (Barragán, 2015). Esto implica tener la posibilidad de actuar de manera deliberada en medio de interacciones complejas, pero con la aplicación en un contexto determinado. Posterior a la deliberación, llega el momento de la decisión; es decir, actúa la *proaíresis* (προαίρεσις) (Barragán, 2015), que fundamenta los actos y responsabiliza a quien toma la acción en su proceder. La *proaíresis* resulta ser el medio en el que se realizan las elecciones (figura 10).

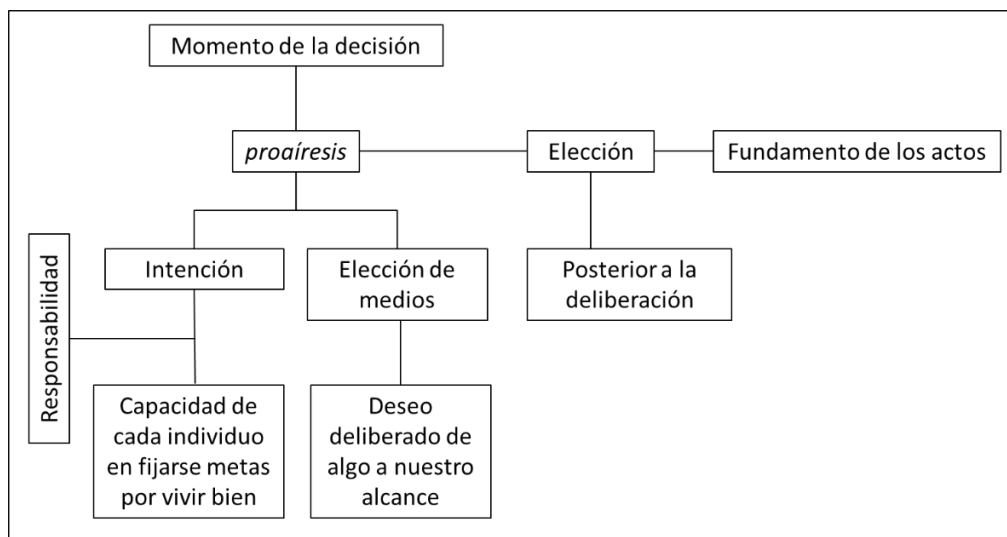


Figura 10. Elementos en la deliberación y decisión de las prácticas.

Fuente: Elaboración a partir de Barragán, 2015.

En este escenario de práctica, se requiere de capacidades que van mucho más allá de un hacer técnico y que por lo tanto enfatizan en los aspectos éticos en el actuar. Para todos estos casos, la *phrónesis*, también denominada sabiduría práctica o conocimiento de los fines propios de la vida (Ellett, 2012; Kinsella y Pitman, 2012, p. 2), es contenida como una virtud intelectual o disposición que por medio de la sabiduría tiene un fuerte componente ético en el que intervienen las deliberaciones y que en palabras de Kemmis (2012a): “...proporciona la disposición a actuar en la incertidumbre y a utilizar y aprender de la experiencia” (p. 157).

La definición de la *phrónesis* es variada. Para algunos autores resulta ser una disposición, una virtud; para otros, un compromiso. Lo cierto es que todos estos referentes implican una capacidad con la que se enfrentan situaciones inciertas que requieren de una reflexión, y cuyo medio de análisis se fundamenta en la sabiduría con la que se pretende alcanzar una acción orientada hacia el bien, sin que esto último sea una garantía. Por esta razón, la *phrónesis* está cargada de reflexión y no es una desprevenida sensación que maneja el actuar (Barragán,

2015). Ellett (2012) rescata de la *phrónesis* los bienes y excelencias internas y resalta el juicio deliberativo, la virtud y las complicadas interacciones generales y prácticas de la toma de decisiones, las cuales implican un sentido moral que transita entre la reflexión y la acción, como lo describe Kinsella en su definición de *phrónesis* (2012):

Phrónesis se define de diferentes maneras, pero usualmente en formas que implican el significado de la reflexión, tanto tácita como explícita; que resalta una relación con la moralidad; y que transmite una relación entre la reflexión y la acción. Phrónesis hace hincapié en la reflexión (tanto deliberativa como revelada a través de la acción) como un medio para informar la acción sabia, para ayudar a navegar los contextos variables de la práctica, y como dirigido hacia los fines de la sabiduría práctica. (p. 35)

Como lo explicó Aristóteles en su célebre *Ética Nicomaquea* (1999), quien aplica la *phrónesis* tiene la posibilidad de deliberar para el “bien vivir en general” (p. 125) y al presentarse la oportunidad de deliberación. Aristóteles define la *phrónesis* como: “...un hábito práctico verdadero, acompañado de razón, sobre las cosas buenas y malas para el hombre” (p. 126). En otras palabras, cuando se requiere deliberar entra en juego el juicio sobre actos morales basados en la razón y, por lo tanto, requiere comprender el sentido que posea cada individuo sobre el bien y el mal. Gadamer (2003), retomando a Aristóteles, indica que este saber práctico o *phrónesis* se orienta a situaciones concretas que acogen las *circunstancias* en su gran variedad y que tienen como fin la “distinción de lo que está bien y lo que está mal, y presupone con ello una actitud ética que a su vez mantiene y continúa” (p. 52).

En ese sentido, la *phrónesis* es para valientes que se arriesgan a aprender reconociendo las fronteras de las propias limitaciones, pero con la firme intención de utilizar sus experiencias pasadas de manera reflexiva. Kemmis (2012a) indica que la *phrónesis* es un espacio negativo de conocimiento basado en la

experiencia, razón por la cual, no es posible que sea enseñada, tomada o aprendida directamente, pues esta puede ser solamente experimentada. Por esta razón, la experiencia juega un papel fundamental en la práctica. Por ejemplo, la persona experimentada toma sus experiencias para enfrentar la incertidumbre, vigila las consecuencias de sus actos con el fin de evitar trampas que personas menos experimentadas no ven (Kemmis, 2012a). A pesar de no conocer todas las respuestas a una situación dada, la persona que pasa por la experiencia aprende de ella debido a que razona apoyado en sus experiencias previas y calcula las consecuencias de sus actos; esa sagacidad en el obrar, dialogar y relacionar de la práctica pone de manifiesto el sentido del actuar descrito por Barragán (2015): “Las prácticas, entonces, se asumen en la medida que alguien sabe cómo enfrentarse a una situación que le resulta significativa” (p. 158). En otras palabras, a medida que se transita por un camino de incertidumbres, la experiencia se convierte en un bien interno que fortalece al individuo enseñándole los propios límites del conocimiento y lo que se ha aprendido; este aprendizaje se apoya en la reflexión constante de sus propias prácticas. Kemmis (2012a) describe el tránsito por la experiencia como un devenir de la siguiente manera:

Lo que viene de la experiencia no es un conocimiento definitivo, aunque la persona que ha aprendido de la experiencia puede captar algo de esa experiencia en palabras y recuerdos, en narrativas y en una historia personal, y puede recurrir a este conocimiento al interpretar, comprender y evaluar nuevas situaciones. La persona que es "experimentada" aprende una manera de ser abierta, sensible y sensible en y hacia nuevas situaciones. La persona "experimentada" no siempre sigue una regla o un principio, o interpreta cada situación como si fuera la situación habitual o lo mismo que las situaciones encontradas en el pasado. Aquellos que son "experimentados" saben que deben actuar, teniendo en cuenta las dimensiones de una situación dada, y que la historia los probará y juzgará más que cualquier evaluador humano. (p. 156)

Retomando el último punto de la anterior cita de Kemmis, es importante rescatar que la acción que es realizada en un momento tiene la condición de irreversible, constituyendo parte del legado de las experiencias y de sus consecuencias propias. Por lo tanto, las acciones y las consecuencias de un individuo terminan por beneficiar o afectar nuestra propia experiencia (Kemmis, 2012a), punto que se encuentra reforzado por Ellett, quien indica que la *phrónesis* se refiere al ser moral y legal que se responsabiliza por la decisión en el hacer (Ellett, 2012), dando fundamento a las acciones particulares que requieren del actuar ético y por lo tanto, se sustentan en la sabiduría humana (Barragán, 2015). Así como la *phrónesis* es un motor para el bien actuar, Gadamer (1996) pone la relevancia de esta virtud en: “la posibilidad de detenerse, antes de perseguir un objetivo inmediato, para entregarse a otra meta más remota y más fija” (p. 61). Este detenerse al que se refiere Gadamer es producto del tiempo reflexivo que logra proyectar el alcance de una decisión, con su posterior acción y consecuencias, las cuales están ligadas a la siguiente acción.

Ahora bien, otro de los elementos que juega un papel relevante entre el proceso de deliberación y acción y por lo tanto, en la *phrónesis*, corresponde al *juicio*, el cual va más allá de la aplicación de reglas debido a que el sentido moral de la acción entra en escena. Wilfred Carr (1999) destaca la importancia del *juicio* en la *phrónesis* de la siguiente manera:

[...] la “sabiduría práctica” se manifiesta en el saber lo que hace falta en una situación moral concreta y en la disposición a actuar de manera que ese saber adopte una forma concreta. Se trata de una capacidad moral general que combina el saber práctico del bien con el juicio fundado acerca de lo que constituye una expresión adecuada de ese bien en una situación concreta. Por esta razón, el “juicio” es un elemento esencial de la sabiduría práctica. Pero no es el juicio del árbitro que aplica de manera imparcial un conjunto de reglas codificadas, sino la forma de sabiduría y prudente juicio

que tiene en cuenta lo adecuado, desde el punto de vista moral, y apropiado en una situación determinada. (p. 100)

Con esta propuesta, Carr (1999) pone de manifiesto la aplicación no solo de normas sino del saber práctico que dirige las decisiones de manera adecuada con el fin de llevar a una aplicación en la vida diaria. Con maestría, Kemmis (2012a) sitúa esta aplicación de la *phrónesis* en cuatro puntos: a) es una preparación para razonar desde el punto de vista de otros; b) requiere afrontar la experiencia de nuevas maneras; c) estar dispuesto a actuar en concordancia con la nueva experiencia en un proceso de autoformación en búsqueda del bien para la persona y para la humanidad; y, d) de manera similar a Aristóteles, la equipara a una virtud que fortalece el carácter por medio del pensar críticamente y actuar en concordancia con esta reflexión. En este último punto, Kemmis (2012a) y Barragán (2012) recuerdan que, en ciertas situaciones, el no hacer nada, resulta ser la solución del actuar *phronético* apropiado; no obstante, esta quietud implica el mismo proceso reflexivo que justifican las razones de un no actuar consciente y calculado. Al buscar de alguna manera el conocimiento, la *phrónesis* se hace significativa para la *episteme* (Kinsella y Pitman, 2012); sin embargo, aquella se relaciona con mayor fuerza a la ética y a la política (Barragán, 2015).

En este sentido, se puede pensar sobre el peso de lo social en las prácticas, estas tienen un sentido en la toma de sus propias decisiones desde lo ético. De hecho, las prácticas son calificadas como apropiadas o inapropiadas, dependiendo de lo indicado por los miembros del grupo. Sin embargo, la influencia de lo personal, de lo propio del individuo permite que las prácticas se configuren con igual o mayor fuerza desde lo moral, desde adentro, desde su propia actitud. Es aquí donde entra tanto la *phrónesis* como el actor mismo de la práctica denominado como *actuar phronético*, quien: “necesariamente ha de ser un ser humano virtuoso, que busca alcanzar el bien, por medio de actuaciones buenas. Es él quien pone en operación el actuar mismo” (Barragán, 2015, p. 122). El énfasis que aquí nos compete corresponde a la capacidad que adquiere el

phronético en conocer sus determinaciones y la aplicación que estas tendrán en su vida (Gadamer, 1996).

Con el fin de comprender cuál es la aplicación de la *phrónesis* en estos tiempos, a continuación, se ilustran las disposiciones relacionadas con ella denominadas *praxis*, *techne* y *poiesis*. Esta aproximación nos acercará al concepto que presentara inicialmente Aristóteles de su sabiduría práctica y que aún sigue vigente con la firme intención de indicar cómo estas disposiciones, con sus diferentes enfoques, construyen motores en la búsqueda del bien para el ser humano.

3.3.1 De la *praxis*

Para iniciar, nos centraremos en la *praxis* como una actividad práctica representada en “la acción de llevar a cabo algo” (Ferrater, 1975b, p. 467) y que, según Kemmis (2012a), este hacer algo acarrea una orientación de orden moral, como lo describió en una de sus publicaciones del año 2008 (Kemmis y Smith) sobre la *praxis*:

La *praxis* es un tipo particular de acción. Es una acción *moralmente comprometida, orientada e informada por tradiciones en un campo*. Es el tipo de acción que las personas están involucradas cuando piensan en lo que su acción significará *en el mundo*. La *praxis* es lo que la gente hace cuando toma en cuenta todas las circunstancias y exigencias que se les presentan en un momento particular y, tomando la más amplia visión que pueden de lo que es *mejor* hacer, *actúan*. (p.4; énfasis en el original) (p. 150).

Esta definición, agudamente pone atención en el resultado de la acción realizada en el mundo por quien actúa de manera responsable, con un norte y conociendo las consecuencias de su proceder. Ya que esta *praxis* se encuentra en este mundo preformado, se puede indicar que el mismo mundo está dispuesto a

recibir la acción moralmente comprometida a costa de que esta comprenda sus circunstancias. Con estas palabras, se podría considerar que la procedencia de la *praxis* es de carácter interno, del resorte individual que termina manifestándose en una conducta *correcta*.

Para Gadamer (1996), la *praxis* tiene valor en la posibilidad del poder-hacer, el cual trasciende a la siguiente generación siendo conscientes de la capacidad de trazar los horizontes individuales y colectivos. Este filósofo alemán describe a la *praxis* de la siguiente manera:

Esta se caracteriza [la praxis] por la posibilidad de un comportamiento humano “teórico”. Esta posibilidad forma parte de la esencia de la “praxis” humana. Y siempre ha contribuido a que el poder-hacer y el saber humano no se adquieran sólo a través del aprendizaje y la experiencia; es la independización de los medios, convertidos en herramienta, lo que potencia aquí la capacidad del hombre para aprender y transmitir su poder-hacer a través de las generaciones. Esto implica el predominio consciente de relaciones causales, lo cual permite dirigir el propio comportamiento en forma planificada. Pero esto también exige el ordenamiento de un sistema de objetivos. (p. 28)

El predominio consciente al que se refiere Gadamer (1996) pone de manifiesto la acción moral de las prácticas; sería deseable que toda acción humana albergara *praxis*, sin embargo, es evidente que muchas de las prácticas tienen una carga intencional diferente. Ahora bien, Carr y Kemmis (1986), en su libro *Becoming critical: Education, knowledge and action research*, indican que, en la *praxis*, se relacionan el pensamiento y la acción y de ellos afirman: “Deben ser entendidos como mutuamente constitutivos, como en un proceso de interacción que es una reconstrucción continua de pensamiento y acción en el proceso histórico vivo que evidencia en cada situación social real. Ni pensamiento ni acción son preeminentes” (p. 34). Si la *praxis* está emparentada con el pensamiento

mismo, resulta conveniente revelar que este pensamiento es de tipo reflexivo y por tanto, termina involucrando la teoría misma (Carr, 1999).

Por otra parte, Kemmis (2012a) establece una tensión teórica al dar mayor valor a la *praxis* que a la *phrónesis*; él considera que la *praxis* se refleja en el actuar de la práctica. Para este autor, la *praxis* se puede enseñar; la *phrónesis* no. Por lo tanto, la primera es mayor que la segunda. De hecho, Kemmis (2012a) considera que puede existir *praxis* sin *phrónesis*. Este autor indica que si se cree lo contrario, se llega a la falacia intencional en la que se rechaza que toda acción es intencional cuando no lo es, razón por la cual considera que es la *praxis* la que permite desarrollar la *phrónesis* y por ello, es requisito inculcar una *praxis* con sentido *phronético* (Kemmis, 2012a). Es posible que la superioridad que le brinda Kemmis a la *praxis* involucra el medio por el cual una persona puede actuar para llegar a un fin; ese fin que es la *phrónesis*. Por esta última razón, la *phrónesis* resulta ser mucho más extensa que la *praxis* misma. Ahora bien, la *praxis* no interviene de manera solitaria para la generación de la sabiduría práctica o *phrónesis*; aquella se apoya en otras dos disposiciones: la *techne* y la *poiesis*, que se describen a continuación.

3.3.2 De la *techne*

El concepto original de *techne* aparece hoy en términos tales como técnica, técnico y tecnología (Kinsella, 2012) que, para nuestro tiempo, resulta ser un término mucho más conocido y cotidiano. Sin embargo, la connotación original del término implicaba para los griegos una mirada de la *techne* vinculada al arte como una manifestación que logra “la producción de lo verdadero en lo bello” (Ferrater, 1975b, p. 763). Por esta razón, los griegos no involucraban la aplicación sino su razón teórica (Gadamer, 1996), que en parte consistía en seguir unas reglas para conseguir algo sin que esto se limitara a la producción de bienes. Otra connotación dada a la *techne* consiste en la: “habilidad mediante la cual se hace algo — generalmente, se transforma una realidad natural en una realidad *artificial*” (Ferrater, 1975b, p. 763). Esta disposición se caracteriza por su operar

dependiendo del contexto y orientada a la racionalidad instrumental dirigida por una meta consciente (Kinsella y Pitman, 2012); en otras palabras, la transformación nombrada por Ferrater (1975b) implica que esta sea variable. Para Barragán (2013), la *techne* es un: “saber específico que se manifiesta en unos procedimientos calculados de antemano, que son mensurables, metodológicos, ordenados y que devienen en una acción concreta” (p. 28). Esta última definición implica un razonamiento de la acción que lleva a un entrenamiento y, por lo tanto, se va perfeccionando con la experiencia.

Hoy en día, el concepto de técnica se encuentra ligado con mayor frecuencia a la epistemología positivista que de acuerdo con palabras de Gadamer da el sentido de dominio: “...yo consideraría más acertado sostener que la ciencia posibilita un conocimiento orientado hacia el poder-hacer, un dominio de la naturaleza fundado en su conocimiento, es decir: una técnica” (Gadamer, 1996, p. 18). El enraizar las prácticas a la técnica tiene como sustento el conocimiento de las causas; resulta mucho más sencillo para el hombre explicar aquello de lo cual puede ofrecer una explicación causal y no donde la incertidumbre juega un papel preponderante. Sin embargo, Gadamer (1996) agudamente indica que el dominio técnico resulta en el desplazamiento de la decisión del individuo y de su grupo en situaciones que implican la vida humana. De hecho, para Gadamer, la técnica disminuye la posibilidad de la espontaneidad.

3.3.3 De la *poiesis*

El tercer y último elemento constitutivo de la *phrónesis* consiste en la *poiesis*. El filósofo inglés Wilfred Carr (1999) considera que la *poiesis* se centra en “construir algo”, es decir, consiste en la acción material de la práctica conducida por las reglas que resulta en un producto o artefacto específico; por lo tanto, el producto o artefacto proviene del conocimiento técnico.

Resulta cercano a la eficacia de las acciones y por esta razón, Kinsella la define como: “la aplicación de medios conocidos en la búsqueda de fines

conocidos” (Kinsella, 2012, p.152). Para Kemmis (2012a), es la “acción construida que involucra medios – fines o razonamientos instrumentales para lograr un objetivo o resultado conocido” (p. 149). Carr (1999) agrega que la *poiesis* no modifica la *techne*; razón por la que la clasifica como “una forma de ‘saber cómo’ no reflexiva” (Carr, p. 101).

En esta conjugación de virtudes o disposiciones que forman la sabiduría práctica o *phrónesis* (*poiesis*, *techne*, *praxis*) se reúnen términos como *episteme* y *acción*, con los cuales para concretar una práctica intervienen elementos de incertidumbre y deliberación. Por lo anterior, se podría indicar que a mayor incertidumbre se presenta una mayor deliberación y en este caso, la práctica se fundamenta en la virtud de la *phrónesis* y en la *praxis*. Por su parte, al evidenciarse una menor incertidumbre se actúa con menor deliberación y por lo tanto, el conocimiento resulta de la aplicación, en mayor medida, de la *techne* y la *poiesis* (figura 11).

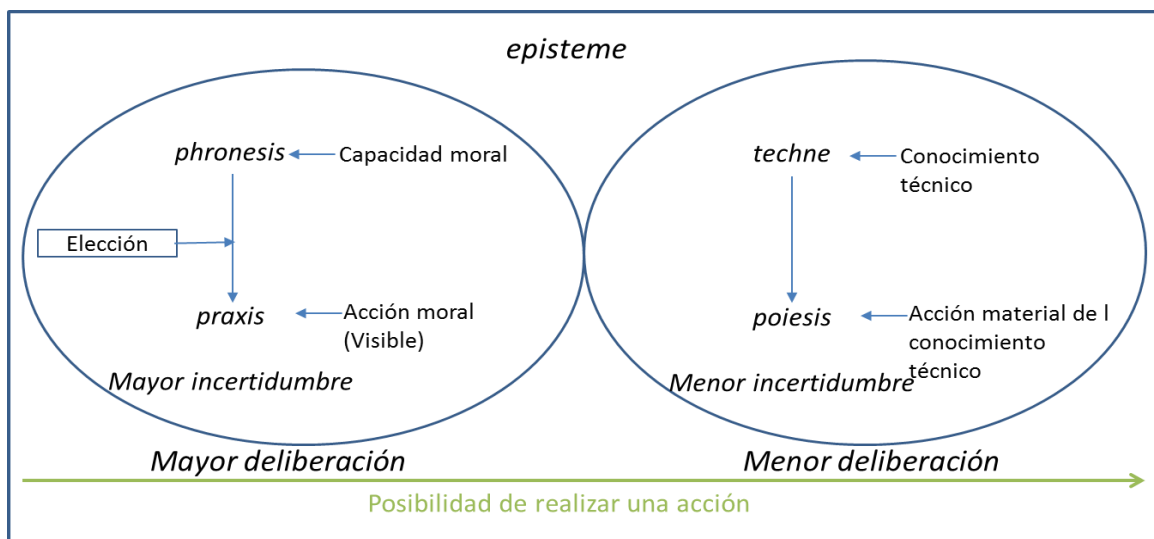


Figura 11. Presencia de la incertidumbre y la deliberación en la práctica y el conocimiento.

Fuente: Elaborado a partir de Kemmis, 2012a, p. 152; Kinsella y Pitman, 2012, p. 9; Carr, 1999, p. 95.

No obstante, hay que indicar que, aunque la deliberación, la acción y la incertidumbre juegan un papel importante en la práctica, no es razonable pensar que ante una menor incertidumbre la *phrónesis* y la *praxis* no intervengan en la práctica. Por lo tanto, cualquiera de estas disposiciones aparece en menor o mayor medida en los dichos, obras y relaciones que intervienen en la práctica.

3.4 A manera de síntesis: *Phrónesis* como centro de la práctica

Comúnmente al pensar en la práctica, solo en su proyección técnica, se podrán cubrir las necesidades de acciones encaminadas al cumplimiento de una producción, finalmente es la disposición más reconocida y aplicada en la actualidad. No obstante, una reflexión constante de la práctica podrá abrir el panorama ético en el actuar llevando a pensar en las consecuencias de los actos, en las secuelas de la inmediatez de las acciones, en aumentar la esperanza de un buen futuro para las siguientes generaciones al considerar que el recorrer por este mundo, el aquí y el ahora, dan como resultado una adecuación de las futuras prácticas.

Al transitar en las diferentes definiciones de la práctica, se ha mostrado que en todas ellas se tiene como elemento central un común denominador: la acción humana. Sin embargo, la práctica no es solo el actuar, esta implica analizar su configuración alrededor del proceso deliberativo, de incertidumbre y de la toma de decisión. Por lo anterior, este vivir en las prácticas implica reflexionar de manera consciente sobre su origen en un sentido técnico, político, social e histórico. Para Kinsella (2012), la reflexión consiste en procesos individuales y sociales que son vistos a la luz de pensamientos colectivos e individuales. Estas experiencias que son cambiantes llevan a que la práctica también lo sea, razón por la cual condiciona los acuerdos que giran en el lenguaje, en las formas de hacer las cosas por medio de los acuerdos materiales y económicos y en cómo se presentan las clases de relaciones entre la gente evidenciadas en los acuerdos sociales y políticos.

Una vez comprendida la práctica como un conjunto de redes establecidas socialmente, el siguiente punto relevante en este asunto consiste en posibilitar que cada práctica tenga como fin específico una reflexión sobre el *buen actuar*, situación que le da cabida a los aspectos éticos y por lo tanto, a la capacidad de los practicantes en un actuar ético enmarcado en sus propios dichos, obras y relaciones individuales y colectivas. Tanto la práctica como el conocimiento y el actuar ético están estrechamente relacionados, esto lo sintetiza Carr (1999) en las siguientes palabras: "...comprender y aplicar principios éticos no son dos procesos independientes, sino elementos mutuamente constitutivos en la continua reconstrucción dialéctica del conocimiento y la acción" (p. 98). Este proceso que circula en el saber hacer para llegar a un bien por medio de una acción (Barragán, 2015), es posible a través de la *phrónesis*. En síntesis, podemos afirmar que la *phrónesis* es una virtud que guía hacia una acción buena, con la que se intenta resolver los vacíos generados por la incertidumbre y que no son posibles de responder únicamente por medio de la *techne*. Kemmis (2012a) reafirma que la *phrónesis* es posible para aquellos que conocen, aprenden de sí mismos y de los demás por medio del actuar individual y de la historia colectiva.

4. De las prácticas profesionales médicas

Con el fin de contextualizar las prácticas profesionales médicas, en el presente capítulo se identifican los requisitos mínimos de una profesión, se indaga por el concepto de prácticas profesionales y se describen los matices de las prácticas médicas según las diferentes épocas de la humanidad destacando las transformaciones de esta profesión. Luego se analiza la importancia de la atención del cuidado de la salud como el fundamento del ejercicio profesional médico abordando elementos de la deliberación y los juicios médicos basados en un tono *phronético*. Al finalizar el capítulo, se analiza la importancia de la ciencia y el arte como pilares del actuar médico con el fin de comprender la importancia de tales ópticas en el juicio clínico.

4.1 La profesión: elementos de comprensión

El ser profesional implica un compromiso social inalienable que otorga la responsabilidad de mejorar las condiciones técnicas, económicas, políticas y éticas del área a la que se circunscribe esa profesión y, de ser posible, la oportunidad de sobrepasar estos límites con la intención de lograr un bien general en la humanidad. Así las cosas, se requiere que el profesional tenga condiciones, no solo de un conocimiento específico, sino de la comprensión del cómo utiliza este conocimiento para un bien común, la mayoría de las veces en medio de la incertidumbre.

Jacques Derrida (2002) define la profesión como ese “acto de fe jurada” (p.33) que envuelve pruebas de su existencia y de una declaración de entrega por aquello que se está profesando de una manera pública a través de un lenguaje comprensible para los testigos de este actuar. Al comprometerse de palabra, el profesional se dispone a cumplir las responsabilidades éticas y políticas propias de su función profesional. En este sentido, una profesión encierra no solo el acto

mismo destinado a una práctica específica sino la planeación o preparación de los actos y la consecuencia o las consecuencias de dicho acto; es decir, la inmersión de un individuo en el ejercicio profesional implica un constante aprendizaje y valoración de los actos antes, durante y después de ellos.

Por su parte, Max Weber (2009) explica la connotación que la palabra “profesión” alberga en los idiomas de Occidente: por ejemplo, *ruf* en alemán y *calling* en inglés, significan un “llamado” (p. 81) que, cercano a un sentido religioso, corresponden a la “misión asignada por Dios” (p. 59), la cual, al ser realizada, da cumplimiento a “los deberes mundanos tal como estos emergen de la posición social del individuo” (p. 60). Con esta fuerte relación de religión y profesión, Weber (2009) muestra cómo el protestantismo, en específico, toma el trabajo como una fuente de compromiso hacia los demás al acatar obedientemente el mandato enviado por Dios por medio del desempeño de sus responsabilidades de la profesión que le fuera encomendada. En este sentido, toda profesión tendría igual relevancia, dado que la naturaleza misma de una profesión es la práctica como un encargo para el bien de los demás, en sumisión y dignificación del ser humano. Así, Weber (2009) manifiesta que esta forma de pensamiento en consonancia con el trabajo genera entre quienes lo realizan la oportunidad de la búsqueda de beneficios debido a la posibilidad de producción y, por tanto, ganancias de su labor; es decir, se presenta un mayor acercamiento al capitalismo orientado tanto a lo social como a lo económico.

Ahora bien, la evolución de las profesiones es consecuencia de las necesidades de la misma sociedad por intermedio de la universidad como institución educativa. Antes de la creación de las universidades, la formación se realizaba al lado de personas que con su propia experiencia transmitían a otros su oficio. Este es el caso de los artesanos, quienes, de acuerdo con Sennett (2009), demostraban su labor a través de su obra, que implicaba una práctica concreta lograda por las habilidades, compromisos y juicios de la técnica realizados habitualmente en medio de sus tradiciones. Los artesanos se destacaban por la

comprensión de sus propios elementos, es decir, de la materia prima que sería transformada y la reflexión utilizada como potencial de cambio. Para la época medieval, los artesanos estaban organizados en tres niveles jerárquicos: el maestro, el oficial y el aprendiz y esta división, a su vez, estaba concebida en las habilidades demostradas por cada individuo las cuales orientaban las relaciones personales y cómo estas eran mediadas por la autonomía y el poder representado en la persona del maestro como autoridad (Sennett, 2009).

Por medio de una práctica activa, los oficiales, quienes eran ayudantes contratados y que aspiraban a ocupar el lugar del maestro, podían lograr tal encargo cuando, primero, reflejaban idoneidad en gestión, conducta y liderazgo de acuerdo con la valoración de su maestro y, segundo, con la presentación de su obra a otras comunidades de artesanos (Sennett, 2009). Este movimiento laboral fue arrinconado por el surgimiento de las máquinas y la organización de las industrias en el siglo XVIII en la denominada Primera Revolución Industrial originada en Gran Bretaña y que rápidamente se extendiera al occidente de Europa y a Norteamérica. La transformación social vivida durante este siglo y los siguientes obligan a los artesanos a competir con la producción en masa generada por las máquinas que construían productos idénticos en menos tiempo. Sin embargo, para bien de los artesanos, su obra, aunque es lenta en su generación, madura a medida que toma forma en sus manos talentosas que mantienen sus creencias. En palabras de Sennett (2009), esto se representa en que: “...el orgullo por el trabajo propio anida en el corazón de la artesanía como recompensa de la habilidad y el compromiso” (p. 191).

Así las cosas, la posibilidad que tiene el artesano al construir su obra genera un trabajo reflexivo imposible de calcular en el género humano e impensable de realizar por una máquina. Donald Schön (1998), quien dedicara parte de su obra al estudio del profesional reflexivo, describe el tránsito de una profesión como un proceso en forma de espiral que contiene tres etapas: “*apreciación, acción y reapreciación*” (p. 126). El movimiento que indica este autor

de la acción profesional da la idea de una autovaloración constante que implica el análisis de las acciones por medio de la comprensión de la situación misma y, si fuera el caso, la oportunidad que tiene el profesional para cambiarla haciendo uso de la reflexión. Aun cuando los artesanos, inicialmente no estuvieron en las universidades, su práctica evocaba las tres etapas descritas por Schön (1998).

Ahora bien, McPeck y Sanders, en su ensayo del año 1974, argumentan que las condiciones mínimas necesarias que caracterizan a una profesión son las siguientes (figura 12): a) existencia de una literatura especializada técnica que constituye una base intelectual para su práctica; b) el grupo profesional proporciona un servicio social necesario como su razón de ser; c) existencia de un conjunto de normas destinadas a garantizar, o certificar, una competencia mínima para ser miembro del grupo; y d) existencia de un amplio rango de autonomía del individuo y del grupo ocupacional para practicar según su propio juicio informado. (p. 58).

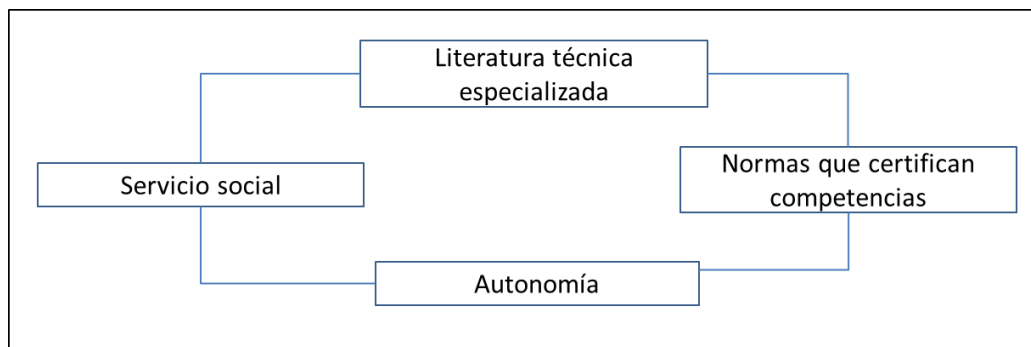


Figura 12. Condiciones mínimas necesarias de una profesión.

Fuente: Elaborado a partir de McPeck y Sanders, 1974, p. 64.

Estas cuatro condiciones conjugan la organización interna de cada profesión, al establecer los acuerdos justificados en la literatura técnica especializada que corresponden al arsenal de su propio centro del conocimiento, al organizarse en las normas o reglas que dan cuenta de la posibilidad de adaptación del profesional a unos mínimos de convivencia y al manifestarse en la realización de un servicio social guiado por la autonomía, la cual es la capacidad

que posee el profesional para tomar las decisiones y actuar en consecuencia y reconociendo su impacto para la sociedad y para consigo mismo. Por lo tanto, el profesional y la organización interna de la profesión se manifiestan en un saber específico y se reflejan en una decisión que resulta en una declaración jurada y comprobada puesta en marcha en su obra misma (Derrida, 2002).

En consecuencia, los profesionales tienen como meta aportar avances a su disciplina que sean evidenciados en un entorno social, lo que conlleva a que la sociedad misma los compense con derechos y privilegios extraordinarios (Schön, 1998). Esta interacción profesionales-sociedad se asegura por medio de la conducta que la sociedad espera que demuestre cada profesional (Schön, 1998); una idea similar la describe Gadamer (1996) como el “sentido normativo social” (p. 63) al referirse a la oportunidad de determinar un enfoque común en el que se refleje el alcance de unos objetivos personales que conduzcan hacia las metas que, como sociedad, se hayan planeado.

En este contexto, es importante aclarar que el alcance de las metas sociales no se trata de una obediencia ciega que absorba los intereses del profesional hasta el punto de invisibilizarlos; se trata de la construcción de un servicio común generado por los esfuerzos de cada individuo y, que, de manera simultánea, se haga el reconocimiento de la capacidad de cambio y mejoramiento de un entorno debido a la puesta en escena de unos mínimos normativos que surgen de las reglas de un juego colectivo. Ahora bien, la responsabilidad en el desarrollo del marco de acción recae sobre las capacidades de reflexión de cada profesional, el cual tiene como compromiso su constante proceso de comprensión que, en palabras de Kinsella (2012), se denomina “potencial transformativo” (p. 49), entendido como un cambio intelectual que tiende a la emancipación y posibilidades de renovación de situaciones. Otro punto relevante en la conjugación de profesional y profesión es la posibilidad que tiene el profesional al verse reflejado o auto-identificado en la profesión (Ellett, 2012); esto es, observar su

propio reflejo al presentar sus capacidades, potencialidades y fortalezas en el marco de las oportunidades que ofrece la profesión misma.

El ejercicio profesional conlleva la asimilación de los acuerdos sobre los cuales se fundan las prácticas tanto explícitas como tácitas en cada una de las profesiones. El siguiente apartado delinea la relación de la profesión y sus prácticas como fuente de soporte individual y colectivo.

4.2 Prácticas profesionales

En relación con las prácticas profesionales, Green (2009) considera cuatro nociones de estas: la primera se refiere al individuo que está inmerso en una profesión y quien se declara o manifiesta incluido en un campo específico que define su rango de acción. La segunda noción se concentra en el profesionalismo entendido como un fenómeno práctico que involucra una identidad y la tercera noción de la profesión se relaciona como una *“cualidad ético-moral”* (p. 6), es decir, una disposición o actitud hacia el objeto de la práctica que permite encontrar el justo medio de una acción, para este caso, en una profesión. Así las cosas, la mayoría de las profesiones reflejan sus deberes en los denominados códigos deontológicos que describen las normas sobre las que se autorregulan los actos profesionales y a los profesionales mismos. Por otra parte, para Nolla y Palés (2015), las dos últimas nociones constituyen el profesionalismo que lo define como: a) las *“actitudes, valores y comportamientos profesionales éticos”* (p. 196), y b) la forma como estos elementos integran la identidad del profesional, la cual tiene como base un ejercicio social basado en la confianza, que para el caso del profesional de medicina se evidencia en la relación médico - paciente. La última noción de Green de prácticas profesionales se enfoca en el hecho de recibir un pago por sus servicios basado en una escala de remuneración previamente establecida por los miembros de la profesión (figura 13).

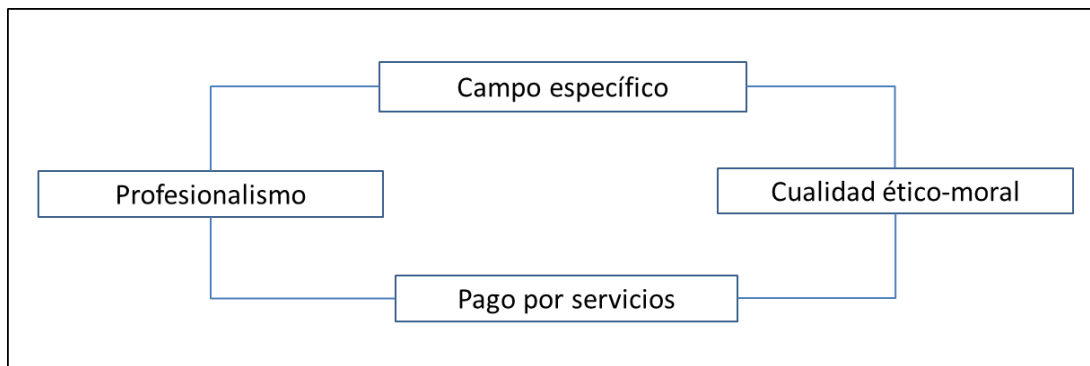


Figura 13. Nociones de práctica profesional.

Fuente: Elaborado a partir de Green, 2009.

Las consideraciones anteriores sobre las prácticas profesionales atañen dos tipos de dimensiones, una de tipo individual y otra de tipo colectivo, las cuales se entrecruzan muchas veces difuminando sus propios límites. En la dimensión individual, la conducta de quien se considera profesional requiere de la disposición que se refleja en una actitud profesional (Green, 2009).

Ahora bien, si situáramos hoy lo que Sennett (2009) indica de los artesanos en la práctica profesional, se podría trasladar el “impulso humano duradero y básico” (p. 12) que sirve como soporte para enfrentar situaciones conflictivas por el solo “deseo de realizar bien una tarea” (p. 12) a los profesionales realmente envueltos en su obra. Este gusto de hacer las cosas y hacerlas bien tiene implicaciones de resorte ético que involucran el demostrar una habilidad determinada que previamente ha pasado por el filtro del compromiso y el juicio, igualmente descritos por Sennett (2009). Según este autor, en un plano físico esta transmisión se evidencia en lo que describió como relación mano-cabeza; esto es, una habilidad se demuestra con la capacidad de realizar una labor, por lo general, elaborada por medio de las manos, la cual previamente ha sido formulada en la cabeza e ideada a través de los pensamientos.

Al pensar en la dimensión colectiva de la práctica, podríamos retomar el concepto de tradición. En esta, Carr (1999) indica que una práctica tiene asiento en la tradición y lo manifiesta de la siguiente manera: "...*practicar* siempre es actuar en el marco de una tradición, y solo sometiendo a su autoridad, los profesionales pueden comenzar a adquirir el conocimiento práctico y los niveles de excelencia por los que se juzgará su competencia práctica" (p. 96). En este sentido, tanto las tradiciones como la autoridad juegan un papel relevante en las prácticas profesionales; de hecho, la autoridad, en un marco ideal, puede ser juzgada por aquellos individuos que posean virtudes morales que ayuden a determinar si una autoridad es o no razonable en sus acciones. Esta condición misma de legitimar a una autoridad reafirma su existencia. Al respecto, Gadamer (1996) indica que una autoridad se vuelve ilegítima cuando se basa en ideas irracionales (p. 35). En este punto recalco que los juicios hacia la autoridad son posibles con la presencia de aquellos que en su propio actuar están inmersos en un sentido *phronético*.

Ahora bien, una de las preguntas que surge en relación con las prácticas profesionales es si la dimensión colectiva es más fuerte que la dimensión individual, lo que conllevaría a que aquello que hace un profesional resulta de una transmisión de generación en generación que olvida indagar por la relevancia de sus acciones; esto es, qué tanto de las acciones de un profesional podrían estar influidas por la tensión existente entre la obediencia debida a la posición de poder que representan las prácticas tradicionales que podrían estar siendo ejercidas sin una real convicción. Esta situación, Gadamer (1996) la expresa de la siguiente manera:

En todas partes se formula la ineludible pregunta: ¿la experiencia acumulada no se habrá ido condensando lentamente en el desarrollo de prácticas que se deben haber aplicado desde tiempos remotos y que mantienen su validez, aunque se desconozcan los motivos de su eficacia? (p. 120)

La anterior provocación de Gadamer nos ayuda a reflexionar sobre las bases de las prácticas profesionales acuñadas por imitación de los aprendices bajo el reflejo de aquellos que son referentes en sus campos de acción y que son revestidos de un sentido de autoridad que puede volverse cegador en la medida en que no se reflexiona antes, durante y luego de una determinada práctica. Poner bajo el fuego de la reflexión las nociones de profesionalismo y de la cualidad ético-moral, nombradas por Green (2009), moldeará los dichos, los hechos y las relaciones de los profesionales que inician sus prácticas desde las universidades y que posteriormente tomarán sus decisiones y construirán su camino profesional con el recuerdo de los maestros que con autoridad demostraron ser llamados profesionales en el sentido pleno de la palabra.

Los efectos de las anteriores condiciones de las prácticas profesionales son aplicables al ejercicio de la medicina. Esta es una de las profesiones que trae mayor bienestar al ser humano, por lo tanto, se espera que aquellos que la profesan estén capacitados para cumplir sus responsabilidades desde todas las aristas de una práctica prudente. El siguiente apartado dará luces acerca del centro de la práctica médica y cómo la relación médico-paciente juega un papel relevante en la función de la medicina.

4.3 Breve historia de las prácticas médicas

Tratar de resumir la historia de la medicina en relación con sus prácticas en unas cuantas páginas es, de por sí, una tarea abrumadora; de hecho, desde la existencia misma del ser humano se genera la necesidad del cuidado o cura de su salud. Sin embargo, para dar un punto de partida, se toma la definición de la historia de la medicina descrita por Laín Entralgo (1978) como:

[...] la serie de las actividades personales, colectivas e institucionales en cuya virtud el hombre ha ido realizando, conforme a determinados

paradigmas científicos y dentro de situaciones histórico-sociales diferentes, sus sucesivas capacidades para entender, curar y prevenir la enfermedad, más ampliamente, para promover la salud, como, por otra parte, el relato sistemático de esta constante obra creadora y operativa. (p. 30)

Pensando en esta definición y en la posibilidad de transmitir un recuento tanto de las actividades personales, colectivas e institucionales que aportaron a la práctica médica y sus modificaciones según cada momento histórico, se iniciará este recorrido con la época denominada medicina pretécnica, es decir, aquel periodo en el que no se tiene conciencia de la enfermedad ni de sus tratamientos. En esta época, las prácticas se establecían en el empirismo bajo un sentido mágico-religioso, tal fue el caso de la medicina semita e indoeuropea, las cuales eran realizadas con el influjo de las creencias de una intervención divina y develadas en los aspectos de la naturaleza. Bajo estas premisas, la medicina se origina como una compañera permanente en la historia misma del ser humano.

Siglos después, con la colonización helénica, en la Grecia antigua se da inicio al saber médico en la llamada *tekhne iatriké* (*ars medica*) o también arte médico, promovido por cuatro rasgos característicos del hombre griego: curiosidad y agudeza por el mundo; necesidad de verbalizar lo observado; proyección de la divinidad en la naturaleza y actitud libre frente a sus dioses a los que rendían culto (Laín, 1978). Estos distintivos permitieron que los griegos, en el siglo V a.C., llegaran a la medicina técnica con la reunión de dos conceptos, estos fueron; primero, naturaleza del sustantivo *physis*, proveniente del verbo *phyeo*, “nacer” o “brotar” y, segundo, arte o *tekhne*, este último visto como un conocimiento racional con el que se logra pasar del *mythos* al *logos*. En este escenario, la figura de Hipócrates de Cos, nombrado “padre de la medicina” y quien fundara una escuela con su nombre, emerge al darle cabida al estudio sistemático de la medicina clínica y al consolidar los 53 escritos que forman el *corpus hippocraticum* y gracias al cual, el Juramento Hipocrático hace parte de la ética del ejercicio profesional médico que involucraba los deberes del médico con sus maestros, familia,

colegas, discípulos y pacientes. Este pacto, declarado durante la graduación de los médicos, tenía como texto original las siguientes afirmaciones:

Juro por Apolo Médico, por Asclepio, por Higiea y Panacea, por todos los dioses y diosas, poniéndolos por testigos, que cumpliré en la medida de mi capacidad y mi criterio el juramento y compromiso siguiente:

Tener a mi maestro en este arte en la misma consideración que a mis progenitores; compartir con él mis bienes y en caso de necesidad, transmitirle parte de los míos; tener a sus hijos como mis propios hermanos y enseñarles este arte si desean aprenderlo, sin honorarios, ni compromiso; transmitir los preceptos, enseñanzas orales y el resto de aprendizaje a mis hijos, a los de mi maestro y a los discípulos comprometidos y juramentados según la ley médica, pero a ningún otro.

Haré uso del régimen en beneficio de los enfermos, según mi capacidad y mi recto entender y, si es para su daño e injusticia, lo impediré.

A nadie daré aunque me lo pida un remedio mortal, ni tomaré la iniciativa de proponer una cosa así. Del mismo modo, tampoco proporcionaré a una mujer un pesario abortivo.

De forma más pura y santa pasaré mi vida y ejerceré mi arte, no cortaré, por cierto, a los enfermos de piedra sino que los dejaré en manos de los hombres que realizan esa práctica.

En todas las casas en las que entrare, lo haré en beneficio de los enfermos manteniéndome lejos de toda injusticia voluntaria, y de toda corrupción en general, y sobre todo del trato amoroso con mujeres u hombres, libres o esclavos.

Todo lo que viere o escuchare en el ejercicio de mi profesión, o fuera de ésta, en relación con la vida de los hombres, si ello no debe ser divulgado jamás, lo mantendré en silencio, teniendo tales cosas por secretas.

Por tanto, si cumplo este juramento sin quebrantarlo, que me sea dado disfrutar de la vida y de arte, honrado entre los hombres por siempre jamás.

Pero, si lo violo y soy perjuro, que mi suerte sea la contraria. (Patiño, 2005, p. 63)

Como reza en las anteriores líneas, la práctica médica se fundamenta, desde los tiempos de la antigua Grecia, en la posibilidad de servicio a los pacientes bajo la premisa de las capacidades de cada médico y el respeto por el paciente por medio de la custodia de la información que se genera en esta relación; he aquí la importancia de Hipócrates como organizador de lo que podría denominarse una primera deontología en la medicina y una declaración de una buena práctica médica. Si Hipócrates de Cos sistematizó la medicina clínica, a Galeno se le adjudica la compilación textual de la medicina griega en los campos de la anatomía y fisiología, semiología, patología, terapéutica e higiene, además de darle cabida a la filosofía platónica, aristotélica y estoica (Laín, 1978) en su ejercicio médico.

Por otra parte, la Edad Media europea se caracteriza por los desplazamientos poblacionales del Mediterráneo a las tierras del norte y centro del continente. Bajo condiciones adversas los siervos del feudo atravesaban situaciones de pobreza e insalubridad que ocasionaron la aparición de epidemias que azotaron a todo tipo de clase social existente. La más representativa fue la conocida como peste negra que menguó entre un cuarto y un tercio de la población entre 1348 y 1350. Con este panorama, la práctica médica se concentraba en el cuatro pilares: a) la medicina como *sapientia*, que involucra un fundamento teológico, orientado a la creciente cristiandad, y un fundamento

filosófico, que trataba de establecer la realidad de la enfermedad humana; b) la medicina como *scientia*, que intenta responder las causas de la enfermedad por medio de la experiencia sensorial y el saber patológico al realizar la *diagnosis morbi* o diagnóstico de la enfermedad y la *diagnosis aegritudinis* o las razones por las que se ocasionaba la enfermedad y, con esta última, llegar a la individualización el proceso de enfermedad; c) la medicina como *prudentia* sustentaba las normas en el “bien obrar ante el enfermo” (Laín, 1978, p. 228) y d) la medicina como *tekhne* en el hacer del médico para llegar al diagnóstico y tratamiento.

De los siglos XV al XVIII se conocen como la Edad Moderna. Durante esta época los cambios de índole social, histórico, intelectual y geográfico afectaron la práctica médica en varios sentidos. Primero, el traslado del feudalismo a la burguesía genera un incremento de enfermedades laborales, como las descritas por Paracelso en los trabajadores de las minas. Por otra parte, el surgimiento de la burguesía y la aristocracia originan enfermedades de tipo social en relación con la conglomeración de poblaciones de las ciudades (tal es el caso de las enfermedades venéreas como la sífilis, o enfermedades por insalubridad como la fiebre tifoidea). Segundo, las constantes guerras causan las patologías bélicas; pese a que la guerra es compañera permanente del ser humano fue solo hasta esta época que las heridas por armas de fuego producen preocupación entre los galenos. Ahora bien, el cambio de esquema mental de la Edad Moderna permitió adentrarse en los secretos del cuerpo humano por medio de la autopsia anatomopatológica cuyo fin era la exploración clínica y, por tanto, el razonamiento de las posibles causas de muerte. La frase *Qui bene diagnoscit bene curat* (Laín, 1978, p. 358), es decir, quien bien diagnostica bien cura, logró tener eco entre los médicos que, conscientes de la oportunidad de la época lograron su *observatio* renacentista (Laín, 1978, p. 359) y la posibilidad de un trabajo empírico racional. Esta observación ayudó a que los cirujanos, desprestigiados para estos tiempos, lograran superar las mezquindades de los médicos no cirujanos, quienes consideraban a los primeros simples cirujanos barberos, entre ellos el nombrado

Ambrosio Pare (1509 - 1590) quien inicia la cirugía moderna con: “el tratamiento suave de las heridas por arma de fuego, la práctica de la ligadura vascular, la herniotomía sin castración y el restablecimiento de la versión podálica” (Laín, 1978, p. 369). Durante los siglos XVI y XVIII inicia la fundamentación de las especialidades quirúrgicas de oftalmología y obstetricia, gracias a publicaciones sobre la cirugía de catarata y el trabajo de parto, respectivamente. Con los anteriores aportes se puede lograr comprender los cambios suscitados a la enfermedad como un mal para el que la padece y, por tanto, socialmente ajustados de acuerdo con la clase social misma que ocupaba el enfermo. En medio de estas circunstancias, la regulación de las prácticas es establecida por el “Estado y las corporaciones profesionales” (Laín, 1978, p. 381), que, como instituciones, trataban de darle un sentido a la profesión.

Debido a que, en el siglo XIX, la principal preocupación médica se focalizó en las cinco grandes epidemias que flagelaron diversas partes del mundo, esta fue la razón por la cual la práctica médica se focalizó en hallar la presencia del germen causante de la enfermedad, lograr la localización del germen en el organismo y evaluar el estado del organismo. Con la anterior visión, surge la necesidad de reconocer la biología individual como parte integral del ejercicio clínico. En el afán de encontrar respuestas que mitigaran el número de enfermos, la farmacoterapia presentó grandes avances en la generación de medicamentos ligados a estudios experimentales en los que se determinaron los principios activos de medicamentos provenientes de vegetales, sustancias de tipo mineral, fármacos sintéticos, inmunoterapia y opoterapia. Con la posibilidad de tratar a la medicina como una ciencia aplicada se inicia la normatización científica de las pautas terapéuticas. Por otra parte, la cirugía tomó gran auge debido al desarrollo de la anatomía topográfica, además del uso de la anestesia en el quirófano, la posibilidad de disminuir la pérdida de sangre, la determinación de los tipos de grupos sanguíneos, el desarrollo de la antisepsia y la mejora del instrumental quirúrgico gracias a los avances de la técnica industrial. En esta etapa, las

expectativas del rol del médico se centraron en tres puntos: la curación, la prevención y el saber médico.

La siguiente época de la historia de la medicina inicia con la Primera Guerra Mundial; en específico, con el desarrollo de acciones bélicas encaminadas a la industrialización del armamentismo y de la energía atómica como fuente de poder entre las naciones. En relación con la enfermedad, continúa la lucha en contra de las enfermedades infecciosas y se agregan las enfermedades por desgaste laboral, malnutrición, neurosis, trauma y entidades neoplásicas. El diagnóstico se enfoca hacia la definición de un “desorden orgánico” (Laín, 1978, p. 645) y la forma en la que vive el paciente. Como avances quirúrgicos se encuentran: el saber científico quirúrgico, los cuidados preoperatorios, los tratamientos postoperatorios, el trabajo en equipo, el aumento de especialidades, el progreso en la anestesiología, la disminución del tiempo quirúrgico y la regulación de la deontología de la práctica quirúrgica.

Luego de las dos guerras mundiales, los cambios en la práctica médica han sido importantes; por ejemplo, con la creación de los antivirales se ha logrado un control parcial de las enfermedades infecciosas. La revolución tecnológica ha permitido a los médicos ser menos invasivos tanto en el diagnóstico como en el tratamiento al paciente. Ahora, la mirada de la medicina se concentra en enfermedades de tipo cardíaco, neoplásico y psiquiátrico. Han sido tantos los cambios surgidos en el último siglo que sería imposible describirlos en unas cuantas hojas.

Colombia no ha sido ajena a la evolución de la práctica profesional médica. Como en cualquier parte del mundo, los médicos intentan seguir los pasos de aquellos galenos que demuestren ser efectivos en la disminución de las dolencias, llegar a una rehabilitación en un tiempo prudente y, en los casos en que la cura no es posible, ser aliento para cada paciente. Desde el año 1981 en Colombia se promulga la Ley 23 la cual tiene como objetivo hacer explícitas las normas de ética

médica. El primer principio fundamental para el desarrollo de tales normas corresponde a la definición misma de la profesión médica (Congreso de la República de Colombia, 1981):

La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distingos de nacionalidad, ni de orden económico-social, racial, político y religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes. (Art.1)

Esta definición contempla a la medicina como una profesión cuyo sentido se centra en el cuidado de la salud sin hacer exclusión de personas y actuando bajo las condiciones que recogen las nociones de una práctica profesional presentadas previamente desde la postura de Green (2009). Como se describirá en el siguiente apartado, el cuidado de la salud resulta ser la base de la práctica médica.

4.4 Práctica médica: cuidado de la salud como su fundamento

El énfasis de la práctica médica se centra, en toda su extensión, en el ser humano, creando su “mundo propio” (Gadamer, 1996, p. 177); en otras palabras, aun cuando la mayoría de la práctica médica gira en torno al restablecimiento de la salud motivado por la presencia de la enfermedad, el ser humano tiene mucha más conciencia del momento en que padece una enfermedad que del momento en que goza de buena salud. Por ende, el médico basa su práctica en la experiencia del acto médico que reúne el sentir del paciente, que requiere, además de los conocimientos específicos, valorar la vivencia del paciente mismo. Lifshitz (2015) describe la experiencia de este acto con las siguientes palabras: “no se ha logrado

sustituir el valor de ver, oír, palpar y oler a los enfermos reales de todos los días, de experimentar las vivencias subjetivas que ello conlleva, de sufrir y gozar con los pacientes y sus familias” (p. 307). Este contacto, no solamente físico, hace posible la práctica médica como un saber específico del médico en un hacer, decir y relacionarse con el paciente, su familia, sus colegas, la institución o centro hospitalario y el sistema de salud.

En este contexto, la lucha por contrarrestar la enfermedad reviste al médico de una serie de dominios relativos en su actuar; relativos, debido a la naturaleza misma de la enfermedad, para la cual en ocasiones no hay una solución que retorne a su estado de salud anterior. Cuando este estado no se logra, el paciente busca su *equilibrio vital* (Gadamer, 1996, p. 56), evitando convalecencias tortuosas y alargadas que hagan que su *estar-ahí* en este mundo se vuelva un *estar-enfermo* de manera permanente. La anterior afirmación resulta relevante para la explicación de estar en un mundo como arrojados por nuestro propio sentido de existencia, lo que implica mantener el equilibrio del estado de una salud en medio de infinitas posibilidades de alteraciones somáticas o psicológicas. En medio de esta situación el paciente, de acuerdo con Gadamer (1996) se encuentra de frente con su angustia y sus miedos, propios de la vida humana, debido a la presencia de la enfermedad.

Con este panorama, el médico resulta ser un actor clave de las respuestas que busca afanosamente el paciente; respuestas que no solamente atañen un hacer por parte del paciente, sino que involucran un sentido de la misma vida. Cuando un galeno reconoce el valor de la angustia y de los miedos del paciente lo reconoce como persona, al tiempo que se reconoce a sí mismo como persona en sus propias prácticas profesionales; examina sus propios dominios y de manera interna, admite que el primer ingrediente de un acercamiento al paciente es el diálogo como mediador de esta angustia y miedos propios de un *estar-enfermo*. Junto al diálogo como mediador, aparece la reflexión como soporte fundamental de las acciones (Schön, 1998):

Cualquiera que sea la condición desencadenante, la reflexión...consiste en sacar a la superficie de inmediato, criticar, reestructurar y poner a pruebas las comprensiones intuitivas de los fenómenos experimentados; a menudo toma la forma de una conversación reflexiva con la situación. (p. 215)

De esta manera, la reflexión constante entre el paciente y el médico logrará encauzar los posibles tratamientos y sus consecuencias con mayor sentido de la realidad. Para Gadamer (1996), este actuar médico corresponde a *reinstaurar el equilibrio alterado* (p. 50), con base en el intento constante de encauzar no solo las funciones deterioradas, disminuidas o perdidas de una parte física del paciente, sino en la posibilidad de mantener al paciente en su vida normal tratando de evitar el padecimiento de la enfermedad. Este equilibrio es descrito por Gadamer (1996) como *el establecimiento de algo natural* (p. 32).

En este contexto, para identificar cuál es el problema de salud por el que atraviesa el paciente, es necesario que el médico conozca el funcionamiento de los órganos, es decir, que busque patrones normales físicos y mentales para luego agudizar su mirada en donde está el faltante de este funcionamiento, esto es lo que Gadamer (1996) considera que no solo se requiere de la recuperación sino de la posibilidad de *reintegrar la capacidad de hacer y a su ser* (pp. 103-104). La situación sería mucho más sencilla si el médico tuviera certeza de que toda su práctica profesional lleva a unos resultados específicos en cada paciente; por el contrario, la constante en la práctica médica corresponde a la incertidumbre y por tanto, a la deliberación, que implica más que el mismo acto médico. Kemmis (2012) describe esta situación de la siguiente manera:

El problema para el médico puede ser determinar un diagnóstico para un paciente en particular con signos y síntomas particulares. Después de que se haya decidido un diagnóstico, se podría construir un régimen de terapia, no exactamente igual que en otros casos, tal vez, sino un régimen que

podría adaptarse a las circunstancias de este paciente en estas circunstancias. La deliberación práctica se vierte en las decisiones sobre el régimen de la terapia, por ejemplo, personalizando el tratamiento para tales y tales circunstancias dadas. (p. 152)

Esta explicación permite razonar sobre la importancia de que el galeno desarrolle un saber práctico o *phrónesis* en su ejercicio profesional. De hecho, la aplicación misma de la sabiduría práctica requiere de la deliberación y del juicio (Aristóteles, 1999). Por lo anterior, se puede considerar que la práctica de la medicina no solo consiste en restablecer un órgano o un sistema físico; podría indicarse que la práctica médica incompleta es aquella que se centra en el proceso biológico, en el estado de los estímulos y las respuestas, y no se centra en la humanidad misma. Si un médico o cualquier profesional actúa conforme con la primera mirada estaría valorándose a sí mismo, como lo indica Ricoeur (2008), de la siguiente manera: “El individuo se define por referencia a él mismo, en función de su horizonte de transformaciones con sus criterios personales de realización y de evaluación” (p. 180).

Si el centro de la práctica médica es el cuidado de la salud, de manera implícita está el ser humano y, por lo tanto, lo propio de la práctica del médico corresponde al cuidado del ser humano no solo en su cuerpo sino también en su mente. Por esto, la relación médico-paciente es una relación estrecha que requiere el reflejo de ambos como sujetos que merecen reconocimiento y respeto. Ricoeur (2008), manifiesta que esta relación centra todo su contenido en el “pacto de cuidados basados en la confianza” (p. 185). Magníficamente el autor indica que el *pacto de cuidados* consiste en la necesidad de ayuda expresa por parte del paciente, quien relata su situación al médico en busca de una solución oportuna. Por otro lado, el médico que *escucha* termina comprometiendo su juicio profesional al aceptar *seguir* el paciente; en este punto, considero que el término *acompañar* resultaría dar un sentido de mayor acercamiento como ser humano para el paciente y para el médico. La compañía implica no solo tomar un camino

clínico del tratamiento, sino la oportunidad de aproximación en medio de la desigualdad de la relación médico-paciente (figura 14).

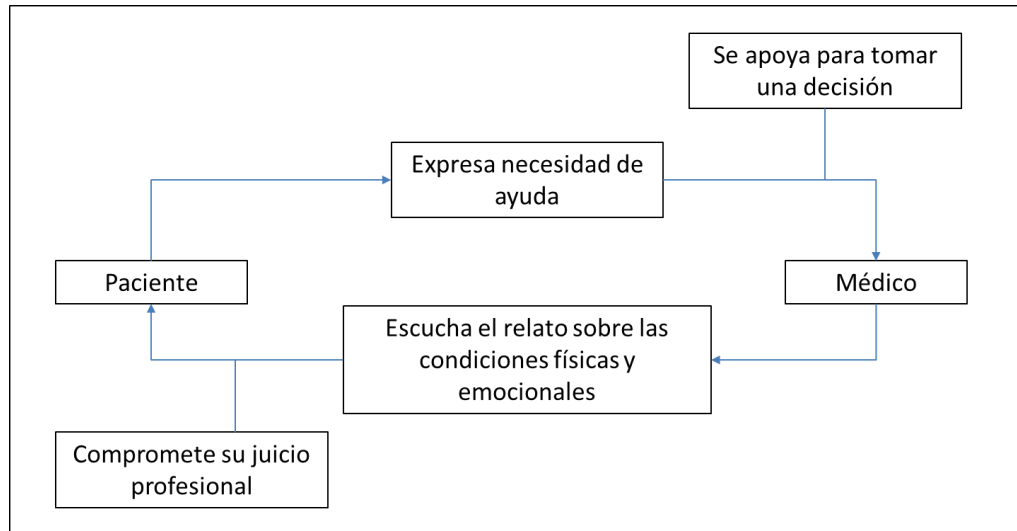


Figura 14. Relación médico-paciente basada en el pacto de cuidados.

Fuente: Elaborado a partir de Ricoeur, 2009, p. 185.

Por tanto, es por medio de la conversación como el paciente y el médico logran disminuir la distancia en el acompañamiento durante el proceso de enfermedad del paciente y la mirada vigilante del médico:

La conversación forma parte de este tratamiento y domina la dimensión decisiva de toda acción médica, no solo en el caso de los psiquiatras, la conversación humaniza la relación entre dos individuos que son fundamentalmente distintos, el médico y el paciente, el establecimiento de estas relaciones desiguales configura uno de los aspectos más difíciles del trato entre los hombres. (Gadamer, 1996, p. 128)

Dar la oportunidad al paciente para que recuerde y narre el inicio de los síntomas, la forma como cambió su vida y las situaciones que generan angustia o miedos, hace que pueda contar con otro ser humano quien, por su posición profesional, tiene la capacidad de comprender su dolor. Paciente y médico, al

verse como seres humanos con la posibilidad de pasar por la misma situación, disminuyen tensiones y reconocen la importancia de una conversación en la que se puedan hacer “preguntas comprensivas” (Gadamer, 1996, p. 50) y generar respuestas comprensivas, tanto para el paciente doliente como para el médico tratante.

En consecuencia, a medida que el paciente manifiesta sus dolencias físicas y emocionales, el buen médico va entretejiendo el trato con el paciente. No solo es el tratamiento terapéutico, esto es, el proceso clínico completo; ese en el que se requiere tomar la decisión por un diagnóstico y por medio del cual tomará otra u otras decisiones de tratamiento terapéutico en sí mismo. Kemmis (2012) expresa que el médico llega a la deliberación práctica al personalizar los tratamientos dependiendo de las circunstancias dadas. En la mayoría de los casos, el médico decidirá por tratamientos que son conocidos para el logro de fines conocidos; en este caso, se estaría apelando a una de las características de la *phrónesis*: la *poiesis*, explicada en el capítulo anterior. Sin embargo, antes de llegar al punto de la toma de decisiones clínicas, las buenas prácticas de los juicios profesionales, aquellas que involucran la deliberación, tienen una fuerte amalgama de “complejas interacciones entre las generalidades y las particularidades” (Ellett, 2012, p. 19). Aunque en los juicios deliberativos, tanto medios como fines son cuestionados, muchas veces se dejan de lado los fines y se centran los densos dilemas morales de los medios. Pese a esto, Carr (1999) contraargumenta indicando que tanto medios como fines deben ser valorados de manera conjunta (p. 99). Este argumento tiene especial eco en la práctica médica debido a que tanto medios como fines deben ser analizados en cada paciente.

Hasta aquí, se ha dejado en claro que el punto central del trato médico o mejor, la práctica médica, consiste en el cuidado de la salud, pero alcanzar este fin tiene rutas diversas que pueden ser logradas por diferentes medios y, por lo tanto, requiere de la deliberación, esto es, una vez se logra establecer el diagnóstico, el siguiente paso consiste en la definición de las estrategias de tratamiento, la

mayoría de las veces bajo condiciones inciertas. Por esta razón, Kemmis (2012), siguiendo a Aristóteles, establece a la deliberación como un punto fundamental de la práctica en condiciones inciertas así:

Una situación práctica incierta no es, por definición, una situación de tipo conocido y decidido, para la cual los objetivos, medios y estrategias preexistentes son claramente relevantes y aplicables. Primero debe decidir - por deliberación práctica - en qué tipo de situación nos encontramos, qué está en juego y cómo podemos apostar a responder. Habiendo deliberado, podríamos proceder de acuerdo con una regla o estrategia conocida (si encontramos que la situación es de un tipo conocido, rutinariamente dirigible por un medio conocido hacia fines conocidos). (p. 151)

Bajo estas condiciones, el médico trabaja en lo que Gadamer (1996) denomina un equilibrio oscilante (p. 51); esa tensión constante en la que teniendo en la mira un fin deseable, este se desestabiliza por las condiciones de la naturaleza de la enfermedad, para estos casos, el médico necesita suprimirse a sí mismo y permite que la naturaleza actúe. Para lograr este fin, Gadamer (1996) también da luces al “ver más allá de lo que constituye el objeto inmediato de su saber y de su habilidad” (p. 56). Lo anterior, podría asociarse con otro de los elementos que Gadamer (1996) ha puesto sobre la mesa de la práctica médica, que consiste en la posibilidad de la anticipación (p. 52); es decir, la capacidad del médico para tomar decisiones y hacerlas efectivas con el fin de disminuir las dolencias o etapas avanzadas de una enfermedad. Sin embargo, no solo se requiere que el médico sepa qué técnica usar; también se debe pensar en el sentido que tiene el paciente sobre su propia vida, y esto último solo se logra cuando el médico se reconoce como un *reflejo de sí en el otro* como lo expresa Ricoeur (2008) en el siguiente fragmento:

...la estima de sí no se reduce sólo a una simple relación de sí consigo mismo. Este sentimiento incluye, por otra parte, una demanda dirigida a los

otros. Incluye la espera de una aprobación que viene de los otros. En este sentido, la estima de sí es a la vez un fenómeno reflexivo y relacional, y la noción de dignidad reúne las dos caras de este reconocimiento. (p. 181)

En medio de las inestabilidades de la naturaleza, entra en juego la credibilidad del médico como una especie de capital, inicialmente no material, que ha ganado cuando su trato con el paciente logra un reconocimiento social; esto es, un paciente que logra retornar a su estado de salud conversará con sus allegados, quienes comunicarán a otros los fines alcanzados por el médico. Esta credibilidad se aferra a la conversación comprensible entre médico y paciente en la que se acuerda un pacto de cumplimiento. Schön (1998) considera que “cada persona se esfuerza por mantener su credibilidad a toda costa, porque la pérdida de credibilidad puede hacerle imposible actuar” (pp. 230-231). Por su parte, el paciente, quien confía su vida al médico, basa su pacto de cuidados en la credibilidad, que según Schön está fuertemente vinculada a la confianza y competencia.

Ahora bien, retornando al pacto de cuidados, Ricoeur (2008) manifiesta que la función de este pacto es la de buscar igualdad, lo que implica, como ya se dijo, que el médico escuche con atención e interés la problemática del paciente por un lado y, por otro lado, responsabiliza al paciente de la escucha del consejo médico y su aplicación. Por lo anterior, se requiere además de las técnicas para la restauración a la normalidad de este órgano o sistema, estar embebido en la problemática del ser mismo del paciente de manera *íntegra* y de manera simultánea, que el paciente comprenda el alcance del actuar médico. Esto consiste en: ponerse en los zapatos y razonar en cómo afecta la vida de otro ser humano al entregar su confianza en las capacidades del otro; es una especie de seguridad condicionada en la que los dos esperan una recuperación: “Un médico razonable, al igual que el paciente, siempre quedará agradecido a la naturaleza en caso de producirse una recuperación” (Gadamer, 1996, p. 142).

Esta recuperación basada en un poner en marcha el tratamiento, es la posibilidad para el médico de afianzar su entrega en la obra misma hacia su práctica profesional. El médico genera en sus pensamientos las decisiones clínicas y culmina su trabajo en sus manos cuando examina al paciente, formula una prescripción, realiza un examen clínico, hace una cirugía, abraza al paciente para darle consuelo, entre muchos otros. De manera similar, Gadamer (1996) describió el tratamiento médico de la siguiente manera: “[...] En él están presentes la mano que palpa, el oído fino, el ojo alerta del médico que procura ocultarse tras una mirada consoladora. Hay muchas cosas que se vuelven esenciales para el paciente en el encuentro con el tratamiento” (p. 116).

Otro de los elementos fundamentales que apoya el pacto de cuidados es el juicio práctico. El juicio práctico, la deliberación y elección son para Carr (1999) los determinantes de la práctica. Según Kinsella (2012) existen seis criterios que establecen si un juicio se podría considerar un juicio práctico verdadero en las ciencias de la salud. Los criterios son los siguientes: de *utilidad pragmática*, *capacidad de persuasión*, *atractivo estético*, *imperativo ético*, *intersubjetividad dialógica* y *potencial transformativo*⁴. En relación con la utilidad pragmática su fundamento es la experiencia del profesional; la capacidad de persuasión se refiere al curso de acción que el profesional toma según su reflexión de una práctica en un contexto, situación presentada con frecuencia en las comunidades disciplinares; el atractivo estético incluye la expresión artística de la práctica (en este punto, no solo es lo bueno sino lo bello); el imperativo ético tiene asidero en la complejas zonas grises de condiciones morales del cuidado (la autora considera que en estos tiempos cambiantes, los valores corporativos podrían llegar a desplazar los juicios éticos); la intersubjetividad dialógica se refiere a la posibilidad de *socialidad de la consciencia* (p. 49), la cual consiste en el reconocimiento de la negociación de significados y el rol de los discursos en el proceso de práctica, por último, el potencial transformativo es un criterio creativo en la medida que las

⁴ Los criterios de *utilidad pragmática*, *capacidad de persuasión* y *atractivo estético*, son rescatados de Kinsella (2012) siguiendo la obra de John Dewey y Donald Schön.

situaciones que vive el profesional dan pie a la renovación por medio de la imaginación como capacidad humana única (figura 15).

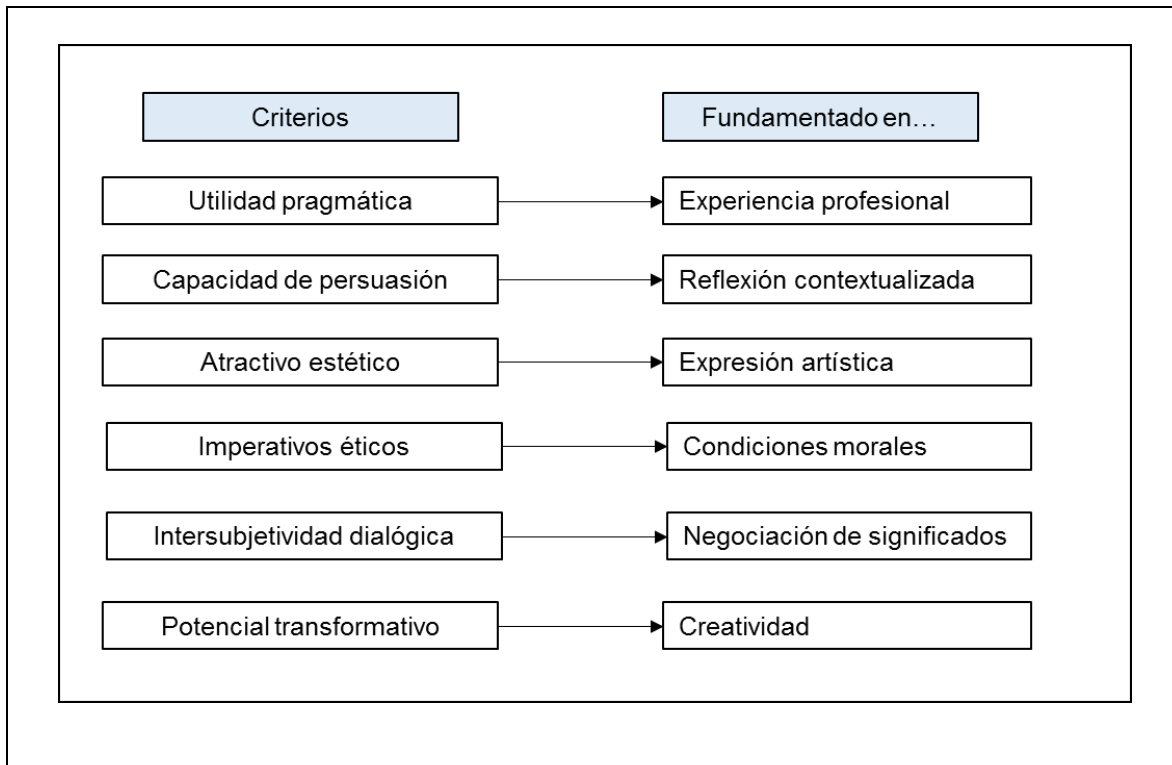


Figura 15. Criterios del juicio práctico.

Fuente: Elaborado a partir de Kinsella, 2012, p. 49.

Ahora bien, los juicios prácticos médicos no solo tienen criterios, sino que se encuentran en mayor o menor grado cercanos a las singularidades del paciente. Ricoeur (2008) hace una explicación de los *tres niveles del juicio médico*. En un primer nivel se encuentra la *phrónesis*, el segundo nivel lo constituye la *deontología* y, por último, y de manera más general, los *juicios reflexivos*. Según Ricoeur (2008), estos tres niveles son necesarios debido a la fragilidad del pacto de cuidados; interpretando a Ricoeur (2008) este pacto requiere los tres niveles de manera simultánea para fortalecer su aplicación, es decir, es una comprensión gradual que inicia en la *phrónesis*, que encuentra su fundamento en lo singular del paciente, se refiere a la condición misma de su ser que lo hace único y por tanto requiere una comprensión específica por parte del médico. Al ampliar la mirada del

nivel del juicio médico se encuentran en la parte general los *juicios reflexivos* que tienen resorte en el sentido de una humanidad como sociedad (figura 16).

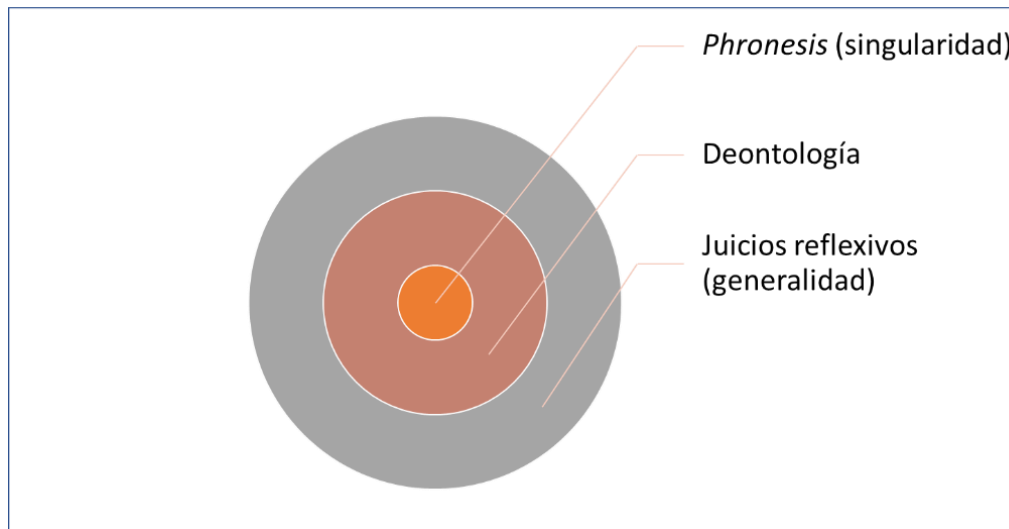


Figura 16. Los tres niveles de juicio médico.

Fuente: Elaborado a partir de Ricoeur, 2008, p. 194.

Estos tres niveles de juicio médico soportan la práctica médica que está colmada de exigencias, responsabilidades, dimensiones humanas y sociales (Gadamer, 1996), y la única forma de hacerles frente de manera adecuada consiste en involucrar, por un lado, el conocimiento específico de unos patrones referentes a la enfermedad y, por el otro, la capacidad de abstraer la experiencia con los pacientes como fuente constitutiva de la sabiduría práctica o *phrónesis*. Este andar del médico se ve manifestado en la reflexión constante, en pensar y repensar en las consecuencias de sus actos, se evidencia en la observación agudizada en el paciente actual mientras trae a su memoria las situaciones similares en otros pacientes que le permitieron llegar al estado de salud anhelado. Este actuar de manera oportuna con cada paciente implica un saber oportuno y eficaz que es aplicable al sentido humano (Barragán, 2015). La *phrónesis*, para el caso de la práctica médica, tiene la habilidad de hacer comprender al médico las características propias del paciente como ser humano y le permite al paciente entender el acompañamiento del médico durante este proceso de dolencia y

sufrimiento. Cuando se llega a este punto, la relación médico-paciente fluye libremente debido a que se es capaz de decidir qué debe hacerse en situaciones contextualizadas (Carr, 1999, p. 98).

En el siguiente nivel de los juicios médicos se encuentra la deontología, la cual se puede tomar como la oportunidad que tienen el médico y el paciente de encontrar respuestas en unos códigos profesionales que analizan situaciones complejas por medio de una mirada construida por actos reflexivos colectivos. De alguna manera, la idea de una sociedad justa podrá revelarse por medio de los códigos de ética promulgados en las diferentes profesiones en un intento de “elección colectiva” social que apoya la autonomía en los juicios por medio de la legitimación como grupo de profesionales (Ellett, 2012). En este nivel los pilares de sus acuerdos se basan en: a) el secreto médico, b) el derecho del paciente al conocimiento de la verdad, y, c) el consentimiento informado (Ricoeur, 2008). Cuando se presentan dificultades en el segundo nivel del juicio médico, se pasa al juicio reflexivo, para el cual Ricoeur (2008) asimila a la ética general en que el precepto consiste en el “deseo de vivir bien, con y para los otros, en instituciones justas” (p. 194). Estos niveles, Ricoeur (2008) los explica de la siguiente manera: “...el abismo no puede más que acrecentarse entre la reivindicación de una libertad individual ilimitada y la preservación de la igualdad en la distribución pública de cuidados bajo el signo de la regla de solidaridad” (p. 192). El autor es consciente de la fragilidad de los niveles del juicio médico; así, afirma que la *phrónesis* es frágil debido a la dialéctica de la confianza y desconfianza, puntos que hemos desarrollado a lo largo del capítulo. El nivel deontológico es frágil en el *nivel normativo del juicio* (p. 195) y, por último, el nivel de juicios reflexivos tiene su fragilidad en las *estructuras consensual/conflictiva de las fuentes de moralidad común* (p. 195), esto es, llegar a desacuerdos que son razonables debido a diversas moralidades en una misma sociedad (figura 17).

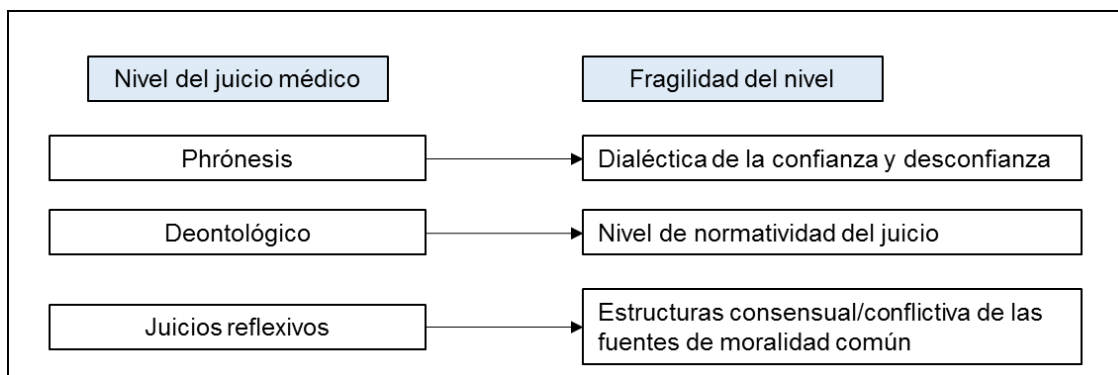


Figura 17. Fragilidad de los niveles del juicio médico.

Fuente: Elaborado a partir de Ricoeur, 2008, pp. 192-195.

Ahora bien, si toda práctica médica presentara una relación causal muy clara, tanto los procesos de deliberación como los niveles de juicio médico que se encuentran atados en un sentido técnico y político y cuya finalidad es la utilidad, tendrían menos inferencia en la profesión médica, pero la realidad es otra. Día a día surgen discusiones en las juntas médicas que tratan de buscar el mejor resultado, o mejor aún, el mejor cuidado; en este punto, el asunto no es el fin sino el medio para lograrlo. En estos casos la deliberación individual y colectiva trata sobre las formas o maneras de resolver una situación clínica complicada, más que sobre los fines mismos; sin embargo, para lograr esta oportunidad de encuentro colectivo se requiere de profesionales dispuestos a aplicar los tres niveles del juicio médico explicados por Ricoeur (2008). En este mismo sentido, Barragán (2009), basado en el pacto de cuidados descrito por Ricoeur (2008), indica que la confianza soporta la posibilidad del diálogo y la alianza apoya la prescripción como eje representativo de un pacto entre dos individuos que están sujetos al seguimiento del tratamiento como referente de la comprensión de sus propios papeles en la relación médico - paciente. Barragán (2009) propone tres puntos que refuerzan tanto los juicios reflexivos, la deontología médica y la *phrónesis* médica, estas son: a) *“una formación académica rigurosa”* (p. 143), la cual, más allá del mero conocimiento, es la posibilidad de llevar la aplicación del saber a una práctica concreta; b) *“normas éticas en relación con la comprensión de lo humano en el ejercicio profesional”* (p. 143), esta clave es un punto especial en la relación

médico - paciente dado que los dos individuos están inmersos en un contexto socio cultural que abraza costumbres y normas bajo una moral socialmente determinada; y c) “*la salud pública como una constitución de la ciudadanía y una ética de alcances políticos*” (p. 144), en esta tercera propuesta se empodera la participación de las acciones sociales como un derecho y un deber en la constitución misma de las políticas que atraviesan las prácticas individuales y que son vertidas a una comunidad.

Hasta aquí, se ha evidenciado la importancia de un actuar ético en la práctica médica, que al igual que en otras profesiones son prácticas “transitorias, efímeras y cambiantes” (Kemmis, 2009, p. 34). En medio de la labor médica los procesos reflexivos individuales y colectivos tratan de ser el soporte de una toma de decisiones médica adecuada. Schön (1998) en este sentido indica:

Cuando un profesional reflexiona desde y sobre su práctica, los posibles objetos de su reflexión son tan variados como los tipos de fenómenos ante él y los sistemas de saber desde la práctica que se les aporta. Puede reflexionar sobre las normas y apreciaciones tácitas que subyacen en un juicio, o sobre las estrategias y teorías implícitas en un modelo de conducta. Puede reflexionar sobre los sentimientos respecto a una situación que ha llevado a adoptar un curso particular de acción, sobre la manera con la que ha encuadrado el problema que está tratando de resolver, o sobre el papel que ha construido para sí mismo dentro de un contexto institucional más amplio. (p. 67)

Así las cosas, un médico requiere de su compromiso como ser humano para hacerle frente a todos los embates de su mayor contrincante: la enfermedad. Para lograr este objetivo, el galeno puede visualizar su práctica clínica desde la ciencia o desde el arte o desde la convergencia de estas dos ópticas. Este aspecto se analiza en la siguiente sección.

4.5 La medicina: tradición entre la ciencia y el arte

Mejía (2012) indica que uno de los puntos clave de una práctica⁵ consiste en el mantenimiento de la tradición orientada por una comunidad que profesa funciones de autoridad (p. 42). En este contexto, las tradiciones médicas se conservan como parte inherente en la solución de los problemas físicos y mentales que aquejan al paciente; no obstante, con el advenimiento de nuevas herramientas diagnósticas y de tratamiento, necesariamente la práctica se modifica, al igual que las tradiciones, poniendo en valoración el actuar médico dependiendo de los avances en la atención del paciente basados *en los hechos* que logran un restablecimiento de la salud. En relación con los hechos, Della Fish (2009) ha indicado que las prácticas profesionales médicas son altamente pragmáticas, al explicarlo de la siguiente manera:

...dar forma a la práctica asistiendo estrechamente a lo que es factible, realista, oportuno y conveniente; articulando y dando apertura tanto como sea posible; y criticando, analizando e interpretando este enfoque de tal manera que las comprensiones que emergen puedan remodelar la práctica. (p. 138).

Siguiendo los elementos indicados por Fish (2009), se resaltan dos puntos: primero, que las prácticas médicas se basan en situaciones concretas en las que se evidencian resultados de la atención de pacientes similares a los suyos en los que sus mismos colegas o ellos mismos han reportado consecuencias afortunadas; y el segundo punto corresponde a asimilar que las prácticas no son en sí mismas absolutas dada la incorporación de nuevas formas de llevar a cabo su ejercicio profesional al seguir los avances médicos que surgen a diario con el fin de “dominar algo” (Gadamer, 1996, p. 172) y al mismo tiempo, reconocer los límites de su dominio.

⁵ El autor refiere otros tres puntos clave, estos son: girar en torno a actividades específicas de un oficio; contemplar bienes morales, y el conocimiento se centra en lineamientos generales.

En consecuencia, como se ha indicado previamente, los medios por los que se toma una decisión médica están alineados con una serie de conocimientos profesionales aunados a la posibilidad de realizar deliberaciones y juicios médicos con el fin de lograr un pacto de cuidados basado en la confianza. Como lo indica Schön (1998), las prácticas almacenan, en mayor o menor medida, complejidades, inestabilidades e incertidumbres (p. 172); para lograr superar estas dificultades, el médico cuenta con su experiencia y la reflexión constante como aliadas. En medio de este panorama, los pilares científicos y artísticos propios de la medicina encauzan las posturas de las prácticas médicas. A continuación, se analizará cada una de estas ópticas como agentes de soluciones a los juicios y decisiones clínicas.

Según Gadamer (1996), la ciencia de la medicina es la ciencia de la enfermedad (p. 121); es decir, el estudio y el dominio de la enfermedad resulta ser el anhelo del médico por asimilar la totalidad de los procesos mórbidos que alejan al hombre de su estado de salud. De hecho, el médico pasa a ser un hombre de ciencia (Gadamer, 1996, p. 45) y este estado de científico lo conecta a una ciencia que tiene estrechas relaciones ligadas con el conocimiento (Green, 2009) y el cual es demostrado por el poder-hacer, que depende de la naturaleza misma de la enfermedad (Gadamer, 1996, p. 49), circunstancia que bloquea o posibilita el acto médico.

A pesar de todas las adversidades, el médico busca el origen de la enfermedad y la forma de contrarrestarla para curar o aliviar a su paciente y evitar la presencia de nuevos casos: “Pero el ejemplo del médico demuestra, con particular claridad, en qué medida se agudiza la relación entre la teoría y la práctica bajo las condiciones de la ciencia moderna.” (Gadamer, 1996, p. 34). En este escenario aparece, de manera hegemónica, el modelo biomecánico que explica tanto la salud como la enfermedad bajo unos parámetros de perspectiva biotecnológica que le permite acuñar un sentido de “ciencia universal” (Rillo, 2006,

p. 254). En este marco la probabilidad resulta ser una oportunidad en la aplicación de la teoría a la práctica (Ellett, 2012), sin que esta sea el único elemento para llegar a una correcta decisión clínica. Así las cosas, al realizar el ejercicio clínico bajo tradiciones que se encuentran fundamentadas en un actuar pragmático que responde a las causas y posibles efectos de la enfermedad, quedaría olvidado el sentido de una comprensión del ser-del-paciente, el cual tiene un aspecto relevante en el juicio clínico y en consecuencia con su práctica médica.

Por consiguiente, a la ciencia le queda mucho más cómodo desplazar todos los elementos constitutivos de la práctica y se queda con solo uno de ellos, la *techne*: “No obstante, yo consideraría más acertado sostener que la ciencia posibilita un conocimiento orientado hacia el poder-hacer, un dominio de la naturaleza fundado en su conocimiento, es decir: una técnica” (Gadamer, 1996, p. 18). Como lo indicara Carr (1999), el objetivo del razonamiento técnico es: “... considerar la eficacia relativa de la acción como medio para algún fin conocido” (p. 98); por ejemplo, para Schön (1998), la medicina se basa en la racionalidad técnica (p. 155) y discurre que no es suficiente para dar respuesta a la totalidad de las prácticas de las profesiones basadas en la ciencia debido a que no solo se solucionan problemas técnicos (Schön, 1998). Para el que está inmerso en la ciencia, la *techne* le resulta familiar debido a que esta no da sentido moral de las acciones (no es su función) sino que da respuesta a un hacer guiado por fines y no por la presencia de la bondad de sus medios. Por fortuna, la *techne* no es el único elemento de la práctica, como se demostró en el capítulo anterior.

Ahora bien, si se piensa la medicina como arte, Gadamer (1996) realizó su interpretación de la siguiente manera:

En su caso, no hay una obra producida por el arte y que sea artística.

Tampoco se puede hablar de la presencia de un material ya dado en la naturaleza, del cual sea posible obtener algo nuevo al presentarlo en una

forma artística. La esencia del arte de curar consiste, más bien, en poder volver a producir lo que ya ha sido producido. (p. 46)

El médico tiene por obra reencauzar un estado perdido o disminuido en la salud de un ser humano. Bajo esta premisa pareciera que la medicina dista de ser un arte; sin embargo, si en sus prácticas profesionales el médico solo aplicara la racionalidad técnica al cuidado de la salud, no sería posible encontrar la totalidad de las soluciones. En este punto, aparece la naturaleza artística enmarcada en la reflexión como otra vía de respuesta (Schön, 1998). Cuando se da cabida en este trato médico a la razón práctica (*phrónesis*) como la búsqueda incesante de la sabiduría en circunstancias bajo un parámetro de sentido universal (*sensus communis*), el médico logra acercarse de una manera diferente, pero con un interés de la comprensión-interpretación-aplicación de un juicio clínico que le da orientación al ejercicio médico (Rillo, 2006). Kemmis (1999) refuerza esta idea al indicar que la *phrónesis* o el razonamiento práctico:

...no supone la existencia de fines conocidos ni de medios determinados ni sigue las reglas metodológicas impuestas; en cambio, es la forma de razonamiento apropiada en situaciones sociales, políticas y otras en las que las personas sensatas razonan, basándose en la experiencia, acerca de cómo actuar de manera leal y correcta en determinadas circunstancias históricas (en las que tanto los medios como los fines son problemáticos). (p. 29)

Los elementos propuestos por Kemmis (1999), trasladados al plano de las prácticas médicas logran reunir las situaciones inciertas y la experiencia como ingredientes de un actuar coherente que es capaz de analizar los hechos en una situación contextualizada valorando las consecuencias del uso del saber específico profesional a estrategias de diagnóstico y tratamiento en las particularidades de los pacientes en un momento justo. En este mismo sentido, Montgomery (2006), describe a la medicina de la siguiente manera: “La medicina

es una práctica racional que usa la ciencia (p.45). Es así como el médico *phronético* combina su habilidad técnica y su ser-moral. Quienes actúan como tales, tienen la capacidad de apreciar el bien común.

4.6 A manera de síntesis: Cuidado como centro de práctica médica

Lo expuesto anterior aborda la integridad profesional del médico, contextualizándolo como persona al servicio de una sociedad y, luego como el portador de capacidades extraordinarias que pueden ser orientadas a la obtención de resultados; en este caso, dirigidas al paciente con el fin de propender por aquel *pacto de cuidados* descrito por Ricoeur (2008). Esto resulta de un ejercicio en el que se moldeen de manera simultánea todos los elementos de la práctica en la práctica médica misma, con el fin de formar seres humanos que sean capaces de comprender que cada contexto requiere de un análisis en que se sincronice el pensar y el actuar de manera coherente. De hecho, Herrera (2013) indica que cuando solamente se legitima un solo tipo de uso del conocimiento se restringe al estudiante en el aprendizaje de una posibilidad; de aquí la relevancia de la universidad al generar un espacio en el que se hace posible la formación profesional y cuya misión propende por los más altos estándares de formación y de búsqueda de verdad, como lo indicara Derrida (2002) en su libro *La Universidad sin condición*: “La universidad *hace profesión* de la verdad. Declara, promete un compromiso sin límite para con la verdad” (p. 10). Esta búsqueda de verdad involucra no solo verter conocimientos a los estudiantes sino ayudar a encauzar su estructura profesional por medio del derecho mismo de expresar y compartir sus saberes de manera pública alentado a la sana discusión en lo denominado el *espacio público* (p. 14), y en donde la deconstrucción de conocimiento sea una fuente inagotable generación y consolidación de propósitos firmes en el compromiso de construcción de una sociedad incluyente. Una universidad en la que de continuo viajen ciencia y arte como compañeras de enseñanza-aprendizaje, sin disputarse el campo en el que cada una aporta al ser

humano, reconciliando y respetado sus diferencias para el bien de la formación de cada miembro de la comunidad educativa.

De esta manera, las prácticas profesionales requieren de una organización social en las que se dé la oportunidad de un aprendizaje-enseñanza continuo al lado del paciente, quien recurre a los médicos en búsqueda de soluciones en el restablecimiento de su salud basado en el pacto de cuidados el cual depende del juicio médico y de sus niveles oscilantes, que se terminan reflejando en la toma de decisiones clínicas.

En el siguiente capítulo, se expondrán los elementos constitutivos de las prácticas pedagógicas de las residencias médicas teniendo presente el pacto de cuidados y sus diferentes niveles de juicio clínico en la relación profesor-residente y cómo el paciente juega un papel relevante en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

5. Las prácticas pedagógicas de las residencias médicas: una aproximación desde la literatura

En el ámbito de los hospitales universitarios las prácticas profesionales y pedagógicas conviven entrelazando sus raíces: se transforman, toman la identidad de sus autores quienes sin saberlo las alimentan de diversas formas. En los programas académicos de las residencias médicas, las prácticas pedagógicas en el hacer, el decir y el relacionarse van más allá de los territorios universitarios, instalándose en cualquier sitio de los hospitales; por ejemplo, en las unidades de cuidado crítico, en las salas de cirugía, en urgencias, en un anfiteatro, en un consultorio, entre muchos otros. No solo un espacio físico da paso a las prácticas, estas son la presencia de los vínculos relacionales de los diferentes binomios: médico-paciente, médico-estudiante, estudiante-paciente o profesor-estudiante. En esta conexión se busca compartir unos saberes que afirman sus acciones, sus decisiones y ese *estar juntos* con el fin de apoyarse en momentos en los que la salud y la enfermedad conviven constantemente con el fin de tomar decisiones enfocadas en el cuidado del paciente.

En medio de este panorama, las prácticas pedagógicas, que “tienen un fin y un valor intrínseco” (Carr, 1999, p. 81), configuran las relaciones de los profesores, transforman a los estudiantes y se vuelven mucho más visibles cuando toman nombres relevantes en el proceso de enseñanza-aprendizaje, tales como evaluación, calificación o rendimiento académico. Aquellas surten un efecto de deconstrucción al apoyarse en las experiencias del médico como docente y del médico como estudiante, con el fin de reflejar un mejor actuar, hacer y decir en cada etapa de la enseñanza-aprendizaje y así comprender los procesos clínicos, la mayoría de ellos complejos, de suerte que se crea esa estrecha unión de los ámbitos profesionales y educativos que implican la atención del paciente.

En el presente capítulo se explican los elementos que la teoría formal aporta a las prácticas pedagógicas desde su definición y el resorte que este tipo de prácticas tienen en el orden ético, político e histórico. Luego, se dan luces sobre la importancia de la reflexión en la práctica pedagógica. La segunda parte del capítulo se centra en las prácticas pedagógicas de las residencias ubicando a los hospitales y la experiencia que albergan sus practicantes como baluartes del proceso enseñanza-aprendizaje.

5.1 De la práctica pedagógica

Se ha discutido la relevancia de la práctica como elemento constitutivo de las actividades sociales que buscan unos bienes determinados por medio de la excelencia (MacIntyre, 2001). Ahora bien, si se comprende a la pedagogía como “un campo eminentemente práctico” (Barragán, 2013, p. 32), resulta conveniente hablar de práctica pedagógica. Este término, al igual que los conceptos relacionados como prácticas educativas, prácticas del aula y prácticas docentes, serán tratados de manera similar; finalmente, el punto principal es la relación existente entre maestro y estudiante y la intencionalidad de la enseñanza-aprendizaje. Barragán (2015) indica que las prácticas pedagógicas son “expresión de la subjetividad del maestro como profesional de la educación que, superando las técnicas, actúa en conformidad con el saber práctico” (Barragán, 2015, p. 175). En esta definición, se involucra lo propio del maestro inmerso en una acción que trasciende el sentido del hacer y se dirige al actuar para y por lo humano cuando reconoce sus capacidades y potencialidades con una óptica desde la *phrónesis*, la cual según Kemmis (2012) es:

Cosa noble, una gloria, una cosa a ser honrada en la persona que la tiene, y que viene a aquellos que son resilientes, capaces, valerosos y continuamente comprometidos con la praxis - actúan por el bien para cada persona y para el bien de la humanidad. (p. 159)

De hecho, la intrínseca relación de la *phrónesis* con la práctica pedagógica es tal que los valientes y arriesgados descrita por Kemmis (2012) son socialmente valorados de manera positiva, dada la capacidad en su bien actuar.

Por su parte, para Herrera (2013), la práctica pedagógica, es una práctica social que focaliza su mirada en la enseñanza y en tópicos como el currículo, los contenidos, las metodologías, los medios y los logros de los estudiantes. En este sentido, el esfuerzo de la práctica pedagógica se concentra en la actividad del maestro y, de alguna manera, invisibiliza al educando como contraparte del aprendizaje. Por el contrario, cuando se refuerza la idea en los estudiantes de la responsabilidad de lo que aprenden o no aprenden, pone de manifiesto el progreso de las competencias logradas en su aprendizaje; sin querer indicar que estas actividades se realicen de manera solitaria o aislada sino de la mano de un maestro que oriente estos procesos. De hecho, la oportunidad de tomar la decisión de enseñar y aprender le permite tanto al maestro como al estudiante desarrollar su autonomía y alejarse del panorama descrito por Mejía (2012):

Una queja común de los profesores y otros actores en diferentes niveles de la educación es la de la falta de autonomía para tomar decisiones en lugar de simplemente seguir unas instrucciones y procedimientos definidos por otros en algún otro lugar alejado de las aulas de clase. (p. 46)

En este sentido, cuando cualquiera de los actores de la práctica pedagógica logra ser autónomo determina sus acciones fundado en su voluntad, la cual se espera se encuentre guiada por principios éticos.

En medio de esta disposición de cada actor -maestro y estudiante-, se generan los acuerdos sociales expuestos por Kemmis (1999, p. 23), con la salvedad de que estos se concentran en dar respuesta a unas intencionalidades educativas específicas enfocadas en lograr, en los individuos y en el colectivo, la autoexpresión, el autodesarrollo y la autodeterminación con el fin de percibir el

entendimiento, la acción y las relaciones de unos con otros como manifestaciones propias de los procesos de enseñanza-aprendizaje; estos últimos enmarcados, según Herrera (2013), en un proceso de negociación profesor-estudiante.

En este contexto, Kemmis (1999) habla de la autoexpresión individual y colectiva reflejada en el espacio semántico y se evidencia en el lenguaje; el autodesarrollo individual y colectivo manifestado en el espacio tiempo-físico y utiliza como medio la actividad y el trabajo y, para la autodeterminación individual y colectiva, el espacio social le permite representar su sentido en el poder y la solidaridad (tabla 6). Para este autor, el propósito último de la educación es alcanzar el bien de la humanidad; sin embargo, esta tarea puede ser interpretada de múltiples maneras y, por lo tanto, llegar a diferentes “bienes” en clave pedagógica, razón por la cual lograr unos acuerdos sociales potencializa el proceso mismo de la pedagogía como un bien individual y colectivo. Por ejemplo, el establecer unos acuerdos cultura-discursivo pedagógicos implica que los sujetos de una sociedad han logrado focalizar su mirada en procesos cognitivos comunes. Con el establecimiento de los acuerdos económico-materiales pedagógicos se establecen las capacidades y las habilidades del individuo y la sociedad necesarias en el hacer de una práctica y cuando se fijan los acuerdos social-políticos pedagógicos se dispone de unas normas y valores que fomentan la oportunidad de vivir en comunidad.

Tabla 6

Teoría de la educación y su relación con los espacios y medios según Kemmis et al. (2014)

EN LA SITUACIÓN DEL INDIVIDUO: LA PERSONA	En espacio intersubjetivo y en el medio de	EN LA SITUACIÓN DE LO SOCIAL: EL MUNDO QUE COMPARTIMOS
La educación es una iniciación en		La educación fomenta
(1) Formas de entendimiento	En el espacio semántico, realizado en el medio del lenguaje	(1) Auto-expresión individual y colectiva para asegurar una cultura basada en la razón
(2) Modos de acción	En el espacio-tiempo físico, realizado en el medio de la actividad y el trabajo	(2) Auto-desarrollo individual y colectivo para asegurar una economía productiva, sostenible
(3) Formas de relacionarse unos con otros y con el mundo	En el espacio social, realizado en el medio del poder y la solidaridad	(3) Auto-determinación individual y colectiva para asegurar una sociedad justa y democrática
El proyecto: Educación y el bien de cada persona Educación para vivir bien		El proyecto: Educación y el bien para la humanidad Educación para un mundo digno de vivir

Nota: Tomado de Kemmis et al., 2014, p. 27.

En este contexto, cuando se compara la intensidad de los diferentes acuerdos sociales en la práctica pedagógica es posible que estos no presenten la misma fuerza unos con otros, es decir, dos tipos de acuerdo pueden indicar mayor interconexión e interdependencia en su decir, hacer y relacionarse al ser confrontado con otro tipo de acuerdo en el que su interconexión e interdependencia es menor; sin embargo, el hecho de que haya mayor intensidad no significa que los acuerdos desaparezcan, más bien se modifican, lo que hace que sean menos visibles o más débiles para los practicantes. En consecuencia, el medio que sustenta la práctica pedagógica es la oportunidad de albergar los acuerdos en unas ecologías de las prácticas pedagógicas moldeadas por el espacio físico-tiempo en las que viven y persiste en sus practicantes, es decir, maestro y estudiante.

Al considerar a la práctica pedagógica como una práctica social, no se limita a una institución educativa, esta se arraiga en los sujetos y a la diversidad de comunidades que tienen sus propios discursos (decir), acciones (hacer) y sus formas de convivir (relacionarse) en espacios intersubjetivos. Ahora bien, la práctica pedagógica podría ser contradictoria a los dichos, obras y relaciones de sus practicantes; por ejemplo, una regulación, una política o una técnica puede no estar instalada en el foco individual, social o dialéctico. En estos casos, ¿cómo se sostiene una práctica pedagógica? Kemmis (2009) indica que la sostenibilidad de una práctica puede darse cuando ella contiene al menos una de las siguientes características: a) no es irracional (sostenibilidad discursiva), es decir, los fundamentos ideológicos de la práctica van acorde con los sentidos epistemológicos de los practicantes; b) no es excluyente (sostenibilidad social y política), es decir, contiene a los miembros de la comunidad en una democracia con sentido de igualdad y justicia; c) no consume recursos físicos o naturales de manera desbordada (sostenibilidad material y ambiental), con esta característica la práctica armoniza con su medio ambiente sin agotar o disminuir las demás prácticas; d) no es demasiado costosa (sostenibilidad económica), lo que implica que en su justa medida la inversión en la práctica producirá beneficios sin acaparar todos los recursos económicos disponibles de una sociedad, y; e) no causa daño (sostenibilidad personal), en este sentido, la práctica no representa un desgaste emocional o de conocimiento personal. Estos tipos de sostenibilidad aplican para el ejercicio pedagógico al buscar prácticas que alberguen un buen vivir educativo (figura 18).

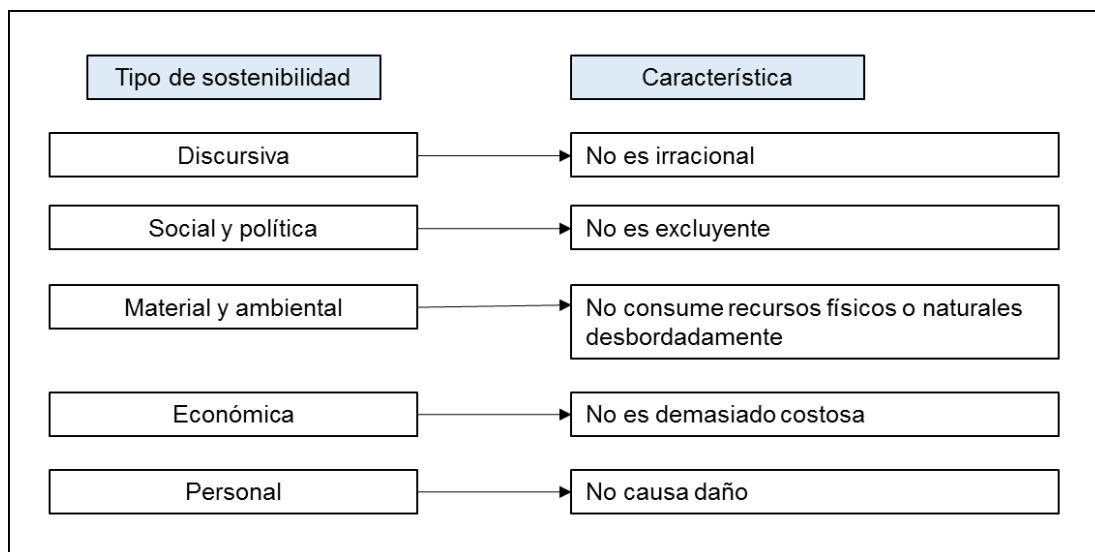


Figura 18. Sostenibilidad de la práctica.

Fuente: Elaborado a partir de Kemmis, 2009.

En síntesis, retomando las nociones expuestas, una práctica pedagógica se define como la acción cuya intención genera un proceso de enseñanza-aprendizaje, no solo en el sentido instrumental de la acción, sino de la obra ética, política e histórica realizada por un maestro, profesor, docente o instructor que dirige su quehacer a otro sujeto a quien se denomina estudiante, alumno, aprendiz y quien a su vez, trae sus propias condiciones éticas, políticas e históricas con el fin de lograr el desarrollo de sus conocimientos, habilidades y comportamientos en un hacer, no como productos terminados sino valorados en el proceso reflexivo sujetos a un espacio y tiempo específico.

Dado el anterior desarrollo teórico, se considera relevante ahondar en el resorte de la práctica pedagógica en lo ético, lo político y lo histórico.

5.1.1 Lo ético de la práctica pedagógica

Siguiendo la línea argumentada en las páginas anteriores, la práctica pedagógica tiene unos sentidos y significados que no pueden comprenderse solo mediante inspección de la acción, aun cuando esta sea necesaria, sino más bien como una “acción moralmente informada o moralmente comprometida” (Carr,

1999, p. 96) que implica que cada practicante se responsabilice de sus acciones, de las que se espera que sean para la generación de un bien inherente como lo indica MacIntyre (2001). Ahora bien, el análisis de las prácticas pedagógicas alberga diferentes horizontes y, por lo tanto, su controversia puede alcanzar altos niveles de reflexión. Mejía (2012) explica este punto en los siguientes términos:

El cuestionamiento de lo moral en una situación puede darse en múltiples niveles o grados, desde el simple establecimiento y aplicación de códigos éticos de la educación o de la investigación educativa, hasta el involucramiento más profundo del educador en la determinación de qué cuenta como un fin o un bien en su práctica. (p. 49)

Lo importante de este asunto es adquirir y ejercitar la capacidad de aplicar la conciencia en libertad, como lo indicara Gadamer al referirse al ser humano como el único ser con la condición de decidir sobre la intención del uso de sus capacidades (Gadamer, 1996).

De acuerdo con lo anterior, la práctica pedagógica tiene un sentido moral debido a las costumbres y normas que rigen a las sociedades. Esta práctica debe ser entendida en el contexto específico en el que se habita, razón por la cual se sobrepasa la acción instrumental:

[...] la práctica [educativa] no se contempla como un proceso instrumental orientado a fines educativos prefijados, sino como una actividad fluida en la que tanto la elección de medios como de fines se rige por valores y criterios inmanentes al mismo proceso educativo; criterios que sirven para distinguir la práctica educativa de la que no lo es, y la buena práctica educativa de la indiferente o de la mala. (Carr, 1999, p. 73)

Ahora bien, en cualquier acción moralmente informada y comprometida pedagógica como práctica social se debe actuar con sabiduría práctica

(*phrónesis*), con justicia, con templanza y coraje. Es así como, Ellett (2012) resalta las virtudes que Aristóteles describiera como posibilidad de un actuar moral informado y comprometido que logre una práctica social de la siguiente manera: “Los maestros (y los directores) deben tener sabiduría práctica (la habilidad de ejercer un sólido juicio educativo y discernimiento), un sentido de justicia (la capacidad y disposición para dar a otros su deber), y las actitudes de templanza y coraje” (p. 25). Las anteriores virtudes llevan a la generación de juicios y deliberaciones encauzadas hacia la búsqueda del bien en el marco de una práctica que tiene presente unos conocimientos teóricos, unas técnicas, pero con intenciones mucho más elevadas que les permitan llegar a reflexionar:

...reflexionar sobre sus acciones y actuar de acuerdo con sus conocimientos teóricos, o el perfeccionar de sus destrezas técnicas no por la simple repetición, sino por la repetición mejorada por la teorización con miras a un fin humano que se enmarca dentro de lo ético, con independencia del nivel de escolaridad en el que se encuentre la persona que desarrolla las acciones. (Barragán, 2013, p. 30)

En este sentido, la práctica pedagógica desde lo ético se desarrolla desde la primera infancia y continua hasta los niveles educativos más elevados, en un *continuum* reflexivo que da paso al proceso de autocomprensión, el cual permite una aplicación hermenéutica (Barragán, 2015), de ahí que una posición ética sea demostrada tanto en las actividades cotidianas y simples como en aquellas en las que las decisiones involucran analizar diferentes puntos de vista. Por esta razón, los ejercicios reflexivos son posibles en cualquier grado de escolarización del sujeto práctico; no es una cuestión de título académico, es una cuestión de orden ético y moral en que se rescata lo bueno visto como un valor social. Por esta razón, Carr (1999) indica que un docente puede aplicar las competencias y las técnicas de una práctica pedagógica, pero indagar sobre la finalidad misma de la educación es lo que hace trascender el papel que los maestros tienen en la vida de los estudiantes.

5.1.2 Lo político de la práctica pedagógica

Los actores de los procesos de enseñanza-aprendizaje no solo deben detener su mirada en la pedagogía como un proceso instrumental que adquiere herramientas para utilizarlas de acuerdo con una necesidad maestro-estudiante. En un sentido mucho más general, la práctica pedagógica se encuentra impregnada de conocimientos específicos propios de la educación y a su vez da la oportunidad de comprender las cuestiones políticas (Mejía, 2012, p. 52; Kemmis, 2009, p. 37), las cuales emergen como el poder desde lo educativo. Esta capacidad social podría equipararse con los acuerdos social-político, cultural-discursivo y económico-material de Kemmis (1999), debido a que en ellos se encuentran las representaciones inmersas en el poder social.

En este punto, surge la institución como un contenedor de la práctica pedagógica y por ende, tanto las escuelas como los sistemas escolares resultan siendo reguladoras de aquellas (Kemmis, 2014, p. 51). Es desde las clases, vistas como micropolíticas, en donde se gestan las configuraciones de dominación hasta las democracias mucho más estructuradas; aquí se abre o cierra la posibilidad de acciones tanto en los estudiantes como en el profesor en la creación de sociedades incluyentes, en donde los procesos participativos, el sentido de escucha, razonamiento y decisión entran en juego entre iguales. Sin embargo, en muchas oportunidades el aula de clase no es un reflejo de las “estructuras políticas, culturales y económicas de la sociedad en general” (Kemmis, 1999, p. 24). A pesar de lo anterior, el retomar la práctica pedagógica como un actuar político lleva a que los maestros involucren un sentido comprensivo de la organización del gobierno escolar y los ideales concebidos para una puesta en marcha para el alcance de objetivos comunes por medio de la oportunidad del estudio del fenómeno político de la práctica pedagógica, como lo indica Herrera (2013):

[...] parece ser que si las ciencias de la educación quieren aportar una visión más comprensiva y crítica para que los educadores puedan plantearse y, hasta cierto punto, resolver los problemas más relevantes de su profesión, deben abrir el espectro de su objeto de estudio: tomar la acción educativa y el desarrollo de la inteligencia como procesos situados en contextos que son políticos en sí mismos. Esta consideración obliga a repensar y replantear el pensamiento fragmentado y aislado que rigió por mucho tiempo el estudio del fenómeno educativo. (p.121)

En este punto, se podrían agregar las necesidades políticas de los estudiantes que como sujetos democráticos aportan sus ideales para la construcción de intereses sociales educativos.

Vale aclarar que, desde el marco político, se presentan dos enfoques de la práctica pedagógica: el primero se relaciona con las prácticas pedagógicas que dan respuesta a la relación maestro-estudiante al mantener micro-democracias que sean incluyentes. En segundo lugar, se presentan las prácticas cuyo enfoque político-educativo responde a un entorno externo, es decir, fuera de la relación maestro-estudiante y por ende, se alejan de la toma de decisiones basada en un componente de juicio moral, es decir, se alejan del análisis de la subjetividad del profesor (Mejía, 2012)

Zuluaga et al. (2014) indican que las prácticas son “las instancias decisivas de las formaciones discursivas” (p. 14). Nuevamente, en estos conceptos presentados, se evidencia el lenguaje como un elemento primordial de encuentro entre sujetos que mantienen ciertos discursos una vez piensan y actúan de una forma u otra. Estos discursos son la expresión de sus rutinas y herencias dadas por profesores y estudiantes con mayor tiempo en ciertas actividades sociales educativas identificadas en las comunidades sociales (Carr, 1999).

5.1.3 *Lo histórico de la práctica pedagógica*

Según Carr (1999) para comprender un concepto de la práctica pedagógica es necesario ver sus antecedentes históricos en cuatro sentidos, estos son: a) es superviviente de un contexto social al actual; b) se ha transformado desde su origen por los cambios culturales; c) se mantienen fragmentos de la práctica, y d) las ideas y argumentos preservan sus antecedentes. Estas características demuestran la fuerza que una o varias prácticas pueden tener a pesar de la adversidad del medio.

La búsqueda de los antecedentes de la práctica pedagógica medita sobre el ejercicio teórico que tiene implícito; de hecho, la presencia de un sistema teórico en la práctica es indispensable para su sostenimiento y para su comprensión, siendo transitadas por las tradiciones y costumbres que se van heredando (Carr, 1999), lo anterior apoya la participación en el decir, hacer y relacionarse con aquellos que llevan más tiempo en una comunidad educativa. En este mismo sentido, el entramado histórico, es apoyado por la propia historia del profesor como modelo de seguimiento. La historia que tiene el estudiante de su profesor, las actitudes que percibe de su profesor, el respeto que le brindan sus colegas y directivos, el respeto que infunde por sus conocimientos; en otras palabras, no solo sus prácticas dirigidas específicamente a un estudiante sino aquellas dirigidas a otros estudiantes y profesores y las surgidas con la institución educativa. Es decir, la historia del profesor indica cuáles son los ideales de este y hacia dónde se dirige su intención práctica pedagógica.

El nexo de los enfoques ético, político e histórico da la oportunidad al maestro de reflexionar sobre las condiciones que son resorte de la práctica pedagógica que de acuerdo con Barragán (2012), está contenida en dominios reflejados en la forma como el maestro manifiesta: a) su concepción hacia otros desde el sentido que arroja sobre la humanidad y la posibilidad de cambiar este concepto dada su reflexión; b) sus acciones identitarias como maestro, esto es, comprenderse como maestro e identificar su sentido en lo social; c) su horizonte

práxico y técnico, representado en la incorporación a su léxico de temas relacionados con la pedagogía, el currículo y la evaluación; d) la teoría que soporta sus actos educativos al comprender su importancia, apoyo o transformación de su quehacer; y e) sus conocimientos disciplinares, que dan muestra de la actuación, ejecución y evaluación de su propia práctica con base en la comprensión del razonamiento resorte de su área de conocimiento. Con la incorporación de estos dominios es posible que un practicante proponga y ejecute acciones concretas que le permitan explorar su avance o retroceso educativo.

La experiencia sobre estos dominios genera que los sujetos desarrollen autonomía en las comunidades académicas y en la relación maestro-estudiante al retornar las prácticas a sus pensamientos y encontrar si estas presentan un sentido ético, político e histórico coherente con la búsqueda de un bien individual y colectivo. En el siguiente apartado, se expondrá la práctica reflexiva en los actos educativos como un componente que pone en marcha la conciencia, semejante a un termómetro que indica cuándo se ha logrado exteriorizar prácticas buenas.

5.2 Sobre la práctica pedagógica reflexiva

Hasta este punto se ha dicho que la práctica general y pedagógica va más allá de una acción; sin embargo, la acción es la representación de la práctica de la cual otros sujetos diferentes al practicante ven y analizan desde sus propias concepciones éticas, políticas e históricas. En general, las sociedades esperan que los maestros y los estudiantes sean agentes reflexivos de sus propias prácticas (Herrera, 2013), esta es la razón por la cual uno de los eslabones que hace que la práctica pedagógica funcione corresponde a la reflexión sobre ellas mismas (Barragán, 2012).

El volver sobre las prácticas hace que el maestro aprenda de sus acciones, conjeture sus respuestas presentes y proyecte sus relaciones futuras. De igual manera, se espera que el estudiante reflexione en y sobre sus aprendizajes de

manera constante hasta convertirlo en un hábito académico. La reflexión sobre sus experiencias educativas implica que el binomio maestro-estudiante se detenga, física o mentalmente, y trate de profundizar al volver a pensar en sus prácticas, formulándose preguntas y respuestas de las prácticas (Lifshitz, 2015). Este ejercicio físico o mental involucra que se generen preguntas sobre la *techné*, *praxis* o *poiesis* de sus prácticas pedagógicas, y en general, sobre la *phrónesis* de sus prácticas.

Según Schön (1998), una práctica es reflexiva si está inmersa en situaciones que generan conflictos en sus practicantes debido a que la comodidad del conocimiento impide que se vuelva sobre actos que se consideran adecuados y que no requieren ser analizados. Por el contrario, cuando existe la incertidumbre, se hace más conciencia de los actos mismos, al punto de actuar y reconocer que los terrenos en los que se practica no son firmes y por consiguiente, las acciones cometidas en estos escenarios tienen un sentido reflexivo, el cual Gadamer (1996) indicó como el acto de libertad más elevado de la siguiente manera:

En especial, el concepto de reflexión-indispensable para la determinación de todos los fenómenos de la mente- se apoya en ese fundamento. La reflexión, el libre volver de la conciencia sobre sí misma, se presenta como el acto de libertad más elevado. En él, la mente está consigo misma, en la medida en que se ocupa de sus propios contenidos. Es indudable que esta libertad respecto de sí mismo, esta distancia prístina constituye uno de los rasgos esenciales del ser humano. Es verdad, también que, de alguna manera, el tomar distancia respecto de sí mismo es una condición fundamental para la orientación lingüística en el mundo y, en ese sentido, toda reflexión es, de hecho, un acto de libertad. (p. 65)

Este autor se refiere a la posibilidad de analizar al detalle los pensamientos con el fin de lograr una comprensión de los actos y del sujeto en sí mismo. Por otra parte, Gadamer refleja al sujeto en sus propios actos y en los pensamientos de sus actos llegando a la autorreflexión. En este sentido, la reflexión de la acción

está no solo en el pasado sino también está en el presente (Barragán, 2015), dada la condición de pensamiento reflexivo.

De acuerdo con Dewey (1910), el pensamiento reflexivo es una “activa, persistente y cuidadosa consideración de cualquier creencia o supuesta forma de conocimiento a la luz de los fundamentos que la soportan y las nuevas conclusiones a las que tiende” (p. 6). Así las cosas, el pensamiento reflexivo se sustenta, por una parte, en el conocimiento del sujeto y, por lo tanto, da lugar a que la teoría y la práctica logren reconocerse como “campos mutuamente constitutivos y dialécticamente relacionados” (Carr, 1999, p.75), situación que abriría la posibilidad de preguntarse constantemente ¿cuál es la situación ahora? Por otro lado, cuando un practicante analiza de manera profunda sus creencias se traslada a su ejercicio subjetivo sustentado en la sociedad en la que vive. Al igual que en el análisis de los capítulos anteriores, tanto creencias como supuestos generan reglas que deberán ser examinadas a la luz de la reflexión al preguntarse constantemente ¿esta práctica tiene un fin *phronético*? Situación que puede ser analizada siguiendo la postura de Ellett (2012), quien indica:

Finalmente, dado que las actividades educativas se rigen por valores morales como el cuidado y el respeto, estas actividades pueden y deben ser vistas como teniendo un valor interno (o intrínseco). Así, las actividades de los docentes y los estudiantes (y los resultados de esas actividades) tienen valores tanto extrínsecos como internos (o intrínsecos) relacionados con los bienes y las excelencias internas. (p. 25)

Los valores a los que se refiere esta autora implican una posición vista desde la posibilidad del manejarse como un buen ser humano a pesar de condiciones adversas que el medio social ofrezca.

Ahora bien, para Herrera (2013) el quehacer del maestro se centra en la combinación tanto de la reflexión como de la acción en los entornos escolares.

Esta afirmación da pie para indagar las acciones reflexivas propias de los actores del proceso de enseñanza-aprendizaje y el momento en el que este ocurre. Frecuentemente los dos procesos reflexión y acción son desagregados con el fin de comprender la importancia de cada uno de ellos; sin embargo, la unión de estos dos términos genera la posibilidad de hablar sobre el *continuum reflexivo* expuesto por Kinsella (2012), y cuya intención es analizarlo desde la sabiduría práctica o la *phrónesis* incorporada a la vida de los profesionales. Por supuesto, dicha explicación puede ser considerada resorte de las acciones educativas tanto del estudiante como de los maestros.

Kinsella (2012) propone que el *continuum reflexivo* está compuesto por cuatro dominios de la reflexión, estos son: reflexión receptiva, reflexión intencional, reflexión encarnada y reflexividad (tabla 7). La autora aclara que en el *continuum reflexivo* los dominios pueden sobreponerse debido a que se encuentran entrelazados dando paso a una praxis dialógica.

Tabla 7
Continuum reflexivo según Kinsella (2012)

Reflexión receptiva	Reflexión intencional	Reflexión encarnada	Reflexividad
Intuición	Pensamiento	Acción	Interrogación
Mundo poético	Constructivista; El mundo individual	Mundo localizado /situado	Constructivismo social; Praxis social y lenguaje en el mundo
Mundo pre-reflexivo	Mundo pragmático neutral	Mundo contextual	Socialidad de referencia mundial
Significado - autopoiesis revelada, recibida	Significado - construido individualmente	Significado - en las acciones	Significado - socialmente negociado
Siendo	Pensando	Haciendo	Deconstruyendo y convirtiendo
Materia prima para reflexión y reflexividad	Refleja sobre la experiencia personal, evidencia y técnica	Refleja en / sobre las acciones	Reflexiona sobre la naturaleza social de la construcción del conocimiento
Un racional Contemplativo	Racional	Encarnado	Crítico / escéptico Performativo
Intuición Visión Emoción Maravilla	Razón Cognición	Acción Comportamiento Cuerpo	Intersubjetivo Discursivo Performativo Relaciones de poder
Teorías implícitas	Teorías de la práctica adoptadas	Teorías en uso	Socialidad, historicidad de la formación teórica
Presencia	Monológico	Monológico/dialógico	Dialógico
Conexión con 'Otro' a través de la conexión con uno mismo Presente a la acción	Conexión con 'Otro' a través de la del pensamiento Acción examinada	Conexión con 'Otro' mediante la acción Acción tácita Acción inteligente	Conexión con 'Otro' a través del diálogo Acción socialmente informada, crítica y reflexiva
Conocimiento receptivo Conocimiento estético / poético	Conocimiento	Sabiendo cómo Saber en acción	Deconstruyendo Conocimiento

Nota: Tomado de Kinsella, 2012, p. 36.

Ahora bien, los dominios de la reflexión intencional y la reflexión encarnada son rescatados del trabajo de Schön. La primera de estas alberga tres constructos: a) la práctica reflexiva, b) la reflexión en la acción, y c) la reflexión sobre la acción; los dos últimos constructos se encuentran bajo el dominio del primero y además están delimitados temporalmente (Schön, 1998), lo que significa que la reflexión en la acción ocurre *durante* la acción, mientras que la reflexión

sobre la acción sucede *después* de la acción. En conjunto, los tres constructos conforman *la intención* como parte del proceso del trabajo en la acción y el pensar sobre la acción cometida. De acuerdo con Schön (1998), la reflexión sobre la acción surge de una acción en la cual “estamos atascados o insatisfechos” (p. 247). Como resultado de este tipo de reflexión se generan valoraciones en el lenguaje, aprobación de la práctica, de la teoría y de las tareas que lograrán futuras metas. Por otra parte, la reflexión en la acción genera que los profesionales –y aquí se incluye a los maestros y estudiantes– piensen mientras desarrollan la acción.

La reflexión encarnada se encamina a la reflexión desde el conocimiento tácito basado en la teoría, la cual en algunas oportunidades puede ser usada de manera inconsciente o de manera espontánea sin saber que es teoría. Este tipo de reflexión va unida al concepto descrito por Schön (1998), denominado *conocimiento en la acción*, el cual refleja la acción inteligente realizada espontánea y hábilmente sin poder, en algunas oportunidades, explicar la forma en la que se elabora dicha acción (Schön, 1998).

La reflexión receptiva también denominada reflexión contemplativa se refiere a la posición que tiene la mente de contemplar las ideas, la imaginación y los sentimientos. Para Kinsella (2012): “...una continuidad en la reflexión también incluye la sensibilidad a los modos receptivos de reflexión, los abiertos a la revelación, la intuición, la emoción, la estética y la contemplación...” (p. 46). Por último, Kinsella (2012) describe la reflexibilidad como la posibilidad de descubrir los códigos de la vida y la práctica cotidiana y así imaginar nuevas respuestas. La condición de reflexividad implica que el sujeto encuentre el camino basado en la confrontación de sus acciones.

Bajo las apuestas descritas anteriormente, el siguiente apartado se centra en la posibilidad de encontrar los rasgos reflexivos de las prácticas pedagógicas en las residencias médicas al involucrar su *continuum reflexivo* en su hacer, decir

y relacionarse con los pacientes por medio del pacto de cuidados, descrito en el capítulo anterior.

5.3 Prácticas pedagógicas en residencias médicas

El proceso de enseñanza-aprendizaje en las especialidades médico-quirúrgicas, también denominadas residencias médicas, está compuesto en su mayoría por las prácticas que se generan en los hospitales universitarios y cuya finalidad es lograr comprender la situación que un ser humano denominado paciente atraviesa. En este sentido, tanto hospital como paciente se constituyen en el eje educativo central. Bajo este panorama surge una pregunta: ¿cómo se enseña y aprende del sufrimiento humano debido a las lesiones corporales y del alma que el paciente soporta?

Se comprenderán las prácticas pedagógicas de las residencias médicas como las prácticas de las comunidades en los programas de especializaciones médico-quirúrgicas, generadas en los hospitales y en las facultades de medicina que involucran un sentido en la enseñanza y el aprendizaje tanto de los residentes como de los profesores basado en el juicio clínico de la entidad física o mental por la que atraviesa el paciente. Este ejercicio inicia desde el primer día de entrenamiento con la resolución de problemas clínicos complejos en donde el enfoque clínico cumple las funciones de la aplicación de lo teórico y el llevar la teoría acto terapéutico en el que pueden coexistir múltiples patologías (Perrenoud, 2011).

5.3.1 De los hospitales: lugares de práctica y escuelas médicas

La mayoría de los procesos de enseñanza-aprendizaje de los programas académicos se sitúan en las aulas de clase; sin embargo, sin disminuir la importancia de estos sitios, los hospitales, en especial aquellos denominados universitarios, se convierten en los espacios de formación, semejante a la escuela,

que de acuerdo con Carr (1999) son instituciones educativas y sociales en las que se inculcan “valores morales, sociales y políticos predominantes” (p. 83). En otras palabras, los hospitales son a la vez escuelas de salud en donde se presentan procesos institucionales organizados, en los que existen convenios sociales que propenden por una mejor convivencia. De esta manera, los hospitales se configuran como los escenarios, por excelencia, de las prácticas clínicas y a la vez de las prácticas pedagógicas del total de estudiantes de pregrado y posgrado en las profesiones denominadas de ciencias de la salud.

Para el caso de las residencias médicas, el hospital es el contexto institucional que permite al residente llegar a convertirse en un médico especialista. De hecho, no se podría pensar en formar un residente sin el soporte de una institución hospitalaria con recursos humanos y tecnológicos adecuados. Por una parte, estas instituciones en sus espacios albergan individuos, denominados expertos clínicos, con la capacidad de resolver situaciones clínicas frecuentes y otras que llegan a ser en extremo difíciles de resolver, que requieren de sabiduría práctica o *phrónesis* para llegar a una decisión sensata. Por otra parte, el avance en los manejos diagnósticos y terapéuticos se sustenta, en gran medida, en el uso apropiado de las tecnologías sanitarias necesarias para la correcta clasificación de un estado de salud y su posterior tratamiento.

Los acuerdos sociales descritos por Kemmis (2014) se ajustan a las estructuras organizacionales de los hospitales y al ejercicio de los médicos especialistas en formación, dadas las relaciones que sostienen con pacientes, familiares de los pacientes, compañeros de residencia, otros profesionales de la salud y sus profesores; estos últimos se constituyen en mayor o menor medida para los residentes en sus referentes sociales principales. Este entramado de relaciones sociales da cabida a la explicación que Fritjof Capra (1998) realizara de los principios de la teoría de los sistemas vivos en sus ecologías de la práctica y que afirma las interrelaciones que sostienen las prácticas en las que intervienen un constante flujo de redes, sistemas anidados, interdependencia, diversidad,

ciclos, flujos, desarrollo y balance dinámico, los cuales fueron descritos en uno de los capítulos previos. En medio de estas relaciones sociales, una de las que dará guía con mayor fuerza corresponde a la de maestro-estudiante, ya que mucho de los comportamientos de los residentes depende del modelo que tengan como especialista y de los esfuerzos que entre sujetos hacen para mantener estas relaciones.

El profesor de una especialidad clínica es considerado como un espejo de conducta en el que tarde o temprano sus residentes querrán reflejarse:

Cómo atendemos a un paciente, cómo nos relacionamos con los familiares o con nuestros compañeros de trabajo; cuál es la actitud que asumimos ante las autoridades o con nuestros residentes y estudiantes, son modelos conductuales que potencialmente pueden ser imitados. De una u otra forma, existe, en cada educador, un modelo que va a ser imitado o rechazado por quienes dependen educativamente de ellos. (Graue, E. y Argüero, R., 2015, p. 285)

Al imitar las conductas de los profesores y del ambiente hospitalario, los residentes se convierten en agentes sociales de prácticas, tanto médicas como pedagógicas, siendo estas continuamente transformadas dependiendo de las formas sociales que adopten:

Las formas sociales son productos de las prácticas sociales, y las prácticas sociales son productos de las formas sociales. Transformando una forma social de una escuela o un currículo o una particular clase de pedagogía requiere de la transformación de las prácticas que las producen y reproducen. (Kemmis, 2014, pp. 6-7)

Así las cosas, todo tipo de práctica se ajusta a las formas sociales del contexto institucional, que para el caso de las residencias médicas es constituido

por los hospitales como escuelas médicas en las que se evidencian, como en cualquier otro programa, planes de estudios, saberes disciplinares, didácticas de enseñanza, evaluaciones, entre otros elementos educativos, inmersos en el día a día hospitalario.

Por consiguiente, cada organización logra crear un espacio cultural que va impregnando a todo sujeto que de *novato* ingresa a este entorno. Esto ocurre cuando el sujeto nuevo comprende cómo es el funcionamiento interno de cada espacio del hospital y cómo las prácticas de los sujetos ya inmersos en este sistema van enseñando ciertos trazos de comportamiento colectivo. Sin embargo, no se puede pensar en la mente cultural fuera de un contexto y pensar que la mente solo sea un “ordenador” de información (Herrera, 2013, p. 103). Cabe también razonar sobre la reflexión del sujeto nuevo en sus propias prácticas, en la capacidad que tiene para deliberar sobre sus acciones y justificar sus actos basados en su propio entendimiento. Este sujeto nuevo podrá analizar los fenómenos organizativos que Schön (1998) indica de la siguiente manera:

[...] el problema de interpretación de la respuesta ambiental externa a la acción organizativa, el diagnóstico de los signos de inquietud dentro de una organización, el proceso mediante el cual una organización aprende de su experiencia, y los efectos de un sistema de aprendizaje organizativo sobre el modo en el que se establecen y resuelven los problemas organizativos. (p. 216)

Este listado de fenómenos gira alrededor de las acciones de las instituciones. Por ejemplo, *el problema de interpretación de la respuesta ambiental externa a la acción organizativa* se enfoca en aquella imagen institucional vista por sujetos fuera de la organización, es decir, se pregunta por el reconocimiento que ese social externo puede señalar. Para el caso del *diagnóstico de los signos de la inquietud dentro de una organización*, el punto principal corresponde al análisis de la problemática interna de la organización; en este caso, la oportunidad que tienen

los sujetos de la organización por mejorar o al menos mantener ciertas metas u objetivos que socialmente ya se han establecido como colectivo. *El proceso mediante el cual una organización aprende de su experiencia* habla del histórico institucional albergado tanto en los espacios o recursos físicos como en la capacidad de los miembros de la organización; esa memoria histórica tiene la fortuna de traer a la memoria los recuerdos de las circunstancias benéficas y aquellas donde las dificultades estuvieron presentes y transformarlos en potenciales presentes y futuros de aprendizajes colectivos con la finalidad de no repetir los errores ya superados. El último tópico tratado por Schön (1998) sobre *los efectos de un sistema de aprendizaje organizativo sobre el modo en el que se establecen y resuelven los problemas organizativos* se relaciona con las consecuencias de las acciones colectivas llevadas a cabo para resolver las problemáticas sociales en las que se encuentra inmersa la organización. Bajo esta perspectiva, los hospitales como instituciones al servicio del bienestar físico y emocional de los pacientes no se escapan de los fenómenos organizativos descritos por Schön (1998).

En su obra *El estado oculto de la salud*, Gadamer (1996, p. 143) pone su mira en el problema de la relación médico-paciente cuando este último es hospitalizado, situación que disminuye su proximidad con el médico tratante al interponerse todo un sistema hospitalario. En consecuencia, la relación de práctica médico-paciente está atravesada por otras circunstancias que afectan o favorecen el ejercicio médico del cuidado de la salud, entre las cuales están: las regulaciones nacionales y locales de tratamiento, los recursos físicos y económicos regulados por los sistemas de aseguramiento, la tradición existente en el grupo de especialistas médicos, las solicitudes específicas del paciente, entre otras. Así las cosas, Kemmis (2009) acierta al describir las prácticas de los médicos como cambiantes al incorporar todas las circunstancias nombradas anteriormente, las cuales a su vez también cambian a través de los espacios y tiempos que ocupan:

La práctica de los médicos en una clínica, por ejemplo, se plasma en lo que estos pacientes tolerarán; por los recursos que la organización puede proporcionar; por lo que este gerente reclamará; por lo que insistirá ese colega; lo que este o aquel organismo profesional permitirá y no permitirá; por lo que la ley prohíbe. Todas estas cosas también cambian y evolucionan con el tiempo, de modo que lo que antes era impensable se vuelve pensable; lo que una vez fue prohibido ahora se fomenta; lo que alguna vez fue tolerado ahora está prohibido; lo que una vez era demasiado caro se hace asequible; lo que antes era demasiado difícil se hace fácil. (p. 35)

En este contexto, los hospitales, como contenedores de condiciones sociales, resultan ser necesarios, pero no suficientes para explicar todas sus prácticas médicas, esto se explica al indicar que se requieren de los sitios o espacios para una práctica; no obstante, su principal virtud estriba en que estas pertenecen a los sujetos que hacen parte de las comunidades sociales que los sitios albergan.

En medio del sistema de salud hospitalario cabe la pregunta de Schön (1998) relacionada con la posibilidad que tiene el médico de transformar el sistema cuando la posibilidad de su control es estrecha. La pregunta que formula es la siguiente: “¿En qué medida pueden los médicos influir en un sistema de asistencia sanitaria enormemente complejo que ellos no comprenden y del cual solamente una fracción muy pequeña está bajo su control directo?” (p. 25). Una forma en que podría responderse esta pregunta de la transformación de las prácticas consiste en poner en marcha los acuerdos sociales presentados por Kemmis (2014), los cuales resaltan la capacidad en el decir, hacer y relacionarse de los sujetos participantes y de los que se espera que tengan un bien común para la sociedad en la que conviven.

Algo similar ocurre con las prácticas pedagógicas médicas por ser inherentes a los hospitales, las cuales también se ven influenciadas por todas estas formas sociales presentes en cada rincón del hospital y no necesariamente limitado al aula de clases. Sánchez (2015) explica la importancia de la cercanía de los hospitales en las residencias médicas y su proceso de enseñanza-aprendizaje con las siguientes palabras:

Esta situación le permite la cercanía con los educandos en diferentes espacios del campo clínico, no solo en el consultorio, el quirófano o en la sala de hospitalización, sino en cualquier otro espacio donde ocurra la atención médica y no exclusivamente el aula. (p. 302)

En consecuencia, a pesar de que las prácticas pedagógicas de las residencias médicas no se encuentran contenidas en las aulas de clase, podría decirse que cada sitio del hospital se convierte en un aula de clase en donde las relaciones de los residentes con sus profesores y de los residentes con sus compañeros, toman espacio para construir su enseñanza-aprendizaje e interactuar alrededor de un conocimiento; en otras palabras, se trata de unas posiciones sociales determinadas haciendo uso de un lenguaje especializado y dando cabida a la posibilidad de hacer juicios clínicos razonados sobre las condiciones de los pacientes que tienen a su cargo.

Así como lo estableció Mejía (2012, p. 45) al indicar que las prácticas pedagógicas se ponen a prueba en los sitios en los que se generan las prácticas mismas, en las residencias médicas la experiencia alcanzada en cada sitio de los hospitales es considerada la primordial fortaleza de la práctica médica. Por esta razón, Lifshitz (2015) considera que el aula de clase, como sitio de reflexiones colectivas, apoya los acuerdos en el cumplimiento de las normas hospitalarias y del buen comportamiento con sus colegas, profesores, otros profesionales y pacientes (p. 309). Todas estas acciones sociales hacen que los hospitales sean

escuelas médicas que necesitan ser reguladas por un sistema de administración y política educativa que sea acorde con sus prácticas pedagógicas.

Otro de los elementos constitutivos de los hospitales como escuelas médicas corresponde a las relaciones evidenciadas en el lenguaje médico, el cual resulta ser la oportunidad de explicación, interpretación y comprensión del otro como sí mismo. Esto significa escuchar de manera razonada lo que el otro quiere decir y ponerse en los zapatos del otro para dar apertura a la posibilidad de deliberación en situaciones de incertidumbre en las que la toma de decisiones resulta no ser tan clara. Barragán (2015) describe la deliberación de la siguiente manera: “Se trata de entender que la deliberación ocurre cuando existe el estado de abierto para pensar las cosas de otra manera y se discute sobre la posibilidad de ser de ese otro modo” (p. 107). Un lenguaje abierto, en el que la deliberación es una constante y en el que el respeto por la palabra y pensamiento del otro resulta ser un ingrediente fundamental en la solución de problemas clínicos es un aspecto clave para pensar al hospital como una apropiada escuela médica.

El uso de un lenguaje deliberativo logra establecer en los sujetos que hacen parte de la escuela y en este caso, de la escuela médica, una comprensión colectiva de sus prácticas, no solo referidas a la acción técnica, sino a los razonamientos prácticos que se descubren en los discursos individuales tanto de directivos, como de profesores y estudiantes. Herrera (2013) logra sintetizar la importancia del lenguaje con las siguientes palabras:

Si una escuela no toma en serio las distintas formas del lenguaje (desde el lenguaje local, pasando por el lenguaje institucional, hasta el lenguaje científico) como productores de cultura y restringe su función a una simple forma de expresión de ideas, no solo está equivocando su estrategia para fortalecer los campos de significación, sino que está malcomprendiendo lo que de suyo aporta el lenguaje a la construcción del mundo. (p. 106)

Olmedo (2015) ha descrito una serie de barreras para la enseñanza de la medicina cuando se está al lado del paciente; barreras que se encuentran en las interrelaciones surgidas en el triángulo maestro-paciente-residente. Al estar junto al paciente se ponen a prueba las habilidades del maestro, en especial al demostrar su experiencia en situaciones inesperadas en las que mantener una práctica reflexiva permitiría responder con mayor acierto a las inquietudes de estudiantes y del paciente. El maestro al conocer sus responsabilidades como especialista frente al paciente y como instructor frente al estudiante es quien engrana el accionar hospitalario desde lo asistencial y educativo al tiempo. El paciente, por su parte, al ser sujeto de análisis podría perder su tranquilidad debido a la pérdida de su privacidad, dado que su cuerpo y mente pasan a ser de estos otros que pueden dar respuesta a sus necesidades de salud. Esta vulnerabilidad se hace menor al aumentar la confianza entre los médicos tratantes y el paciente.

El paciente inmerso en un lenguaje poco conocido o desconocido para él, al escucharlas conversaciones surtidas entre maestros y estudiantes, podría tener la sensación de lejanía, e incluso el olvido de estar presente y referirse a él como algo cosificado que requiere ajustes. En relación con el clima de enseñanza, Olmedo (2015) indica que en ocasiones los profesores deben cumplir con varias funciones al mismo tiempo; entre otras, aquellas relacionadas con la asistencia, la investigación, las administrativas, de tal manera que el tiempo invertido para la educación pasa a un segundo plano.

En la formación de los residentes y en la práctica pedagógica de los profesores siempre se encontrará la práctica como una condición cambiante debido a lo imprevisto de las condiciones mismas del paciente. Gadamer (1996) explica este punto de la siguiente manera:

El médico debe encontrar lo indicado para cada caso individual de manera casi imprevista, una vez que la ciencia le ha proporcionado las leyes, los

mecanismos y las reglas generales. Salta a la vista que aquí no se halla ante una misión diferente. ¿Cómo se puede llegar a cumplirla? (Gadamer, 1996, p.112)

Esta es la pregunta en relación con la forma como se debe cumplir la misión como médicos, ya sea como profesores expertos en un área de la medicina o en aquellos médicos que aprenden de la práctica clínica día a día con los pacientes y sus profesores.

5.3.2 *Experiencia clínica en el proceso de enseñanza-aprendizaje*

Las experiencias profesionales médicas adquiridas con la práctica y de manera específica, aquellas experiencias de los especialistas clínicos se van acumulando a medida que se refuerzan los conocimientos que son aplicados a los casos clínicos que llegan a los hospitales. Estos conocimientos especializados resultan ser útiles al presentarse situaciones complejas e inciertas (Schön, 1998) que son guiadas por lo general por profesores que previamente han demostrado solucionar o mejorar las condiciones de los pacientes y de quienes los residentes aprenden por imitación (Lifshitz, 2015). Todos los hábitos que generen los profesores serán observados por los residentes, quienes asimilan los comportamientos en lo que dicen y lo que hacen en medio de sus interrelaciones sociales. Estas interrelaciones se fortalecen en el proceso de enseñanza-aprendizaje como lo indica, el profesor de Neurocirugía Henry Marsh (2016) en su libro *Ante todo no hagas daño*:

Estoy ahí para enseñarles y debo asumir las responsabilidad de lo que hacen, pero, al mismo tiempo, ellos me ayudan y apoyan y, cuando es necesario, me animan. Sé muy bien que suelen decirme sólo lo que les parece que deseo oír, pero la relación con ellos puede llegar a ser muy cercana – quizá luchando juntos -, y es lo que más voy a echar de menos cuando me retire. (p.19)

En el aprendizaje como especialista, el residente apoya la totalidad de su labor en los pacientes (Olmedo, 2015), con quienes experimentan de manera gradual su agudización del juicio clínico en la elección tanto del diagnóstico como de los tratamientos. Por esta razón, la experiencia es una fuente primordial de aprendizaje de la que se espera sea permanente (Lifshitz, 2015). En estos escenarios, el recuerdo de las experiencias se hace vívido en la medida en que se reflexiona sobre ellas, es decir, pensar sobre sus acciones, la forma como se expresan las condiciones clínicas a los pacientes y sus familiares, las relaciones con sus colegas y estudiantes logran que el médico trate de manera constante de ser perfectible en su ejercicio clínico, siendo posible que la práctica reflexiva haga parte de su profesión. Bajo este aprendizaje experiencial, Domingo (2013) indica que la dimensión vivencial es relevante al reforzar la emotividad, lo cual lleva a que el estudiante de relevancia y significado a su conjunto de conocimientos.

Cuando un médico está en medio de la toma de decisiones, la práctica reflexiva médica resulta de mantener abierta la posibilidad de encontrar respuestas alternativas, pensar en las consecuencias de estas posibles respuestas, estar dispuesto a modificar sus prácticas y convivir con la incertidumbre (Torruco, 2015). La reflexión previa a la decisión hace que se tenga la posibilidad de *ver desde afuera* las consecuencias de sus actos. Una vez se decide y ejecuta una acción médica determinada, llega el momento en que la acción se lleva a cabo de la manera en que fue pensada o, por el contrario, se decide hacer ajustes a medida que va siendo ejecutada cada acción. Lo anterior depende del resultado y de su capacidad para encontrar nuevas alternativas de acción.

Luego de cada acción llega el momento de la práctica reflexiva sobre la acción, ese volver en sus pasos para reflexionar sobre lo hecho, sobre sus consecuencias y sobre su aplicabilidad en otros pacientes. En este escenario, las experiencias significativas son reconocidas por el cambio en el estudiante o en el

docente que se transforma y reflexiona sobre sus experiencias. Las experiencias significativas son evidenciadas en los diferentes practicantes cuando son relatadas. Evocar la experiencia logra que otros aprendan y quien relata recuerde detalles que traen a su memoria los conocimientos y los sentimientos de esa situación narrada. En la relación profesor-estudiante, Lifshitz (2015) describe cómo reflexionar sobre la acción resulta ser una herramienta de aprendizaje:

Algunas de las estrategias incluyen la verbalización de la experiencia (muchas veces basta pedir al alumno que relate su experiencia), la esquematización (a los alumnos de cirugía les ayuda a aprender hacer un dibujo o un esquema de la intervención quirúrgica en la que participaron), la discusión (entre compañeros del mismo grupo), la problematización (en la que el maestro plantea preguntas que tal vez el alumno no se había hecho y lo obliga a meditar las respuestas), la explicación (p.ej., de la secuencia de eventos que condujeron a que el paciente haya llegado al estado actual). No es la exposición a multitud de casos lo que vuelve rica la experiencia, sino la oportunidad de reflexionar sobre ella. (p. 309)

Según este autor, volver sobre sus acciones logra que los estudiantes concienticen, conceptualicen y contextualicen el aprendizaje a una realidad personal y social sobre la que se reflexiona y comprende cuando el profesor organiza los constitutivos de su práctica, caracteriza y define el movimiento de la organización en la que se encuentra (Sañudo, 2006)

5.3.3 La práctica pedagógica como un continuum reflexivo

Como se ha indicado hasta este punto, en la práctica pedagógica interviene mucho más que la acción pedagógica, pues implica la reunión de aspectos éticos, políticos e históricos propios del maestro y del estudiante que conjugados logran conformar los acuerdos sociales reflejados en su decir, hacer y relacionarse. En medio de esta relación, el ejercicio del *continuum reflexivo* potencia la práctica

misma. En consecuencia, cuando un profesional en medicina que al mismo tiempo ejerce la docencia no reflexiona antes, durante ni después de su práctica pedagógica pierde la oportunidad de reconocer cuál es la influencia que tiene sobre sus estudiantes, de manera individual y sobre el sistema hospitalario y educativo, a manera de organizaciones sociales. Esta situación es similar en los programas de residencias médicas puesto que si un docente sabe que sus prácticas intervienen en el comportamiento de los residentes se reconocerá como responsable de sus actos. Por consiguiente, el profesor será cuidadoso en sus prácticas técnicas o morales representadas en los discursos y en las acciones que son confrontadas por sus pares disciplinares y por otros profesionales que, al considerarlas oportunas, reafirman la contribución de estas prácticas y las adoptan hasta conformar una tradición (Fish, 2009).

Tercer capítulo

6. Marco metodológico

En la presente sección, se hace referencia al viaje transitado en la investigación en educación relacionada con *las prácticas pedagógicas en las residencias médicas* por medio de los siguientes aspectos: el paradigma, la perspectiva teórica, el enfoque epistemológico y metodológico, el método de investigación, el contexto, los participantes, las técnicas de investigación, los instrumentos de recolección de datos, la validación de instrumentos, el muestreo teórico, el tamaño de muestra, el análisis de datos y las consideraciones éticas.

En la figura 19 se muestra la ruta metodológica del estudio, la cual inicia con las aprobaciones del protocolo de investigación por parte del Comité de Programa del Doctorado en Educación de la Universidad Santo Tomás y el Comité de Investigaciones de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. La búsqueda e invitación a los profesores y residentes permitió incorporar las vivencias en los hospitales universitarios de cada actor y configurar las categorías que dieron paso a la teoría sustantiva. Se aclara que, aun cuando la gráfica se presenta de manera secuencial, la recolección e interpretación de la información se realizó de manera iterativa tratando de interrelacionar los pasos de la ruta metodológica con el fin de encontrar los detalles de aquellas prácticas profesionales y pedagógicas particulares que enriquecieron la teorización.

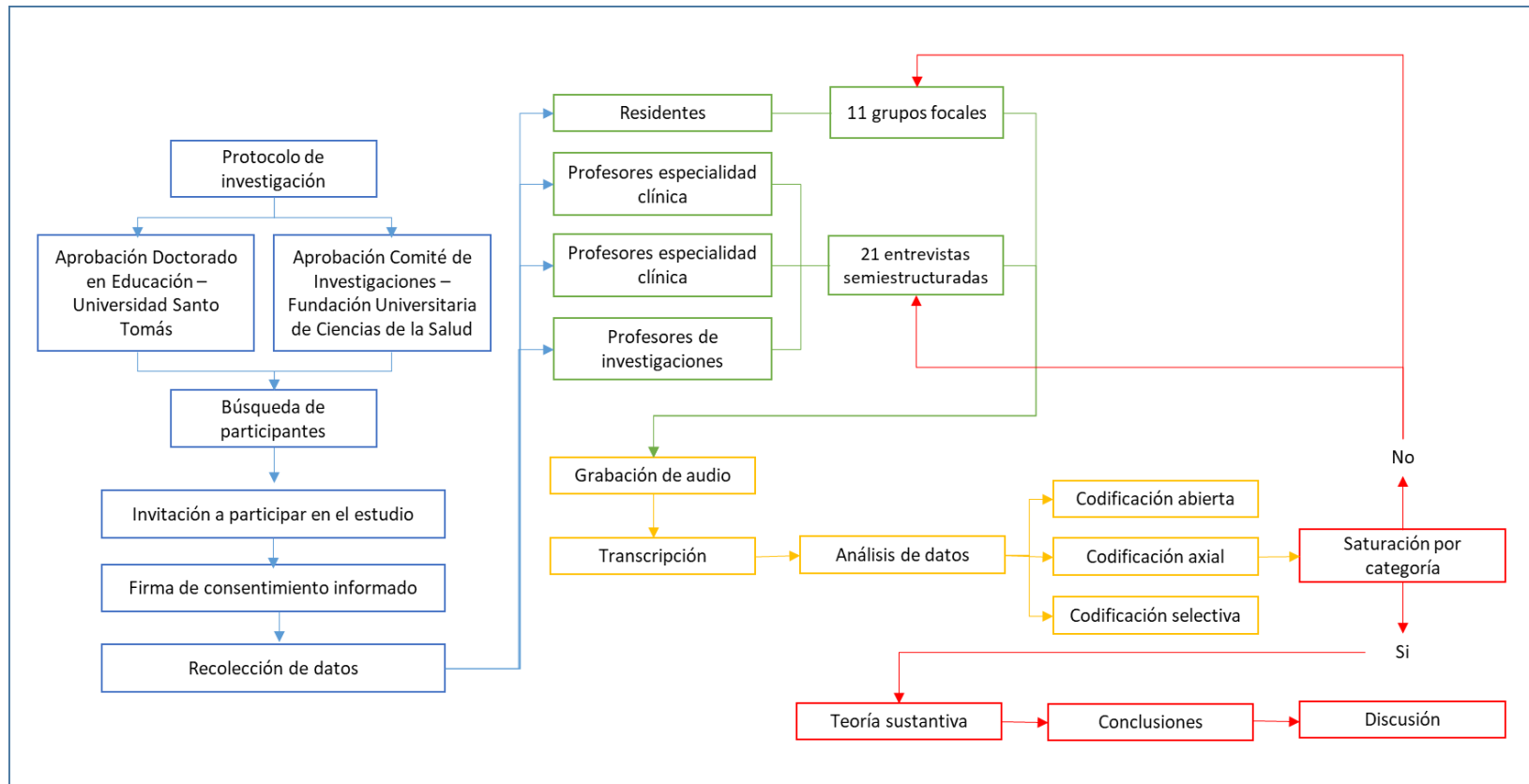


Figura 19. Ruta metodológica del estudio.

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se presentan los detalles de cada aspecto metodológico con los cuales se abordaron los objetivos de la investigación (Pedraz, Zarco, Ramasco y Palmar, 2014).

6.1 Paradigma

La presente investigación asume los principales elementos de la postura de Guba y Lincoln (1994) relacionada con la definición de paradigma como “el sistema básico de creencias basados en supuestos ontológicos, epistemológicos y metodológicos” (p. 107). Para el supuesto ontológico, estos autores indican que su cuestionamiento gira en torno a “cuál es la forma y naturaleza de la realidad y, por tanto, qué hay que se pueda conocer al respecto” (p. 108). En el supuesto epistemológico el resorte corresponde a la relación entre el investigador y lo que puede conocerse, y para el supuesto metodológico su debate gira en torno a cómo el investigador puede descubrir lo que cree que puede llegar a conocer.

Dada la anterior referencia de paradigma, para desarrollar el objetivo de investigación que es comprender las prácticas pedagógicas de la investigación clínica en las residencias médicas de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, se tomó el paradigma cualitativo con el cual se encamina en “el análisis de los procesos sociales, sobre el sentido que las personas y los colectivos dan a la acción, sobre la vida cotidiana, sobre la construcción de la realidad social” (Deslauriers, 2004, p.6). Por esta razón, se buscan significados subjetivos (Crotty, 1998) comprendidos por medio de un proceso inductivo-deductivo (Marín, 2012) en su medio natural de las prácticas pedagógicas globales y de la investigación clínica; en específico, de los programas académicos de posgrado de las especialidades médico-quirúrgicas vividas por los profesores y por los residentes.

El paradigma cualitativo permitió comprender el rol del investigador similar al oficio del artesano,⁶ quien tiene la oportunidad de mantener una curiosidad

⁶ Término utilizado por Steinar Kvale (2011, p. 77) y Sennett (2009).

constante a medida que va investigando y aprendiendo de la incertidumbre (Sennett, 2009). De igual manera, valora sus herramientas, pero reconoce que sobre la marcha va construyendo a partir de la materia prima con la que cuenta. Por esta razón, al estar en el paradigma cualitativo la ruta metodológica toma riesgos que llevan a incorporar la creatividad a medida que el viaje en la búsqueda de una *construcción sobre una realidad social* se aproxima. Fish (2009) explica esta ruta paradigmática de la siguiente manera: “Por convención, no hay un mapa para guiar sus viajes, simplemente un sentido general de la dirección a seguir, que necesita ser restablecido como las vueltas de la carretera” (p. 140).

6.2 Perspectiva teórica y del enfoque epistemológico y metodológico

En la presente investigación se considera la perspectiva teórica como aquella que “describe la postura filosófica subyacente a la metodología elegida... [y] ...proporciona un contexto para el proceso y fundamenta su lógica y criterio” (Crotty, 1988). Por lo anterior, para dar respuesta a la pregunta de investigación y siguiendo los aportes del paradigma cualitativo, la perspectiva teórica elegida fue la interpretativa según los supuestos presentados por Sandín (2003) y concretados para la presente investigación de la siguiente manera: a) Los sitios en los que se transforman las prácticas en razón a la mediación de un contexto social y cultural; en este sentido, la contextualización y el ambiente en el que suceden las prácticas pedagógicas juegan un papel importante en relación con el binomio Hospital -Universidad, lugar en el que intervienen dos sistemas: el sistema educativo de los programas de posgrado médico-quirúrgicos y el sistema de salud representado en los hospitales, algunos de ellos denominados hospitales universitarios; b) las prácticas pedagógicas se comprendieron como acciones humanas llenas de significado para los participantes de dichas prácticas; c) la fundamentación teórica se encuentra en los discursos de los practicantes; y d) se alcanzó la objetividad por medio del significado subjetivo de las acciones dadas por los participantes de la investigación.

Con la anterior explicación, las prácticas pedagógicas fueron entendidas como prácticas humanas, las cuales se comprendieron desde “los significados [que] son creados, cuestionados y modificados durante el desarrollo de las prácticas sociales que las personas realizan” (Sandín, 2003, p. 58). En referencia a los rasgos epistemológicos de la perspectiva teórica interpretativista, podría afirmarse que las prácticas humanas, entre ellas las prácticas pedagógicas, están ligadas al lenguaje y, por lo tanto, a la posibilidad de construir y compartir significados. Así las cosas, la comprensión se centra en las acciones humanas desde los significados subjetivos y no desde las consecuencias de sus conductas (Sandín, 2003).

Siguiendo los lineamientos de las corrientes del interpretativismo en relación con su enfoque epistemológico y metodológico, la investigación se centró en la hermenéutica entendida “como el desvelar del sentido (ἀλήθεια)” (Grondin, p. 168, 1999), sujeta en la aplicación que consiste en buscar la respuesta a preguntas en un constante diálogo. Grondin (1999) explica que la hermenéutica como aplicación no se logra luego de la interpretación misma, sino que se encuentra entremezclada por la historicidad de la transmisión entendida como la posibilidad de comprender los textos en un contexto actual. En la investigación se aplicó la reflexión consciente y constante al pensar en los métodos, al acercarse a los participantes en los encuentros y luego al analizar sus relatos e interpretaciones, así como las interpretaciones de la investigadora, siguiendo el desvelar del sentido de la siguiente manera: “Dar sentido entonces es interpretar y comprender un fenómeno desde los horizontes propios, es decir, desde la historicidad particular” (Barragán, 2013, p. 42). Esta historicidad, durante la interpretación, halla un espacio de análisis conjunto entre participantes e investigadora en el que la deliberación sobre la práctica es el punto central de discusión.

El reto de la investigación consistió en entender el sentido y el significado de las acciones, similar a lo que describiera Gadamer (1996) con las siguientes

palabras: “el arte de interpretar, llamado hermenéutica, tiene que ver con lo incomprensible y con la comprensión de lo que hay de desconcertante en la economía mental y espiritual del hombre” (pp.178-179). La comprensión de las acciones, del lenguaje y de las relaciones con los colegas, demás profesionales, pacientes y familiares se tomaron como oportunidad para dibujar las prácticas médicas con contenido pedagógico por medio de las narrativas de los participantes; este ejercicio como acción investigativa puso de manifiesto la interpretación de la investigadora de manera permanente. Con el fin de lograr este cometido, la investigadora se acercó al fenómeno que viven *los otros* para conocer lo que les ocurre por medio de la escucha, del lenguaje, de su interpretación y de su explicación al preguntar a esos otros sobre sus significados. Con este ejercicio cognoscitivo, se presentó la *reflexión* como un “*acto de volverse sobre sí por el cual un sujeto vuelve a captar, en la claridad intelectual y la responsabilidad moral, el principio unificador de las operaciones en las que se dispersa y se olvida como sujeto*” (Ricoeur, 2002). Bajo este principio de reflexión se comprendió la posibilidad de acercarse al sujeto investigado por medio de la interpretación de la investigadora: encontrarse en el relato con el otro involucra un proceso de transparencia consigo mismo, lo cual retorna al otro sujeto por medio de la pregunta como elemento de confirmación de la interpretación.

Con esta forma de actuar, se intentó a lo largo de este viaje epistémico darle cabida a lo que Gadamer (1996), en parte, concebía de la hermenéutica:

[Que] Ella [la hermenéutica] penetre hasta las raíces más íntimas de la filosofía, que no sólo es pensamiento lógico e investigación metódica, sino que siempre responde a una lógica del lenguaje. El pensamiento es la conversación del alma consigo misma. (p. 181)

El significado de las palabras y su interpretación en el contexto fue el principal insumo epistémico y metodológico llevado a la aplicación diaria de las prácticas cotidianas de médicos residentes y profesores de los programas de

especialidades médico-quirúrgicas. La validez de la perspectiva teórica y del enfoque epistemológico y metodológico se centra en la “construcción social del conocimiento, otorgando un nuevo énfasis a la interpretación” (Sandín, 2003, p. 187).

6.3 Método de investigación

En consonancia con el paradigma cualitativo y el enfoque epistemológico interpretativista-hermenéutico, el método de investigación elegido corresponde a la teoría fundamentada descrita por Strauss y Corbin (2002) debido a que se consideró apropiado el procedimiento sistemático descrito por estos autores. El desarrollo de su método posee las siguientes particularidades:

[...] a) la necesidad de salir al campo para descubrir lo que sucede en la realidad; b) la importancia de la teoría, fundamentada en los datos, para el desarrollo de una disciplina y como base para la acción social; c) la complejidad y variabilidad de los fenómenos y de la acción humana; d) la creencia de que las personas son actores que adoptan un papel activo al responder a situaciones problemáticas; e) la idea de que las personas actúan con una intención; f) la creencia de que la intención se define y se redefine por la interacción; g) una sensibilidad a la naturaleza evolutiva y en desarrollo permanente de los acontecimientos (procesos) y h) la constancia de la relación entre las condiciones (la estructura), la acción (el proceso) y las consecuencias. (Strauss y Corbin, 2002, p. 18)

Los anteriores enunciados permitieron comprender el significado de las prácticas pedagógicas en las residencias médicas que se fueron fundamentando durante la recolección de los datos y que de manera inductiva generaron una teoría (Sandín, 2003; Streubert y Carpenter, 2003; Bautista, 2011), en el marco de un hospital universitario.

Aunque, en general, se reconoce que las investigaciones cualitativas son inductivas, es decir, van de lo específico a lo general, en la teoría fundamentada los procesos son tanto inductivos como deductivos, estos últimos porque el investigador interpreta la investigación desde su acontecer, desde sus lecturas y desde sus pares (Strauss, 2002, p. 150). Por lo anterior, de manera constante durante la investigación se reflexionaba sobre las características del método en relación con: a) no perder el panorama general, b) reconocer la fuerte interdependencia de las etapas de la tesis, c) mejorar la calidad de las entrevistas a medida que se interactuaba con los participantes, d) no olvidar el proceso de espiral retroactiva que implicaba devolverse en temas que inicialmente no tenían mayor relevancia, e) la posibilidad de re-enfocar y desaprender temas que se consideraban agotados, f) anotar las reflexiones que surgían con las entrevistas y g) reconocer que el viaje tenía un propósito y un fin determinados (Kvale, 2011).

El interés por este método surgió de la combinación de una lógica en la construcción de categorías, así como la posibilidad de incluir en las mismas flexibilidad y creatividad (Strauss y Corbin, 2002). Dado que el objetivo principal de este método consiste en el desarrollo de una teoría sustantiva, la cual se comprendió como “una explicación de algo o una comprensión que el investigador desarrolla” (Creswell, 2013, p. 85), basado en los discursos proporcionados por los participantes que se encuentran involucrados al contexto del fenómeno estudiado (Creswell, 1998, p. 56). Dichos discursos son considerados por Strauss y Corbin (2002) como el “verdadero mérito de la teoría sustantiva” (p. 290), debido a que ellos sustentan la oportunidad de hablar de una población específica y en la cual la teoría es aplicable; en este caso, las prácticas pedagógicas en las residencias médicas. Para la construcción de la teoría sustantiva, el proceso de la investigación incorporó aspectos como: el muestreo teórico, la codificación teórica y la escritura de la teoría (Flick, 2012, p. 57), puntos que serán descritos más adelante. Desde lo práctico, durante la investigación de cara al método se intentó mantener la capacidad de:

[...] a) dar una mirada retrospectiva y análisis a situaciones críticamente, b) reconocer tendencias de sesgos, c) pensar de manera abstracta, d) ser flexible y abierto a la crítica constructiva, e) tener sensibilidad a las palabras y acciones, y f) dar un sentido de absorción y devoción al proceso de investigación. (Strauss y Corbin, 2002, p. 16)

Siguiendo estas pautas, se guardó una estrecha relación entre la recolección de datos, el análisis y la teoría; así las cosas, el análisis de los datos en el contexto develó, desde los participantes de la investigación, la estructuración teórica. Se espera que el ordenamiento conceptual y teorización reflejen la comprensión del fenómeno y del contexto con el fin de tomar acciones con sus resultados (Strauss y Corbin, 2002). En la figura 20 se indican las pautas usadas para comprender el fenómeno por medio de la teoría sustantiva.

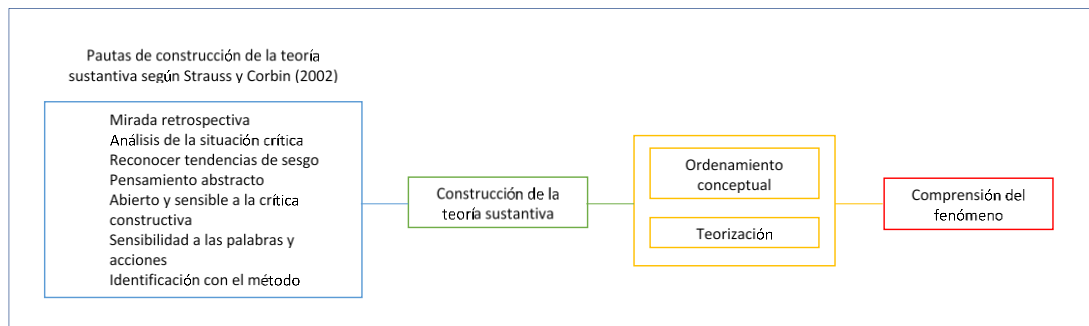


Figura 20. Pautas para la construcción de la teoría sustantiva.

Fuente: Elaborado a partir de Strauss y Corbin, 2002.

A pesar de presentar la construcción de la teoría sustantiva como un proceso lineal, vale la pena aclarar que estas pautas se tomaban de manera circular una vez se realizaba un ordenamiento conceptual y su teorización para luego retornar a las narrativas de los participantes.

6.4 Contexto

La investigación tomó lugar en la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud en Bogotá (Colombia), institución educativa privada creada por la Sociedad de Cirugía de Bogotá y aprobada por el Ministerio de Educación Nacional de Colombia en el año 1994. La institución cuenta con dos centros principales de prácticas asistenciales correspondientes al Hospital de San José y el Hospital Infantil Universitario de San José, también pertenecientes a la Sociedad de Cirugía de Bogotá.

El Hospital de San José, fundado en el año 1902, cuenta con una trayectoria en la formación de médicos desde sus inicios. En relación con los programas de posgrado de especialidades médico-quirúrgicas, sus instalaciones han albergado estudiantes de diversas universidades del país como la Universidad Nacional, Universidad Javeriana y Universidad del Rosario. Luego de la creación de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, el Hospital potencializó su experiencia docente y asistencial al impulsar sus primeros 28 programas de especialidades (Tribín, 2002). A agosto de 2018, la Facultad cuenta con 23 programas de primera especialidad y con 25 programas de segunda o tercera especialidad, también denominados subespecialidades o *fellows*. En el anexo 4 se registra el nombre de los programas académicos actuales.

6.5 Participantes

La definición de sujeto participante se ajusta a la descrita por Zuluaga (2014), al rescatar la posición del maestro como sujeto de práctica según se expresa a continuación:

Preguntarse por el sujeto en la pedagogía es diferenciar entre el maestro como objeto, como persona, como ideal, como instrumento y como instancia que favorece el control político. El sujeto es una construcción que

se hace posible desde la pedagogía a condición de que el individuo se distancia, se separe, se diferencie y luche contra la objetividad de ser como quiere que sea un discurso. El sujeto se construye al transformar los fines de la institución por fines propios o por una vida ausente de fines. (p. 15)

Ahora bien, en la presente investigación se amplió la definición de sujeto en la pedagogía al estudiante o residente médico debido a que al igual que el maestro tiene unos discursos constituidos que hacen parte del proceso enseñanza-aprendizaje.

Así las cosas, la investigación contó con los dos sujetos participantes que conforman las prácticas pedagógicas de las residencias médicas en la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - Hospital de San José, Bogotá, Colombia. Por una parte, los profesores de los posgrados de las especialidades médico-quirúrgicas, y por el otro, los estudiantes de los posgrados, también denominados residentes, de estas especialidades. A continuación, se describe cada uno de los grupos participantes.

Los profesores de las especialidades médico-quirúrgicas se encuentran divididos en dos grupos:

- Profesores médicos que son especialistas clínicos. Se tomó la definición de profesor clínico de Bannister, Raszka y Maloney (2010), quienes los denomina como aquellos sujetos que interactúan con un estudiante en el contexto de la atención al paciente, es decir, la relación y la enseñanza con el paciente. Otra característica de los profesores de las especialidades médico-quirúrgicas corresponde a ser profesor con formación de posgrado que orientan en primera, segunda o tercera especialidad médica de forma tutorial y personalizada en la que se presenta un contrato tanto con la Institución de Educación Superior como con la institución hospitalaria (Ministerio de Educación Nacional, 2016). Los participantes de la

investigación fueron 15 profesores, nueve de especialidades o subespecialidades clínicas y seis de especialidades o subespecialidades quirúrgicas.

- Profesores del área de investigaciones de las residencias médicas de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Los profesores del área de investigaciones son los profesores pertenecientes a la División de Investigaciones que asesoran proyectos de investigación, orientan la cátedra de los módulos de investigación a médicos residentes y guían los proyectos de investigación de los profesores clínicos. Los participantes de la investigación fueron seis profesores con formación en Epidemiología Clínica o Estadística.

El otro grupo de participantes, lo conformaron los estudiantes de los programas académicos de las residencias médicas de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Se denomina residentes a los médicos graduados que ingresan al entrenamiento de primera, segunda o tercera especialidad médico-quirúrgica (estas dos últimas denominadas comúnmente como subespecialidad o *fellow*), con dedicación exclusiva y cuya formación se desarrolla en su mayoría en hospitales de tercer o cuarto nivel de complejidad. Los residentes cumplen con una doble función, es decir, el ser estudiantes y desempeñar responsabilidades asistenciales en los sitios de práctica (Ministerio de Educación Nacional, 2016). En total participaron 60 residentes, 36 de especialidades o subespecialidades clínicas y 24 de especialidades o subespecialidades quirúrgicas.

6.6 Técnicas y estrategias de investigación

Acorde con la opción metodológica de la teoría fundamentada y reconociendo a la hermenéutica como el enfoque epistemológico, resulta relevante convocar la comprensión, la interpretación y la aplicación, que según Rillo (2006) son elementos, que lejos de ser rígidos, llevan de diversas maneras a la

“comprensión mediante la dialéctica de pregunta y respuesta” (p. 254). Con este fin, para la recolección de la información se utilizaron dos técnicas de investigación: a) entrevistas semiestructuradas; y b) grupos focales. A continuación, se describe cada una de estas técnicas junto con sus estrategias de investigación.

6.6.1 Entrevistas semiestructuradas

El diálogo con los profesores de las residencias médicas se realizó por medio de las entrevistas semiestructuradas. Para Kvale (2011), el objetivo de la entrevista consiste en “obtener descripciones del mundo vivido de los entrevistados con respecto a la interpretación del significado de los fenómenos descritos” (p. 34). Con este tipo de aproximación cualitativa se buscó el sentido que cada palabra posee para comprender los significados de los protagonistas del ejercicio educativo. Para ello se quiso: a) develar sus experiencias, incluso de aquellas que inicialmente en las entrevistas podrían considerarse poco frecuentes pero que tienen matices enriquecedores, para su formación como médicos y a la vez en el rol de profesores; de esta manera, se intentó adentrarse en la sensibilidad de los sujetos referentes a sus prácticas pedagógicas; b) buscar las descripciones y significados en expresiones implícitas por medio de contrapreguntas con el fin de aclarar las posibles interpretaciones de la investigadora y buscar detalles que en los primeros relatos no fueron suficientes; c) reconocer acciones concretas en procesos de enseñanza o aprendizaje en los que intervenían de manera individual o en colectivos sociales; d) se atendió a las posibles categorías que emergían en medio de la entrevista permitiendo que las expresiones del entrevistado surgieran de manera espontánea; e) generar un ambiente en el que se lograra una interacción continua entre participantes y entrevistador manteniendo una conversación fluida y constante; y f) lograr un diálogo abierto en el que se alcanzara a anular las condiciones de poder. Las entrevistas fueron realizadas teniendo en cuenta una concepción epistemológica

hermenéutica en donde “los conceptos de conversación y textos son esenciales” (Kvale, 2011, p. 45).

En el caso de este trabajo, las entrevistas semiestructuradas se focalizaron en: a) las prácticas pedagógicas del proceso de enseñanza-aprendizaje reflejadas en las prácticas médicas y dirigidas a los médicos residentes, b) en los objetivos de enseñanza de las prácticas médicas, y c) en las didácticas utilizadas durante el proceso de enseñanza-aprendizaje. Luego se abordó el tema de investigación clínica en la residencia haciendo énfasis en los factores que benefician y afectan su enseñanza y la relación de cómo estas prácticas se involucran con la institución educativa y hospitalaria, las sociedades científicas y la práctica clínica individual.

Con estas entrevistas se pretendió que los profesores expresaran abiertamente sus puntos de vista (Flick, 2012). En otras palabras, Kvale (2011) declara: “las entrevistas son adecuadas para estudiar sus experiencias y su modo de comprenderse a sí mismos, y aclarar y elaborar su propia perspectiva sobre su mundo vivido” (p. 73). Investigadores como Ilic y Forbes (2010), apoyan las entrevistas al grupo de médicos especialistas y como afirman en las conclusiones de su estudio, estas “podrían proporcionar la visión de la medicina basada en la evidencia (MBE)⁷ y cómo sus prejuicios, ya sea a favor o en contra de ella, influyen en la manera en que se enseña a los estudiantes...” (p. 8, párrafo 1).

La mayoría de las entrevistas semiestructuradas fueron realizadas en los consultorios del Hospital de San José y de ser necesario, se indagó en segundas sesiones a los participantes con el fin de aclarar expresiones, temas o conceptos que en la primera entrevista pasaron desapercibidos. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas textualmente.

⁷ La Medicina Basada en la Evidencia es uno de los tópicos de mayor importancia que se trabajará en las prácticas pedagógicas de la investigación clínica.

6.6.2 Grupos focales

La técnica abordada con los estudiantes o residentes de las especialidades médico-quirúrgicas fue la realización de grupos focales debido a la posibilidad de intercambiar puntos de vista, ideas y experiencias (Moreno, 2015), en este caso, adquiridas antes, durante y después de la residencia. Se tomó la definición de grupo focal descrita por Morgan (1996) de la siguiente manera: “el grupo focal es una técnica de investigación que recolecta datos a través de la interacción de un grupo sobre un tema determinado por el investigador” (p. 130). Esta interacción tenía como objetivo *dar voz* a los estudiantes empoderándolos por medio de una investigación participativa al reunirse con sujetos que se encuentran viviendo circunstancias similares en el proceso de llegar a ser médicos especialistas. Se conformaron grupos pequeños según la recomendación de Barbour (2013) quien indica la organización de máximo ocho personas por grupo.

Los grupos focales fueron realizados en una de las salas de junta de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Una vez iniciados los grupos focales, se percibió que uno de los elementos fundamentales para disminuir esta asimetría de poder fue la firma de consentimiento informado, dado que los participantes consideraban que sus opiniones serían resguardadas y por tanto, podrían ser mucho más abiertos en sus argumentaciones y discusiones.

Cada grupo focal estuvo constituido por: a) estudiantes de residencias médicas; b) la investigadora quien tomó el rol de moderadora, y c) una observadora participante. Todos los grupos fueron grabados con el permiso de los participantes y, posteriormente, transcritos textualmente. La transcripción se realizó con el fin interpretar el registro de las grabaciones y las notas hechas durante la entrevista; con estos insumos se inició el análisis (Gibbs, 2012). En la figura 21 se representa la distribución de los participantes del grupo focal.

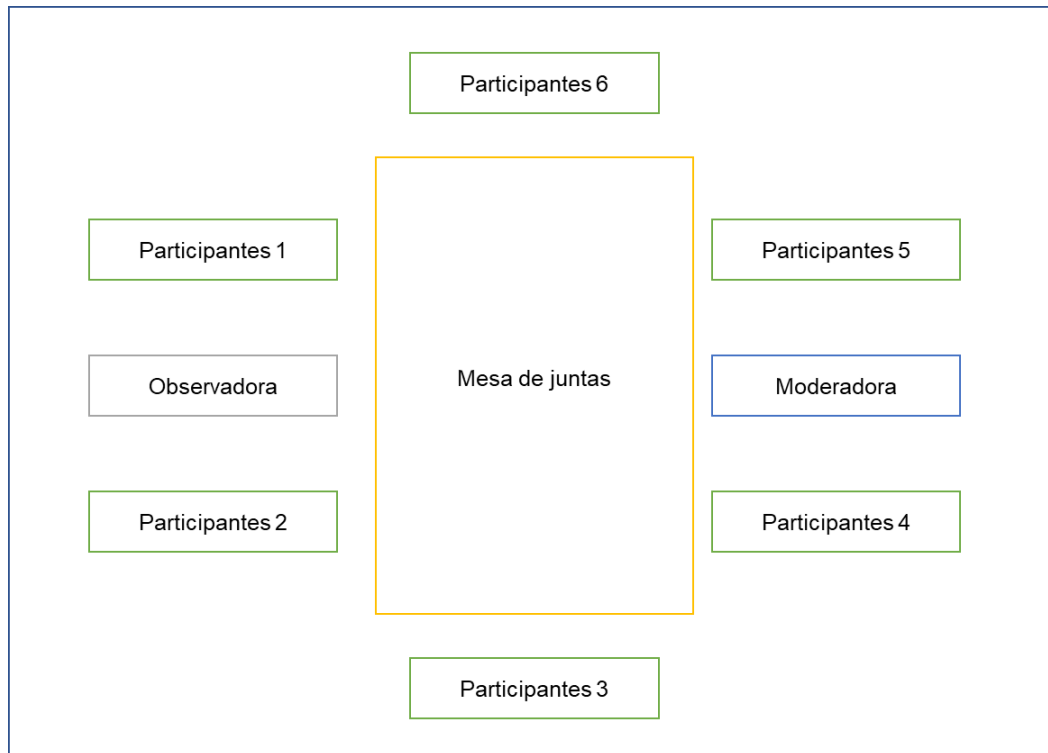


Figura 21. Distribución de participantes del grupo focal.

Fuente: Elaboración propia.

Tanto la moderadora como la observadora registraron notas simultáneamente a la grabación de la sesión. Adicionalmente, la observadora participante registraba las reacciones de las preguntas o de las intervenciones de los participantes e incluía preguntas que durante el desarrollo de los grupos focales daban la oportunidad de obtener detalles sobre situaciones inesperadas (Galeano, 2012). La posibilidad de contar con una segunda mirada de las experiencias de los participantes brindó la oportunidad de corroborar las interpretaciones iniciales de la investigadora.

Durante el desarrollo de los grupos focales, se presentaron situaciones en las que la experiencia del estudiante fue reafirmada por otros participantes, así como oportunidades en las que un estudiante manifestaba experiencias opuestas que alimentaban nuevos temas o conceptos para la configuración de la teoría. Debido a que el interés en la realización de estos grupos fue permitir la expresión

de los participantes de manera equilibrada y abierta, tanto la moderadora como la observadora estimulaban a intervenir a todos los participantes del grupo. En los casos en los que uno de los participantes tomó la vocería, se indagó a los demás tratando de confirmar, ampliar, refutar o negar las experiencias narradas basados en sus propias vivencias, con el fin de evitar el “efecto de polarización” (Morgan, 1996, p. 140).

La participación tanto en las entrevistas semiestructuradas como en los grupos focales fue voluntaria y se protegió la identidad de cada uno de los participantes. Se solicitó el consentimiento informado a cada participante para la grabación de la sesión o sesiones (Anexos 5 y 6).

6.7 Instrumentos de recolección de datos

Con el fin de tener una organización temática inicial de las entrevistas y de los grupos focales, se contó con un guion para cada grupo de participantes. Este guion estructuró el curso de las entrevistas y de los grupos focales (Kvale, 2011) y ayudó a que los conceptos de la teoría emergieran (Strauss y Corbin, 2002, p. 223). Al principio de cada guion se registró una introducción informativa con el fin de indicar el propósito del encuentro, la relevancia de la participación, la grabación como medio de registro y la responsabilidad de la investigadora al proteger a los participantes.

El guion de las entrevistas semiestructuradas para el grupo de profesores clínicos estuvo conformado por los siguientes temas: Trayectoria profesional, Experiencia docente, Formación del médico especialista, Experiencia en investigación y del ser médico especialista, Investigador clínico y profesor. Estos temas se abordaron con 17 preguntas (Anexo 7). El número de preguntas en el guion del grupo de profesores del área de investigación también fue de 17 y las temáticas abordadas fueron: Trayectoria profesional, Experiencia docente, Rol del

profesor clínico en la residencia, Rol del profesor del área de investigaciones en la residencia, formación del médico, Experiencia del proceso de aprendizaje-enseñanza en investigación y del ser médico especialista, investigador clínico y profesor (Anexo 8).

Para el grupo focal se formularon nueve preguntas relacionadas con los siguientes temas: a) Trayectoria antes de la residencia, b) Vivencias durante la residencia, c) Relación con los profesores de la residencia, d) Investigación clínica en la residencia, y e) del ser médico especialista y profesor clínico (Anexo 9).

A lo largo de las entrevistas y de los grupos focales se formularon segundas preguntas retomando las respuestas de los participantes. Estas segundas preguntas sondearon temas que podrían soportar vacíos en la teoría. Es decir, el guion se fue modificando a medida que se refinaban las preguntas y daban lugar a las categorías o conceptos que requerían mayor desarrollo.

6.8 Validación de instrumentos

Para las entrevistas semiestructuradas, el guion de las entrevistas fue analizado y validado por un experto en educación quien valoró su contenido. Luego se realizó una prueba piloto con los dos primeros profesores clínicos y del área de investigación para establecer la claridad de las preguntas.

Para los grupos focales, al inicio de la recolección de información se realizaron dos grupos focales pilotos en los que participaron tres y cuatro estudiantes, respectivamente. Con estas pruebas piloto se estableció la comprensión de las preguntas por parte de los participantes y se adicionaron preguntas relevantes para su proceso de enseñanza-aprendizaje.

6.9 Muestreo teórico

El muestreo teórico fue utilizado con el fin de hallar las variaciones de los conceptos en las dimensiones expuestas por los participantes (Strauss y Corbin, 2002). De esta manera, y siendo coherentes con el método de la teoría fundamentada, a medida que se avanzó en la recolección de datos y en el análisis se construían las categorías y al requerirse ahondar en algunos puntos específicos se entrevistaba en segundas oportunidades o se invitaba a nuevos participantes con el fin de comparar acontecimientos y develar la variación de las propiedades y dimensiones en cada categoría (García y Manzano, 2010). Tanto el muestro teórico como el método conocido como comparaciones constantes fueron utilizados para esclarecer las interpretaciones de la investigadora e identificar contradicciones en la creación de las categorías (Strauss y Corbin, 2002).

El principal criterio de selección de los participantes consistió en asegurar que contaran con experiencias antes, durante y después del proceso de enseñanza-aprendizaje en las residencias médicas. En el caso de los profesores clínicos, el criterio de muestreo consistió en ser miembro de un grupo de investigación de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Para los profesores del área de investigaciones se requería como criterio de muestreo contar con al menos seis meses de experiencia en la asesoría de proyectos de investigación a profesores de las residencias médicas y a médicos residentes.

El criterio de muestreo para los estudiantes consistió en el registro del anteproyecto de investigaciones en la Coordinación de Investigaciones de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Con esta condición los estudiantes inician su proceso de investigación en la institución, situación que aseguró la interrelación con los profesores del área de investigaciones y, por lo tanto, con el proceso de investigaciones de la Facultad de Medicina.

6.10 Saturación teórica

La teoría fundamentada basa la incorporación de nuevos participantes en la saturación teórica que de acuerdo con Strauss y Corbin (2002), consiste en: “alcanzar el punto en la investigación, cuando la recolección de datos parece ser contraproducente porque lo ‘nuevo’ que se descubre no le añade mucho a la explicación” (p. 149). Lo anterior se reconoce cuando las categorías están completas en el entendido de que: a) no hay nuevos datos que emerjan de la categoría; b) la categoría contiene propiedades y dimensiones que representan su espectro; y c) la relación entre las categorías se encuentra establecida y validada (Strauss y Corbin, 2002, p. 231). La reflexión constante de la información recolectada estableció el momento en el que logró saturación teórica de las categorías que emergieron del análisis (Flick, 2012).

6.11 Análisis de datos

La recolección de datos y su análisis se realizaron de manera simultánea, con lo que se consiguió descubrir, construir y relacionar las categorías al identificar patrones, su relación entre ellas y la posterior generación de nuevas categorías (Bautista, 2011). Este proceso de análisis de datos, similar a una espiral, permitió a la investigadora el aprendizaje desde los datos a medida que se iban recolectando y analizando de forma similar a lo registrado en la figura 22, tomada del modelo de Creswell (1998).

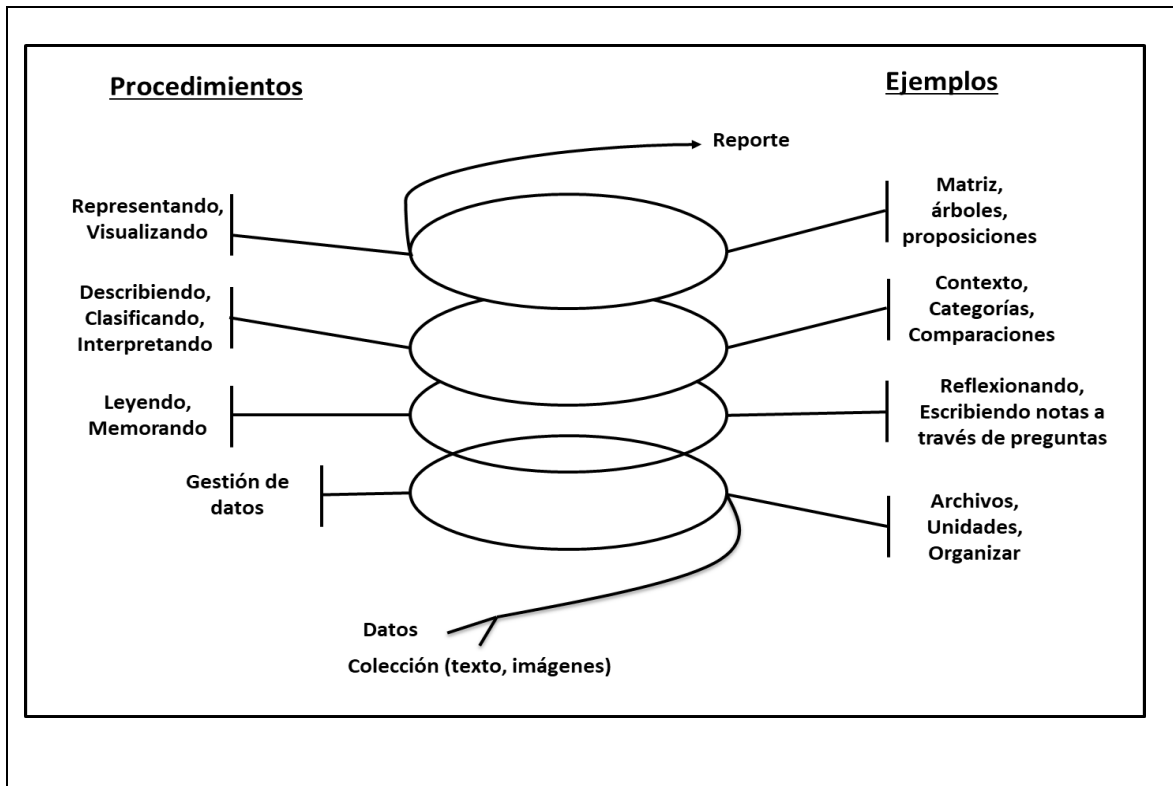


Figura 22. Espiral de análisis de datos.

Fuente: Elaboración a partir de Creswell, 1998, p. 143.

A continuación, se describen los procedimientos efectuados los cuales, aunque se describen de manera secuencial estos procesos son circulares dado el tipo de análisis.

6.11.1 Archivos y gestión de datos

Luego de realizar las transcripciones de las entrevistas semiestructuradas y de los grupos focales, en un primer momento, se seguía simultáneamente el audio junto con la transcripción, verificando que el texto fuera fiel a las expresiones de los participantes, de esta manera se comprobó la fiabilidad y validez de las transcripciones (Kvale, 2011). Este ejercicio se realizaba desde el inicio de una pregunta hasta que dicha pregunta finalizaba. En un segundo archivo, se retiraron los nombres e identificadores de los participantes. Estas transcripciones definitivas fueron ingresadas al programa de análisis cualitativo ATLAS.ti versión 7.5.2.

6.11.2 Reflexión sobre los datos

El ejercicio de interpretación de los textos se realizó pensando en una previa pre-estructura de la comprensión; es decir, el sentido del texto no aparece como un vacío “sino que cuando llegamos a él proyectamos toda una subjetividad, nuestra historia, nuestra formación, nuestros conocimientos previos y nuestra propia situación existencial” (Roldán, 2012, p. 20). En este sentido, constantemente se reflexionaba sobre las vivencias de los participantes y cómo asumían ciertas posiciones en el proceso de enseñanza-aprendizaje más que la posición de la investigadora, quien interpretó los textos siguiendo la pauta descrita por Gadamer (2003) en relación con la comprensión: “El que quiere comprender un texto tiene que estar en principio dispuesto a dejarse decir algo por él. Una conciencia formada hermenéuticamente tiene que mostrarse receptiva desde el principio para la alteridad del texto” (p. 335).

Desde esta perspectiva vale aclarar que, durante la investigación, tanto en los encuentros con los participantes como en el análisis se reflexionó sobre los sujetos de la investigación como lo indica Dey (1993), citado por Strauss y Corbin (2002): “En síntesis, hay una diferencia entre una mente abierta y una cabeza vacía. Para analizar los datos necesitamos usar el conocimiento acumulado, no desecharlo. El asunto no es si usar el conocimiento existente sino cómo hacerlo” (p.53).

Los principios de análisis de la teoría fundamentada propuesta por Strauss y Corbin (2002) guiaron la investigación. De manera general, el análisis fue realizado línea por línea o por microanálisis, con lo que se logró la codificación de los datos con el fin de extraer los subtemas, luego los temas y posteriormente la descripción de la teoría sustantiva (Strauss y Corbin, 2002; Stark, 2003; Creswell, 2013). En este sentido, el punto central del análisis fue la codificación con la que se construye el ordenamiento conceptual y la teorización a partir de los datos (Strauss y Corbin, 2002); la codificación fue formulando una configuración de redes categoriales con sus respectivas relaciones (Flick, 2012). A continuación, se

describen los tres tipos de codificación utilizada durante el análisis: codificación abierta, axial y selectiva.

6.11.3 Codificación abierta

En esta parte del análisis se generaron las categorías definidas como: “acontecimientos, sucesos, objetos y acciones o interacciones que se consideran conceptualmente similares en su naturaleza o [que] relacionados en el significado se agrupan bajo conceptos más abstractos” (Strauss y Corbin, 2002, pp. 111-112). En este mismo sentido, se tomó la definición de concepto como sigue: “fenómeno al que se le ha puesto una etiqueta” (Strauss y Corbin, 2002, p. 112). Con estos dos conceptos se generaron las categorías asignando códigos a las expresiones de los participantes que involucraban un concepto. En cada código se iban registrando las notas tanto de la interpretación durante en análisis como las notas realizadas en los encuentros con los participantes. Los códigos iniciales fueron inductivos, los cuales surgieron como: a) códigos *in vivo* o códigos vivos en los que se tomaron las palabras textuales de los entrevistados; y b) códigos de análisis comparativo, los cuales comparten similitudes con un acontecimiento o un objeto.

Para cada categoría se analizaron sus propiedades y dimensiones, esto es, una propiedad o subcategoría se consideró como una característica general o específica que brinda un atributo a la categoría y una dimensión asigna una localización de la propiedad o subcategoría en un continuo o variación de la teoría (Strauss y Corbin, 2002). Tanto las propiedades como las dimensiones configuraron los patrones iniciales de la teoría.

6.11.4 Codificación axial

Luego de la codificación abierta siguió la codificación axial basada en el paradigma axial de codificación que tuvo como objetivos: a) relacionar o conectar las categorías a sus subcategorías ofreciendo explicaciones más profundas del fenómeno (Strauss y Corbin, 2002), b) hallar una categoría de la codificación

abierta que pueda ser denominada “categoría central o nuclear” sobre la que giran las demás categorías (Creswell, 2013). Para este fin, estas últimas categorías fueron clasificadas según su relación con la categoría central o nuclear, de la siguiente manera: a) condiciones causales, es decir, factores que llevan al desarrollo del fenómeno central; b) estrategias, definidas como acciones para el manejo del fenómeno central bajo las condiciones percibidas. Debido a que estas categorías son procesos pueden ser analizadas como secuencias, movimientos o cambios en el tiempo y que pueden ser o no reflexivas o intencionadas; c) contexto, aquellas categorías que indican una locación del fenómeno central y que representan las condiciones en las que se llevan a cabo las estrategias; d) condiciones intervinientes que son categorías que describen la situación amplia y específica que influye las estrategias facilitándolas o dificultándolas; y e) consecuencias, entendidas como el resultado de las estrategias. Estos resultados pueden ser no predecibles (Creswell, 2013; Strauss y Corbin, 2002; García y Manzano, 2010).

6.11.5 Codificación selectiva

Una vez finalizada la codificación axial se realizó la codificación selectiva. En esta etapa se identificó una línea argumentativa integrando las categorías con el esquema resultante de la codificación axial. La forma adoptada para la presentación de resultados fue la de imagen visual similar a la usada por Creswell y Brown (1992), Morrow y Smith (1995) e Instone (2000).

Los anteriores procesos de codificación se representan en la figura 23 con el diagrama de árbol definido para la teoría fundamentada según Creswell (1998).

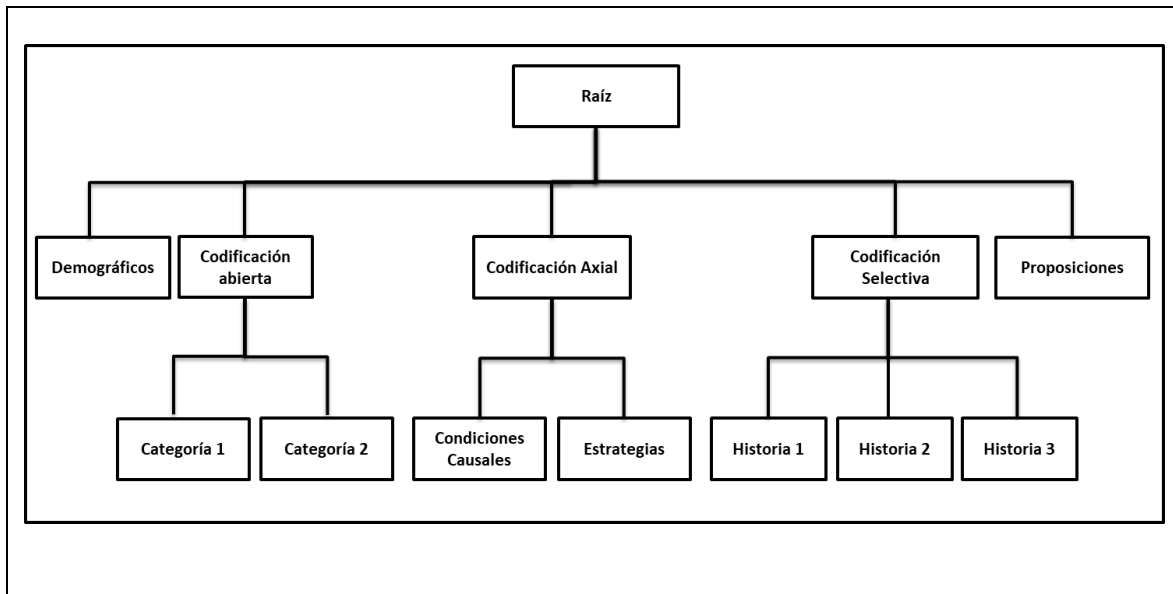


Figura 23. Diagrama de árbol para la teoría fundamentada.

Fuente: Elaborado a partir de Creswell, 1998, p. 160.

Luego de construir el esquema teórico, los resultados fueron enviados a algunos de los participantes, quienes se vieron reflejados en la teorización del proceso de enseñanza-aprendizaje.

6.12 Consideraciones éticas

El proyecto de investigación fue aprobado de acuerdo con el Acta de sustentación de propuesta de candidatura doctoral firmada el 26 de febrero de 2016. Posteriormente, se obtuvo la aprobación por parte del Comité de Investigaciones de la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud el 16 de mayo de 2016 y en el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - Hospital de San José, el día 25 de mayo de 2016.

La realización de la investigación se adecuó a las recomendaciones para investigación biomédica de la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013). Los consentimientos informados de profesores y residentes se acogieron a

los principios éticos en investigación con seres humanos referidos al respeto por las personas, beneficencia y justicia y consignados en el informe Belmont (Departamento de Salud y Servicios Humanos, 1979). Según la Resolución 8430 de 1993 (Ministerio de Salud de Colombia, 1993), la investigación se considera sin riesgo; no obstante, al ser poblaciones vulnerables por su condición de estar bajo los lineamientos de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud y del Hospital de San José, se emplearon consentimientos informados para ingresar al estudio con el fin de proteger a los participantes (Anexos 5 y 6).

La responsabilidad del estudio recayó en la investigadora, quien contó con los recursos técnicos y científicos para culminar con la investigación. Se aseguró tanto la calidad de los datos como la interpretación de estos con la retroalimentación de los participantes. De igual manera, se tomaron medidas para respetar la privacidad de los participantes debido a que los datos del trabajo se mantuvieron custodiados a través del acceso restringido y el uso de códigos para respetar su privacidad. Los resultados obtenidos son de carácter confidencial y se mantendrá su privacidad, aún en las publicaciones. En las publicaciones producto de la investigación se citará la fuente de financiamiento, filiaciones institucionales y cualquier posible conflicto de intereses.

Cuarto capítulo

7. Análisis e interpretación de los datos

En la presente sección, se interpretan y analizan los resultados de las entrevistas a profesores y estudiantes, con el fin de explicar prácticas pedagógicas en las residencias médicas, en especial aquellas relacionadas con el área de investigaciones en sus programas académicos. En esta parte de la tesis se dará voz a los participantes al presentar sus experiencias, manifestaciones y emociones al generar procesos de enseñanza-aprendizaje en cada programa de especialidades médico-quirúrgicas y, de manera simultánea, practicar el cuidado del paciente en los hospitales universitarios.

Cada uno de los testimonios de los participantes fue codificado como se explica a continuación. Las primeras iniciales y número corresponden al tipo de técnica de investigación y el orden de recolección de datos: **GF**: Grupos focales y **E**: Entrevista semiestructurada. Las siguientes iniciales y número identifican el tipo de participante: **R**: Residente, **P.EC.**: Profesor de especialidad clínica, **P.EQ.**: Profesor de especialidad quirúrgica y, **P.I.**: Profesor de investigaciones. Los números entre paréntesis registran la coordenada de la cita generada por el software ATLAS.ti versión 7.5.2. En la figura 24 se describe la codificación utilizada.

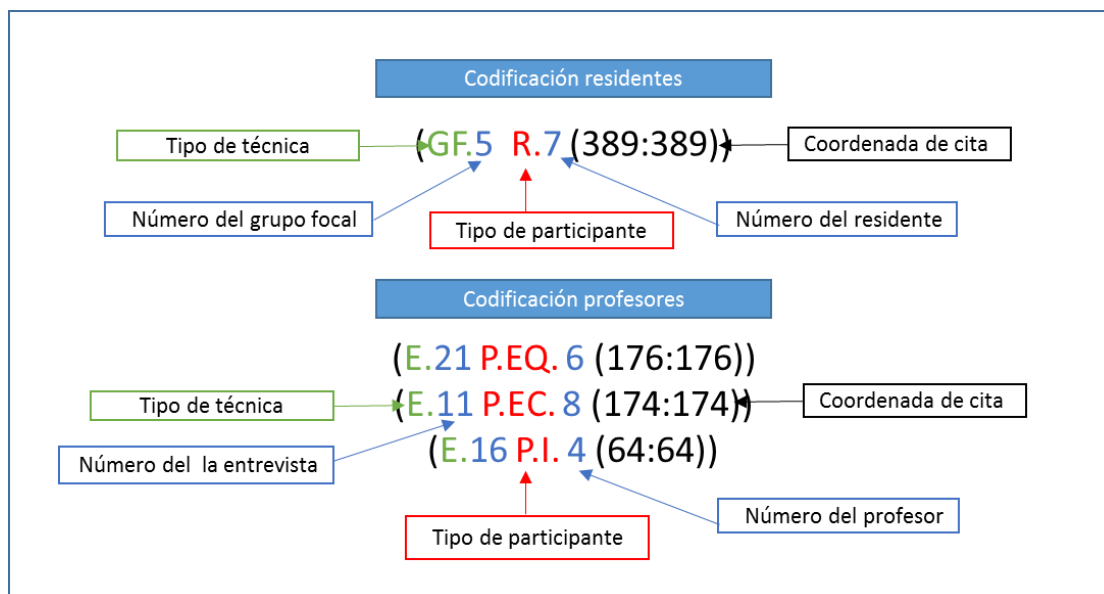


Figura 24. Descripción de codificación utilizada para testimonios.

Fuente: Elaboración propia.

7.1 Características de los participantes

Los participantes de la investigación hacen parte de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS). Con el fin de comprender el fenómeno de interés se invitó a diferentes tipos de actores: médicos residentes, profesores especialistas o subespecialistas médicos y profesores del área de investigaciones especialistas en estadística, salud pública o epidemiología. Para el grupo de médicos residentes, se conformaron 11 grupos focales en los que participaron 36 residentes de programas académicos de subespecialidades y especialidades clínicas y 24 residentes de programas académicos de subespecialidades y especialidades quirúrgicas para un total de 60 residentes. En la tabla 8 se describe la distribución de los grupos focales.

Tabla 8
Distribución de grupos focales por especialidades y subespecialidades

Grupo	Tipo de programa académico			
	Especialidad clínica	Subespecialidad clínica	Especialidad quirúrgica	Subespecialidad quirúrgica
Grupo focal 1	3			
Grupo focal 2		1	1	2
Grupo focal 3	6			
Grupo focal 4	5			
Grupo focal 5	2		2	1
Grupo focal 6	5	1		
Grupo focal 7	4	1		
Grupo focal 8			7	
Grupo focal 9	4			
Grupo focal 10	3	1	4	
Grupo focal 11			7	
Total	32	4	21	3

Nota: Elaboración propia.

15 profesores especialistas médicos participaron por medio de entrevistas semiestructuradas, de este grupo, nueve son subespecialistas o especialistas clínicos y los restantes son subespecialistas o especialistas quirúrgicos. El tercer grupo de actores lo conformaron seis profesores del área de investigaciones que también fueron entrevistados. En la tabla 9 se presentan los años de experiencia docente de los profesores participantes.

Tabla 9
Años de experiencia docente de los participantes

Profesor	Tipo de programa	Años de docencia	de
Área clínica Número de participantes: 9	Especialidad clínica	15	
	Especialidad clínica	11	
	Especialidad clínica	10	
	Especialidad clínica	7	
	Especialidad clínica	6	
	Especialidad clínica	6	
	Subespecialidad clínica	32	
	Subespecialidad clínica	12	
	Subespecialidad clínica	6	
Área quirúrgica Número de participantes: 6	Especialidad quirúrgica	16.5	
	Especialidad quirúrgica	15	
	Especialidad quirúrgica	7	
	Subespecialidad quirúrgica	25	
	Subespecialidad quirúrgica	16	
	Subespecialidad quirúrgica	13	
Área de investigaciones Número de participantes: 6	Todos los programas académicos	10	
	Todos los programas académicos	7	
	Todos los programas académicos	6	
	Todos los programas académicos	2	
	Todos los programas académicos	2	
	Todos los programas académicos	1.5	

Nota: Elaboración propia.

7.2 Análisis e interpretación de la teoría sustantiva

La teoría sustantiva de las prácticas pedagógicas en las residencias médicas y entre estas las de investigación clínica que evolucionó bajo los supuestos de la teoría fundamentada descrita por Strauss y Corbin (2002) y que se desarrolló a partir de la presente investigación, se presenta en la figura 25. Para la construcción de la teoría sustantiva, se realizó un proceso de triangulación de persona (Kimchi, Polivka y Stevenson, 1991; Arias, 2000), con el fin de identificar los seis tipos de categorías que constituyen el método de la teoría fundamentada constituidos por: a) condiciones causales; b) categoría central o fenómeno; c) categoría de contexto; d) condiciones intervinientes; e) estrategias, y f) consecuencias.

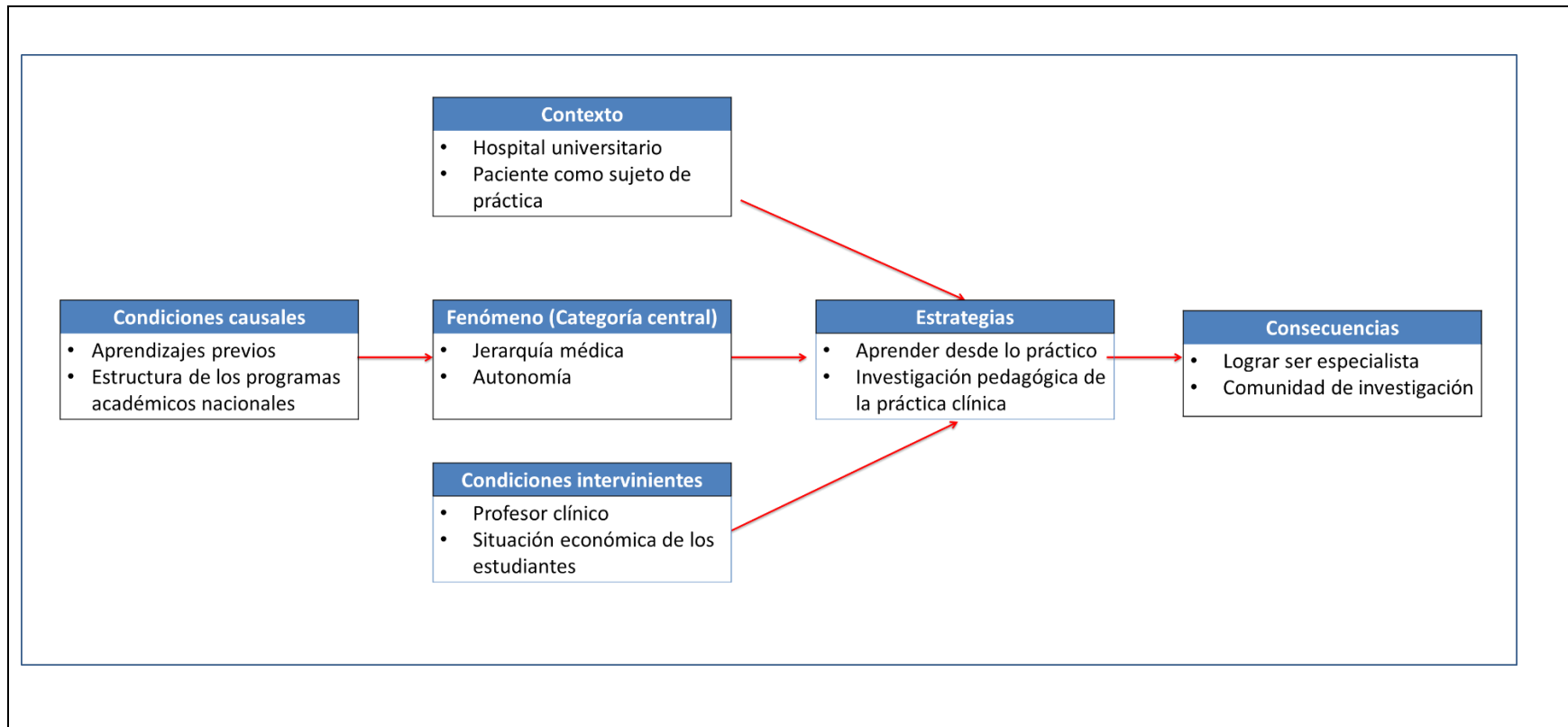


Figura 25. Teoría sustantiva de las prácticas pedagógicas de la investigación clínica en las residencias médicas.

Fuente: Elaboración propia.

Las categorías se fueron construyendo durante el microanálisis de las entrevistas y grupos focales de los tres tipos de participantes. En algunas ocasiones, la categoría emergió solo en uno de los grupos, pero resultó potente en la explicación del proceso de enseñanza-aprendizaje y, por lo tanto, se consideró relevante desarrollar sus propiedades y dimensiones, las cuales surgieron de la construcción de las redes semánticas de estudiantes, profesores clínicos y profesores del área de investigaciones presentadas en los anexos 10 al 12, respectivamente. En otras ocasiones, tanto los nombres de las categorías como sus conceptos eran similares; en estos casos, se tomó el nombre de la categoría con mayor posibilidad de explicar el fenómeno desde un concepto mucho más global con el fin de albergar las miradas de los otros grupos, de esta manera, las categorías iniciales pasaron a ser subcategorías. En la tabla 10 se presentan las categorías y subcategorías iniciales por tipos de participantes; luego del análisis inicial se desarrollaron 12 categorías señaladas en negrilla en la tabla: dos para cada uno de los tipos causal, central, de contexto, intervinientes y estrategias y consecuencias.

Tabla 10

Categorías y subcategorías iniciales de la teoría sustantiva por grupos de participantes

TIPOS DE CATEGORÍAS	Estudiantes	Profesores clínicos	Profesores de investigación
1. Condiciones causales	*Aprendizajes previos *Estructura de los programas académicos nacionales *Perfil de ingreso	*Admisión *Programas nacionales	*Competencias en investigación
2. Categorías centrales	*Jerarquía en la profesión médica	*Autonomía *Jerarquía médica	*Autonomía *Jerarquía médica
3. Contexto	*Hospital universitario *Pacientes en las residencias	*Hospital como sitio de práctica *Paciente como sujeto de práctica	*Paciente como sujeto de práctica
4. Condiciones intervinientes	*Profesor clínico *Situación económica de los estudiantes	*Ser docente	*Ser docente
5. Estrategias	*Aprender desde lo práctico *Aprendizaje de sus compañeros	*Práctica tradicional *Ser investigadores	*Práctica pedagógica *Investigación pedagógica de la práctica
6. Consecuencias	*Conocimiento como fuente de poder	*Comunidad de investigación *Lograr ser especialista	*Comunidad de investigación

Nota. Se señalan las categorías finales en negrilla

Nota: Elaboración propia.

Cada categoría se encuentra alimentada de subcategorías, y estas, a su vez, de los códigos sustantivos que se ilustrarán en el siguiente segmento del capítulo. A continuación, se analizan las dos categorías de condiciones causales referidas como *Aprendizajes previos* y *Estructura de los programas académicos nacionales*, luego se expondrán las categorías centrales denominadas *Autonomía* y *Jerarquía médica*. Posteriormente, se presentan las categorías de contexto *Hospital universitario* y *Paciente como sujeto de práctica* y luego las categorías intervinientes denominadas *Profesor clínico* y *Situación económica de los estudiantes*. Finalmente, se analizan las estrategias representadas en las categorías *Aprender desde lo práctico* e *Investigación pedagógica de la práctica clínica* y sus consecuencias analizadas en las categorías *Lograr ser especialista* y *Comunidad de investigación*.

7.3 Categorías de condiciones causales

Emergieron dos categorías de condiciones causales que explican el fenómeno central de las prácticas pedagógicas en las residencias médicas. Estas categorías fueron: a) *Aprendizajes previos surgida del grupo de residentes* y b) *Estructura de los programas académicos nacionales*, en la que se incluyen las subcategorías perfil de ingreso, admisión y competencias en investigación.

7.3.1 Aprendizajes previos

“creo que [...] el médico general tiene la obligación de manejar un grupo de pacientes tan grande que a veces de pronto hay cosas que se le pasa, de pronto ya en una especialidad como tal se puede centrar mejor y desarrollar su papel de una mejor manera” (GF. 1 R.1 (31:31)).

La categoría aprendizajes previos retoma las experiencias clínicas vividas durante el pregrado, rural y ejercicios laborales preliminares al ingreso de la residencia. En esta categoría también se incluye la afinidad por la especialidad y cómo el cursar una especialidad lleva a unas etapas de ciclo vital propias de los médicos residentes. En la tabla 11 se reflejan los códigos sustantivos que conforman la categoría.

Tabla 11
Códigos sustantivos de la categoría aprendizajes previos

Códigos sustantivos	Categoría causal	Explicación
Experiencias clínicas -Formación en el pregrado -Experiencias en el rural -Experiencia laboral	Aprendizajes previos	Indica la etapa preliminar del residente al ingreso a la especialidad médico-quirúrgica y los motivos para ser especialista
Afinidad con la especialidad -Alejarse de la medicina general -Amplio campo de la medicina general		
Etapas del ciclo vital (Extendido) -Motivos para ser especialista -Mejorar la calidad de vida -Gusto por la profesión		

Nota: Elaboración propia.

La decisión de cursar una especialidad clínica o quirúrgica está determinada por los aprendizajes en los que se afronta el cuidado de los pacientes durante el pregrado, el año como médicos rurales y las experiencias laborales. Es así como las vivencias durante el pregrado constituyen uno de los factores que motivan a convertirse en especialista médico-quirúrgico. Aunque la medicina general resulta ser una de las profesiones socialmente respetadas, el relato de los residentes da indicios de representar a la medicina general no como la meta profesional sino como una de las estaciones profesionales con la que logran alcanzar otras posiciones: *“uno tiene como el chip metido de que no, que uno no va a ser médico general, sino que ya de una vez pensar en una especialidad”* (GF.1 R.1 (58:58)).

Los residentes indicaron que en las facultades de Medicina se estimula a continuar los estudios de postgrado, situación que se ve reflejada en la formación durante las prácticas clínicas, las cuales se realizan, en su gran mayoría, en hospitales universitarios donde la complejidad de los pacientes requiere un mayor nivel de atención que supera la formación como médicos generales y pasa a ser resorte de médicos especialistas o subespecialistas; de esta forma, se inicia el anhelo por hacer parte de este *grupo selecto* de médicos. Por otra parte, algunos de los participantes narraron que comparaban la práctica clínica durante su rural médico con otros médicos generales o con centros médicos en donde había mayores recursos disponibles; ellos evidenciaban fallas en el entrenamiento como médicos generales en lugares sin todos los servicios técnicos existentes en los hospitales universitarios en donde habían sido formados. Esta comparación fue exteriorizada en los siguientes términos: *“yo rotaba en [nombres de hospitales en Colombia], que son hospitales de tercer o cuarto nivel...a uno le enseñan es a trabajar en tercero y cuarto nivel”* (GF.7 R.9 (128:128)).

El año rural, hoy conocido como Servicio Social Obligatorio, es uno de los momentos que les permite afianzar su decisión de formarse como médicos

especialistas. Los residentes expresan que las experiencias clínicas durante el año rural ratifican las habilidades y afinidades con la especialidad que se está cursando: *“no tenía bien claro hacia qué especialidad me iba a orientar, pero con el rural y ya después cuando empecé a trabajar como médico, todos los trabajos que salían eran con niños”* (GF.1 R.1 (35:35)). Por otra parte, la experiencia laboral previa a la elección de la residencia es una de las condiciones que facilita la decisión para elegir una especialidad en particular: *“cuando empecé a trabajar en una unidad de cuidados intensivos yo me dije: pues [...] en lo que yo me desempeño mejor es más como clínico”* (GF. 1 R.1 (58:58)). Es así como, la inclinación por una determinada especialidad inicia en etapas tempranas de formación en el pregrado e internado y durante el año rural buscan la oportunidad de afianzar su aproximación hacia la residencia médica.

En relación con la afinidad a la especialidad, indican que la residencia es como un *“mal necesario para los médicos colombianos”* (GF.11 R.13 (218:218)) con la que logran un ascenso en su calidad de vida y alejarse de las prácticas de la medicina general. En ella se presenta el riesgo de pasar por alto algo que valoran en la práctica debido al amplio espectro en la atención de pacientes: *“Decidí primero especializarme para poder tener una visión más amplia del paciente, tener mayor conocimiento y enfocarme a un grupo de pacientes y no lo que a uno le sucede como médico general que pues me toca todos los pacientes desde el pediátrico hasta el más adulto, embarazadas y demás”* (GF.10 R.12 (128:128)). Para los participantes, ser médico general significa estancarse en el gremio: por una parte, indican que el médico general no puede ser bueno en todo y, por otra parte, consideran que la forma de ejercer la medicina general debido a las presiones del propio sistema de salud en relación con el corto tiempo de consulta no permite alcanzar una correcta relación médico-paciente: *“digamos que a veces es complicado cuando usted está trabajando y en tres minutos tiene que definir un paciente para darle un buen éxito al paciente y al diagnóstico y al seguimiento y a la relación médico-paciente”* (GF.4 R.6 (39:39)).

En contraste, la especialidad se rige por una práctica concreta y específica: *“se puede centrar mejor y desarrollar su papel de una mejor manera”* (GF.1 R.1 (31:31)). Al cursar la especialidad consideran que están completando su entrenamiento profesional: *“la decisión ha sido bastante acertada porque abre el campo... tanto en lo profesional como en lo personal”* (GF.3 R.5 (12:12)).

Para el caso de los residentes de subespecialidades el reto en su formación consiste en la oportunidad de ayudar a pacientes con complejidades clínicas extremas que requieren un mayor cuidado. En este caso, la aproximación por la subespecialidad termina siendo una tracción que denominan enamoramiento. Más allá de la subespecialidad en sí, se refieren al tipo de pacientes que involucra la subespecialidad (por ejemplo, pacientes con cáncer): *“ahí me empecé a enamorar y más que enamorarme de la especialidad como tal, de los pacientes...”* (GF.2 R.4 (40:40)). El siguiente aspecto de este enamoramiento consiste en el impacto que se genera en los pacientes al evitar alguna complicación, como ocurre con un residente de medicina familiar. *“se va enamorando completamente de la carrera porque ve que realmente uno sí genera un impacto preventivo”* (GF.3 R.5 (13:13)). Refieren que la falta de especialistas o subespecialistas en su ciudad de origen los lleva a cumplir con el entrenamiento, bien sea para obtener el título académico y seguir cumpliendo con labores realizadas de manera empírica *“pues siempre ha habido una falencia en ese campo, de hecho, es un campo que asumimos [...] generalmente sin conocer del tema”* (GF.2 R.4 (48:48)) o por un desconocimiento de la especialidad que requiere ser suplido: *“Hay un hecho de siempre tener sed de conocimiento, tenía muchas ganas de estudiar”* (GF.3 R.5 (15:15)). Otra de las condiciones para elegir la subespecialidad corresponde a mejorar su calidad de vida al evitar el trabajo en las noches (denominados turnos): *“son muy complicados los turnos, bueno más que todo por la calidad de vida, entonces yo también vi la opción de otra especialidad”* (GF.7 R.9 (174:174)).

Otro criterio de afinidad con la especialidad es la posibilidad de un campo de acción específico que permite una mayor posibilidad de ingresos económicos.

En este aspecto, los residentes que cursan segundas especialidades cuentan con el título de especialista de su primera especialidad, son conscientes de que su labor asistencial durante las segundas residencias es una “*mano de obra gratis*” (GF.11 R.13 (230:230)) que se aprovecha para suplir las necesidades del hospital; sin embargo, consideran que el esfuerzo de entrenamiento vale la pena por los años posteriores a su graduación como subespecialistas.

Dado que la formación académica desde el pregrado hasta la subespecialización implica tiempo completo de dedicación, consideran que el ciclo vital familiar y su ideal de ingreso económico se cumplen años más tarde que en aquellos compañeros de la secundaria o amigos que estudiaron otro tipo de carreras y que logran cumplir estas expectativas a edades más tempranas. La situación la expresan de la siguiente manera: “*son como etapas del ciclo vital que uno está aplazando por estar en este cuento [...] a mí también me ha costado muchas veces eso*” (GF.1 R.1 (200:200)). Se expresa la sensación de postergar o de aplazar estos aspectos de realización personal por la culminación de otro ciclo: el ciclo académico. Indican que se encuentran sin proyección familiar debido a las dificultades económicas. Las relaciones de pareja se ven afectadas por la falta de tiempo, dinero, espacio o falta de energía. Han terminado relaciones por continuar sus estudios.: “*Sin proyección familiar tampoco porque uno no puede decir tengo tiempo, y realmente [...] las pocas parejas que llegan a la residencia muchas de ellas se separan*” (GF.2 R.4 (219:219)).

Algunos residentes de especialidades piensan en continuar con una subespecialidad; por lo anterior, debido a que la formación en las especialidades como de las subespecialidades es de tiempo completo, consideran inadecuado distanciar los tiempos de formación. Prefieren un proceso de formación constante debido a la renuncia de los beneficios en la parte laboral. La posibilidad de dejar de percibir ingresos por su trabajo y retomar la academia se dificulta a medida que pasa el tiempo entre la especialización y la subespecialización:

[...] siempre es duro volver a dejar de trabajar, porque la dificultad en medicina es que nuestras especialidades o subespecialidades son de tiempo completo, entonces es renunciar a trabajo, renunciar a tantas cosas, volver uno a coger un libro y eso no es fácil (GF.2 R.4 (60:60)).

De lo anterior se puede analizar que la categoría condiciones causales de Aprendizajes previos develó dificultades en la práctica clínica de los médicos generales debido a que se requiere de conocimientos y habilidades cada vez más especializados que llevan a que la mayoría de los médicos generales deseen cursar programas de residencia médicas.

7.3.2 Estructura de los programas académicos nacionales

“...todos los seres humanos somos capaces de reaprender [...]...creo que la Universidad sí tiene una responsabilidad social y una capacidad grande de repensar qué es lo que quiere de sus estudiantes, de orientarlos y fortalecer en todas las áreas [...] ...eso va desde el ejemplo de los profesores, de las directivas y del ambiente mismo universitario” (E.20 P.I. 6 (26:26)).

La segunda condición causal corresponde a la estructura de los programas académicos nacionales. En esta categoría, los residentes se enfocaron en describir los procesos de admisión en las diferentes universidades y los métodos utilizados para obtener un cupo a la residencia, así como las diferencias en la formación entre universidades. Los actores se refirieron al plan de estudios adaptado al medio hospitalario y cómo la investigación entra en el panorama de formación de los médicos especialistas. En la tabla 12 se reportan los códigos sustantivos de la categoría estructura de los programas académicos nacionales.

Tabla 12

Códigos sustantivos de la categoría estructura de los programas académicos

Códigos sustantivos	Categoría causal	Explicación
Proceso de admisión -Pruebas escritas -Entrevistas de ingreso Años de entrenamiento Carga asistencial Plan de estudio Necesidad de investigación -Herramienta de enseñanza -Paradigma de investigación -Sistema de investigación -Competencias en investigación	Estructura de los programas académicos nacionales	Refleja la preparación y los métodos utilizados para obtener un cupo a la residencia, el plan de estudios y el papel de la investigación en las residencias médicas

Nota: Elaboración propia.

En Colombia, los programas académicos de las residencias médicas se concentran en las grandes ciudades y con mayor frecuencia en Bogotá. Esta situación resulta mucho más evidente en programas académicos de subespecialidades. Los estudiantes señalan la falta de programas de subespecialidades en otras regiones del país lo que obliga a desplazarse de su ciudad de origen: *“en Colombia solo hay tres sitios donde te puedes formar como [nombre de la especialidad médico-quirúrgica]...eso cuesta, eso requiere cambiar toda la vida* (GF.2 R.4 (64:64)). En este mismo sentido, se manifiestan dificultades al ingreso de las especialidades médico-quirúrgicas dado el elevado número de médicos aspirantes y los escasos cupos de admisión, razón por la cual se presentan a tres o cuatro universidades en un mismo período académico: *“...logré acceder a la especialidad [...] no tenía una universidad específica enfocada”* (GF.11 R.13 (28:28)).

Para el caso de los procesos de admisión en las universidades se contemplan diferentes enfoques, lo que obliga a que los aspirantes a las residencias preparen distintos tipos de exámenes para una misma especialidad. Algunos programas académicos se centran en conocimientos generales, otros en conocimientos propios de la especialidad, en temas de ciencias básicas, razonamiento abstracto o epidemiología: *“...tienen bastante diferencia [...] su tipo*

de enfoque de acuerdo a la universidad, encontrando universidades que tienen el enfoque epidemiológico completo, universidades, como mi universidad, que buscaban solamente fortalezas en bioquímicos, y solamente ciencias básicas [...] también había universidades con examen específico, [...] entonces sí son muy diferentes los exámenes” (GF.11 R.13 (32:32)). Uno de los residentes narró haber presentado cerca de 30 procesos de admisión: *“se presenta mucha gente, se presenta demasiada gente son cuatrocientos, quinientos para cinco cupos”* (GF.9 R.11 (88:88)).

Como punto común, los residentes indican que las entrevistas de admisión las realizan los profesores de la especialidad médico-quirúrgica. Al igual que en las pruebas escritas, indican que las entrevistas son muy diferentes al compararlas entre las universidades; por ejemplo, algunos programas se focalizan en la familia, otros en los ingresos económicos que posee el aspirante para cancelar la matrícula y su mantenimiento durante la residencia: *“preguntan puras cosas personales, que cómo está compuesta la familia, los papás a qué se dedican, que uno cómo se lleva con las mujeres, que a qué otras universidades se presentó [...] también que cómo me iba a pagar la especialidad”* (GF.10 R.6 (188:188)). Describen las entrevistas como un proceso rudo en el que los entrevistadores evalúan sus acciones bajo presión: *“el profe fue un poco fuerte, rudo, pero yo creo que ese era el objetivo de la entrevista, ver cómo uno actuaba bajo presión”* (GF.4 R.6 (102:102)).

En relación con los cupos en las residencias, los estudiantes refieren dos situaciones que influyen para lograr uno de los cupos: en primer lugar, ser egresado del programa de pregrado de la misma universidad. Consideran que tienen mayor probabilidad de ingresar a una residencia cuando son egresados de la misma institución: *“para mí era inscribirme en esta universidad, igualmente también pase en otras universidades, pero en el momento de la entrevista de esas universidades se da cuenta de que no lo conocen, no es donde se formó, no es su casa y pues está compitiendo contra otras personas que salieron de esa*

institución". (GF.4 R.6 (45:45)). En segundo lugar es ser conocido por los entrevistadores o que conozcan la hoja de vida del aspirante con antelación, así como conocer a alguien en el programa académico: *"tuve la ventaja de trabajar con profesores como médico general, me veía con ellos frecuentemente en los congresos entonces siempre estuve en contacto con ellos y en actividades académicas"* (GF.5 R.7 (124:124)); *"lo que pasa es que pues uno a veces tiene como que entrevistarse con los profes y bueno a veces tu hoja de vida si no te conocen acá no es fácil"* (GF.9 R.11 (58:58)). En relación con esta estrategia relatan que en algunas ocasiones resulta irrelevante tener un buen examen o promedio en el pregrado: *"pero al no tener palanca lamentablemente no se puede, así tengas buen examen, así tengas buen promedio en pregrado, así salgas de una buena universidad no te va a servir para nada"* (GF.6 R.8 (26:26)). Por el contrario, otro participante relata que su proceso de admisión fue exitoso en el primer intento sin recurrir a palancas: *"así llegué a la entrevista, al examen y fue así, y pues sin palanca y nada de eso"* (GF.6 R.8 (49:49)).

También, varios residentes manifestaron que el tener hijos, en especial, hijos pequeños, resulta ser una barrera para ingresar a la residencia debido a que los entrevistadores consideran que el aspirante no logrará cumplir con los compromisos de la residencia: *"me dijeron que no me recibían por los hijos y por lo complicado que era, igual pues me volví a presentar, asumiendo que no me iban a recibir pues porque los hijos seguían estando ahí y me recibieron, o sea pase el examen las dos veces, pero las primeras entrevistas me dejaron"* (GF.9 R.11 (46:46)). Algunos participantes que aplicaron a diversas universidades indican que se presentaron casos de entrevistas realizadas a candidatos que no habían pasado el examen de admisión (los participantes no indican en cual universidad ocurrió esta situación): *"salimos ocho personas para siete cupos [...] llegamos a la entrevista y había dieciséis personas. ¿Tú qué dices? ¡yo no soy de acá porque ya hay ocho escogidos para siete cupos!"* (GF.6 R.8 (42:42)).

Por otra parte, a nivel nacional algunos programas académicos presentan

diferencias en el número de años de entrenamiento. Los residentes indican que los argumentos de los directivos de los programas van encaminados a la homologación internacional de sus competencias como especialistas: *“el acceder a otros programas en Estados Unidos o en Europa, en otros sitios hacía que, para poder homologar, tuviéramos que cubrir un tiempo así no fueran las mismas materias, entonces, esa era una de las razones por las cuales esta universidad iba a ofrecer cuatro años”* (GF.11 R.13 (36:36)). Los estudiantes esperaban que el aumento de los años de entrenamiento se refleje en un aumento en la academia y tener tiempo disponible para estudiar; sin embargo, esta situación no se ha dado: *“si van a ser cuatro años se supone que va a ser más académico y vamos a poder salir más temprano, vamos a poder estudiar más, pero definitivamente no”* (GF.5 R.7 (112:112)).

Una vez el residente ingresa a la residencia, inicia su proceso de formación como médico especialista en los hospitales universitarios: *“tuve la oportunidad de, pues, de pasar y estoy feliz...”* (GF.3 R.5 (012:012)). Debido a que la mayoría de las residencias se desarrollan en estos sitios, los profesores, tanto de especialidades clínicas como quirúrgicas, coinciden en la carga laboral de los residentes dadas las condiciones de los hospitales y del sistema de salud, lo que requiere de un esfuerzo del estudiante: *“El estudiante de posgrado ya tiene una motivación real y ya está dirigido. El estudiante de posgrado tiene una carga laboral, por lo menos en nuestros hospitales, enorme y también tienen requerimientos académicos grandes, las exigencias académicas en nuestros programas son muy duras”* (E.21 P.EQ.6 (52:52)).

En estas circunstancias, los programas de las residencias médicas se dirigen hacia las necesidades del sistema de salud y de la población: *“los programas de formación y la labor docente va hacia dónde va el país... [...] yo miro la necesidad desde el sistema de salud, necesidades de la población... aterrizo todo en contextos y formo desde ahí, con unas líneas claras de formación”* (E.19 P.EC.9 (207:207)). Teniendo en cuenta este panorama, los

planes de estudio de los programas académicos se diluyen en las residencias médicas. Aun cuando se debe pensar en los temas básicos de las especialidades, se presentan variedades de aspectos relacionados con la situación del paciente que no están establecidas en las actas de aprendizaje. Por lo anterior, su aprendizaje depende del día a día del hospital: *“La malla curricular es una guía, simplemente es una guía, uno tiene que hacer muchísimas variaciones sobre esa guía, manteniéndose en los objetivos planteados en un programa académico [...] y más en la parte quirúrgica”* (E.21 P.EQ.6 (58:58)). Para el docente resulta relevante aprovechar la oportunidad de enseñar de otros temas: *“muchas veces uno sale por los lados y quiere enseñar muchas más, más cosas u otras cosas y el problema es saber qué es lo relevante o pues por lo menos lo mínimo o lo básico que debería tener cada estudiante, entonces uno termina revisando el último artículo, el último Journal”* ((E.9 P.EQ.2 (12:12))).

Así, los residentes encuentran diferentes enfoques al comparar los contenidos temáticos entre los programas entre universidades; creen que esta diversidad hace que las competencias de los médicos especialistas no se encuentren estandarizadas. Consideran que debería existir un plan de estudios unificado en el país apoyado en la revisión de las prevalencias de las enfermedades, ajustado a las necesidades del país e incorporando actividades de tipo administrativo en las residencias que lo ameriten: *“los pensum son totalmente diferentes, los enfoques de cada una en las tres universidades son muy diferentes ...Entonces digamos que un pensum global, que uno diga que es el que debe tener y el que debe tener toda Colombia para medicina no hay”* (GF.7 R.9 (70:70)). Bajo este panorama de planes de estudio diversos, las competencias académicas del área de investigación han sido discutidas en las asociaciones científicas médicas. Según relata uno de los profesores en la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación: *“les parece un exceso de que en algunos pensum haya todo este tipo de cursos de investigación...”* (E.9 P.EQ.2 (140:140)). En este caso, la investigación como eje en la formación del especialista resulta contradictoria, lo que hace que se presenten varias tensiones al respecto.

Por una parte, la investigación es considerada como una herramienta de enseñanza-aprendizaje en las comunidades clínicas, dada la necesidad de investigar sobre lo que en su práctica clínica ven día a día. Uno de los profesores motiva a los residentes de la siguiente manera: *“decirles que es una forma de estudiar, la investigación es una forma de estudiar, entonces yo lo que les digo es: ¿qué tema le interesa?, entonces va a investigar ese tema...”* (E.9 P.EQ.2 (114:114)) y, por otra parte, se reconoce que existen diferentes paradigmas de investigación que pueden resolver los problemas clínicos y que la investigación científica en medicina implica elementos cualitativos que se encuentran fuera del paradigma positivista, el cual es enseñado en la mayoría de las escuelas médicas: *“la investigación científica en la práctica dista mucho, en la práctica hay otro tipo de elementos y componentes cualitativos que no se pueden evaluar desde el enfoque clásico de la ciencia positiva”* (E.6 P.EC.6 (34:34)). Otro profesor reconoce que el conocimiento científico es cambiante y, por lo tanto, es relativo: *“mirar lo relativo del conocimiento científico y mirar cómo evoluciona el conocimiento en el tiempo...”* (E.6 P.EC.6 (42:42)).

A pesar de darle relevancia, como lo expresa un profesor médico: *“a mí me parece que el ingrediente de la investigación es fundamental y es apasionante”* (E.8 P.EQ.5 (360:360)), otro profesor manifiesta que: *“La investigación es un problema complicado en las especialidades. Primero porque las especialidades quirúrgicas han estado siempre orientadas a la parte asistencial, o sea a formar buenos cirujanos; llámese cirujano general, ortopedistas, plásticos...”* (E.21 P.EQ.6 (160:160)). En este último relato, se aprecia la investigación como un mundo distante de la práctica clínica.

Otro punto de la enseñanza y el aprendizaje en investigación, identificado por los profesores médicos, se reflejó en el reconocimiento del sistema de investigación del país y cómo la articulación de los proyectos de investigación devela la importancia de los indicadores de los grupos de investigación e

investigadores del país. A pesar de la importancia en el reconocimiento nacional, los profesores médicos consideran relevante el reconocimiento local de sus investigaciones y su aplicación en el contexto local como herramienta de enseñanza: *“una posibilidad de enseñar a otras personas con la investigación de uno y con las mismas experiencias de uno”* (E.1 P.EC.1 (81:81)).

En este sentido, de acuerdo con los profesores de investigaciones una competencia fundamental del área de investigaciones es la formación en la lectura crítica de la literatura médica: *“...tiene [el residente] que prepararse, tiene que entender los diseños y entender dónde están las fortalezas y limitaciones, y tiene que entender cuál es el alcance de esas conclusiones, porque de ahí va a tomar decisiones con los pacientes... [...] es su responsabilidad como médico aprender a leer la literatura médica”* (E.20 P.I.6 (123:123)). Debido al nivel de formación de los profesores de investigación, en ocasiones se profundiza en temas de investigación que no se encuentran establecidos como competencias en los programas de las residencias médicas, razón por la cual, se extralimita en los aprendizajes: *“habría que revisar nuevamente, estandarizar como hasta donde vamos a llegar en ciertos temas, y que es lo que realmente le estamos exigiendo o pidiendo a los estudiantes”* (E.14 P.I.2 (53:53)).

De manera particular, los actores identificaron fortalezas y debilidades en el proceso de enseñanza-aprendizaje de investigación en Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Como fortaleza, un profesor médico manifestó la relevancia de las líneas de investigación definidas en los grupos de investigación, lo que permite un mayor número de artículos y, por otra parte, la capacidad de los residentes en el desarrollo de los proyectos de investigación:

[...] se ha fortalecido una misma línea de investigación y a través de esas líneas se sacan diferentes proyectos, yo creo por eso [que] también nació [una] mayor producción de artículos científicos... [...] estos chicos [se refiere a los residentes] ya saben, pueda que no con la capacidad de

montar un protocolo completo, pero sí ya tienen muchas bases o más de las que tenía uno en su momento para poder hacerlo. (E.10 P.EC.7 (68:68))

Ahora bien, cuando el estudiante ha realizado investigaciones previas en su pregrado o en primeras especialidades comprende y avanza con mayor rapidez en los proyectos de investigación en los que participa. Esta experiencia académica previa potencializa su aprendizaje:

[...] no es lo mismo que el estudiante tenga que hacer el esfuerzo de entender qué es el proceso de investigación, pasar por la práctica de un proceso de investigación desde lo básico, a que ya lo traiga de manera transversal [...]...el estudiante que no está formado o que no trae práctica en el área de investigación y formación más bien desde lo teórico, tiene que hacerlo sobre el ejercicio, tiene que comprender qué es lo que va a hacer y luego aplicarlo. (E.13 P.I.1 (132:132))

Otra fortaleza identificada corresponde al tiempo exclusivo para investigaciones y el acompañamiento metodológico como parte fundamental en el buen desarrollo de los proyectos: *“...el hecho de que usted tenga un tiempo protegido para dedicarse a pensar en investigar, eso yo nunca lo tuve. El hecho de que usted tenga asesores metodológicos a la mano... [...] O sea, investigar hoy es mucho más fácil en ese sentido, ahora, ¿tiempo? siempre habrá falta” (E.21 P.EQ.6 (186:186)).*

Como puntos de mejora, los profesores médicos indican que la falta de interés en el grupo de residente para realizar trabajos independientes del requisito de grado es notoria: *“...eventualmente son pocos los que se interesan y realmente terminan” (E.1 P.EC.1 (79:79))*. Uno de los motivos de esta situación es la falta de tiempo y la priorización con el cumplimiento de los deberes en las rotaciones clínicas. El tiempo de la enseñanza-aprendizaje en la construcción de las investigaciones de los docentes médicos es lastimosamente escaso: *“...desarrollar*

proyectos ha sido difícil por el tiempo” (E.1 P.EC.1 (73:73)). Para solventar esta situación, los profesores médicos toman tiempo personal o de otras actividades para culminar los proyectos.

Debido a la relevancia que otorgan los profesores en el reconocimiento local y nacional producto de sus investigaciones, consideran oportuno obtener financiación para los proyectos: *“hoy en día nosotros producimos un número significativo de trabajo...nos encontramos con los grandes problemas de la investigación en Colombia que es la financiación”* (E.7 P.EQ.1 (105:105)). Por esta razón, consideran necesario la inversión institucional en recursos para alimentar proyectos de investigación: *“... el paso requiere dinero, inversión, recurso... [...]...y la universidad tiene que ser clara que, si quiere crecer ahí, tiene que hacer una inversión ahí”* (E.13 P.I.1 (214:214)).

Basado en los anteriores análisis, se explicó que las estrategias utilizadas por los residentes para obtener un cupo en las programas académicos son variadas dada la alta heterogeneidad de los procesos de ingresos durante la admisión.

7.4 Categorías centrales

Las condiciones causales se derivaron en el fenómeno central de las prácticas pedagógicas en las residencias médicas por medio de dos categorías, por una parte, la *jerarquía médica* y por otra, la *autonomía*.

7.4.1 Jerarquía médica

“...las reglas son para todos, de que si no se cumplen hay consecuencias, entonces yo creo que los estudiantes en el ámbito universitario tienen que entender digamos los niveles de autoridad, tienen que entender también los valores los que ellos aceptaron cuando aceptan un reglamento, un proyecto educativo” (E.20 P.I.6 (28:28))

La categoría *Jerarquía médica* emergió como comprensión de la estructura académica y asistencial para las prácticas pedagógicas en el marco de la atención de los pacientes en el marco de los hospitales universitarios en relación con los compromisos académicos, el reconocimiento entre los especialistas, el reconocimiento académico con sus pares clínicos y la estructuración de los espacios académicos. En la tabla 13 se describen los códigos sustantivos de dicha categoría.

Se configura una estructura jerárquica en la organización académica, esta se reconoce como una representación de la herencia que se transmite de manera gradual:

[...] siempre ha habido como una herencia de que el residente mayor, le enseña al residente menor, al residente menor al interno y el interno como al estudiante, el profesor pues, en general, los mira, y yo creo que esa jerarquización de la medicina en esa parte además de la enseñanza en algunos hospitales clásicos se veía así, y este era un hospital donde se veía eso. (E.6 P.EC.6 (24:24))

Esta jerarquía médica asigna funciones en la organización. Uno de los profesores de investigación lo expresa de la siguiente manera: *“están bien estructurados en lo que es su conocimiento médico, la forma que ellos tienen; por algo son verticales en su forma de aprendizaje, en su forma de funcionar, es una responsabilidad grande la que tienen socialmente”* (E.16 P.I.4 (154:154)). La herencia de la enseñanza en la jerarquía médica se refleja en la vinculación al hospital universitario y a la relación docente: *“porque la herencia es que la gente que está vinculada con los hospitales universitarios generalmente tiene tácitamente la obligación de hacer docencia”* (E.11 P.EC.8 (2:2)).

Tabla 13

Códigos sustantivos de la categoría jerarquía médica

Códigos sustantivos	Categoría central	Explicación
Compromiso académico Relación vertical		
Diferencia en el reconocimiento entre especialistas		
Reconocimiento académico	Jerarquía médica	Comprende la estructura académica y asistencial para las prácticas pedagógicas en el marco de la atención de los pacientes en los hospitales universitarios
- Años de residencia		
- Jefe de residentes		
Espacios académicos		
- Reuniones del servicio		
- Revista clínica		

Nota: Elaboración propia.

El entrenamiento en las especialidades es muy exigente y al estar en la base de la pirámide de la estructura académica, los residentes relatan que es contradictorio que la profesión médica, siendo una profesión para el bien de los humanos, resulte ser deshumanizador para aquellos que la ejercen:

[...] a nosotros los médicos nos piden que seamos muy humanos en una carrera que se esfuerza por hacernos sentir lo menos humanos posible. Nosotros trasnochamos demasiado, nosotros vemos muy poquito a nuestras familias, yo recientemente tuve que decirle a un docente “no, mire, es que yo no voy a hacer eso”, “ah, ¿por qué?”, “no, porque es que yo como médico de familia que quiero ser, estoy perdiendo a mi familia, yo no puedo pretender, eh, decirles a mis pacientes que la familia es lo más importante cuando yo claramente no lo estoy haciendo. (GF.3 R.5 (116:116))

A pesar de la jerarquía que implica una relación vertical con los residentes, los profesores consideran que el proceso de enseñanza-aprendizaje es bidireccional: *“es muy motivacional que ellos nos vienen a enseñar a nosotros... [...] los dos vamos a aprender, usted me va a enseñar a mí, y si usted me deja enseñarle”* (E.9 P.EQ.2 (82:82)). En este sentido, el proceso de enseñanza-aprendizaje es un ejercicio de colegaje en donde se refleja *“un contacto muy*

cercano” (E.3 P.EC.3 (67:67)). La jerarquía se manifiesta en varias estructuras sociales de las residencias, estas son: a) jerarquías en las especialidades médicas, b) jerarquías en los profesores de una misma especialidad, c) jerarquía por años de residencia, y d) jerarquía en los espacios académicos.

En relación con la jerarquía en las especialidades se identifica que aquellas especialidades con mayor reconocimiento desde el conocimiento y el hacer entre los especialistas, los pacientes y los familiares develan una mayor jerarquía. En este sentido, uno de los residentes manifestó: *“somos una especialidad que es muy poco reconocida”* (GF.1 R.1 (76:76)). Los residentes que indicaron que hay especialidades con menor reconocimiento les molesta que los pacientes o familiares no los identifiquen como médicos, sino que los asimilen a otros profesionales o técnicos del área de la salud. En este aspecto, mencionan el golpe al ego por la falta de afirmación de su profesión por parte de los otros: *“nosotros somos como el médico oculto ¿no? ¿el médico invisible de cierta forma ¿sí?”* (GF.1 R.1 (80:80)). Por otra parte, el laborar en un hospital universitario permite visibilidad académica de aquellos especialistas que no son docentes: *“cuando se trabaja en un hospital universitario es reconocido académicamente, en el medio ya es otra persona”* (E.7 P.EQ.1 (91:91)). Esta posición que adquieren entre los especialistas de su misma área los convierte en líderes de opinión. En el hospital universitario los profesores se mantienen actualizados con las reuniones académicas que se adelantan con los residentes. Durante estas charlas se da la oportunidad de pensar en otras formas de tratar a los pacientes: *“para mí siempre ha sido enriquecedor... ha marcado como un paradigma en mí trabajo [...] en aras de no desvincularme de eso, de estar constantemente con una actualización me he quedado vinculada a este hospital universitario”* (E.1 P.EC.1 (8:8)). Al estar en el ejercicio docente se está en *“permanente confrontación”* (E.3 P.EC.3 (096:096)).

Para el caso de la jerarquía de los profesores se conciben esquemas de comportamiento que influyen el actuar de los residentes:

[...] la carrera de medicina se construye es al lado del profesor, por el tema de los tiempos, los turnos, la dinámica misma, el estudiante aprende del modelo que tiene al lado, el profesor al pasar la revista, el profesor que prepara los temas, el profesor que está actualizado, la manera como el profesor se comunica con los pacientes, aun el carácter del profesor. Si uno tiene un profesor que no controla su carácter, que explota ante una situación determinada, pues son patrones que el estudiante va viendo y que desafortunadamente se repiten, tenemos a veces esquemas muy piramidales en la formación médica, en que está el estudiante de pregrado, el interno, el R1, el R2, el R3, el profesor y el profesor más antiguo... y es bastante peligroso ese esquema, sobre todo si allí hay algunos rasgos particulares que no constituyen un buen modelo para los estudiantes, porque los estudiantes se meten en el esquema que la universidad le proponga, si la universidad permite ese esquema piramidal ellos se meten en eso (E20 P.I.6 (32:32)).

Los comportamientos se van heredando y constituyendo en prácticas tradicionales. Uno de los participantes indicó que estas terminan siendo prácticas pedagógicas paralelas no formales que van heredándose. En los grupos focales, lo compararon con el término *mañas* al referirse a la fortaleza de las experiencias de los profesores: *"a veces se necesitan las mañas para resolver cosas, porque no todos los pacientes son de libro y estamos con gente de muchísima experiencia, líderes de opinión y reconocidos...la gente que tiene muchísima experiencia es inocultable"* (GF.5 R.7 (392:392)).

En relación con los años de residencia, los estudiantes refieren que el paso por la residencia es una evolución *"... en una escala jerárquica"* (GF.11 R.3 (241:241)); cuando el residente comprende la estructura tiende a aceptar las órdenes que provienen de los residentes con más tiempo y experiencia en la especialidad. Por una parte, expresan que al inicio de la residencia tienen miedo, angustia y que al estar en semestres avanzados esperan entender la posición en

la que se encuentran sus compañeros recién llegados para: *“evitar cometer todo lo que hicieron con uno”* (GF.11 R.13 (241:241)), refiriéndose al ejercicio de poder inadecuado. Por otra parte, refieren que la adaptación al hospital en el primer semestre de residencia dura mes y medio aproximadamente. Durante este tiempo, el residente comprende el funcionamiento del hospital y las actividades académicas rutinarias.

Dado el establecimiento jerárquico, uno de los participantes manifestó *“dejar de ser uno como... autónomo en sus decisiones, en el consultorio, a seguirse ahorita por unas reglas de una universidad, a seguirse por las reglas de un profe...”* (GF.3 R.5 (15:15)). En este relato se evidencia la pérdida de la autonomía debido a que se debe responder a unas normas institucionales tanto del hospital como de la universidad y de las instrucciones impartidas por los profesores. En el caso de los residentes de subespecialidades consideran que pierden su autonomía como médicos generales y como especialistas.

En la jerarquía entre estudiantes, aparece la figura del jefe de residentes, quien es el encargado de organizar las actividades hospitalarias de sus compañeros de residencia, además de algunas funciones de gestión académica como la de responder por sus rotaciones académicas y por la de los demás compañeros, situación que es referida por un estudiante de la siguiente manera: *“modular la gente, estar a cargo de todos los compañeros no es fácil, es muy difícil”* (GF.5 R.3 (220:220)), y que indica que se generan conflictos debido a que algunos compañeros no cumplen con las responsabilidades con el hospital o la universidad.

Aquellos residentes que son responsables por los residentes de menores años de entrenamiento indican que deben ejercer la jerarquía con el fin de hacer cumplir con las obligaciones adquiridas en la residencia. Un ejemplo de esta situación es reflejado en el relato de uno de los residentes de segundas especialidades, al indicar que cuando no representan una figura de autoridad

tienden a no cumplir las obligaciones y a abandonar los sitios de trabajo.

Otro aspecto relevante en la jerarquía ligado a los años de las residencias y la experiencia adquirida en primeras especialidades corresponde al compromiso que adquieren los residentes de segundas especialidades al laborar como especialistas sin recibir una remuneración económica. Frente a esta situación se consideran como *“mano de obra calificada gratis”* (GF.7 R.9 (51:51)).

Al configurarse una jerarquía entre especialistas, profesores y residentes, los espacios académicos se constituyen en sitios y momentos en que se manifiestan con mayor intensidad estas fuerzas de poder. Se presenta una tensión entre el concepto de espacio académico de aprendizaje de los residentes y el espacio académico de los profesores. Por una parte, los residentes consideran que el espacio clásico de aprendizaje consiste en la clase magistral guiada por los profesores, además de los clubes de revista en los que se tocan temas puntuales del caso de un paciente del servicio. Por otra parte, se encuentra el concepto de los profesores en el que consideran que los espacios académicos están mucho más allá de las clases magistrales. Estos espacios se configuran en las consultas, en las cirugías, en cualquier momento en el que se tiene contacto con el paciente y cuando el docente es un orientador y un ejemplo de la forma como se debe tratar al paciente.

Para los profesores clínicos resulta relevante considerar no solo las clases magistrales como espacios académicos; por ejemplo, el tiempo con los pacientes es una forma de aprendizaje clínico por excelencia:

[...] no están entendiendo cuál es el concepto de la asistencia, si un estudiante está en una consulta no tiene que tener una persona que le esté diciendo todo, eso es una actividad docente que él está haciendo de aprendizaje. El solo hecho de ver cómo se interroga, cómo se examina, cuáles son las fórmulas, eso es aprendizaje, pero el estudiante cree que si

le están diciendo a él particularmente mire, vamos a formularle esto por esto y esto, no le están diciendo a él nada, entonces también es un problema de actitud del estudiante que cree que la participación de la actividad de la asistencia le quita campo a la docencia, no es que el problema o la característica de la asistencia, la actividad asistencial es de aprendizaje para el que este ahí, sea el que sea. (E.11 P.EC.8 (92:92))

Esta es la razón por la cual los espacios académicos son una ganancia en el ambiente del hospital universitario.

A continuación, se analizan las reuniones de servicio y las revistas médicas; las primeras constituyen los momentos en que se reúnen profesores y estudiantes para discutir las condiciones de los pacientes y las segundas corresponden a las visitas a los pacientes y la toma de decisiones entre profesores, residentes y pacientes.

En las reuniones del servicio el diálogo entre residentes y profesores gira en torno al manejo de los pacientes y sus resultados clínicos. Las reuniones apoyan el entrenamiento de los residentes al presentar los pacientes que requieren análisis por más de un médico dadas las dificultades de cada caso. En algunos servicios clínicos, los profesores exponen revisión de temas con el fin de que los residentes aprendan a referir sus ideas con mayor claridad:

[..] se comentan los pacientes, esos pacientes de junta, o pacientes hospitalizados, se hace una junta siempre y luego se hace una revisión de tema ... los residente preparan un tema guiados por uno, uno les dice: vamos a revisar tal tema puntual o vamos a hacer como una revisión de artículos y, por lo menos una vez al año, uno da una conferencia magistral... para que los residentes lo vean a uno exponer, como revisamos los temas, un poquito la retroalimentación. (E.18 P.EQ.4 (47:47))

Durante las reuniones del servicio, se realizan los clubes de revistas que son espacios de presentación del estado de los pacientes y la aplicación de la literatura publicada. Los profesores esperan que los residentes adquieran un alto nivel teórico y práctico durante esta presentación. Uno de los profesores manifiesta: *“hacer, evaluar, volver a hacer, retroalimentar. Y es muy personalizado, uno quisiera tener métodos, pero uno también debe ser flexible”* (E.21 P.EQ.6 (274:274)).

La revista clínica se configura como un espacio académico en el que interactúan paciente, docente y estudiante. En este espacio hay oportunidad de aprendizaje para los tres actores:

[...]yo lo hago basado en las revistas, entonces se supone que, si usted tiene alguna paciente, algo ha leído del tema. Yo no concibo una persona que tenga hospitalizada una señora y no sepa nada de lo que tiene. Entonces a partir del caso de la paciente yo hago una exposición ¿cierto?, dejo unos cuestionamientos. (E.7 P.EQ.1 (250:250))

En el anterior relato, uno de los profesores indica que la revista constituye un espacio en el que se generan inquietudes. Cuando un estudiante presenta la situación de cada uno de los pacientes, denominadas presentación de casos, dan cuenta de su aprendizaje debido a que tienen la capacidad de verbalizar la historia clínica del paciente, su estado y las posibles acciones clínicas. Esta presentación de casos puede ser realizada con integrantes de su especialidad o de otras especialidades con quienes se ha tratado el paciente de manera conjunta.

Estos sitios de aprendizaje son propios para la aplicación de la lectura crítica de la literatura producto de investigaciones. Un profesor de investigaciones considera que los residentes pueden olvidar lo aprendido en los módulos de investigación si en las reuniones del servicio o en las revistas clínicas no se recuerdan los temas de investigación:

[...] a lo largo de un año ellos han olvidado por completo eso porque no lo vuelven a ver en sus unidades, por múltiples razones clínicas, no hacen tantas revistas como se imaginaban, o en las revistas no se discuten ese tipo de cosas, discuten más si eso me sirve para mi tratamiento y de pronto no se hace tanto énfasis...veo que hay un divorcio también con los clínicos. (E.13 P.I.1 (111:111))

La incorporación en las reuniones del servicio de los temas de investigación lograría enfocar la aplicación de investigación a las necesidades del servicio clínico; uno de los residentes los expresa de la siguiente manera:

[...] vamos a revisar tema, reunamos con el [profesor] de investigación, hacerlo más parte del proceso digamos diario, por decirlo de alguna manera, y no solo que se sea por allá al inicio, módulo 1 y 2, ya al final módulo 3 y ya nos olvidamos de lo que es la investigación. (E.15 P.I.3 (159:159))

Uno de los profesores de investigación refiere que la revista clínica da la oportunidad para revisar la parte teórica de la investigación de manera continua en la residencia:

[...] ese lenguaje debería ser el diario del día a día en las revistas, tiene que darse allí para que el estudiante lo apropie y lo entienda, entienda por qué tiene una prueba diagnóstica o por qué no la pide ¿Cuál es la sensibilidad? ¿cómo se mueve en su rutina allá en la clínica? Entonces creo que nosotros tenemos una ruptura grande y que creo que muy pocos servicios en las especialidades médico-quirúrgicas están apoyando esos conocimientos...entonces así le queda muy difícil al estudiante...no lo vamos a lograr. (E.20 P.I.6 (79:79))

Los espacios académicos conjuntos entre los servicios y la División de Investigaciones permitirán un cambio en la valoración de la investigación en los especialistas clínicos: *“creo que al crear seminarios donde todos podamos participar podría ser una estrategia, como que a ellos se le proteja algún espacio donde podamos hacer seminarios entre todos, donde estén todos los servicios en conjunto”* (E.15 P.I.3 (264:264)).

7.4.2 Autonomía

[...] eso es un buen investigador [...] innovar y que el otro vea cómo se hace, pero que le permite autonomía al otro para que lo haga, y no lo cohibe y no trata de llevarlo solamente por el camino que él se sabe, respeta las formas de aprendizaje de otros, aprende de ese otro que está aprendiendo, permite la opinión del otro, para mí ese es un docente que investiga y trata de contarle eso a sus estudiantes. (E.13 P.I.1 (188:188))

La categoría denominada *Autonomía* representa la práctica médica alcanzada luego de la experiencia derivada de la atención de los pacientes en compañía de los profesores de la residencia en el espacio del hospital universitario (tabla 14).

Los participantes consideraron que gran parte del actuar médico desde lo técnico se basa en la experiencia

[...] hay cosas basadas en la experiencia. Por ejemplo, hoy hicimos un ejercicio, había un paciente con una lesión, el cirujano tratante plantea una solución y está respaldado en la evidencia...Entonces habla otro médico que tiene experiencia y entonces dice: ¡Uy! Pero es que ese abordaje es más complicado y hay posibilidad de que se rote. Entonces me dice a mí.... Yo soy el mayorcito, me parece una buena alternativa, pero eso yo lo estuve ensayando hace unos años y tenía estos problemas técnicos, por eso me quedé con esta otra técnica. (E.21 P.EQ.6 (129:131))

De esta forma, la experiencia es considerada como un baluarte de enseñanza-aprendizaje. Según uno de los profesores de investigación, la experiencia implica un proceso de aprendizaje: *“Para mi toda experiencia es de aprendizaje, o sea, tu aprendes poco o mucho, pero aprendes algo, y digamos también no todo lo malo lo veo malo, sino que a veces una de las cosas malas también aprende, entonces para mí [...] toda experiencia y toda oportunidad que uno tenga es algo para aprender”* (E.15 P.I.3 (214:214)).

Tabla 14

Códigos sustantivos de la categoría autonomía

Códigos sustantivos	Categoría central	Explicación
Experiencia Confianza Juicio clínico - Disciplina - Autodeterminación - Incertidumbre - Proceso clínico acertado	Autonomía	Desarrollo del juicio clínico en el proceso de enseñanza-aprendizaje

Nota: Elaboración propia.

El proceso de enseñanza-aprendizaje se basa en compartir experiencias como parte fundamental en el hacer médico. Los docentes enseñan a los residentes el camino que han recorrido con el fin de ahorrar tiempo en procedimientos infructuosos; en estos casos, el relato de sus experiencias a los residentes es fundamental en el aprendizaje. Un profesor define la experiencia como la oportunidad de enseñar lo que le llevó tiempo aprender: *“Experiencia es lo que yo aprendí, que me tomó un tiempo aprenderlo, pero que la idea es que yo lo pueda enseñar para que esa persona se ahorre ese tiempo”* (E.12 P.EQ.3 (104:104)).

Por otra parte, la autonomía se fortalece en la confianza alcanzada por los profesores al evidenciar el avance del residente en la formulación de preguntas de las condiciones de los pacientes a sus profesores: *“yo puedo tener un residente aquí conmigo sentado haciendo consulta, pero si él no pregunta, él no se apropia*

de su aprendizaje pues yo le puedo dar lo que a mí se me ocurre que él quiere aprender” (E.18 P.EQ.4 (92:92)). En este sentido, a mayor confianza del profesor se aumenta la autonomía de los estudiantes, quienes logran iniciar una práctica médica independiente.

El proceso de enseñanza-aprendizaje va ligado a la confianza del docente en la delegación del ejercicio médico una vez el residente demuestre sus habilidades clínicas. La confianza es relevante debido a que, si el residente no obtiene un buen resultado en su ejercicio médico, se podrían presentar problemas legales para el profesor clínico. Esta confianza se basa en un actuar médico ético que incluye actuar con la verdad hacia los pacientes, profesores y compañeros como un valor que rescata uno de los docentes al expresarlo de la siguiente manera: *“no decir mentiras, digamos que no es que no es si sea simple, pero es súper importante”* (E.9 P.EQ.2 (76:76)). Para afianzar la confianza docente-estudiante uno de los profesores clínicos resalta la empatía como el entender el contexto familiar y de salud del residente dada la influencia en su proceso de aprendizaje:

[...] este alumno o residente en particular puede estar alterado por su contexto familiar, su contexto de salud, su contexto, esa parte también [...] la tengo en cuenta, y darme cuenta después me agradecen por eso es importante ¿sí?, como que no solamente lo ves porque cumplan una actividad, ya sea académica o asistencial, sino también verlos como personas. (E.1 P.EC.1 (20:20))

La experiencia y la confianza dan paso a la generación del juicio clínico como el elemento constitutivo de la enseñanza-aprendizaje del médico, este se va afinando por medio de la contrapregunta entre profesor y residente al presentar cada caso clínico. Uno de los profesores representa el aprendizaje del juicio clínico de la siguiente manera:

Primero tenemos que identificar que eso realmente lo tiene el paciente y cómo lo afecta. Segundo vamos a buscar la mejor solución. ¿Cuál es la mejor solución?, depende de la evaluación del problema. Entonces la evaluación del problema es la clasificación, en qué estadio tenemos a esta paciente... ¿el dolor es solamente nocturno? No. Ahora hay alteraciones de sensibilidad... Entonces a esta serie de problemas que tiene esta paciente, a ese conjunto de signos y síntomas que se puede llamar [nombre de la enfermedad] y que hemos agrupado como algo que llamamos una enfermedad; existen estos tipos de soluciones. Dentro de esos tipos de soluciones ¿cuál es la mejor para esta paciente? Entonces eso va más allá de la simple comprensión del fenómeno... Más allá de una discusión teórica... ¡Ah! que la mejor técnica que hay es esta, pero no para esta paciente; porque los problemas básicos para esta paciente son estos, estos y estos. ¿Cierto? Que son diferentes para otra paciente que también tiene eso que hemos llamado [nombre de la enfermedad]. (E.21 P.EQ.6 (258:260)).

El juicio clínico implica el análisis desde la comprensión desde los pacientes al estar junto a ellos en su recuperación o en las consecuencias de las acciones médicas: “...ese solo hecho que usted se tome ese minuto más y se ponga en los zapatos del paciente, eso garantiza que usted tenga éxito [...] Entonces esas interacciones y eso lo tiene que aprender el residente y ¿cómo se aprende?, como aprende las cosas en su casa, con el ejemplo” (E.21 P.EQ.6 (266:266)). En este caso, el ejemplo del profesor se rescata como patrón de la práctica médica.

En el ejercicio médico como especialistas, la disciplina es fundamental en la formación del juicio clínico. Uno de los profesores quirúrgicos la definió como “la dedicación que tú le das a los pacientes y al estudio” (E.9 P.EQ.2 (71:71)); en este caso, el estudio continuo es uno de los puntos clave en el ejercicio clínico. Es así como la teoría se encuentra al servicio de la práctica.

Dada la incertidumbre que puede generarse en algunos casos clínicos, un saber consiste en pedir ayuda y luego estar dispuestos a escuchar posibles soluciones de cualquier miembro del grupo académico: *“primero, pedir ayuda [...], segundo, generarles la posibilidad de que estaremos abiertos a opiniones y a aportes de cualquiera ¿sí?, independientemente, hasta sea el interno [...] que puede aportar digamos en el proceso de enfoque del paciente”* (E.1 P.EC.1 (91:91)). En medio de la incertidumbre y de la escucha de las posibles acciones médicas se fortalece la autodeterminación. Uno de los profesores clínicos lo expresa de la siguiente manera: *“usted escuche las versiones y lea, y usted mirará con cual se queda, y eso me ha resultado beneficioso”* (E.7 P.EQ.1 (274:274)).

Al lograr un resultado positivo para el paciente cuyo diagnóstico o tratamiento no es fácil, el aprendizaje es tanto para el docente como para el estudiante: *“en un proceso [...] de algún paciente cuyo caso no es fácil de diagnosticar o de manejar, y que [...] hemos marcado como la pauta: -Mira podríamos hacer esto, podríamos hacer esto otro-, y llegar finalmente a un resultado positivo con el paciente y que ellos se percaten de eso, también me da, eso es una experiencia grata para mí”* (E.1 P.EC.1 (20:20)).

En síntesis, la categoría Autonomía refleja la confianza depositada en el residente por parte del docente quien potencializa la toma de decisiones con los pacientes fortaleciendo la autodeterminación, el autodesarrollo y la autoexpresión del juicio clínico de los estudiantes.

7.5 Categorías de contexto

Las categorías de contexto giraron en torno a sobre en quien recaen las prácticas pedagógicas de los programas académicos de residencias médicas y el lugar en que estas ocurren. De esta manera, el hospital universitario como sitio de práctica se analiza como una categoría de contexto y los pacientes como sujetos

de práctica como la segunda categoría. A continuación, se analizan e interpretan cada una de ellas.

7.5.1 Hospital universitario

“[...] cuando usted está inmerso en el ambiente hospitalario usted ama al hospital, usted tiene como mucho más impacto de toda esa dificultad del paciente” (E.4 P.EC.4 (25:25)).

El hospital universitario se establece como el sitio por excelencia en el que ocurren las prácticas pedagógicas de las residencias médicas. En la tabla 15 se indican los códigos sustantivos de la categoría *hospital universitario*.

Tabla 15

Códigos sustantivos de la categoría hospital universitario

Códigos sustantivos	Categoría de contexto	Explicación
Carga asistencial Relación docente-especialista Relación estudiante-médico Interconsulta Turnos	Hospital universitario	Refiere el sitio principal en el que ocurren las prácticas pedagógicas de las residencias médicas

Nota: Elaboración propia.

El sitio de la práctica educativa en las residentes médicas por excelencia corresponde a los hospitales universitarios. En el caso de los residentes de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, quienes cuentan con dos hospitales universitarios de base, argumentan tener un amplio espectro de entrenamiento durante la residencia. Para los profesores clínicos tener dos hospitales universitarios fortalece la práctica médica y la generación de preguntas de investigación: *“tener no solo los dos hospitales sino también otros espacios alternos en donde hay posibilidades de práctica y posibilidades de también hacerse preguntas de investigación” (E.1 P.EC.1 (99:99))*. Uno de los hospitales universitarios corresponde al Hospital de San José de Bogotá fundado hace más de 100 años y el cual inició sus labores con especialidades quirúrgicas: *“este hospital es muy reconocido porque es un hospital evidentemente quirúrgico” (E.9*

P.EQ.2 (4:4)). Sin embargo, las necesidades de los pacientes permitieron el auge de las especialidades clínicas:

[...] el Hospital San José siempre ha sido quirúrgico, el cambio que hubo alrededor de esas necesidades del momento, la aparición de las especialidades clínicas, el trabajo el interdisciplinario, las necesidades que se planteaban de tener muy buenos especialistas que colaboraban se fueron desarrollando todas estas áreas clínicas. (E.4 P.EC.4 (154:154)).

Algunos profesores clínicos consideran un privilegio desde el punto de vista médico pertenecer desde el inicio de sus estudios a un hospital universitario. En contraposición, indican que el estar inmersos en el hospital los aleja de otro tipo de conocimientos y saberes que se obtienen al estar en las Universidades con otros programas académicos diferentes a los programas de salud.

De acuerdo con las experiencias de los profesores, se ha generado un cambio en la enseñanza en los hospitales universitarios debido al incremento de pacientes y, por lo tanto, al compromiso asistencial, lo que tiende a disminuir el espacio teórico de reflexión: *“sobre todo porque los espacios se han acortado [en la] academia”* (E.6 P.EC.6 (44:44)). Las actividades asistenciales como especialistas ocupan gran parte del tiempo en el hospital, situación que es analizada por los estudiantes: *“...yo quisiera que él tuviera más tiempo, pero el mismo hospital hace que eso no se pueda por la cantidad de [...] pacientes”* (GF.4 R.6 (160:160)). En este sentido, los hospitales dependen, en parte, del trabajo de los residentes, uno de los profesores manifestó que *“la Universidad tiene claro el tema que no debe de ser así, yo creo que el hospital en parte sabe eso, lo que pasa es que para tomar las decisiones y para cambiar esas cosas son decisiones políticas”* (E.6 P.EC.6 (67:67)).

A pesar del número de pacientes, los residentes deben conocer la historia clínica del paciente de los pacientes hospitalizados: *“el nivel de responsabilidad o*

de conocimiento de ese paciente debe ser preciso, uno no puede [decir]: No, es que no me acuerdo porque son muchos pacientes” (GF.4 R.6 (104:104)). De acuerdo con un profesor, el nivel de conocimiento no es diferente a otras universidades donde la carga asistencial es menor: “cuando uno compara con otras universidades que no tienen esa carga asistencial, realmente los conocimientos no son muy diferentes, y yo creo que simplemente es cuestión de que se organice el día a día” (E.9 P.EQ.2 (86:86)). Indican que al organizar mejor las actividades asistenciales los residentes tendrían más tiempo académico.

Pese a la ventaja de pertenecer a los hospitales universitarios, los residentes indicaron: *“los departamentos no pueden ser residente-dependientes” (GF.2 R.4 (437:437)). Con esta narrativa consideran ideal que los hospitales mantengan sus indicadores de salud con el recurso humano contratado por el mismo hospital, sin depender de la labor que realizan los residentes. En este sentido, se presenta el empleo de recurso humano calificado en funciones operativas y distantes del ejercicio clínico y académico:*

Yo creo que eso a veces puede sonar a asuntos de egos, pero es que ni siquiera se trata de asuntos de egos, sino de optimizar el tiempo tuyo, es decir, para qué tengo calificado un personal si ese personal puede estar, es decir, yo mientras voy y llamo y estoy pendiente, puedo estar viendo a dos pacientes en consulta y solucionándoles lo que es pertinente de solucionarles a ellos. (GF.2 R.4 (114:114))

Los hospitales universitarios cuentan con la labor de los residentes para lograr cumplir con sus compromisos asistenciales:

[...] no es infrecuente que se utilice la mano de obra entre comillas de los estudiantes para sacar a flote económicamente un servicio, eso sí es una verdad a pulso, nadie lo puede negar, y entonces yo creo que no es que

nosotros seamos victimarios, el hospital y ni la universidad, si no que hemos sido víctimas del medio (E.7 P.EQ.1 (208:208)).

Las responsabilidades administrativas son consideradas como una carga que atrasa el cumplimiento de la atención con los pacientes; al disminuir los problemas de registro médico y trámite de ordenes médicas y, en general, de los requisitos administrativos, se tendría más tiempo para enfocarse en los problemas del paciente, la docencia y la investigación, uno de los relatos de un profesor de especialidad clínica indica:

[...] debería mirar cuál es la proporción de tiempo que usted dedica en una evolución, tres minutos a ver el paciente quince minutos sentados en el computador por que incluye una fila que tiene que usted hacer para que le toque el computador asignado. (E.5 P.EC.5 (43:43))

Los participantes manifiestan sentirse quemados por la carga laboral debido al desgaste ocasionado por el exceso laboral:

[...] hay una cosa de desgaste, no es lo mismo la actitud con la que uno enfrenta la primera ecografía porque ya vienes de trabajar dos horas en el día comparado al turno de la noche a como enfrenta la ecografía número cincuenta. (GF.5 R.7 (208:208))

Por otra parte, existen oportunidades económicas más atractivas para los docentes en donde pudieran ejercer como especialistas:

[...] los pagos como profesores distan mucho, los pagos como especialista nadie va a venir aquí como profesor solo, porque no le pagan ni la mitad de lo que él se gana en el mismo tiempo como especialista, nadie va a hacer eso. (E.6 P.EC.6 (77:77))

Sin embargo, consideran que trabajar en un hospital universitario es un reto como especialistas: *“juega un poco la parte económica, porque obviamente hay otros trabajos [...] ley de oferta y ley de demanda ¿sí?, entonces eventualmente pueden ofrecer trabajos o lugares en donde eventualmente uno pudiera ganar un poco más”* (E.1 P.EC.1 (10:10)). Por esta razón, el pago a los especialistas por sus actividades docentes no se equipara con el pago recibido en el trabajo asistencial. Esta parte dificulta el proceso de investigación debido a que tampoco es bien remunerada: *“nosotros nos sentimos mal pagados en todo, en la consulta, en la docencia, en la investigación no nos pagan, entonces lo último que la gente deja es la investigación”* (E.18 P.EQ.4 (171:171)). Sin embargo, los profesores que se dedican a procesos de investigación saben que su ganancia no es de índole económica sino de reconocimiento en su comunidad académica.

La comunicación entre especialidades ha sido uno de los elementos fundamentales en los hospitales en la atención del paciente. De acuerdo con los profesores clínicos es relevante que el residente establezca los límites de su trabajo y reconozca las capacidades de los otros:

[...] pero al residente hay que ponerle límite, decirle concilie, no se enfrente, haga equipos de trabajo, trabaje en equipo, la enfermera sabe, el odontólogo sabe, trabajo social sabe, todo el mundo aporta, no invada, hasta aquí va, va hasta aquí, usted interconsulta su paciente o llama a su colega y dígame qué puede hacer, qué debe hacer para bajarle también la carga al otro y no cargar los hospitales universitarios de gente que puede ser manejada en un nivel más bajo. (E.19 P.EC.9 (107:107))

En este punto rescatan la relevancia de un mayor diálogo de saberes, como lo manifiesta uno de los profesores: *“nos creemos dueños de la verdad, y no entramos a hacer diálogos de saberes para que la verdad también tenga una certeza en el otro lado”* (E.19 P.EC.9 (189:189)).

El cuidado a los pacientes implica para los especialistas la atención durante las 24 horas. Los residentes indicaron que existe un número de turnos⁸ variable entre las especialidades y estos dependen del año de residencia; durante los primeros años el número de turnos es mayor. Indican que el número de turnos es mayor en las especialidades de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, al compararla con programas académicos de otras instituciones universitarias. El esfuerzo físico realizado en los turnos es una condición que aumenta el cansancio y disminuye el nivel académico: *“Se ve reflejada [en la parte física], uno no estudia igual cansado si hizo cuatro o cinco noches nada más en el mes que doce turnos”* (GF.4 R.6 (262:262)). La planeación de los turnos es realizada por los compañeros de residencia o por profesores; en este segundo caso, los turnos son más equitativos: *“los cuadra [los turnos] un profesor [...] entonces todos los turnos son igualitos para todo el mundo todos los temas son igualitos”* (GF.9 R.11 (395:395)). Para el caso de los residentes de las subespecialidades realizan pocos turnos o no está contemplado realizarlos, esto depende del tipo de subespecialidad.

Los profesores clínicos indican que el proceso de investigación requiere tiempo y les gustaría tener tiempo para sus proyectos:

[...] quisiera tener más tiempo. Yo creo que con el tiempo voy a operar menos y voy a investigar más. Me gustaría que ese fuera como. – Entrevistador: La proyección. – Profesor: Mi proyección, yo aspiro a en 10 años estar operando muy pocas cosas y estar investigando mucho más. O sea que mi quehacer sea 20% cirugía 80% investigación. (E.21 P.EQ.6 (178:180))

Sin embargo, debido a las actividades asistenciales, el tiempo para la planificación de actividades académicas de docencia e investigación es escaso: *“blindaje de tiempo, no solamente [...] para la investigación sino también como la*

⁸ Se denomina turno a la guardia realizada por los profesionales de la salud en horario nocturno.

parte académica de sentarnos, discutir el tema o lo que fuera, un poco más de tiempo” (E.1 P.EC.1 (101:101))

7.5.2 Paciente como sujeto de práctica

[...] una paciente que llegue con la platica ajusta, o sea, desajustan el bus para llevarle a uno una achira y le dan un abrazo a uno y le agradecen y le dicen: -Dios le bendiga sus manos ¡gracias! -, yo pienso que es la mejor recompensa. (GF.2 R.4 (94:94)).

La categoría de contexto *Paciente como sujeto de práctica* enmarca el ejercicio clínico como médicos en relación con el paciente, cómo los especialistas logran su confianza y cómo la relación médico-paciente se enseña y aprende en las residencias por medio de un aprendizaje escalonado. En la tabla 16 se nombran los códigos sustantivos que hacen parte de la esta categoría.

Tabla 16

Códigos sustantivos de la categoría paciente como sujeto de práctica

Códigos sustantivos	Categoría de contexto	Explicación
Práctica clínica		
Confianza con el paciente		
- Trato con el paciente	Paciente como sujeto de práctica	Explica el trato médico-paciente y la relación en el ejercicio de enseñanza-aprendizaje de las residencias médicas
- Contexto del paciente		
- Diálogo		
- Paciente como maestro		
- Afrontar la muerte		
Aprendizaje escalonado		

Nota: Elaboración propia.

La relación médico-paciente se va nutriendo con el continuo caminar:

[..] el ejercicio de la residencia es diferente al pregrado porque uno aprende sobre el paciente entrando en contacto directo con él, diferente al estudiante de pregrado que está en contacto, pero está supervisado, [...] uno ve que la formación del posgrado impacta directamente, implica una mayor responsabilidad de parte de uno. (GF.10 R.12 (272:272))

Esta experiencia al lado del paciente puede tener desenlaces positivos o negativos que van desde la cura y el avance de la enfermedad hasta la muerte, convirtiéndose para el residente en enseñanzas que marcan su ejercicio clínico. Por consiguiente, los residentes consideran que el buen médico centra su práctica en ayudar a sus pacientes independiente de la etapa de su enfermedad: *“usted quiere hacer las cosas bien”* (GF.2 R.4 (301:301)). Sin embargo, indican que la medicina especializada ha fragmentado al paciente, lo que ocasiona una desintegración en su atención:

De alguna forma la medicina se ha encargado de ver el corazón, el cardiólogo; ver el pulmón, el neumólogo, y eso ha fraccionado los pacientes en partes, generado que se presenten... incongruencia entre conceptos, manejos que muchas veces no son los más adecuados, polifarmacia, pérdida de tiempo para el paciente en sus manejos. (GF.3 R.5 (27:27))

La atención de los pacientes por parte de los especialistas en los hospitales universitarios podría denominarse *escalonado*, es decir, el paciente es atendido inicialmente por los residentes en primer año y luego va pasando al siguiente residente con mayor formación. En caso de que no se encuentre una respuesta clínica por el residente mayor, este se comunica con el médico especialista: *“si el de cuarto año dice: No, ¡esto es imposible! Espera [...] para llamar al profe”* (GF.8 R.10 (385:385)). En este proceso, se establece la relación estudiante-docente como proceso de aprendizaje de la experiencia del especialista.

Tanto los residentes como los profesores reconocen que la relación médico-paciente se fortalece por medio de la confianza con la que se comprende la profundidad del trato entre seres humanos y que cada uno de sus actos como especialistas trae consecuencias: *“el paciente valora mucho cuando el médico le permite y le explica para que él pueda participar en la toma de decisiones y no son decisiones impuestas”* (E.20 P.I.6 (71:71)). Así pues, esta confianza también es

trasladada a la relación docente-estudiante como lo indica un profesor de investigaciones:

[...]darles cierta confianza para que el trato vaya un poquito más allá del salón [...] que uno esté dispuesto a ayudarlos, pues los residentes necesitan quien los escuche [...] y considerar que de todas formas es un posgrado un poquito sufrido, que implica ciertas como renunciaciones en tiempos, en un montón de cosas, sacrificios. (E.16 P.I.4 (84:84))

El paciente, como sujeto de práctica, es reconocido como fuente de enseñanza al ser considerado como maestro de los médicos, uno de los profesores lo expresa de la siguiente manera: *“Aprender del paciente... Ahora hay gente que no lo comprende [...] el paciente le está enseñando a usted”* (E.21 P.EQ.6 (306:306)). Estos aprendizajes se van afianzando en el contacto con el paciente que inicia desde la presentación del médico al paciente, en la forma como saluda, como transmite su seguridad e incrementa la confianza. Uno de los profesores clínicos considera que este fundamento requiere ser rescatado:

[...] una cosa que se está olvidando aquí, es el trato directo de la relación médico-paciente, y eso si se lo inculcamos aquí a todos, entonces no es mire el computador, digítele los exámenes, mire el computador y dele la orden al paciente. ¡No! [...] lo miro y le dijo: buenos días ¿cómo está?, entonces aquí todos salen con esa filosofía de buenos días... ¿Cómo está?, mi nombre es tal, yo soy su médico, le voy a hacer esto, ¿cómo se siente?, pero mirándolo, entonces todos salen más o menos uno sabe el perfil [...] y por fuera me comentan que la gente sabe cuándo salen de acá, por ese trato con los pacientes” (E.11 P.EC.8 (112:112)).

El primer acercamiento con el paciente da indicios de la relación que se mantendrá durante el proceso de atención y que espera sea reflejo de lo enseñado por sus profesores, quienes *“en el trato con el paciente le exigen, le*

enseñan, lo educan para ser muy humanizado” (GF.10 R.12 (626:626)). En este mismo sentido, el trato humanizado también está en la relación profesor-estudiante:

[...] en la docencia pasa lo mismo y es la relación docente-estudiante, porque el docente tiene que mostrar su lado humano y a veces no porque seamos docentes y tengamos una posición como docente y estudiante [...] pasa mucho que como soy el docente y tú el estudiante tenemos una posición superior en esa jerarquía de profesor estudiante, pero también tenemos que mostrar ese lado humano como docente. (E.14 P.I.2 (115:115)).

Un diálogo en la atención del paciente y de la enseñanza del estudiante es indispensable para lograr un pacto de cuidados. Un primer punto de contacto consiste en ponerse en los zapatos del otro interpretando su vida: *“Lo primero es que uno se ponga en los zapatos del paciente, que interprete cuál es su nivel cultural, cuáles son sus temores, cuáles son sus expectativas” (E.21 P.EQ.6 (73:73)).* Para lograr este objetivo, los profesores indican que la actitud en la escucha al paciente es fundamental.

El apoyo académico con disciplinas como la psicología, enfermería y trabajo social permite reconocer elementos de humanización esenciales en el trato con los pacientes o familiares de pacientes. Un profesor clínico indica que en su programa se ha requerido reforzar estos aprendizajes. *“es una cosa diferente que ellos tienen que aprender a manejar, nos han tocado charlas con psicólogos, con trabajo social, para concientizar y humanizar a nuestros residentes” (E.2 P.EC.2 (34:34)).*

Comprender el proceso por el que el paciente transita, implica ponerse en sus zapatos; significa sensibilizarse con el paciente y su familia en su contexto. Implica una recuperación que va mucho más allá de la biología humana: *“[que]*

conozca cuáles son sus conflictos y entienda cuando vienen a gritarlo que lo están gritando por dolor, o sea es que se está muriendo el papá o la mamá o el hijo” (E.5 P.EC.5 (66:66)). Reconocer el conflicto de salud por el que atraviesa el paciente y su familia, implica reafirmar el pacto de cuidados. En consecuencia, estos aprendizajes están mediados por el afecto y el tiempo que sea invertido en la adecuada atención que gira en torno a la posibilidad de reflexionar el tipo de tratamiento adecuado y analizar con el paciente sus preferencias. En ese sentido, un buen médico entiende a los pacientes cuando refleja un sentido de escucha y comprensión. Este concepto está unido a ser un buen ser humano que incluye ser honesto, cumplido, responsable, disciplinado:

[...] lo que más les interesa muchas veces es que los escuchen, que los entiendan, eso es más importante [...] entonces eso es lo primero que hay que tener en cuenta y lo segundo ser buen humano, además de ser, entender a los pacientes. Hay que ser honesto, hay que ser cumplido, hay que ser responsable, hay que ser disciplinado... (E.12 P.EQ.3 (52:52))

Sin embargo, una de las razones por las que el pacto de cuidados ha disminuido es debido a un mayor número de pacientes que requieren atención: *“entra un volumen de pacientes y [...] una deshumanización del ejercicio profesional”* (E.8 P.EQ.5 (187:187)).

Debido a la presencia de residentes provenientes de regiones diferentes a Bogotá, estos están esperanzados en formarse como médicos especialistas para atender a los pacientes en hospitales de su región y disminuir el traslado de pacientes para su cuidado a la ciudad de Bogotá. Consideran que el tiempo en el traslado a otra ciudad termina siendo contraproducente en la mejoría de los pacientes debido a que deben esperar un tiempo de acceso a los servicios de salud prolongados por la falta de especialistas en su región:

[...] prácticamente allá ruedan de persona en persona, de persona en

personas porque nadie lo va a operar, nadie se va a meter a operarle eso porque o no [tiene] entrenamiento o tiene un riesgo quirúrgico alto o simplemente lo pueden derivar a que vaya y ruede toda la vida hasta que llegue remitido a Bogotá a que alguien lo opere, entonces eso me parecía tenaz, y ya ver que acá uno empieza a resolver esas cosas y aprendes como hacerlo y como controlar eso es muy chévere. (GF.2 R.4 (88:88))

Los participantes rescataron que el paciente requiere de un análisis mucho más allá de la enfermedad al relacionar su contexto. Este punto lo explica uno de los profesores de investigaciones:

Es entender que ellos tienen un contexto en el cual se mueve su enfermedad, muchas veces su enfermedad es producto de ese contexto, a veces somatizan lo que se está reflejando de otra forma, y atacar solamente un órgano puede no ser necesariamente lo que el paciente necesite, ahora bien, cuando toca atacar el órgano tiene que hacerse bien hecho, y a eso ayudan todas las áreas del conocimiento [...] el axioma que hay que saber curar y cuando no se puede curar saber consolar, es real. (E.13 P.I.1 (182:182))

Para lograr atacar la enfermedad, la investigación le permite al grupo de clínicos comprender sus decisiones. El profesor de investigaciones continua su relato, en este sentido *“nosotros les contamos muchísimo esa parte, tiene que mirar cuando está viendo un medicamento si está haciendo una comparación, es parte de lo que es su quehacer diario” (E.13 P.I.1 (182:182)).*

En este mismo sentido, uno de los puntos más críticos de aprendizaje del ejercicio clínico corresponde en tratar con los sufrimientos y la muerte de los pacientes, situaciones que no son fáciles para el paciente ni su familia. Uno de los profesores quirúrgicos los expresa de la siguiente manera:

[...] uno tiene que manejar una cantidad de sentimientos, de impotencia, de frustración, de dolor, digamos que aquí hay dolor de muchas personas que integran la sociedad tanto del médico tratante, de familiar, del nieto, del hijo, bueno, entonces eso es difícil de enseñar porque realmente uno solo va aprendiendo con el tiempo, aunque uno no es como, que uno no va a ser indolente, entonces no va a hacer nunca fácil explicar. (E.9 P.EQ.2 (148:148))

Los estudiantes reconocen que a medida que se especializan o subespecializan tendrán a cargo pacientes con mayores complejidades médicas, muchos de los cuales se encuentran en etapas avanzadas o finales de la vida; ellos resultan siendo el soporte o quienes pueden ayudar en esta última etapa de la vida del paciente. Estos procesos, aunque cotidianos y que exigen adaptación, no dejan de ser inquietantes y en algunas oportunidades frustrantes; posiblemente, por la cercanía de la muerte frente a la esperanza de la vida. Aun cuando reconocen la posibilidad de apoyar, tratar, curar y rehabilitar también está la contraparte en la que reconocen que todo no está en sus manos. Hay una parte que no pueden controlar y saben que también deben tomar distancia:

[...] hay muchas cosas que uno como médico se va enfrentando en todo el proceso de la medicina, hay cosas que están en manos de uno y hay cosas que no están en manos de uno y eso es una cosa que uno tiene que, o sea, tenerla, siempre, metida en la cabeza porque uno lo hace todo. (GF.2 R.4 (92:92))

Comprenden que la mayoría de sus pacientes atraviesan por condiciones clínicas complejas que requieren un juicio clínico mucho más integral. Estar en medio de esta complejidad los fortalece como especialistas: *“la diferencia entre un buen especialista y el del montón es saber qué hacer en ciertas situaciones, y saber manejar algunos casos que son complejos”* (GF.5 R.7 (389:389)).

En los momentos difíciles, cuando un paciente está en un momento crítico o ha fallecido, es importante que los familiares hablen de situaciones particulares del proceso de atención que los haya afectado. Los profesores enseñan que es importante manejar las cosas con calma, amabilidad y prudencia. Para estos casos los profesores enseñan a los residentes guiando en los encuentros con los familiares:

[...] hablar con los familiares, mire yo le voy a hablar para que ellos vean como les habla uno, que les dice, en qué términos, de qué manera, y son cosas muy de forma que más de conocimiento, son de venga siéntese, ¿usted que es del paciente? ¿Usted vivía con él? todo ese tipo de cosas. (E.9 P.EQ.2 (148:148))

En relación con el proceso en la formación técnica en los programas de residencias quirúrgicas, el entrenamiento de las cirugías inicia con cirugías en simuladores con el fin de practicar la técnica sin arriesgar la integridad del paciente. El siguiente momento consiste en observar la técnica de profesores experimentados o residentes de años avanzados. Es así como la observación, la imitación y la repetición son ejercicios fundamentales en las técnicas quirúrgicas:

[...] ellos tienen que tener unas bases de cirugía experimental [se refiere a los simuladores]... me deben ver operar a mí, uno les va explicando, entonces se pasa el punto así, se pasa esa, se supone que lo básico ya lo hicieron experimental, y cuando se sientan a operar uno está ahí mirando, y yo soy de los que hasta les coge la mano. (E.18 P.EQ.4 (117:117))

En medio de estas experiencias la práctica clínica alimenta la escuela médica. Uno de los profesores la describe con las siguientes palabras: “Y se alimenta a sí misma, se retroalimenta, va haciendo discusiones y va creciendo” (E.21 P.EQ.6 (123:123)).

Con respecto a las investigaciones que surgen de la atención de los pacientes, estas presentan una *obligación* en la formación del especialista, como lo refiere uno de los profesores:

[...] a un estudiante de medicina siempre le tiene que interesar el tema de investigación, me parece difícil que no tenga esa inquietud, me preocupa que no tenga esa inquietud, porque creo que la medicina obliga de alguna manera a ser inquieto y a buscar soluciones a los pacientes. (E.20 P.I.6 (39:39))

Por lo anterior, se puede sintetizar que en el caso de la categoría Paciente como sujeto de práctica sostiene que la medicina especializada o subespecializada desintegra al paciente en órganos y cada especialidad se dedica a su tema específico; bajo estas circunstancias, la integralidad del paciente es un punto frágil que debe ser rescatado. Por otra parte, cuando un paciente llega a los hospitales universitarios, su atención inicial se tomada por los residentes de primeros años quienes, en caso de requerir un mayor habilidad o conocimiento, remiten al paciente a los residentes de años de entrenamiento más avanzado.

En relación con los procesos de investigación se comprendió que el paciente como sujeto de práctica hace parte de un contexto mucho más amplio de la propia enfermedad; requiere de un análisis que implica la explicación desde lo causal pero también la comprensión de la estructura social en la que habita. Finalmente, cada proceso de investigación debe estar ligado al juramento hipocrático declarado por todo el personal médico durante su graduación.

7.6 Categorías intervinientes

Emergieron dos categorías intervinientes: una relacionada con la relación maestro-estudiante en el contexto de las residencias médicas denominada *Profesor clínico*. La otra categoría se denominó *Situación económica de los*

estudiantes, esta categoría analiza las circunstancias financieras sorteadas por los residentes durante sus estudios.

7.6.1 *Profesor clínico*

“[...] uno se da cuenta que es buen especialista, y generalmente le gusta la docencia, aquí las personas que están conmigo, además que fueron buenos residentes, fueron muy buenos en la actividad con los estudiantes” (E.11 P.EC.8 (43:43))

La categoría interviniente *Profesor clínico* devela, en un primer instante, la experiencia de los médicos como docentes en el marco de un hospital universitario donde se conjugan actividades asistenciales y de enseñanza-aprendizaje. Luego se consideran las características del buen profesor clínico descritas por todos los actores y, finalmente, se proporcionan los frutos del profesor clínico logrados en las experiencias de las residencias médicas. En la tabla 17 se indican los códigos sustantivos que hacen parte de la esta categoría.

El proceso de enseñanza-aprendizaje en las residencias médicas se fundamenta en la experiencia clínica del médico docente y del médico residente, la cual va mucho más allá del quehacer técnico clínico con el paciente. Para el caso de las residencias médicas, la docencia es una práctica inherente al ejercicio asistencial en los hospitales universitarios; es así como se construye a la par la práctica asistencial y la práctica pedagógica por medio de la experiencia adquirida de la atención de los pacientes. En términos generales, los médicos van creando compromisos académicos progresivos en la formación de residentes de menor formación y van reforzando su práctica clínica.

Ser docente resulta ser un privilegio al compararlo con otros especialistas; ser docente implica una responsabilidad social al convertirse en personas influyentes con los pacientes, estudiantes, residentes y colegas:

[...] asumir la posición de ser privilegiados, privilegiados en oportunidades,

privilegiados en oportunidades de estudio, privilegiados en conocimiento, en actitud hasta el entorno que nos rodea, eh y como en ese privilegio tenemos una responsabilidad porque podemos tener una posición influyente y si uno cree que puede estar haciendo las cosas medianamente bien yo creo que es una responsabilidad socializar lo que uno hace. (E.8 P.EQ.5 (141:141))

Tabla 17

Códigos sustantivos de la categoría profesor clínico

Códigos sustantivos	Categoría interviniente	Explicación
Médicos como docente		
- Experiencia docente desde la residencia		
- Profesores empíricos		
- Acompañamiento a estudiantes		
- Docente como equilibrista		
El buen profesor: Experiencia de vida		
- Saber teórico		
- Empático		
- Humilde		
- Dedicado		
- Orientador		
- Paciente		
- Reflexivo		
Fruto como docente		
- Remuneración intangible		
- Contacto con otras especialidades		
- Decir, hacer y saber		
- Liderazgo		
- Pago como docentes clínicos		

Profesor clínico

Explica el papel del profesor clínico en los programas de residencias médicas desde: el médico como docente, lo que significa ser buen docente y los frutos de la docencia.

Nota: Elaboración propia.

Un docente de especialidad quirúrgica hace referencia al interés en la enseñanza como parte esencial del docente: “...*siempre tiene residente o internos, o estudiantes, entonces yo creo que el estar aquí solo lo puede hacer alguien que esté interesado en enseñar*” (E.9 P.EQ.2 (10:10)). Ese *estar aquí* al que se refiere el profesor consiste en la responsabilidad de pertenecer a un entorno hospitalario en el que se posiciona como médico especialista y como profesor de una especialidad. En este sentido, el profesor clínico se constituye en uno de los baluartes más importantes del aprendizaje de las residencias. De acuerdo con los médicos residentes, un profesor clínico es: “...*una persona excelente, en todo el*

sentido de la palabra, y entregado a sus pacientes” (GF.2 R.4 (40:40)). Esta narración se extiende con la siguiente descripción de uno de los encuentros profesor-estudiante:

[...] la consulta es usted sentado al lado de ella [una profesora clínica], toda la consulta, los consentimientos los explica a los pacientes, en cirugía siempre está [en] todo momento, desde el principio hasta el final...en los seminarios [...] se encarga de que ellos [se refiere a los residentes] el conocimiento si lo adquieran de verdad (GF.2 R.4 (289:289)).

Así las cosas, el ejercicio docente no se encuentra desligado de sus funciones como médico especialista; de hecho, la condición de profesor clínico depende del ser especialista.

En estos encuentros de enseñanza-aprendizaje se involucran características no solo en el sentido estricto del cumplimiento de una función técnica, sino que alberga el reconocimiento del profesor como *persona* analizado por los médicos residentes de esta manera:

[...] tenía un concepto de él, [que] superó mis expectativas en el sentido de no solamente como profesional si no como persona, [...] uno idealiza o dice bueno yo tengo que tener ciertos patrones de referencia para después como yo tratar de llegar a ser como él [...] y como tratar de absorber lo que más se pueda. (GF.6 R.8 (128:128))

Los profesores consideran que un punto fundamental del ser profesor corresponde a la transmisión de conocimientos que van desarrollando desde su propia residencia:

[...] en la residencia pude...el transmitir un poco como el conocimiento, en las mismas charlas que nos asignaban de residente... y sentía que mi

desempeño era bueno, y sentía que también me desenvolvía bien en grupos ya más pequeños enseñando con los estudiantes. (E.1 P.EC.1 (2:2))

Un punto relevante indicado por los médicos residentes en el reconocimiento de sus profesores clínicos consiste en la experiencia adquirida durante la atención a los pacientes:

[...] gente que tiene muchísima experiencia es inocultable o no podríamos negar que la habilidad y a la destreza y el actuar bien en cierta parte también depende de la experiencia. (GF.5 R.7 (392:392))

[...] no solamente por la parte académica sino por la experiencia que ellos manejan, o sea a pesar de que la medicina hoy en día es basada en la evidencia, yo creo que la experiencia también juega un papel importante” (GF.9 R.11 (356:356)).

En este mismo sentido, se hallaron las siguientes narrativas “...*todos mis profesores son muy buenos especialistas*” (GF.7 R.9 (206:206)) y, por lo tanto, en el ejercicio de la práctica profesional se vislumbran modelos de médicos especialistas que los residentes anhelan alcanzar inclusive desde el pregrado: “*Uno siempre tiene como un modelo a seguir, desde que es pequeño, yo quiero ser como mi papá, como mi mamá [...] igual pasa en el ejercicio de la práctica profesional, yo quiero ser médico especialista, mínimo como él*” (GF.4 R.6 (150:150)). Como rasgo característico de la experiencia se encuentra la autoridad. Esta autoridad se refleja en la forma como denominan a sus docentes; por ejemplo, la palabra *profesor* o *profe* designa un docente con mayor autoridad en el servicio comparado con la palabra *instructor* usada para aquellos docentes que inician su proceso de enseñanza.

Desde etapas tempranas de su residencia, los profesores ejercían el oficio de docentes con los estudiantes, es decir, que la experiencia docente es un

ejercicio continuo en la formación como médicos. Por lo tanto, la docencia se constituye como una característica intrínseca en la residencia. Este acervo educativo tiene asidero al compartir el conocimiento de la literatura disponible en clubes de revista en el que participan residentes de diferentes años, médicos internos y estudiantes de medicina en los que la transmisión de conocimiento se va fundamentando:

Como residentes, [...] usted tenía a su cargo clubes de revistas y muchas más responsabilidades docentes, bueno, hay cosas innatas que de pronto a usted le guste enseñar y tenga facilidad de enseñar, yo creo que así ha sido toda la gente del hospital que ha tenido ciertas facilidades innatas de docencia, luego ya usted tiene que educarse en la docencia. (E.4 P.EC.4 (193:193))

Este gusto por la docencia se va creando y sus habilidades se van reforzando en las clases en pregrado o en las charlas a los demás residentes: *“a mí siempre me ha gustado la docencia, no lo busqué, pero cuando se dio la oportunidad no lo dudé ni un momentico, de hecho, actualmente si me preguntan estoy aquí por la docencia” (E.18 P.EQ.4 (16:16))*. Incluso reconocen sus habilidades como docentes desde el internado: *“disfrutaba el tener la responsabilidad con residentes menores, con internos ¿sí? sí, como que había ese gusto, ese gusto de liderar ese espacio y aportar u organizar, programar, ¡o bueno! Me gustaba” (E.8 P.EQ.5 (125:125))*.

Casi de manera intuitiva, se asimila que al ser médico se tiene habilidades docentes, como lo describe una de las profesoras de una residencia clínica: *“los médicos en sí, pues todos los médicos supuestamente somos docentes, pero no había una preparación realmente formal para ser profesor” (E.2 P.EC.2 (10:10))*; así pues, el ser especialista no necesariamente implica que sepa enseñar. De acuerdo con uno de los residentes:

[...] en Colombia no se ha podido entender, es que el hecho de que yo sea experto en un tema, no quiere decir que sea docente. Entonces se pone a un docente allá arriba porque es el experto en el tema que sea, pero él no sabe enseñar, no tiene ni idea de enseñar. (GF.3 R.5 (34:34))

De suerte que los estudiantes valoran que sus docentes posean entrenamiento formal en educación. Sin embargo, esta situación no es muy común en los profesores clínicos; al referirse a sus docentes, uno de los residentes indica: *“hay muchas personas con conocimiento muy bueno y muy grande, pero para la parte de docencia es un poco más difícil, y más con estos temas tan ladrilludos o tan densos”* (GF.3 R.5 (104:104)).

Por lo tanto, los residentes consideran que la carrera docente es primordial para comprender la práctica y la teoría educativa y aplicarla con el fin de que los profesores *“hagan crecer la universidad”* (GF.6 R.8 264:264)). En este sentido uno de los participantes relata:

[...] hay que mejorar la docencia y brindarle la oportunidad al especialista que quiere ser docente que tenga las herramientas de formarse como docente porque hay gente que es muy buena pero que tampoco sabe enseñar y los que saben enseñar no les retribuyen esa buena voluntad. (GF.10 R.12 (276:276))

Por consiguiente, el oficio del docente requiere ser reforzado en las residencias médicas. Dada la cercanía en el proceso de enseñanza-aprendizaje de los profesores clínicos y de los residentes, su acompañamiento implica instruir en las buenas costumbres y disminuir los malos vicios que son aprendidos en medio de la incertidumbre de la práctica clínica hasta que el estudiante tenga la capacidad de tomar decisiones, y de esta manera *“en la medida que va avanzando su tiempo, el nivel de delegación es un poco más alto, pero sin ser ciento por ciento, siempre supervisado”* (E.11 P.EC. 8 (96:96)). A medida que el

médico especialista involucra en su práctica la docencia debe tratar de cumplir con las actividades asistenciales al tiempo y por lo tanto cumplir con estas dos funciones como si fueran equilibristas, término usado por uno de los profesores:

[...] la enseñanza... en este tipo de hospitales donde uno tiene labores docentes y asistenciales tiene una línea tenue entre la asistencia y la enseñanza, y cada vez el espacio de la enseñanza se va reduciendo y el espacio de la asistencia se va aumentando... parece un equilibrista, buscando ese equilibrio en responder en toda esta parte administrativa y asistencial, y como yo puedo volver eficiente el tema de la enseñanza. (E.6 P.EC.6 (48:48)).

Para cumplir con sus funciones como docentes, se hallaron tres aspectos relacionados con el conocimiento, la intención de la enseñanza-aprendizaje y la acción clínica. El primer aspecto enunciado por los participantes consiste en la capacidad de *poseer conocimientos suficientes y muy claros*. Esta condición la evidencian en el *dominio del tema, el estar actualizado en los últimos hallazgos científicos y ser disciplinado*.

En el aspecto de intención de la enseñanza-aprendizaje, se considera que: *“...el gusto de querer enseñar”* (GF.2 R.4 (294:294)), es una expresión correspondiente al deseo del profesor que evidencia el estudiante independiente de la experiencia que aquel posea. Los residentes indican que lo importante en este aspecto es la disposición, la motivación y el ánimo de ofrecer sus conocimientos y el *reconocer el esfuerzo del residente*. En el gusto por querer enseñar se encuentra que el docente se *preocupe porque el residente aprenda*:

[...] deben saber transmitir conocimientos, saber por qué no es lo mismo saber todo, pero no saber explicar, saber llegar a cada particularidad. Igualmente, no todos aprendemos de la misma forma [...] aprovechar cualquier situación por muy pequeña que sea para extraer cualquier tipo de conocimiento y transmitirlo a mis estudiantes. (GF.4 R.6 (251:251))

En este aspecto, la disposición de la enseñanza y la disposición en el aprendizaje son fundamentales.

En relación con las acciones clínicas tales como la *identificación de signos en los pacientes* les permiten a los residentes *hacer esquemas mentales para llegar a un diagnóstico*. Según los residentes cada condición clínica se debe considerar como un reto académico en el que el docente tiene la capacidad de *saber manejar las situaciones*. La acción clínica implica mucho más que el acto médico; se sitúa en una revisión constante de sus actividades clínicas que estimulen el aprendizaje no solo como especialistas sino como personas:

[...] el conocimiento y el saber, no se encuentra solamente en los libros así de simple yo me puedo sentar y puedo leer y puedo aprender, pero muchas de las cosas de la vida son experiencias de la vida son cosas del ser humano, de hecho, muchos de los profesores de la vida y hasta del colegio que uno recuerda por otro aspecto muy distinto al académico. (GF.1 R.1 (495:495))

El buen profesor ofrece su apoyo al residente desde el primer momento en que interroga al paciente, cómo examina, cómo interactúa con él para luego corregirlos. Este camino inicia para el residente al tratar a sus profesores y compañeros, como lo relata uno de los profesores quirúrgicos:

[...] desde el primer día y me siento con él a hacer consulta los primeros días, claro, uno tiene el apoyo del residente grande por temas de volumen y todo, pero yo creo que aquí con todos los residentes yo me he sentado con ellos a ver interrogar al paciente, a verlos examinar el paciente, y a corregirlos. (E.18 P.EQ.4 (22:22))

En este actuar docente se halla un concepto clave que va más allá del saber teórico y corresponde al *saber donarse como persona* y en este tránsito moldear el carácter del residente: *“el profe sí tiene que ver mucho en la formación de uno [...] el profe es el que le moldea el carácter a uno”* (GF.4 R.6 (154:154)). Consideran que esta formación se obtiene cuando el profesor devela las siguientes características: a) saber teórico, b) empatía, c) humildad, d) dedicado a la docencia, e) orientador, f) paciente y g) reflexivo. A continuación, se resumen estas condiciones.

En el saber teórico, un buen profesor tiene la capacidad de explicar conceptos complejos de manera sencilla que, de acuerdo con uno de los residentes se manifiesta cuando el profesor logra comunicarse con el residente *“poniéndose en los zapatos del que le está hablando y bájele a poco, o sea hágale entender las cosas, pero pues obviamente uno necesita también saber transmitir los conocimientos y como los va a recibir”* (GF.3 R.5 (126:126)); es decir, *“que le transmita bien los conocimientos que él tiene, que él logró tener en su experiencia clínica”* (GF.3 R.5 (121:121)). Estas explicaciones claras y sencillas también involucran a quién iniciará y continuará con su tratamiento en la medida en que comprenda y confíe en las acciones tomadas por los médicos tratantes. En este ejercicio, el buen docente es una persona que se mantiene actualizada con el constante estudio. Un profesor indica que

[...] para ser una buena docente tú tienes que estar todo el tiempo estudiando, todo el tiempo aprendiendo, todo el tiempo leyendo cosas nuevas, porque siempre hay un estudiante que va a estar ahí interesado, dándote la pelea, preguntando, entonces pues tú tienes que estar al nivel de las personas a las que estas enseñando, un poco más alto. (E.15 P.I.3 (249:249)).

Esta visión les permite reconocer los casos clínicos interesantes y acercar a los estudiantes al *“llamar a todo el mundo para que todos veamos y aprendamos”* (GF.8 R.10 (553:553)).

El siguiente aspecto descrito corresponde al *Tener empatía* tanto con el paciente como con el residente. Para los médicos residentes el *ser visto como personas* y no solo como estudiantes crea condiciones correctas de aprendizaje. La empatía implica ser cordial, preocuparse por la condición del paciente y porque el residente aprenda: *“...tiene su buena empatía, que los pacientes lo quieren, que logran llegarle al paciente, que se preocupa por el paciente [...] y que se preocupa porque uno aprenda, para mi ese es el profesor ideal”* (GF.2 R.4 (295:295)). En esta relación médico-paciente y docente-estudiante es fundamental mantener el respeto. En consecuencia, *“el respeto tiene que ir basado en toda la relación”* (GF.5 R.7 (480:480)). Al permitirse una relación horizontal entre profesores y estudiantes se generaría la oportunidad de estar al lado de un verdadero tutor:

[...] donde la relación es mucho más horizontal, donde el profesor está allí para hacer un acompañamiento, pero el profesor no está asumiendo digamos el rol de querer y poner cargas sobre el estudiante sino el estudiante es esa persona que está allí construyendo su conocimiento, que está en formación, y el profesor es más ese tutor que de verdad asume el rol de tutor. (E.20 P.I.6 (34:34))

Por consiguiente, este tipo de relación brinda la confianza necesaria en la que la práctica médica implica un entrenamiento en las técnicas y en la forma de asumir sus funciones como médico especialista, por consiguiente *“...le explica y le enseña y le da a uno confianza para operar”* (GF.8 R.10 (555:555)).

Con este panorama, los residentes reconocen que la confianza está relacionada con la valoración del esfuerzo que realiza el residente en su aprendizaje y en este aspecto las emociones mejoran las expectativas durante el

aprendizaje, inquietan y por tanto motivan en su formación según la visión de un profesor clínico: *“usted quiere tomar un modelo el cual a la gente le genere emociones, y además de eso le genere inquietudes y le ayude a encontrar el camino”* (E.5 P.EC.5 (20:20)). Por esta razón, la enseñanza está ligada a la motivación y el afecto, como lo describe un profesor quirúrgico de la labor docente:

Es un facilitador de un proceso de aprendizaje, y más que un facilitador hoy en día después de todos estos años, yo creo que más que un facilitador es un motivador, para que la gente acceda al conocimiento, porque la transmisión directa de todo el conocimiento es imposible, entonces para mí es claro que el aprendizaje está ligado al afecto. (E.21 P.EQ.6 (34:34))

Un buen docente es una persona humilde que identifica sus limitaciones y actúa conforme a sus conocimientos. Los residentes privilegian la humildad en el conocimiento delineada como la posibilidad de reconocer que otra persona puede transmitir conocimiento y alentar a los estudiantes a obtener conocimiento con un buen trato: *“lo que uno espera de un docente, es que sean humildes con el conocimiento porque... obviamente tienen muchos años de experiencia, muchos años de conocimiento; que sean humildes”* (GF.3 R.5 (116:116)); y, por tanto, que sean flexibles. Con esta característica el docente tiene la capacidad de debatir y renovarse en su conocimiento y en sus actividades clínicas en la medida en que conoce experiencias de otros profesores y de sus estudiantes. Este diálogo abre la posibilidad del debate como lo expresa uno de los residentes: *“es abierto a lo que uno le pueda dar o decirle: [...] profe mire yo pienso que es así y así”* (GF.8 R.10 (553:553)).

Otra característica del docente se relaciona con el tiempo dedicado a la explicación a los residentes de los aspectos clínicos complejos y decisiones de la conducta clínica tomada en los pacientes. Esa dedicación de tiempo al paciente y al estudiante implica una constante posibilidad de conversación.

En relación con la orientación, los residentes asimilan esta característica a la figura paterna que como un padre bien corrige, enfoca sus estrategias de enseñanza y se encuentra en los momentos de crisis del residente. Durante la orientación se genera la posibilidad de fortalecer el razonamiento clínico. Una pregunta clave es, ¿usted qué haría?: *“me presentan el caso del paciente y yo muchas veces yo ya sé qué hay que hacer, y le digo al estudiante ¿usted qué haría?”* (E.11 P.EC.8 (88:88)). Con esta explicación, una profesora utiliza con frecuencia la reflexión en el estudiante. Un símil de profesor orientador es descrito como el pastor, es decir, aquel que tiene un bastón para guiar el camino por el que pueden tomar una ruta académica: *“el profesor es como un pastor, como uno que tiene un bastón, pero no un bastón para golpear sino para guiar el camino y no desviar y que no se desvíe la persona, en este caso el alumno”* (E.1 P.EC.1 (67:67)). Esa orientación y, por tanto, acompañamiento permanente para los residentes es el ingrediente con el que se resuelven las dudas mutuas; así las cosas, estas acciones se alejan de prácticas como mandar o regañar al estudiante. Por el contrario, el profesor se encarga de ordenar las ideas y aclarar incertidumbres: *“ordenar las ideas, aclarar las primeras dudas iniciales que le surgió al estudiante, a partir de un caso y plantear una segunda lectura a partir del ordenamiento de la guía que hubo”* (E.7 P.EQ.1 (254:254)).

El profesor, al ser consciente de las falencias de los residentes y permanecer a su lado para corregirlas, apoya el aprendizaje cuando de manera paciente indagan y reflexiona sobre las conductas de los residentes. En estos casos, los docentes indagan por la fuente de información que les permitió llegar a estas recomendaciones. Por tanto, un buen docente *“corrige de una buena manera y con amor”* (GF.6 R.8 (306:306)). Las reflexiones que realizan antes, durante y después de las decisiones, es importante que sean retroalimentadas a tiempo con el fin de mejorar su juicio clínico por medio del ejemplo, al razonar y deliberar sobre sus decisiones clínicas.

En relación con los frutos que esperan los profesores de los residentes, se evidencian en las manifestaciones de aprecio por parte de los residentes hacia los docentes, al ser reconocida la acción médica por otros especialistas u otros profesores. Estas enseñanzas son denominadas por los profesores como remuneración intangible:

[...] una remuneración intangible (...) para mi es excesivamente emocionante que me llame un discípulo tres años después o a saludarme o a preguntarme [...] a decirme: “profe tengo esto” ... Profesor: ...o a que haya un recuerdo de, o que le digan a uno: “¿sabe qué? Usted hace diez años me dijo tal cosa y eso me sirvió. (E.8 P.EQ.5 (151:153))

En el ejercicio médico, el contacto con sus colegas y otras especialidades es fundamental en el entrenamiento progresivo de los especialistas que implica que sea un aprendizaje escalonado que va ampliando su rango de acción con el paciente y su familia.

El progreso de aprendizaje de los médicos residentes se representa en el hacer, decir y saber. Para el primer caso, el hacer se evidencia durante la cirugía, en los seminarios o en los momentos en que llevan sus proyectos de investigación a congresos. En el decir, los residentes transforman su manera de expresarse con los pacientes y explicar los procedimientos de manera similar a sus profesores. Y su saber se evidencia en su pensamiento, se va configurando al tener un juicio en el que incorpora la experiencia y la evidencia:

[...] me gusta ver como empiezan a emigrar a un pensamiento que más objetivo de las diferencias, cuando uno los ve llegar a discutir bueno usted ¿por qué hace esto?, no por escuela no hacemos esto doctor, migrar eso a un concepto, no lo hago porque después que revise la evidencia encuentro que, si esto y esto y lo fundamenta. (E.5 P.EC.5 (72:72))

Otro fruto que analizan los profesores consiste en que sus egresados lideran espacios académicos de orden nacional, razón por la cual se sienten orgullosos por sus logros, como lo relata uno de los profesores:

[...] los que lideraron espacios son discípulos de acá, son discípulos nuestros y que están haciendo cosas y este tipo está haciendo cosas como nosotros le mostramos como las podía hacer y es muy grato, y de pronto no se lo dicen a uno directamente pero su cotidianidad se lo hace saber y yo no necesito que me lo digan...- Entrevistador: Lo ve reflejado. – Profesor: ...Yo lo veo reflejado, entonces eso tal vez es lo más grato. (E.8 P.EQ.5 (215:217))

Otro aspecto que los residentes consideraron del oficio del profesor es el hecho de la falta de estímulos económicos a los profesores por su actividad docente: *“los profes que nos dan academia lo hacen la verdad por voluntad porque ellos no tienen ningún impacto económico”* (GF.10 R.12 (272:272)). Los residentes creen que el pago específico como docentes y el tiempo es primordial para la enseñanza en las residencias: *“...el profesor debe ser bien pago...y tener tiempo para enseñar”* (GF.6 R.2 (261:261)). De esta manera, sugieren el contrato de tiempo completo en el que el profesor no necesite trabajar en otro sitio diferente a los universitarios.

El profesor de investigaciones es un profesor agudo que presenta la investigación como un camino en el ejercicio clínico:

[...] alguien muy agudo, muy inquieto, muy observador, pero que también les muestre la investigación como un camino agradable y no tortuoso, pero precisamente porque ellos ven la utilidad inmediata, o sea, si no sabemos cuál es la mejor alternativa de tratamiento para este paciente por su condición clínica, genera incertidumbre, creo que ese profesor que anima a las lecturas” (E.20 P.I.6 (37:37)).

Este docente tiene la capacidad de formar a la persona: *“obtener la capacidad de poder formar de la mejor manera a una persona, no solo en el área estadística, epidemiológica, sino también ver cómo puedo aportar para la formación integral de esa persona en otras áreas”* (E.15 P.I.3 (253:253)).

Existe una tensión en el tiempo de investigaciones para las subespecialidades debido al corto plazo para realizar proyectos de investigación de impacto. Contrario a lo que puede pasar con las especialidades, esta situación la describe un profesor de especialidad de la siguiente manera: *“Yo creo que es un tiempo muy corto, por ejemplo, para los fellows es muy corto el tiempo, para la especialidad sí es suficiente tiempo”* (E.21 P.EQ.6 (170:170)).

En referencia a la categoría Profesor clínico se podría sintetizar que el convertirse en uno de los profesores de las especialidades se considera un privilegio social caracterizado por una docencia que se encuentra inmersa en la actividad asistencial. Esta oportunidad del ser docente es apoyada por la experiencia, como fuente de reconocimiento académico, y en la transmisión de los conocimientos revestidos de un ejercicio de autoridad.

Se vislumbraron varias funciones del profesor de las especialidades médico-quirúrgicas, entre ellas, ser poseedor de conocimientos especializados, tener una intencionalidad en la enseñanza, ejecutar una acción clínica que contiene afectos y emociones como motor de aprendizaje; por esta razón, los profesores clínicos sienten el orgullo por los egresados al reconocer sus logros en otros sitios de especialistas.

Por otra parte, los profesores de los programas de residencias médicas consideran relevante reconocer la importancia de la población que se beneficiará de la práctica en investigación más allá de los reconocimientos mismos de la investigación. El punto en el que los profesores consideran relevante la

investigación estriba en la capacidad de aplicar los resultados de la investigación como herramienta constante en la toma de decisiones.

7.6.2 Situación económica de los estudiantes

"[...] es necesario como un esfuerzo que uno se mentaliza y dice bueno en algún momento esto va a parar, y tratar de sobre llevarla" (GF.6 R.8 (110:110)).

La categoría Situación económica de los estudiantes interpreta la forma cómo los residentes afrontan los gastos ocasionados durante su entrenamiento en las especialidades médico-quirúrgicas. Se generaron las siguientes cuatro subcategorías: a) trabajo propio; b) dependencia familiar; c) trabajo hospitalario, y d) apoyo nacional. En la tabla 18 se indican los códigos sustantivos de cada subcategoría.

Tabla 18

Códigos sustantivos de la categoría Situación económica de los estudiantes

Códigos sustantivos	Categoría interviniente	Explicación
Trabajo propio	Situación económica de los estudiantes	Interpreta las condiciones económicas de los médicos residentes durante su entrenamiento como especialistas
- Costos de la residencia		
- Dificultad económica		
Dependencia familiar		
- Relaciones familiares		
- Apoyo familiar		
Trabajo hospitalario		
- Descuento de matrícula		
Apoyo nacional		
- Ayuda ICETEX		

Nota: Elaboración propia.

Debido a los gastos que hay que asumir durante la residencia, los estudiantes se preparan económicamente trabajando esforzadamente antes del ingreso: *"...yo trabajaba en tres sitios antes de ingresar a la residencia" (GF.6 R.8 (108:108)).* Sin embargo, consideran que el presupuesto que habían calculado para la residencia no va acorde con los gastos que deben asumir: *"uno gasta más*

dinero del que presupuesta siempre [...] personalmente hay un choque bastante grande porque uno de pronto viene con cierto presupuesto y te das cuenta que a veces en el primer año ese presupuesto se va” (GF.4 R.6 (127:127)). Por lo tanto, las dificultades económicas se incrementan a partir del segundo año de residencia.

En términos generales, se evidencia insatisfacción al no recibir remuneración en el pago como médicos generales durante su formación como residentes al compararse con otros países. Uno de los residentes indica: *“en Colombia es de los pocos países donde no les pagan a los residentes a pesar de que uno todo el tiempo está trabajando para el hospital”* (GF.6 R.8 (91:91)). De manera consistente, los residentes insisten en la necesidad de recibir un salario como médicos generales producto de su trabajo en el hospital en el que diagnostican y tratan a los pacientes: *“nosotros tenemos que evolucionar, tenemos que formular, como si estuviéramos que estar trabajando; entonces lo mínimo es que tengamos una compensación económica por un trabajo que estamos haciendo”* (GF.4 R.6 (271:271)). Los residentes se mantienen de los ahorros logrados durante el año de rural, su trabajo como médicos generales y las ganancias como especialistas en el caso de segundas especialidades.

Para lograr compensar las dificultades económicas, los residentes trabajan en turnos independientes como médicos generales o especialistas en el caso de estudiantes de segundas especialidades. Reconocen que estos trabajos no son permitidos, pero los realizan para poder continuar pagando la matrícula y sosteniendo sus gastos generales o de la familia. *“Está prohibido trabajar, pero hay muchos que trabajan”* (GF.9 R.11 (464:464)); *“uno supuestamente no trabaja, pero sí trabaja en dónde pueda, porque uno tiene que mantener [se] en sus responsabilidades... de la familia”* (GF.3 R.5 (31:31)). Aunque reconocen los esfuerzos económicos y la dependencia económica que mantienen con sus familiares, se mentalizan en tener que trabajar durante la residencia y se esperan en el hecho de que en algún momento finalizará esta etapa.

En el proceso de formación del residente se involucra la familia quienes, en algunos casos, son apoyados económicamente:

[...] uno sabe que son tres años cuatro años, que uno la va a guerrear que uno va a dejar de recibir un salario, pues a pesar de ser un profesional que de pronto estaba acostumbrado a recibir ¿sí?, a muchos de nosotros nos tocó volver a casa de nuestros padres. (GF.1 R.1 (122:122))

Lo anterior explica los casos en los que el residente debe retornar al entorno familiar con el fin de recibir el soporte económico. Este apoyo económico también surge de los cónyuges o de familiares de los cónyuges: “...uno termina siendo dependiente de los papas o de la pareja” (GF.6 R.8 (97:97)); “...llegar otra vez a que lo tenga que mantener la mamá, el papá, la esposa, eso le da a uno *relativamente duro*” (GF.3 R.5 (20:20)). Esta situación se hace mucho más difícil en los residentes que eran económicamente independientes y pierden su libertad económica por los gastos diarios incurridos de manutención. La dependencia económica genera un componente emocional de frustración y vergüenza: “*volver al seno materno eso es muy frustrante, es pesado, es feo, da vergüenza*” (GF.1 R.1 (188:188)).

En relación con su labor con los hospitales universitarios, consideran que uno de los cambios en la residencia consiste en recibir sueldo por las actividades asistenciales como médicos generales (en el caso de los estudiantes de especialidad) o como especialistas (en el caso de estudiantes de subespecialidades), lo cual manifiestan de la siguiente manera:

[...] si reconocieran la labor que hace el residente económicamente, así sólo sea que a usted le den dinero en efectivo, sino que digan como: (...) usted hizo tantos turnos se le va a descontar tanto de su matrícula, yo creo que eso sería una ayuda bastante grande” (GF.9 R.11 (466:466)).

En este mismo sentido, dado que el costo de la residencia no solo implica el pago de una matrícula sino el hecho de no percibir ingresos, ellos se autodenominan *“obrero gratis”* (GF.11 R.13 (47:47)). Esto lo contrarrestan cuando indican que el aumento de la academia daría mayor fortaleza a las residencias médicas: *“Bajar muchísimo la carga asistencial, o sea, darle a esto el sentido académico que realmente tiene porque yo sé que es súper trillado, pero es que los residentes somos la mano de obra barata de los hospitales”* (GF.9 R.11 (457:457)).

En consecuencia, debido a que la residencia exige exclusividad laboral, en Colombia, algunos residentes se apoyan con la beca crédito del Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior (ICETEX); este apoyo es considerado como *“la única ayuda que ofrece el estado para los residentes”* (GF.6 R.1 (089:089)). Sin embargo, no todos los programas académicos de especialidades médico-quirúrgicas tienen acceso a este apoyo económico debido a sus criterios.

Por otra parte, los residentes manifestaron que una de las motivaciones para realizar la residencia consiste en mejorar sus ingresos laborales al *“cambiar el salario y trabajar menos”* (GF.4 R.6 (287:287)). De modo que saber que pueden lograr la titulación los tranquiliza, esperan que al final se establezca la situación económica en la que se encuentran como residentes y esperan que la inversión económica sea retribuida al ser especialista y se manifieste un equilibrio laboral.

En relación con la productividad en investigaciones, proponen que al realizar una publicación de alto impacto se disminuya una parte de la matrícula: *“si usted saca un artículo de alta el siguiente semestre va a tener una beca del setenta por ciento”* (GF.5 R.1 (465:465)).

7.7 Estrategias

“[...] yo les insisto en ser seres humanos, o sea, yo puedo ser el más duro, saber de todo, pero si no tengo esto aquí en el corazón, eso no sale. Entonces la mayor satisfacción es ver que todos los que han salido están bien ubicados, todos los que han salido lo recuerdan a uno con cariño” (E.3 P.EC.3 (67:67)).

En relación con las estrategias de la teoría sustantiva, surgieron dos categorías nombradas como *Aprender desde lo práctico* e *Investigación pedagógica de la práctica clínica*. Se interpretan a continuación las estrategias.

7.7.1 Aprender desde lo práctico

“[...] la consulta la hacemos nosotros y el Doctor va pasando o el Fellow va pasando por cada consultorio [...] vemos el paciente en conjunto con él, entonces, él nos explica cosas del examen físico, nos pregunta cosas de imágenes o del examen físico y hay uno va reforzando temas” (GF.8 R.10 (33:33)).

A lo largo de las entrevistas, los participantes manifestaron la relevancia de la práctica como una forma de manifestar su avance en las residencias médicas y tanto la enseñanza como el aprendizaje se relacionan constantemente con el *hacer* como demostración de su avance. En la tabla 19 se presentan las subcategorías y los códigos sustantivos de la categoría Aprender desde lo práctico.

Tabla 19

Códigos sustantivos de la categoría Aprender desde lo práctico

Códigos sustantivos	Estrategia	Explicación
Base de aprendizaje		
- Contrapregunta		
- Perseverancia		
- Fundamentos técnicos		
- Técnica		
- Sentidos		
- Planeación		
- Aprendizaje		
- Situación compleja		
- Sabiduría		
- Autonomía		
Experiencia		
- Tradición		
- Confianza		
- Cadena de mando		
- Presencialidad		
Turnos		
- Responsabilidad		
- Ciclo de turnos		
- Subespecialidad		
Práctica diaria		
- Buen práctico		
- Tipo de paciente		
- Aprendizaje progresivo		
Currículo		
- Nivel de aprendizaje		
- Complejidad de aprendizaje		
- Distribución rotación		
- Curva de aprendizaje		
- Tiempo limitado		
- Estructura de grupos		
- Grupos pequeños		
- Seminario		

Aprender desde lo práctico

Explica los mecanismos de las bases del aprendizaje, la experiencia, el sitio, el cuándo, el cómo, con quien se construye la práctica pedagógica en las residencias médicas

Nota: Elaboración propia.

Debido a que la práctica de la medicina tiene continuos avances, los residentes indicaron que un punto fundamental en el aprendizaje consistía en el gusto por un continuo estudio que va de la mano con la disciplina. Este conocimiento es adquirido por el autoaprendizaje definido por los residentes como una persona autodidacta o un proceso de autoformación; los residentes conocen los temas que se develan en el cuidado de los pacientes y buscan las últimas

publicaciones de las revistas más reconocidas en el área médica para aprender las últimas técnicas con el fin de aportar durante las decisiones clínicas de cada paciente, los relatos van en el siguiente sentido

[...] una de las cosas que yo he aprendido acá [...] es que es mucho del autoconocimiento que uno se dé. El tema está ahí planteado, ya usted sabe cómo es, pues mire a ver qué es lo que usted va a estudiar realmente de ese tema, o qué es lo que te va a quedar a ti del tema [...]; cómo lo vas a ver tú, cómo lo vas a enfocar tú. Hay unas bases, unos lineamientos, pero es cómo lo vas a enfocar tú y tal vez ahí es donde está el aporte nuevo.
(GF.3 R.5 (79:79))

[...] ya le toca a uno por su propia cuenta sentarse y estudiar donde uno sienta deficiencia” (GF.5 R.7 (165:165)).

Es así como, el autoaprendizaje es primordial en las residencias médicas: *“es algo que es práctico, con unos direccionamientos teóricos, pero uno necesita sentarse a estudiar solo, o sea eso es evidente, si no, no lo vas a lograr”* (E.9 P.EQ.2 (65:65)). Reconocen la perseverancia en el estudio de la teoría como una de las características de las bases del aprendizaje.

Al ser la experiencia clínica el punto central del ejercicio de la medicina, el proceso de enseñanza-aprendizaje basa su práctica pedagógica en cada una de las acciones y técnicas generadas en el cuidado del paciente. En este caso, cuando los residentes se encuentran enfrentados a decisiones clínicas complejas les ayuda a que sus prácticas médicas se fortalezcan dado los retos que implica el apoyo al paciente. Los residentes de especialidades quirúrgicas consideran que su habilidad quirúrgica es amplia y que tienen la capacidad de atender a pacientes con condiciones clínicas difíciles: *“todas las especialidades quirúrgicas acá son muy buenas asistencialmente, o sea nosotros donde nos llevan operamos”* (GF.5 R.7 (161:161)); *“en la parte de habilidad, en la parte manual... a nosotros nos van a pasar el chicharrón del día de la Unidad de Cuidados Intensivos que nadie lo*

quiere pasar, nosotros lo pasamos sin problema...” (GF.5 R.7 (166:166)).

Este mismo residente indicó *“a nosotros si nos enseñan la parte técnica”* (GF.5 R.7 (398:398)). Las técnicas a las que se refiere, en su mayoría se aprenden de manera oral y por repetición como lo refiere al describir la conversación con uno de sus compañeros cuando comparten sus experiencias:

[...] entonces si le va bien él [su compañero]... se queda muchas veces con esa técnica, y a veces me lo encuentro a las dos semanas y me dice: ¡oye mira! el otro día ¿te acuerdas?, me tocó con tal persona [profesor] y me explicó otra forma y me fue mejor. (GF.5 R.7 (381:381))

Debido a que, desde el inicio de la residencia, los estudiantes ingresan a cirugía y a medida que progresan en las técnicas se van asignado procedimientos más complejos enseñados por los profesores y residentes de años más avanzados o del mismo nivel con los que se tiene confianza: *“no hay nada más chévere que además la parte práctica se la enseñe alguien que le tiene mucha más confianza, mira coja el equipo así, conéctelo acá, este botón es el que prende, pues es mucho más fácil para ellos”* (E.12 P.EQ.3 (70:70)).

Durante el aprendizaje de las prácticas médicas se implica un fuerte sentido sensorial que aumenta los recuerdos adquiridos al lado del paciente. Un residente lo explica de la siguiente manera:

[...] uno se acuerda más de los casos de los pacientes porque es una experiencia que entra por muchos sentidos, el olor, la vista, el tacto; mientras que leer de un libro solamente tiene su fase visual y lo que usted entendió, pero si usted ve aquí un caso complicado y llegó a su casa e hizo la tarea de leer el tema de ese paciente y sacar sus dudas. El conocimiento que usted está haciendo, lo enriquece demasiado y lo va a fijar muchísimo para que cuando usted en un futuro sea especialista se acuerde y sepa

enfrentarse a ello y es esa una ventaja que tenemos acá ¡es grandísima!; el volumen de pacientes es altísimo. (GF.5 R.7 (390:390))

El continuo estudio de las necesidades del paciente genera que los residentes analicen los procedimientos llevando a plantear sus decisiones clínicas en conjunto con el profesor: *“yo no puedo entrar a una cirugía si no hice el planeamiento” (GF.5 R.7 (397:397)); “con nosotros son muy estrictos en la técnica, o sea que es una diferencia que tenemos también y una ventaja que tenemos con otras universidades” (GF.5 R.7 (398:398)).*

Uno de los profesores del área quirúrgica indica que el generar dudas en los residentes y realizar las contrapreguntas de la situación de los pacientes resulta ser una estrategia de aprendizaje: *“yo creo es que uno tiene que crear dudas o crear la curiosidad al estudiante, o sea la motivación es hacerle ver cosas que no sabe desde un punto de vista interesante para que el las busque y las profundice” (E.9 P.EQ.2 (53:53)).* El profesor resalta que esta motivación se genera en la atención de los pacientes y no en un salón de clases.

Con los anteriores relatos reconocen la responsabilidad en su aprendizaje a pesar el acompañamiento de sus profesores: *“yo puedo estar pendiente de lo que el profesor pueda aportar para mí, pero también debo estar pendiente de lo que quiero llegar a ser” (GF.4 R.6 (221:221)); “el proceso de aprendizaje es de nosotros”.* Por todo lo anterior, comprenden que el aprendizaje de los actos médicos debe tener un equilibrio entre la teoría y la práctica. Por esta razón, la práctica clínica es un continuo *hacer*, como lo describe uno de los residentes: *“...porque tú aprendes en el camino muchas cosas y te vuelves un buen práctico...” (GF.6 R.8 (254:254)).*

Para el caso de las residencias, estas se encuentran inmersas en la experiencia del hospital. Por tal razón, los estudiantes valoran contar con dos hospitales universitarios como centro de práctica: *“uno aprende por la experiencia,*

por eso es tan valioso tener los dos hospitales, porque uno aprende de la experiencia de lo que tiene acá y de su trabajo” (GF.9 R.11 (474:474)). De acuerdo con este punto, las prácticas pedagógicas de las residencias se desarrollan en los hospitales universitarios que se forjan como escuelas médicas en las cuales se conforman las prácticas clínicas que trascienden de una generación a otra de especialistas y que los identifica de otros egresados de programas, como lo interpreta uno de los profesores de especialidad clínica: *“sí me gusta como transmitirles ciertos conceptos que nosotros hayamos creado como escuela, porque creo que eso marca la pauta, eso marca la pauta y te define a ti también como profesional” (E.1 P.EC.1 (93:93)).* De hecho, los profesores toman la forma de como ellos aprendieron de sus profesores y luego aplican esta forma de enseñar a sus residentes:

[...] eso se va transmitiendo de generación en generación... hay dos profesores que me marcaron mucho entonces yo uso mucho esa forma, siento que fue como yo aprendí más y los que me tocaron, hay gente que te toca más que otra. (E.18 P.EQ.4 (127:127))

Los residentes valoran cuando los seminarios son presentados por su docentes: *“viene el profe, se sienta y da la charla sobre temas donde hay controversia o tema de su experticia y eso aquí hace falta” (GF.2 R.4 (180:180)).*

Según el relato de los estudiantes, el pertenecer a una escuela de más de un siglo genera confianza al punto de indicar que si ellos fueran pacientes o sus familiares fueran pacientes buscarían la experiencia y el conocimiento de sus profesores y compañeros para tomar decisiones sobre su propia salud y su familia. Así las cosas, la práctica médica se fundamenta en el conocimiento y en la experiencia, los cuales son aliados potentes del egresado:

[...] nosotros todos los días [atendemos] entre ocho y diez pacientes y en últimas ya de tanto hacerlo coge la habilidad y bueno podrá haber una difícil

[...] realmente esas cosas tienen que estar fundamentadas en el contexto del conocimiento porque si uno no sabe, llega el momento [...] te vas a quedar sin herramientas de cómo hacerlo y estamos hablando de vidas humanas (GF.5 R.7 (389:389)).

Siguiendo este relato, los residentes consideran que el rol de estudiante pierde su perfil y se consolida su aprendizaje en una labor enfocada a un trabajo hospitalario: *“el estatus de estudiante no existe, acá no somos estudiantes, es una parte, somos un trabajador que está aprendiendo”* (GF.9 R.11 (473:473)).

Hacer parte de la residencia médica implica pertenecer a la estructura social de los hospitales universitarios y en este proceso de enseñanza, los residentes acuerdan que su forma de relacionarse depende del trato que promulgan los residentes de años avanzados de entrenamiento. Los estudiantes participantes consideran que el residente mayor puede llegar a ser un *mini profe* que puede aportar en la formación; sin embargo, también indican que un residente mayor *malo* puede hacer la vida académica imposible: *“Pero el residente grande [...] te puede facilitar mucho, puede ser como tu mini profe y aportarte mucho, pero un residente grande malo puede hacerte la vida imposible también”* (GF.7 R.9 (227:227)). En estas circunstancias, reconocen la cadena de mando como una forma de organización y respeto: *“uno tiene que respetar la cadena de mando”* (GF.8 R.10 (415:415)). Para las primeras especialidades, los residentes de subespecialidades, también denominadas segundas especialidades, son un apoyo en su formación ya que los residentes de subespecialidades apoyan a la revisión de tema y de enseñar los conceptos básicos de los objetivos de su rotación a los estudiantes de últimos años de medicina, internos y residentes. En este sentido, los residentes de las subespecialidades cumplen con funciones docentes en el momento en que el profesor no se encuentra en el turno o cuando el profesor está cumpliendo otras actividades asistenciales. En las ocasiones en las que no se encuentra el profesor, el estudiante de subespecialidad se convierte en el jefe de turno y por tanto responsable de las decisiones del servicio de la especialidad,

dada la experiencia adquirida en su primera especialidad.

En relación con el tiempo del aprendizaje, la organización en las residencias se basa en las responsabilidades asistenciales dependientes de los ciclos de actividades entre las que se incluyen: consulta, cirugía, turnos y posturnos. El tema de equidad en la distribución de actividades es fundamental para el buen ambiente entre los residentes; se identifica que algunas especialidades continúan sus responsabilidades asistenciales luego del turno, lo que origina estar en actividades clínicas por un tiempo mayor al esperado: *“el que está de turno como les digo tiene que hacer su día normal, como el de cualquier residente y después salir a resolver su turno (GF.8 R.10 (182:182))*. A medida que avanzan en el entrenamiento, los residentes tienen menor número de turnos. Por lo general, quienes distribuyen las actividades asistenciales son los jefes de residentes que, por lo general, son residentes en años avanzados de entrenamiento: *“el R4 [...] elige que quiere operar, entonces esa es la ventaja que el opera lo que se le dé la gana” (GF.8 R.10 (442:442))*.

Los residentes se autodescriben como residentes luchadores que enfrentan la situación, el médico especialista formado en la escuela médica del Hospital de San José es considerado en el medio de los especialistas como un profesional arriesgado. Uno de los participantes lo expresó de la siguiente forma: *“...el médico que sale de San José afuera: éste es de San José, se le mete a todo, no le tiene miedo a nada” (GF.4 R.6 (182:182))*.

En consecuencia, el aprendizaje de las residencias depende del tipo de pacientes que ingresan al hospital; por este motivo, los aprendizajes entre residentes de una misma especialidad son heterogéneos. En este caso, una de las estrategias descritas por los participantes implica *“que con cada paciente se haga el análisis, se haga como el estudio de porqué vino con esto, tu qué crees, que piensas y al final lo que uno no entienda o no haya captado de todo lo que se hizo pues explicarle” (GF.6 R.8 (133:133))*. Para uno de los profesores de especialidad

quirúrgica indica que el aprendizaje es progresivo y, por lo tanto, el residente requiere demostrar sus conocimientos. La explicación del profesor es la siguiente: *“la apropiación del conocimiento va siendo progresiva y al estudiante de posgrado se le va transmitiendo confianza a medida que va introyectando esos conocimientos, y cada vez haciendo procedimientos más complejos”* (E.21 P.EQ.6 (54:54)).

En los tratamientos no estandarizados aprender a valorar la experiencia del docente es importante; el tomar decisiones en la incertidumbre se vuelve indispensable en el aprendizaje médico, y, por lo tanto, se hace relevante el aprendizaje de la comprensión del problema:

La capacidad de entender el problema, eso en sí es complicado, porque entender el problema es pérdida de la función, de la función de qué de una estructura anatómica, fisiológica, es más complejo de lo que se cree. Si usted no logra entender el problema, cualquier solución que busque no soluciona el problema. (E.21 P.EQ.6 (250:250))

En algunos programas académicos puede darse la condición de que un residente menor ingrese a un procedimiento complejo, así como un residente mayor está en procedimientos más simples. Esto obedece a la rotación por la que esté cursando el residente; sin embargo, la responsabilidad de un residente menor en una cirugía compleja es limitada. En estos casos, el aprendizaje es visual, van haciendo introspección con el tiempo que pasan como ayudantes: *“entonces puede perfectamente un chiquito estar todo el día metido en un estómago, como puede estar un grande todo el día metido en varices, según su rotación”* (GF.5 R.7 (249:249)).

De acuerdo con los participantes, las curvas de aprendizaje dependen de cada estudiante, de su destreza y de que el profesor evidencie esta destreza para la asignación de prácticas asistenciales de complejidades que, a juicio del

profesor, el estudiante logre cumplir. En la curva de aprendizaje se contraponen elementos de temor y riesgo como oportunidades de aprendizaje; aquellos temerosos no desarrollan una curva de aprendizaje muy rápida. En cambio, aquellos que son más arriesgados operan con mayor prontitud:

[...]cada persona tiene su proceso y no todos somos igual de lanzados en cirugía; mientras que de pronto hay unos que dicen: Bueno, ¡listo bisturí! [...] hay otros como: Bueno, voy a esperar al profe [...] son más temerosos y nos cuesta más trabajo (GF.11 R.13 (81:81)).

Visto desde el compromiso asistencial con el hospital, la curvas de aprendizaje de los residentes implican un tiempo adicional para quien aprende y quien enseña. Los residentes consideran que, en algunas ocasiones, el tiempo de enseñanza se limita dada la carga asistencial que tienen los profesores por el número de procedimientos que deben realizarse en el día:

[...] a ti te van soltando cosas según tu nivel, pero a veces por alguna razón no te sueltan, o no te tienen la paciencia, por lo mismo, porque hay seis cirugías programadas, entonces toca terminar las cirugías programadas, y si tú lo vas a hacer te vas a demorar porque cuando uno hace curva [de aprendizaje] se demora más tiempo operando, entonces muchas veces es cuestión de acabar cirugía. (GF.11 R.13 (71:71))

Para consolidar su aprendizaje teórico, los residentes y los profesores forman grupos en los que se imparte la revisión de temas por grupos pequeños por medio de clases personalizadas, como lo describe un profesor de especialidad clínica: “*en grupitos pequeños [...] por ejemplo hacer diagramas y cosas así, muy de estar sentado, más personalizado*” (E.1 P.EC.1 (4:4)). Los residentes consideran que las clases magistrales homologan las diferencias del aprendizaje, dada la variabilidad en los casos clínicos atendidos. Con estas las clases se logran

adquirir unos mínimos de aprendizaje colectivo. Para el caso de los profesores, uno de ellos de especialidad quirúrgica comenta que:

[...] en las horas cátedras, digamos que uno tiene un tiempo que es respetado y que solo es para ese tipo de cosas, y al hacerlo más formal uno tiene como el tiempo de preparar las clases, de actualizarlas y probablemente es una discusión que es netamente académica, y no hacer las dos cosas de atender los pacientes y dar la docencia. (E.9 P.EQ.2 (25:25))

Sin embargo, en las clases magistrales no se alcanza a transmitir la relación médico-pacientes, la cual se vive en la práctica clínica: *“Ese conocimiento [...] se trasmite a lo largo de la práctica. Entonces uno aprende de sus profesores en la interacción con los pacientes” (E.21 P.EQ.6 (79:79)).*

Los residentes consideran relevante que el profesor dirija una charla magistral durante los seminarios. Estos seminarios son la oportunidad de los profesores para recibir la actualización del tema realizada por los residentes; en este caso, es una retroalimentación de los estudiantes a los profesores: *“de hecho la fortaleza cuando uno es profe de un sitio académico es la retroalimentación que recibe del residente y del fellow” (GF.2 R.4 (314:314)).*

Otra forma de estrategia de aprendizaje práctico consiste en la enseñanza de los compañeros de residencia que van en años más avanzados sobre la revisión de la literatura médica y su comprensión estudiando por grupos. En estos casos, los residentes se prestan apoyo y colaboración para entender los temas: *“...uno aprende el 80% de su especialidad con su R grande” (GF.10 R.12 (304:304)).* Por esta razón, definen que el peor problema es tener residentes mayores que no tengan un sentido de colegaje.

El compañerismo es una característica fundamental en el trabajo en equipo durante las residencias. Si un residente menor tiene un buen compañero realizan

la atención de los pacientes equitativamente y salen al mismo tiempo del turno. En estos casos, se evidencia apoyo desde lo práctico y se fortalecen lazos de amistad: *“los propios residentes tenemos una muy buena dinámica, desde el R chiquito que acaba de entrar, hasta el R mayor, tenemos una muy buena amistad”* (GF.3 R.5 (52:52)). Si, por el contrario, al residente mayor no le interesa el trabajo en grupo, puede dejar al residente menor realizando las interconsultas, lo que ocasiona un desequilibrio en la repartición del trabajo: *“depende del R grande, uno puede estar muy solo en el turno o puede estar acompañado”* (GF.8 R.2 (413:413)).

Uno de los residentes explica que la parte más difícil en la formación de los residentes consiste en el maltrato psicológico: *“peor es el maltrato psicológico que uno tiene en la residencia, ni siquiera es trasnochar ni hacer treinta turnos, ni tener que conseguir un trabajo* (GF.6 R.8 (178:178)). En este último relato, el residente se refiere al ambiente generado en su programa académico en el que hay un manejo de poder muy arraigado a la estructura jerárquica autoritaria. En este caso, a medida que transcurre el entrenamiento, los residentes esperan que su entorno cambie; describen un camino en el que hay que aguantar lo que más puedan con esperanza de lograr titularse; sienten que la formación es un sacrificio por el que luego llega la recompensa:

[...] entonces uno dice ¡bueno! un sacrificio de tres años, pero al final uno va a ver como ese ideal, como esa tranquilidad [...] finalmente es lo que uno espera y es por la que empezó uno; yo que empecé por ejemplo a los 16 años a estudiar medicina y que finalmente ese ideal siempre estaba como allá, y pues como que cada vez como más cerca. (GF.1 R.1 (122:122))

Aun cuando de antemano sabían que el camino era difícil pero no sabían que era más difícil de lo proyectado. Los residentes indican que la *“residencia me ha sacado lágrimas”* (GF.1 R.1 (204:204)). Esta situación se refleja en la familia

del residente debido a la pérdida de espacios sociales, de descanso, tales como práctica de algún deporte o viajes: “...no tenemos espacios sociales, definitivamente no tenemos un día...uno también se cansa necesita sus tiempos para descanso” (GF.5 R.7 (395:395)).

Cuando hay colegaje entre los residentes mayores y menores se organizan para generar espacios académicos de enseñanza-aprendizaje: “*nosotros hacemos las charlas entre nosotros [...] viene algún grande y dice: [...] revisemos esto pues yo no sé mucho, pero revisemos todos y miramos a ver que hacemos, algo aprenderemos...*” (GF.10 R.12 (378:378)). Esta asociación de residentes representa un proceso de enseñanza-aprendizaje simbiótica, en la que forman comunidades de práctica pedagógica que en las residencias se concentran en comprender la historia clínica del paciente y tratar de definir las posibles conductas basadas en los casos de otros pacientes con características clínicas similares. En estas comunidades comparten sus aprendizajes desde las experiencias:

Estos son los artículos que te tienes que leer (GF.10 R.12 (324:324)) [...] nosotros como R un poquitos más grandes los orientamos en cuanto a la revisión de tema y les decimos: este tema vamos a revisarlo y podemos hacerlo de acá, entonces esa información se comparte para todos hablar el mismo tema. (GF.8 R.10 (72:72))

Resaltan la ventaja de trabajar en grupo al que se integran diferentes profesionales, debido a que en algunas ocasiones el personal paramédico es el encargado de enseñar a los residentes habilidades técnicas requeridas en algunos procedimientos: “*todo es interdisciplinario, y muchas veces hay cosas que uno no tiene ni idea y tiene que pedir ayuda, entonces debe trabajar siempre en equipo, estar preocupado por el aprendizaje*” (GF.4 R.6 (221:221)).

En relación con el proceso de enseñanza-aprendizaje en investigación, para los residentes algunos temas resultan distantes de su práctica clínica

cotidiana. Uno de los profesores de investigación lo describe de la siguiente manera: *“debe ser difícil los temas estadísticos cuando están enseñándoles modelos de regresión”* (E.14 P.I.2 (113:113)). En ese sentido, la investigación no es el eje central de la residencia. Este punto lo destaca un profesor quirúrgico: *“aunque en investigación, no le gusta a todo el mundo, eso lo tenemos que tener claro”* (E.12 P.EQ.3 (150:150)). En consecuencia, el identificar cómo atraer a los estudiantes al saber en investigación resulta un punto fundamental para los profesores. Un docente de investigaciones lo expresa de la siguiente manera: *“yo pienso que el buen profesor tiene que estar encaminado en eso, en esa búsqueda de encontrar formas diferentes cada vez más diferentes de contar lo que hace, de lo que practica, de lo que construye”* (E.13 P.I.1 (184:184)). Un lenguaje sencillo en que la investigación haga parte de su quehacer clínico facilita evidenciar la relevancia en el cuidado de los pacientes por medio de la investigación. En este sentido, una forma en la que el aprendizaje es significativo para los residentes consiste en involucrar a los pacientes en los proyectos de investigación que son casos llamativos en la práctica clínica.

Como parte del currículo, los residentes de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud cuentan con clases presenciales de investigación al inicio de la residencia en las que se homologan conceptos de epidemiología, bioestadística y apreciación crítica de la literatura. Durante estas clases, los profesores de investigación constantemente reafirman la aplicabilidad de estos temas en el cuidado de los pacientes:

[...] me interesa que ellos entiendan que todo lo que vamos a hacer en ese ejercicio, en esa clase, está relacionado con temas que son cotidianos para ellos, porque ellos todo el día están tomando decisiones con los pacientes [...] y siempre prefiero terminar la sesión mirando eso qué aplicación tiene para los pacientes. (E.20 P.I.6 (45:45))

En ocasiones, en las clases magistrales se encuentran estudiantes cuyo

interés por los temas de investigación es limitado o con bajo interés como lo manifiesta un profesor de investigaciones:

[...] con los estudiantes de postgrado el manejo del aula es más fácil, o sea el manejo del grupo es más fácil, sin embargo, uno encuentra a veces estudiantes que de pronto no les interesa... entonces como que, si no les interesa mucho, entonces uno nota que no tienen la misma atención durante la clase. (E.14 P.I.2 (29:29))

Los profesores de investigación resaltan la importancia en el número de estudiantes participantes en las sesiones presenciales. Ellos consideran que un número reducido de estudiantes posibilita la aplicación de aprendizajes personalizados que fortalezcan la toma de decisiones, como lo relata uno de los profesores de investigación de la siguiente manera: *“pero eso sería ideal si yo pudiera tener grupitos chiquitos, y hacer clases más personalizadas, pero en grupos grandes de treinta es difícil que uno capture esas diferencias en los estudiantes”* (E.14 P.I.2 (121:121)). Con este relato, un profesor de investigación considera que en los grupos grandes se dificulta identificar el aprendizaje de los estudiantes.

Debido a que una de las competencias de investigación consiste en la interpretación de la información más que en el cálculo de las mediciones que aparecen en los artículos de investigación, los profesores de investigación resaltan la comprensión como un punto central en el proceso de investigación: *“me centro en enseñarles a cómo interpretar las medidas para que ellos cuando vayan a hacer una presentación en un congreso o algo no vayan a decir algo no coherente”* (E.15 P.I.3 (118:118)). El ejercicio de interpretación les permite aplicar los conceptos teóricos de epidemiología y estadística a su práctica clínica cotidiana.

Para el proceso de investigación, la estrategia de aprendizaje ideal se

enfoca en los grupos pequeños de investigación logrando que los residentes se acerquen a temas de estadística y epidemiología de una manera más sencilla por medio de la discusión. Un ejemplo de este acercamiento lo relata un profesor de investigaciones al describir un encuentro con residentes: *“eran muy poquitos estudiantes entonces era algo como donde me podía sentar y discutir con ellos, más que una clase era como sentémonos a hablar del tema”* (E.15 P.I.3 (64:64)).

En algunos programas académicos, tanto los profesores como los residentes colaboran en la recolección de datos para lograr resultados en las investigaciones proyectadas como metas anuales.

En resumen, para la estrategia del Aprendizaje desde lo práctico, el proceso de enseñanza-aprendizaje en las residencias centra su atención en el hacer técnico como punto de partida, sin ser el único referente de aprendizaje; este hacer se practica con los residentes de mayor experiencia o con los profesores clínicos. Por otra parte, a medida que se demuestra una mejoría en las curvas de aprendizaje en las decisiones y acciones clínica también se demuestra una mayor capacidad en riesgo en la toma de decisiones.

Para el caso de las residencias médicas, el sitio de la clase magistral no alcanza a albergar la relación médico-paciente, situación que puede verse reflejada a la cabecera del paciente.

7.7.2 Investigación pedagógica de la práctica clínica

“Creo que enseñar es una labor que requiere muchas cosas, requiere preparación, requiere tiempo, requiere pensar en cómo vas a transmitir el mensaje” (E.15 P.I.3 (180:180)).

La categoría investigación pedagógica de la práctica clínica es una estrategia que emergió al confrontar la práctica pedagógica de los profesores médicos y de los profesores de investigaciones y la relación en la enseñanza-aprendizaje de la investigación en las residencias. La primera subcategoría se

conformó de las experiencias docentes y las rutas de los profesores al sortear las necesidades en sus prácticas docentes desde un empirismo pedagógico hasta la reflexión que conlleva el guiar a un médico especialista en formación. La segunda subcategoría refiere el rol como investigador tanto de estudiantes como de docentes y cómo este rol influye en la generación de proyectos de investigación en las subcategorías privilegio de la investigación clínica e investigación como requisito de grado. En la tabla 20 se nombran las subcategorías y sus respectivos códigos sustantivos.

La práctica pedagógica surgió como una subcategoría y fue definida por uno de los profesores como *“un espacio donde te dedicas exclusivamente a la enseñanza, básicamente a través de experiencias”* (E.18 P.EQ.4 (183:183)). En esta definición se resalta la experiencia como un punto de encuentro con los estudiantes; lo propio del docente es el acercamiento a los estudiantes, que no se encuentra concentrado exclusivamente en un salón de clases sino previo y posterior a ella. Uno de los profesores lo expresa de la siguiente manera:

[...] usted comienza como el momento en que imparte su clase, cómo va a impartir su clase, cómo la va a enfocar, cómo va a ser el trato con los estudiantes, cuáles van a ser las competencias que va a ver dentro de sus clase, es decir yo creo que son diferentes acciones que se tienen dentro de una parte pedagógica, implica mucho más, es decir esto, una práctica educativa lleva a una parte muy global, tiene diferentes puntos que se deben evaluar [...] la didáctica que se debe llevar dentro de una clase, es decir son diferentes acciones que se llevan en la parte pedagógica dentro de las clases y también fuera de clase. (E.17 P.I.5 (65:65))

Tabla 20

Códigos sustantivos de la categoría Investigación pedagógica de la práctica clínica

Códigos sustantivos	Estrategia	Explicación
Práctica pedagógica - Empirismo pedagógico - Primeros años de docencia - Profesor novato - Formación pedagógica - Reflexión pedagógica Rol como investigador - Cercanía con el estudiante - No deseo de investigar - Desconocimiento de investigaciones Privilegio de la investigación clínica - Empoderamiento - Enseñanza de la investigación - Incentivo docente - Deseo por investigar - Reunión del servicio Investigación como requisito de grado - Burocracia en investigaciones - Progreso del trabajo de grado - Clase magistral - Trabajo interdisciplinario - Ética en investigación - Enseñar a escribir - Manejo de no publicaciones	Investigación pedagógica de la práctica clínica	Estrategia en el hacer, decir y actuar de los profesores y residentes en la enseñanza-aprendizaje de la investigación clínica en las residencias médicas.

Nota: Elaboración propia.

Durante la práctica pedagógica, la misión del maestro se amplía dado que la relación profesor-estudiante implica mucho más allá de la transmisión de conocimiento. Un profesor lo expresa de la siguiente manera:

[...] viene acá a impartir un conocimiento, cuando ya empiezo la interacción con ellos me doy cuenta de que el conocimiento no puede ser el eje de la relación con los estudiantes, o no puede ser el único eje, uno va mucho más allá de solamente transmitir. (E.13 P.I.1 (22:22))

Para los profesores, la comprensión de su práctica pedagógica es al lado de los estudiantes y con una reflexión permanente. En la reflexión de sus prácticas

pedagógicas los profesores de investigación analizan las acciones docentes:

[...] nos hemos preguntado si hay un hilo conductor en lo que expuso cada docente en los diferentes temas que pusimos online. Que el estudiante al momento de ver esos videos diga, bueno estoy viendo medidas descriptivas y esas medidas descriptivas se refieran a estudios observacionales, bueno, que tenga como un hilo conductor. (E.17 P.I.5 (44:44))

En este caso, abordar la coherencia de los contenidos del programa y analizar si la estructura es adecuada para la aplicación de la investigación en la práctica clínica permite orientar aprendizajes que sean significativos para los residentes.

En términos de formación docente, durante los primeros años como especialistas, los profesores van adquiriendo experiencia. Un profesor del área quirúrgica indica que el ejercicio docente:

[...] es algo que se va ganando con dedicarle tiempo a las revisiones de tema, al dar docencia a los residentes, al principio obviamente no tenía nada de experiencia, ni laboral ni tampoco como docente, pero pues poco a poco fui dedicándome a lo de investigación. (E.9 P.EQ.2 (8:8))

Con este relato se da relevancia al hacer docente como punto de inicio en la experiencia de enseñanza-aprendizaje. El camino como docente en las especialidades inicia tempranamente en su formación; al generarse las necesidades de un nuevo docente en los programas se invita a participar a los residentes con habilidades para la enseñanza. Este proceso de elección lo describe un profesor de la siguiente manera:

[...] un poco informal porque en la salud uno ve que los estudiantes se vuelven docentes de un día para otro, si, a nosotros nos han enseñado que

enseñar medicina, se convierte en una práctica que es tan simple con aprender medicina y enseñar medicina, yo con los años he venido entendiendo que uno aprende medicina, pero requiere otras cosas para poder enseñar. (E.5 P.EC.5 (18:18))

Los profesores reconocen la presencia de empirismo en temas docentes: *“los docentes no son docentes de las universidades porque sean docentes, sino porque son profesionales de un área, entonces la formación aquí en Colombia es más porque son profesionales a que porque son profesores” (E.11 P.EC.8 (174:174))*. En consecuencia, se requiere de una mayor reflexión de discusiones académicas en educación en la que se retomen temas del diario vivir del proceso de enseñanza-aprendizaje. En el caso de las asesorías, los profesores de investigación buscan apoyo en sus colegas: *“yo no conocía ese proceso [...] un eje articulador o una guía para orientar la asesoría, entonces yo también en ese momento recurrí a mis compañeros de docencia, bueno tu ¿Cómo haces la asesoría?, ¿Qué haces en una asesoría?” (E.13 P.I.1 (84:84))*. Las prácticas pedagógicas de las asesorías y de las clases de investigación se van transmitiendo entre los profesores de investigaciones de mayor experiencia a aquellos profesores que inician su ejercicio docente: *“muchas personas del grupo de docentes aquí en la universidad apoyaban mucho para que uno entendiera como era el proceso y era como adáptese al proceso” (E.13 P.I.1 (74:74))*.

En los programas académicos de residencias médico-quirúrgicas, algunos residentes recién egresados continúan como profesor en la residencia de manera fortuita con la ganancia de continuar aprendiendo al lado de profesores con mayor experiencia y entrenamiento. Uno de los profesores recuerda su experiencia inicial como docente:

[...] terminamos como docentes por el azar, por la casualidad. Uno durante la residencia, durante su formación le coge un apego al Hospital, le coge un apego enorme a los profesores y al terminar se vuelve un sueño poder

continuar acá, porque uno ve cómo trabajan, por estar rodeado, por el temor de estar solo y huérfano en la jungla del ejercicio laboral y qué mejor que continuar aquí con el acompañamiento de sus profesores para poder trabajar y uno siempre tendrá infinidad de dudas y tener a la mano un recurso que lo apoye en toda esa formación. (E.8 P.EQ.5 (2:2))

Es así como, el profesor novel reconoce que requiere de una curva de aprendizaje para su formación como docente; en esta curva ubica a los profesores con mayor trayectoria como referentes en la toma de decisiones. Para la mayoría de los profesores participantes, una forma de fortalecer la educación consiste en la formación de los docentes en lo pedagógico y en lo investigativo. De acuerdo con los participantes, el ser profesional en educación se relaciona con realizar proyectos de investigación que apoyen a los estudiantes y a los docentes a mejorar la enseñanza-aprendizaje.

En relación con la reflexión pedagógica ocurre antes, durante y después de los encuentros académicos. Por esta razón, la preparación de los encuentros hace parte de la reflexión pedagógica a través de espacios de aprendizaje entre docentes en el que se analizan sus prácticas:

[...] una cosa es lo que uno ve en su práctica lo que alcanza a ver uno en su práctica educativa dentro de su aula o [los] diferentes criterios que maneja, y otra cosa es la autocrítica a un compañero que lo esté viendo a uno y le esté diciendo a uno mira me pareció bien esto y esto, deberíamos mejorar en esto, o deberíamos cambiar las clases. (E.17 P.I.5 (41:41))

Esta comunidad de práctica pedagógica se crea por medio de la confianza entre docentes al poder compartir las experiencias ganadas durante las asesorías y clases y poder referirlas a sus colegas.

En relación con la segunda subcategoría denominada el rol investigador uno de los participantes afirmó:

[...] el problema nuestro es que las asignaturas son de tan corto tiempo, que se pierde la riqueza de construir un camino con los estudiantes, para mí sería mucho mejor una asignatura de un semestre y que tu tengas varios encuentros con los estudiantes... (E.20 P.I.6 (56:56))

Con el fin de estandarizar los procesos de investigación, como parte del plan de estudio de la especialidades médico quirúrgicas en la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, al inicio de todas los programas académicos se brinda una homologación de los conceptos de investigación con clases presenciales y posteriormente, cada residente tiene la posibilidad de iniciar un proyecto de investigación o adherirse a un proyecto aprobado y que haga parte de los grupos y líneas institucionales de investigación. A continuación, se analizan las interpretaciones de estos procesos de investigación desde lo pedagógico.

Para el caso de las clases presenciales en investigación, estas tienen como finalidad apoyar en la toma de decisiones con el paciente como lo indica una de las profesoras de investigación:

[...] una asignatura de epidemiología, o una asignatura de bioestadística... no puede estar ajena a tener el enfoque con el paciente y que el estudiante sepa que la razón de ser de esos contenidos no es para una asignatura, la razón de ser de esos contenidos es porque necesitamos que ellos tengan mejores competencias para tomar decisiones con sus pacientes, o sea, el fin último de todo este proceso es darles más herramientas para que ellos como seres humanos se relacionen mejor con sus pacientes en la toma de decisiones [...] nosotros no podemos manejar las asignaturas por un lado y el desarrollo integral de los estudiantes como si fuera otra asignatura completamente independiente. (E.20 P.I.6 (20:20))

Para evitar esta independencia en la enseñanza-aprendizaje de la práctica médica, se requiere de un entrenamiento continuo a lo largo de la residencia. La profesora reafirma esta postura de la siguiente manera: *“es un ejercicio muy primario, y muy corto, por lo fragmentado de las sesiones que tenemos, digamos que uno no construye como docente con ellos en un continuo porque son unas pocas sesiones dentro de una asignatura”* (E.20 P.I.6 (45:45)). Uno de los aprendizajes fundamentales en investigación manifestado por los participantes en la formación de los médicos residentes corresponde a la responsabilidad en la comunicación médico-paciente. Este aprendizaje se resalta durante las clases de investigación:

[...] los médicos hemos impuesto decisiones, y al final es el paciente el que debe tomar una decisión informada, pero con un médico que le trasmita de una manera transparente la información: - Entonces, en su caso están estas opciones, esto pasaría si va por acá, esto pasaría si va por acá. Ahora esos no son absolutos, que es un problema que tenemos en la comunicación médica, y yo creo que nosotros desde epidemiología, desde investigación necesitamos repensarnos también (E.20 P.I.6 (73:73)).

En este sentido, la comunicación como estrategia del buen cuidado médico y la buena práctica en investigación es esencial en el momento de ponerse en los zapatos de la situación clínica del paciente.

Como una estrategia de enseñanza-aprendizaje, se analizó que la estandarización en los niveles de profundidad de las competencias que se adquieren en las clases presenciales, un docente de investigación lo describió de la siguiente manera: *“habría que revisar nuevamente, estandarizar como hasta donde vamos a llegar en ciertos temas, y que es lo que realmente le estamos exigiendo o pidiendo a los estudiantes”* (E.14 P.I.2 (53:53)).

Aun con los esfuerzos institucionales relacionados con investigación, algunos profesores indican que es una debilidad en los programas contar con el trabajo de grado como requisito para obtener el título como especialistas. Desde su punto de vista, la visión de los residentes al cursar su entrenamiento en la residencia consiste en ser especialistas y no investigadores, situación que genera, en algunas ocasiones, que el estudiante no se gradúe en los tiempos que se espera debido a que no cumplen el proyecto de investigación: *“hay que inculcar la investigación en los estudiantes, eso es claro, pero la investigación no puede ser la razón de no graduarse de un estudiante”* (E.12 P.EQ.3 (180:180)). En esta misma vía, el proceso de investigación es desmotivante en su formación, situación que genera que no deseen investigar como especialistas: *“Debería volverse un gusto para los estudiantes, no una tragedia, ni una tortura, porque salen y se gradúan y no quieren volver a saber de eso”* (E.12 P.EQ.3 (184:184)).

A pesar de la desmotivación existente en investigación, la práctica en los proyectos de investigación logra acercar a los residentes a los conceptos teóricos impartidos en las clases magistrales. Lo anterior se ve reflejado en el relato de uno de los profesores de investigación:

[...] trato de ir documentando al estudiante sobre la marcha, vamos a repasar este tema rápidamente para que recuerdes cómo es la clasificación de variables, para que lo hagamos con tu tarea, con tu trabajo de investigación, ahí tiene que ser uno muy rápido, tratar de buscar una estrategia diferente para que él dentro de la práctica adquiriera algo de esos conocimientos teóricos que se le quedan, que no comprendió, que no tuvo tiempo de asimilar [...] es un reto interesante porque ya te toca buscar otra forma diferente de hablar con el estudiante, ya no le puedes decir ve y míralo sino vamos a mirarlo acá, tratemos de hacerlo aquí, más cercano. (E.13 P.I.1 (107:107))

El apasionar a los residentes por la investigación no es una tarea sencilla: *“que ellos les apasione o les guste esto de la investigación, o sea lo técnico bien, pero lo que va más allá del numerito es como que esto es útil para ellos, que les va a servir”* (E.16 P.I.4 (97:97)). En este relato se expresa el aprendizaje desde lo práctico, los estudiantes asimilan lo teórico si ven la relevancia en la práctica; de lo contrario, la investigación no se encuentra con la aplicación en la clínica.

Como estrategia de mejoramiento en la aplicación de investigaciones se identifica el empoderamiento de los profesores en procesos de investigación lo que permite la formación de grupos de investigación en los que se generen funciones específicas:

Entonces ya el estudiante no tenía toda la carga que era el requisito de grado de él, sino es mi trabajo de grado como profesor y usted va a estar conmigo y me va a acompañar y va a hacer una parte importante, pero vamos a estar los dos. (E.2 P.EC.2 (24:24))

De acuerdo con uno de los profesores, el reconocimiento de los logros en investigación al interior de los programas académicos genera rutas de enseñanza de los maestros:

[...] me parece que la investigación en el país está poco difundida, entonces hay muy poco conocimiento de las investigaciones que se hacen en Bogotá, en Colombia, en general, en el hospital mismo, hay residentes que salen y no saben lo que el doctor [apellido] hizo de investigación en falla cardiaca, a mí me parece que eso es relevante... yo creo que es lo que uno le deja como enseñanza. (E.6 P.EC.6 (38:38))

Los profesores especialistas clínicos consideran que su formación en temas de epidemiología permite una integración mayor con la División de Investigaciones. Sin embargo, es claro que no a todos los residentes ni los

docentes les gusta investigar. De acuerdo con uno de los profesores de especialidades clínicas, la mayoría de los residentes no desean ser investigadores: *“el gran porcentaje [de residentes] no quieren ser investigadores”* (E.6 P.EC.6 (111:111)). De acuerdo con uno de los profesores de investigación, lamentablemente, no se comprende a la investigación como parte de la formación como médicos especialistas: *“no se comprende como parte del proceso de formación, pues tampoco se hace el esfuerzo muy grande por tratar de entender para qué estoy haciendo este proceso”* (E.13 P.I.1 (176:176)).

El potencial de trabajo de los residentes y su formación como investigadores es referido como uno de los profesores de la siguiente manera: *“lograr en nuestros estudiantes ese deseo de investigar, de estudiar y de aportar es increíble, y es válido y es apasionante, es muy interesante el fondo es muy válido, creo que nos estamos equivocando en la forma”* (E.8 P.EQ.5 (382:382)). A pesar de considerar relevante el proceso de investigación, se revela una preocupación por transmitir la importancia de generar nuevas soluciones en la atención de los pacientes a través de la indagación, el estudio y la formulación de investigaciones. De esta manera, se puede evidenciar que el punto fundamental de la enseñanza de la investigación consiste en compartir con un profesor la experiencia en la aplicación de los conceptos de epidemiología y bioestadística a la práctica médica como lo transmite uno de los profesores participantes:

[...]si tú tienes un profesor en el que día a día, ese referente, ese profesor que te cautiva, que es el profesor que te atrae por su conocimiento, por su sencillez, porque te permite hablar así te equivoques, ese profesor es el mejor modelo [a] seguir” (E.20 P.I.6 (89:89)).

En este punto, los profesores como modelos de aprendizaje que dan las pautas y la trazabilidad del mejor camino profesional se muestran como el maestro que orienta los procesos no solo académicos sino de sentido de vida.

Por otra parte, la generación de las ideas de investigación parte de la experiencia de los profesores según lo expresa un docente de una especialidad clínica:

[...] aprovecho para que [...] planteemos el modelo de investigación y como lo vamos a hacer, busco incluirlos en cosas que ya vengan hechas, porque, es decir, que uno llegue el primer día de fellow y plantee una investigación profunda eso es imposible” (E.5 P.EC.5 (138:138)).

Cuando un residente es generador de ideas solicita nuevos temas de investigación al profesor para presentación en congresos: *“Porque al que le gusta la investigación es el que pide el trabajo, es el que dice profe ¿qué vamos a llevar para el otro congreso?, y no el que mejor se queda callado y espera al último momento” (E.12 P.EQ.3 (156:156)).*

Con estos ingredientes, la construcción de los proyectos de investigación durante la reunión de los profesores y residentes genera compartir las experiencias obtenidas de las dificultades durante la investigación. Esta forma de actuar la relata un profesor del área clínica:

[...] hay una discusión acerca del proceso de construcción del proceso científico, y esa discusión la intento plantear desde el aspecto de cómo surgió la idea de investigación, por qué a veces nosotros decidimos ese tema, qué nos pasó en la investigación y que ellos por ejemplo realmente se den cuenta de cosas como que una cosa es lo que está aquí escrito y otra cosa es lo que realmente nos pasó (E.6 P.EC.6 (40:40)).

Los profesores consideran que la incertidumbre clínica da inicio a las preguntas de investigación. Debido a lo escaso del tiempo en investigaciones, en algunas ocasiones, el residente requiere cumplir con los requisitos del trabajo de grado. Uno de los profesores de investigación lo relata de la siguiente manera:

[...] para el estudiante la principal tensión es: necesito graduarme porque tengo un puesto ya comprometido, que requiere que tenga una titulación ya en la especialidad, un dinero que tengo que invertir adicional a lo que ya tenía presupuestado para tres años. (E.13 P.I.1 (103:103))

En consecuencia, una de las dificultades encontradas en algunos proyectos de investigación planeados por los profesores corresponde a la falta de coincidencia de los tiempos de entrega de los requisitos de grado de los residentes. En estos casos, los residentes buscan otros proyectos de investigación para dar solución a su requisito de grado. La descripción de esta situación se presenta en el siguiente relato:

[...] recibí un estudiante que ya había pasado por un proceso, lo que entiendo, porque ya lo recibí con ese problema, es que él no había cumplido con ese proceso y que tenía que hacer otro ejercicio para poderse graduar. Él planteó un ejercicio muy rápido, y ahí sí coincidimos con todos los docentes que eso no podía ser la representación de proceso pedagógico donde él aprendiera a investigar. Tuvo que cambiar rápidamente de tema y le asesoramos, le dijimos: bueno, puede ser por este lado, puede ser una encuesta de prevalencia y lo hizo así y también hizo el ejercicio rápidamente, pero entendiendo que él tenía un afán diferente ¿cierto? Ya necesitaba el requisito para poderse graduar de especialista (E.13 P.I.1 (101:101)).

Como se evidencia en este caso, la aprobación del proceso de investigaciones depende el cumplimiento de los requisitos de grado y no del aprendizaje en sí mismo. Los profesores y los residentes argumentaron que el proceso de investigación implica una certificación frecuente de cada paso de investigación que resulta ser en muchas ocasiones innecesaria y que promueve un desánimo en la realización de nuevos proyectos de investigación: “*digamos con*

tanta exigencia pues ahorita el proceso de investigación se ha como burocratizado, cartas, firmas, vistos buenos de aquí de allá, entonces uno entre más fácil haga eso como que más fluye” (E.16 P.I.4 (89:89)). En este sentido, es relevante establecer los puntos clave administrativos que sean necesarios para mantener las buenas prácticas en investigación.

Desde el impacto de la investigación, se realizan algunos proyectos con poco impacto limitado pero que les permite graduarse. Por esta razón, los profesores de investigación comprenden la necesidad del estudiante:

[...] separar las dos cosas a veces no es fácil ¿cierto? estoy en un proceso, no lo cumplió por miles de razones, ahora tiene que hacer otro. A veces separar las dos cosas es complejo, y a veces el asesor metodológico, en mi caso, tiene que ver la mitad y ver cuál puede ser la solución para las dos partes, para lograr el objetivo y no quedarse como en anécdota personal, que es lo que a veces perjudica a los procesos de investigación, las tensiones que hay alrededor de eso son muchas. (E.13 P.I.1 (101:101))

En esta narrativa se evidencia un apoyo del asesor metodológico para encontrar soluciones a los requisitos de investigación. Otra estrategia que apoyaría la inclusión de la investigación en la formación de los médicos residentes correspondería al trabajo conjunto entre profesores clínicos y profesores de investigación con el fin de comprender el área de trabajo del otro profesor:

[...] a veces le dicen a uno es que usted ve todo demasiado teórico y en la práctica eso no se hace así, o no se puede hacer así. Yo pensaría que una alternativa puede ser, y es más complejo porque requiere más trabajo de parte de los docentes, ejercicios donde los dos docentes estén presentes ¿sí? y no me refiero a un momento, tendría que ser algo transversal, mucho más grande que solamente un ejercicio de un taller [...] requeriría más trabajo del uno [y el] otro para poder entender que es lo que usted quiere.

(E.13 P.I.1 (113:113))

La interacción entre profesores haría que se ampliara el círculo de aprendizajes; no solamente ponerse en los zapatos del paciente como centro de cuidado, sino ponerse en los zapatos de los profesores y estudiantes y analizar cómo la postura epistemológica de cada uno aporta soluciones a la práctica del cuidado.

En el proceso de investigación, los participantes resaltaron el tema ético en la investigación, no solo desde la responsabilidad social del grupo de investigación sino la posibilidad de articular los compromisos de los miembros de un grupo de trabajo. En este caso, implica respetar la posición de cada miembro del grupo de investigación en su condición de líder, coordinador de investigaciones, encuestador, o cualquier posición que adquiriera en la investigación. También implica referir las responsabilidades del proceso de investigación a cada miembro del grupo de trabajo. Uno de los profesores de investigación lo explica de la siguiente manera: *“respetaremos por ejemplo la posición de la persona que llamaremos coordinador del proyecto, líder del proyecto, lo que sea”* (E.13 P.I.1 (156:156)).

En el proceso de enseñanza-aprendizaje de investigación, la publicación resulta ser reflejo de su experiencia clínica: *“Con los trabajos de investigación, eso ha sido lo más motivante, cuando hemos logrado publicar en revistas indexadas, con algunos estudiantes que son más dedicados o más juiciosos que otros”* (E.9 P.EQ.2 (39:39)). En este mismo sentido, un punto importante en el entrenamiento como investigadores consiste en la redacción de los anteproyectos hasta la publicación de artículos. Uno de los profesores considera que *“lo más difícil es enseñarles a escribir”* (E.11 P.EC.8 (124:124)). Para lograr este objetivo, otro docente rescata la persistencia como característica de los investigadores al conocer las negativas en la no publicación de las revistas científicas quienes al ser rechazados ejercitan su escritura y lucha por esta publicación.

Por lo anterior, en lo referente a la categoría investigación pedagógica de la práctica clínica se evidenció que los procesos pedagógicos se realizan desde un campo empírico pero basado en la experiencia clínica diaria al lado de los pacientes y estudiantes.

7.8 Consecuencias

Las consecuencias de las prácticas pedagógicas de las residencias médicas reflejan los resultados de la enseñanza-aprendizaje de la comunidad educativa referentes a, primero, cómo se logra ser un especialista y, segundo, cómo se conforman las comunidades investigativas en estos programas. Para la primera categoría, durante el tránsito por la residencia, el residente desea poseer unas prácticas clínicas adecuadas y dominar los conocimientos de su especialidad. Se presenta una lucha constante de saberes que se mezcla con la experiencia y que denota su importancia cuando un paciente así lo requiere. En los momentos en que los residentes consideran que hay algún tema en el que pueden aportar en las revisiones de caso, se hacen notar por sus conocimientos y tratan de recibir reconocimiento de sus profesores: *“ese es el momento en que yo brillo porque nadie me dice nada”* (GF.3 R.5 (62:63)). Para la segunda categoría, durante las rotaciones con otras especialidades, en los encuentros académicos, pueden conocer enfoques de otras especialidades y contribuir a estas especialidades: *“cuando terminé pues fui felicitado por la especialista, me dijo: ‘Muchas gracias’, ustedes traen estos conocimientos a nosotros, estoy seguro que muchos acá no sabían cosas”* (GF.3 R.5 (81:81)). A continuación, se describe la consecuencia de lograr ser especialista y luego la de comunidad de investigaciones.

7.8.1 Lograr ser especialista

[...] ellos [los estudiantes] se sienten muy buenos, muy hábiles, con mucha capacidad de resolución de algunos problemas complejos, que eso es un valor importantísimo en anestesia, en cirugía. Asumen retos enormes y son muy buenos en la práctica, que es necesaria para el país, y ellos se sienten muy competentes en eso frente a personas de otras universidades que pueden ser muy tímidos o no han podido estar expuestos a esas situaciones que los de acá están expuestos. (E.20 P.I.6 (110:110))

La categoría *Lograr ser especialista* representa los efectos de la enseñanza-aprendizaje de los residentes al transitar la especialidad médico-quirúrgica. Las subcategorías emergidas fueron: escuela médica, conocimiento como fuente de poder, técnica, trato humanizado y reflexión. En la tabla 21 se presentan los códigos sustantivos que conforman esta categoría.

Tabla 21
Códigos sustantivos de la categoría Lograr ser especialista

Códigos sustantivos	Consecuencia	Explicación
Escuela médica - Primeros años de residencia - Años avanzados de residencia - Buen residente - Rutina - Persona inquieta y responsable - Ser buena persona	Lograr ser especialista	Efectos de la enseñanza-aprendizaje de los residentes al transitar la especialidad médico-quirúrgica
Conocimiento como fuente de poder - Reconocimiento - Demostrar capacidades		
Técnica		
Trato humanizado - Comunicación con el paciente - Evolución del residente - Respeto y comprensión de necesidades		
Reflexión - Carga asistencial - Autogestión - Sabiduría		

Nota: Elaboración propia.

Durante las entrevistas los profesores señalaron como consecuencia del aprendizaje de los residentes una estructura en la formación de los residentes que es considerada como una escuela médica en la atención del paciente. Un profesor reflexiona indicando que la escuela médica es *“El estilo de abordar para el hacer, el estilo del profesor para hacer una historia clínica, el estilo de profesor para definir las conductas”* (E.6 P.EC.6 (117:117)). Esta forma de tradición se va heredando a los residentes de manera rápida desde los primeros días de residencia, razón por la cual los residentes deben estar académica, mental y físicamente fuertes dada la gran cantidad de actividades. Uno de los residentes lo refirió de la siguiente manera: *“El primer semestre del posgrado es el más duro y el más pesado porque se enfrenta uno con todo, y hay un montón de cosas y de trabajos por hacer, y las agendas y los casos clínicos”* (E.3 P.EC.3 (47:47)).

Cuando los residentes se encuentran en semestres avanzados tienen la capacidad de abordar los casos clínicos que se presentan en los servicios clínicos; estos residentes son denominados *filtros académicos* al analizar el paciente luego de ser valorado por los residentes de primeros años. Un profesor describe la presentación que hacen los residentes de años avanzados a los profesores de la siguiente manera:

[...] el residente grande es un filtro pero siempre están en contacto con uno, así funciona en [nombre de la especialidad], los pacientes complicados siempre se comentan con el instructor, así hayan llamado al grande [el residente] y es como voy a llamar al docente pero pienso que tiene esto y esto. El grande lo guía un poco y lo llaman a uno medio filtrado el tema, es como el grande aquí da mucha docencia. (E.18 P.EQ.4 (22:22))

Como resultado de la experiencia alcanzada cuando los residentes tienen rotaciones con otros programas académicos manifiestan que *“el residente del San*

José⁹ es el que se queda todos los días y hace todo de domingo a domingo según la rotación” (GF. 5 R.7 (163:163)).

Esta práctica constante los fortalece como médicos especialistas. Para lograr este cometido y según las perspectivas de los profesores, un buen residente es una persona inquieta y responsable con su profesión al buscar un mejor cuidado de los pacientes. Por lo tanto, con frecuencia pregunta, interpreta, interpela y comparte conocimientos: *“para mi esa inquietud de un residente es muy, es un aspecto que tiene que estar presente” (E.1 P.EC.1 (119:119))*. En contraposición, la rutina es una condición que hace que se pierda esta búsqueda; el acostumbrarse a un ritmo que no genera inquietud y se disminuye la posibilidad de ponerse en los zapatos del otro. Este ponerse en los zapatos implica que el residente es alguien con quien se puede hablar y quien trata muy bien a los pacientes: *“es una persona decente, querida, que se deja hablar, que es cordial con los pacientes. [...], el que trata bien al paciente, el que es buen colega, el que es buen compañero, el que sabe transmitir a sus R chiquitos” (E.3 P.EC.3 (100:100))*. Bajo esta condición, la rutina en la atención desensibiliza el trato al paciente. Uno de los profesores indica: *“cómo estamos en la rutina, entonces como que la sensibilidad la vamos perdiendo con el tiempo” (E.2 P.EC.2 (173:173))*.

Para evitar esta situación, un punto fundamental para ser un buen residente implica primero ser buena persona:

[...] una buena persona implica que es una persona que está atendiendo a personas, y que para entender a las personas se requiere muchas redes de conocimiento integradas, no solamente entender lo biológico, lo fisiológico, lo anatómico y lo patológico. Un buen residente adicionalmente entiende que todas las áreas del conocimiento que le son ofrecidas durante su

⁹ En este relato, San José corresponde al Hospital de San José de Bogotá el cual es el principal sitio de práctica de los programas académicos de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

formación la llevan a ser mejor persona y así mismo mejor profesional.
(E.13 P.I.1 (178:178))

Los profesores refirieron una serie de características del buen médico especialista, estas son: a) amor por su profesión -*“uno tiene que tener amor por lo que hace, no importa que es lo que haga”*- (E.18 P.EQ.4 (133:133)); b) ser buen humano -*“además de ser de entender a los pacientes hay que ser honesto, hay que ser cumplido, hay que ser responsable, hay que ser disciplinado”*- (E.12 P.EQ.3 (52:52)); c) entender a los pacientes -*“para ser buen médico hay que entender a los pacientes, creo yo que es lo más importante. Los pacientes, yo pienso que cuando vienen acá, no vienen buscando que uno les dé medicamento o que les trate, como tu viste, yo hablé con todos los pacientes, pero a ninguno le formulé nada, porque ellos no les interesa eso, muchas veces, lo necesitan ¡claro! pero lo que más les interesa muchas veces es que los escuchen, que los entiendan”*- (E.12 P.EQ.3 (52:52)); d) el buen médico y el buen docente es buen residente con sus compañeros; e) no pierde el enfoque clínico del paciente desde lo técnico. Un buen médico es apasionado, disciplinado y entiende las necesidades del paciente. Otro punto referido con frecuencia en la formación de los residentes consistió en la adquisición de conocimientos. Los estudiantes reconocen que para lograr ser residentes se requiere de un esfuerzo extremo en el que batallan enfrentándose a sí mismos, pero demostrando sus capacidades a los demás; en este sentido, se visualizan como héroes de su propia formación: *“el residente de San José es un residente que es luchador”* (GF.5 R.7 (112:112)).

Aun cuando la asistencia a los pacientes es la columna del aprendizaje de las residencias médicas, comparan la oportunidad que tienen residentes en otras instituciones educativas al realizar la revisión de tema independiente de las responsabilidades con el paciente o el sistema hospitalario:

La parte académica se va, se lo lleva todo lo asistencial...uno se compara con otros programas y académicamente y en conceptos los otros

programas, uno los vuela en cirugía en cargo en todo, pero uno se compara académicamente y uno dice: bueno, trato de leer. (GF.11 R.13 (282:283))

Algunos residentes señalan que en el Hospital San José es más importante la asistencia a la academia: *“...aquí en San José prima la parte asistencial más que la parte académica”* (GF.5 R.7 (112:112)), esa situación genera inconvenientes para los estudiantes: *“Si no hay academia realmente van a haber muchos baches y va a terminar, a hacer muchas mañan y muchas cosas que no tienen sustento científico”* (GF.5 R.7 (379:379)). Por esta razón el residente aspira a alcanzar conocimientos claros que se vean reflejados en su práctica clínica; uno de los profesores lo manifiesta con el siguiente relato: *“son personas muy respetuosas, dedicadas, yo honestamente pongo por encima de lo humano lo técnico, o sea para mí un buen residente es alguien que técnicamente sabe hacer lo que necesita hacer, ojalá sea buena persona, de buenos sentimientos”* (E.16 P.I.4 (150:150)). Así las cosas, el sentido técnico de la práctica es uno de los pilares fundamentales de la práctica clínica y la práctica pedagógica.

El residente desea aprender y por tanto, tiene una disposición mental para dejarse sorprender por las posibilidades del aprendizaje en otras áreas de conocimiento tales como la investigación. Uno de los profesores de investigación lo expresa de la siguiente manera:

[...] tiene la disposición mental, para entender de qué se trata eso, qué es lo que vamos a hacer, cuál es la metodología, qué vamos a plantear, entonces yo creo que esa es la principal característica de un residente de posgrado para abordar todo el tema de investigación, tener una buena disposición, una disposición mental. (E.14 P.I.2 (119:119))

Otro reflejo de la evolución del residente corresponde al lenguaje utilizado con el paciente y sus familiares. Los profesores evidencian que los residentes

avanzan en su aprendizaje en la descripción verbal y por escrito de sus acciones clínicas. Uno de los profesores lo manifiesta de la siguiente manera:

[...] en la revista, o cuando ellos me comentan de algún paciente y me comentan cómo interpretar un X o Y paraclínico, qué conducta tomaron ellos, entonces yo me doy cuenta si más o menos, bueno, si se ciñe a lo que uno les comenta o a lo que se discutió en el X o Y seminario. (E.1 P.EC.1 (55:55))

Por medio de lenguaje, el profesor prueba el juicio clínico del residente:

[...] descríbame qué vio, listo, y ¿usted qué piensa?, diagnósticos diferenciales, ¿y qué va a hacer para llegar a ese diagnóstico? ¿y si es este diagnóstico usted qué haría? Si recorre ese camino mentalmente, no lo digo idéntico, pero parecido a lo que yo estoy pensando, me dice ya, este está listo ¿sí?, o al que me sorprende, que uno diga: -Oiga yo no había pensado eso, yo no había pensado en ese diagnóstico, mire que si-, y este muchacho me sorprendió, excelente. (E.3 P.EC.3 (126:126))

Dada la gran variedad en el comportamiento de pacientes y familiares del paciente, se requiere por parte del docente valorar la calidad de la información brindada y la empatía que el residente logra hacer con el paciente y su familia. Una forma es ponerse en los zapatos de ellos reconociendo su contexto social, en los cuales se pueden presentar situaciones de urgencias en las que la comunicación requiere tranquilizar a los familiares. En otros escenarios como en las hospitalizaciones, se logran generar lazos con el paciente y la familia para analizar con mayor detalle los cambios diarios del paciente y cómo el residente valora dichos resultados clínicos, dada su práctica clínica.

En el lograr ser residente, se privilegia la fortaleza en el hacer (lo técnico) de los especialistas. Una profesora de investigaciones rescata esta capacidad así:

En las especialidades médico-quirúrgicas yo creo que esta universidad se caracteriza porque somos muy buenos en el hacer, el servicio es muy muy muy fuerte, hay servicios muy reconocidos, que son centros de referencia pues no solo en Bogotá sino para el país, entonces creo que aquí en algunas especialidades médico-quirúrgicas son realmente muy fuertes.
(E.20 P.I.6 (108:108))

En consecuencia, el buen médico es también un buen técnico, así lo refirió uno de los profesores de investigación: *“buen técnico, si va a arreglar el hueso pues que lo sepa arreglar, si va a arreglar bien el ojo que lo sepa arreglar [...] a mí me parece que el médico tiene que saber hacer, en lo que se especializa, hacerlo bien”* (E.16 P.I.4 (93:93)). Es así como la habilidad técnica es necesaria en el aprendizaje de los residentes. Uno de los profesores lo expresa de la siguiente manera:

[...] alguien que logra una buena estructuración como [especialista quirúrgico]... alguien que soluciona problemas, alguien que tiene una permanente actitud de aprendizaje, está leyendo, que es hábil quirúrgicamente; pero digamos ese sería el súper residente, no todos cumplen con esas condiciones. Hay de acuerdo con su personalidad, cada cual alcanza ese desarrollo en determinado momento de la residencia.
(E.21 P.EQ.6 (218:218))

Con los anteriores elementos emerge la evolución de los residentes como especialistas reflejada en el momento en que: a) identifican un diagnóstico claro; b) describen una la historia clínica completa, y c) analizan las condiciones clínicas el paciente de manera ordenada y lógica, como lo narra un profesor de especialidad clínica: *“nosotros sí lo notamos ya en el momento en que presentan los casos, ya cuando tienen sus diagnósticos listos, ya tienen la historia clínica del paciente y presentan todo de una manera ordenada y lógica”* (E.2 P.EC.2 (32:32)).

Otro punto importante en el ejercicio de los especialistas clínicos corresponde al trato humanizado por medio de la comunicación como centro mismo de la práctica médica. Uno de los profesores lo manifiesta de la siguiente manera:

[...] no solo de los especialistas, sino de todo médico y profesional de la salud que tiene relación con los pacientes es el trato y la comunicación médico paciente, y esa comunicación y ese trato. ¿Por qué lo resumo en la comunicación médico-paciente? Porque es que ahí es donde tú puedes, no al médico, no al especialista, al nefrólogo, no, hay ves la persona, y creo que eso es lo que nos está faltando en general, no digo que aquí, sino en general. Cuando tú vas como paciente, tú vas a una consulta ese médico que te trata de una forma más humana, es con el que tú te quedas, a uno no le importa si ese médico hace investigación, a uno no le importa si ese escribió tres artículos en el último año. Si tú le preguntas al paciente, el paciente se va a quedar con el médico que te dé un trato más humanizado, con el que se conectó [...] que esa persona demuestre su humanidad frente al paciente (E.14 P.I.2 (105:105)).

En este relato, el ver al otro y demostrarse humano por medio del buen trato en su comunicación resalta el ejercicio clínico de apoyo y compañía para la búsqueda de soluciones clínicas. Un profesor resalta este aspecto al indicar:

[...] hemos perdido el aspecto ético, muchos [especialistas] que salen y salen a hacer cosas que no son, creo que debemos volver a incluso problemas que no estaría inapropiado regresar o hacer algo de énfasis en eso: fortalecer la humanización del médico, en la atención de los pacientes, el buen trato al enfermo, presentarse, quien soy yo, ¿cómo le va?, buenos días, eso me parece súper importante. (E.10 P.EC.7 (84:84))

Por lo anterior, además de requerir conocimientos y destreza técnica son relevantes en el ejercicio médico, el fortalecimiento de la humanización del médico se considera un elemento fundamental en el ejercicio clínico: *“espero que sean buenas personas, creo son buenos seres humanos, tienen un buen trato con el paciente”* (E.10 P.EC.7 (108:108)). El sentido de humanidad, vocación y humildad apoyan el ser buen médico con la misma fortaleza que el saber:

[...] tener vocación y ser una persona humilde, o no sea, para mí lo más importante en la formación de un médico son los valores, porque si tú puedes ser un buen médico. Puedes saber mucho, pero si no tienes valores y no sabes cómo tratar a un paciente, no sabes cómo referirte a un paciente, no sabes cómo dar una noticia dolorosa, pues finalmente todo tu conocimiento no sirve. (E.15 P.I.3 (151:151))

Estos aspectos englobados desde lo ético son la clave para tener el trato humanizado como el centro de la práctica clínica.

Otro aspecto que es relevante en la enseñanza-aprendizaje desde la práctica clínica corresponde a que los especialistas sean racionales con el sistema de salud en relación con la utilización de los recursos. Esto se da al realizar una adecuada historia clínica que guíe en la solicitud de exámenes y tratamientos que tengan un propósito. Según un profesor clínico, los médicos especialistas *“tienen que pensar que lo que hicieron va a ser un reflejo de lo que van a hacer ahora y se lo van a repetir sus estudiantes”* (E.11 P.EC.8 (41:41)).

Al comprender al paciente se crea un ambiente de respeto y la posibilidad de interpretar sus necesidades. En el siguiente relato un profesor de investigación clínica describe las acciones de uno de sus profesores que lo impactaron como un buen médico que se ocupa de sus pacientes:

[...] yo veía en este doctor el respeto con el paciente, por la opinión del paciente, el respeto por el tiempo, por el tiempo del paciente. Yo veía los contrastes, de pronto otro médico que si no estaba la historia clínica, no estaba disponible, no le atendía la consulta, quizás esa persona llevaba meses esperando una cita a un especialista; pero este doctor si no estaba la historia clínica se paraba a buscarla, así tuviera que ir al archivo, o podía solicitarla y esperar que la trajeran pero no le cancelaba la cita que era para otros el camino más fácil [...] este doctor tenía esa calidad humana y entendía la necesidad del paciente. (E.20 P.I.6 (14:14))

La evolución del residente como especialista se refleja en la madurez cuando tratan al paciente integralmente. Esta madurez tiene algunas características: a) independencia en la toma de decisiones que afrontan y b) esquema en el análisis que implica un criterio propio:

[...] tienen [...] no solo de independencia afrontando el caso o afrontando el paciente, sino también como un esquema un poco más analizado... que tengan obviamente sí más conocimientos y demás, pero [...] también el criterio propio, eso me parece a mí que indica si sí ha progresado o no" (E.1 P.EC.1 (292:292)).

Este criterio se acrecienta con la reflexión constante por medio de la autocrítica y autoevaluación cuando toman decisiones con cada paciente como se analiza en el siguiente relato:

[...] esta paciente le hubiera ido mejor si le hubiéramos hecho así, en esa medida empieza como a autoevaluarse"; "pensar si bueno este docente dijo que las cosas se hacían así, pero yo pienso que le hubiera ido mejor con tal cosa" (GF.8 R.10 (587:587)).

Los residentes comprenden su fortaleza en la acción clínica, pero se comparan con residentes de otras instituciones quienes tienen un número mayor de clases magistrales y menor práctica clínica. Para tratar de suplir las clases magistrales, los residentes autogestionan metas de horas diarias de estudio; sin embargo, debido a la carga asistencial no logran cumplirlas.

Para los profesores de investigaciones, un buen residente se pregunta de manera constante por lo que hace. Así las cosas, la reflexión acompaña el ejercicio clínico y, por lo tanto, comprende que quiere aprender y por qué lo quiere aprender. Según los residentes, ellos reflexionan en los momentos críticos de los pacientes: *“Cuando a uno le va muy bien o muy mal [...] yo reflexiono: bueno esto fue lo que hice bien; o cuando uno sabe que hizo algo malo, ahí es cuando uno reflexiona”* (GF.8 R.2 (589:591)). Esta reflexión va unida de la sabiduría. Uno de los profesores considera que *“solo viene cuando uno se despoja de su propio orgullo, egoísmo... [el que] cree que tiene el conocimiento, y es dueño del conocimiento porque se leyó los últimos artículos y tiene metidos mil libros en la cabeza, creo que esa no es la sabiduría que el mundo necesita ni la que necesitan los pacientes”* (E.20 P.I.6 (66:66)).

Por lo expuesto anteriormente, si se privilegia solo el sentido técnico y el humano se deja de lado, resultan *“profesionales muy hábiles y [que] no necesariamente son buenas personas, y acercarse a los pacientes es más que tratarles su patología”* (E.13 P.I.1 (180:180)). No solamente se aplica el deber técnico al ejercicio clínico, sino que este implica tener un trato humanizado. Bajo estas circunstancias, el especialista médico es un ser humano inmerso en el rol de médico especialista y médico profesor que apasiona por su profesión en el que prevalece el respeto por el paciente por medio de la reflexión constante reflejada en lo que hacen, dicen y como se relacionan con su entorno clínico.

Por otra parte, el hacer uso adecuado de los recursos finitos de un sistema de salud permite que el médico especialista sea consciente de su rol en el Sistema de Salud.

7.8.2 Comunidad de investigación

“...tiene que ser ético, profesional y de algún modo tiene que tener un campo investigativo muy bien formado” (E.17 P.I.5 (48:48)).

En la categoría de comunidad de investigación se representa el efecto en la enseñanza-aprendizaje en las residencias médicas cuando se pertenece a los grupos de investigación. En la tabla 22 se reflejan las subcategorías y sus respectivos códigos sustantivos.

Tabla 22

Códigos sustantivos de la categoría Comunidad de investigación

Códigos sustantivos	Consecuencia	Explicación
Acompañamiento en investigaciones	Comunidad de investigación	Efecto en la enseñanza-aprendizaje en las residencias médicas producto de las comunidades de investigación
- Profesores investigadores		
- Transmisión de conocimientos		
- Lectura crítica		
Espacios académicos		
- Rondas académicas		
- Horario de revisión de casos		
- Proceso de retroalimentación		
- Asesorías		
Indicadores de investigación		
- Producción de investigaciones		
- Epidemiólogo cercano		
- Talento humano		

Nota: Elaboración propia.

Los participantes reconocieron la relevancia de la investigación en las prácticas clínicas. La investigación se va generando por medio de dos vías: la primera, en el marco de los requisitos de grado de los estudiantes y, segundo, aquella investigación que de manera esporádica generan los profesores y

residentes interesados. En la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, la totalidad de los estudiantes tienen en su plan de estudios cátedra relacionada con el área de investigaciones. Pocos estudiantes demuestran estar interesados en continuar en la generación de investigaciones; sin embargo, cuando los residentes evidencian en sus profesores clínicos el proceso de investigación se interesan con mayor frecuencia: *“no todos [los residentes] van a estar interesados, si hay más profesores interesados seguramente habrá más estudiantes interesados, pero tienen que estar allá los profesores en la parte clínica”* (E.20 P.I.6 (121:121)).

La relación que se construye entre maestro-estudiante resulta en un constante acompañamiento en la generación de investigaciones con el ejercicio clínico:

[...] tratar de hacer un acompañamiento cercano para lograr que cumplieran como unos objetivos, de pronto ver que al final ellos dicen: esto sí es importante, esto sí me sirve para mi profesión, quiero saber más de esto. Con estudiantes que tuvimos relaciones difíciles porque en su momento no cumplieron, pero que no había nada en contra de ellos, simplemente que en su proceso académico no cumplían, y ponerse al lado de ellos pues para que cumplan el objetivo [...] particularmente uno de ellos que tal vez tardó unos cinco años en lograr su requisito, después de todo ese proceso que sé que para él no fue nada fácil, pues me pedía que lo siguiera acompañando cuando tuviera temas que ver con investigación. (E.20 P.I.6 (18:18))

En este caso, a pesar de las dificultades, en algunas oportunidades se despierta el interés en los residentes por continuar con su formación en investigaciones.

En el proceso de investigaciones, se revela la posibilidad de aprender y enseñar a los miembros más recientes de la comunidad de investigaciones. Uno de los residentes lo describe la siguiente manera: *“enseñar es muy bueno, es muy*

motivador porque ya uno sabe que ese tema lo maneja y poder transmitirlo y que otra persona aprenda y que pueda también aplicarlo eso es un punto positivo en lo académico...” (GF.1 R.1 (126:126)). Esta enseñanza también está dirigida a la solución de problemas en la práctica y para lograr este fin, la lectura crítica de investigaciones que realice un miembro de la comunidad de investigaciones puede trasladar la práctica de otros grupos de investigación a su propia práctica. Uno de los profesores lo manifiesta de la siguiente manera: *“leer más minuciosamente, de enseñarle a los residentes a leer mejor, realmente pues todo ha cambiado, yo creo que uno es mejor docente o puede enseñar más teniendo algún estudio en epidemiología”* (E.9 P.EQ.2 (112:112)).

La comunidad de investigaciones implica un avance que se refleja en el progreso y la evolución del trabajo en grupo. Un relato de una profesora de investigaciones los expresa de la siguiente manera: *“tenemos un grupo de investigación, siento ese apoyo de grupo... que la investigación tiene que ser grupal [...] la investigación propia me parece que nos fortalece como grupo y como nos mostramos”* (E.14 P.I.2 (85:85)). Las metas en investigación se relacionan con las publicaciones y la forma como otras comunidades de investigación destacan su avance en la creación de soluciones. A pesar de la relevancia de la investigación, los profesores participantes indicaron que no necesariamente el buen médico requiere ser investigador; termina siendo un valor agregado, pero no el fundamento de la práctica clínica.

Durante estas prácticas en investigación, los residentes resaltan la posibilidad de trazar los proyectos de investigación en conjunto con los profesores cuando se presentan casos clínicos complejos, de esta manera, hace que la investigación tenga un sentido de aprendizaje. En el caso de los profesores especialistas clínicos que han dedicado tiempo a la investigación, consideran que el aprendizaje de tópicos del área de epidemiología podría ayudar en la consolidación de trabajos de investigación. Para lograr ser profesores investigadores, indican que las características de este docente serían las de una

persona inquieta y autodidacta por excelencia que considera la investigación como otra posibilidad de enseñanza: *“si tú eres un docente, y ahora un docente otra cosita añadida, el investigador tiene que tener una lucecita en los ojos diferente”* (E.7 P.EQ.1 (295:295)). Esa luz a la que se refiere el profesor implica un compromiso social con la continuidad de los temas de investigación en la que se debe pensar en responder a las necesidades del país. Uno de los profesores lo resume de la siguiente manera: *“tiene [el profesor] que estar inmerso en una problemática que se le pretenda dar solución”* (E.7 P.EQ.1 (305:305)). Para lograr estos objetivos, el profesor investigador tiene la capacidad de discernir lo que investiga y estudia comprendiendo que su ejercicio clínico se ve transformado. En este sentido, el buen investigador se renueva:

[...] un buen investigador es una persona que todo el tiempo está pensando como innovar, como crear, esa persona que tiene en mente que hay algo más de lo que ya se sabe, incluso de lo que sabe hay una forma diferente de hacerlo. (E.13 P.I.1 (188:188))

En consecuencia, el profesor investigador es un ser humano abierto a las posibilidades de respuesta y que no considera su verdad como única, sino que está dispuesto a escuchar nuevas formas en el hacer, en su actuar. El profesor investigador, con humildad, reconoce que debe aprender cada vez más; en este caso, los profesores *“cada vez sienten que tienen que aprender más, y con humildad reconocen que cada vez más tienen que acceder a muchos procesos para poder aprender, y cuando trabajan con nosotros están en ese proceso respetuoso de aprender del otro”* (E.13 P.I.1 (198:198)). Así, el profesor investigador construye todo el tiempo y es crítico de su propio avance:

[...] yo pienso que la persona que está construyendo todo el tiempo y se está dando cuenta que hay un reto en todo lo que construye y que aún no tiene claro todo ¿sí? y que con cada paso que da está haciendo más construcciones” (E.13 P.I.1 (200:202)).

De esta manera, el profesor investigador tiene la facilidad de promover un pensamiento crítico de los estudiantes, por medio de la generación de preguntas. Ese ejercicio de pregunta y contrapregunta permite aclarar las ideas de investigación que posteriormente se transformarán en proyectos de investigación. Por ejemplo, en el programa de Patología, hay un acompañamiento en el proceso de investigación que fomenta la escritura en los residentes y la posterior publicación de artículos como producto de su aprendizaje: *“lo que nosotros hacemos es sentarnos con ellos desde el principio, desde la pregunta de investigación y estar en el acompañamiento”* (E.2 P.EC.2 (22:22)). El acompañamiento en investigación genera motivación en los profesores, dada la posibilidad de aprender con los residentes que demuestran dedicación: *“Con los trabajos de investigación, eso ha sido lo más motivante, cuando hemos logrado publicar en revistas indexadas, con algunos estudiantes que son más dedicados o más juiciosos que otros”* (E.9 P.EQ.2 (39:39)).

Debido a que los profesores de investigación apoyan la construcción de proyectos, ellos tienen como propósito orientar de manera adecuada tanto al profesor clínico como al residente; sin embargo, se puede presentar falta de articulación en los conocimientos de diferentes áreas. Uno de los profesores de investigación lo describe de la siguiente manera:

[...] claramente mi interés es que el estudiante aprenda aquí lo que viene a hacer conmigo, eso referido a su área propia del conocimiento, no le interesaba el tema de investigación claramente, no lo tenía claro, no sabía exactamente cómo articular las dos cosas. (E.13 P.I.1 (90:90))

Para conseguir articular dos áreas de conocimiento, se requiere reconocer al otro como una fuente de comunidades de aprendizaje y comunidades de investigación; el reconocer el trabajo del otro investigador da la oportunidad de saber el espacio en el que académicamente pueden trabajar conjuntamente. Por

ejemplo, el comprender la práctica clínica es relevante para los profesores de investigación. Resulta ser un reto académico, como lo relata un docente: “*A nosotros en la carrera siempre nos insistieron en que uno tiene que conocer el fenómeno que va a analizar ¿sí? No es solo correr los datos, sino entender bien, acá es muy difícil*” (E.16 P.I.4 (46:46)). Sentir que se hace parte de una comunidad crea, aumenta y refuerza los compromisos de cada profesor y estudiante.

La creación de espacios en las que se incentive el trabajo colaborativo en investigación por medio de la reunión de profesores clínicos y profesores de investigación son esenciales en las comunidades de investigación. Uno de los profesores lo manifiesta de la siguiente manera: “*ojalá uno tuviera por lo menos ciertas reuniones que fueran como fijas, no sé, en las que tuviera que participar el docente clínico como investigador*” (E.14 P.I.2 (62:62)). Al pensar en los espacios en los que se forman y fortalecen las comunidades de investigación, reflejan ser momentos informales y rutinarios en los que se comparten las experiencias: “*Son más en el tinto (risas), yo creo que es más en el tinto, nosotros teníamos el espacio de los seminarios y ahí creo muchos podíamos compartir los conocimientos que teníamos de cierto tema específico*” (E.15 P.I.3 (217:217)). Sin embargo, se requieren espacios de reflexión sobre la enseñanza en epidemiología e investigación:

[...] no hemos generado esos espacios como para mirar esas experiencias [...] creo que hemos hecho como equipo algunas cosas interesantes en construir unas cosas, pero mucho es ensayemos, como ensayo error, propongamos esto, quitemos, pongamos, creo que nos hace falta un ejercicio más riguroso. (E.20 P.I.6 (91:91))

Las reuniones académicas de los servicios se presentan de diversas maneras. Por ejemplo, el tiempo de revisión de casos o temas específicos se inician antes de las 7:00 A.M. o antes de iniciar consulta o cirugía:

[...] para poder revisar el tema tenemos que entrar a las 5:30 de la mañana para poder alcanzar a revisar el tema con ella [se refiere a una profesora] antes de empezar las consultas, porque no tenemos un tiempo aparte para revisar temas, sino que es mucha carga asistencial, pero yo pienso que, pues lo que nos aporta ella académicamente, otros nos lo aportan en sala de cirugía, enseñando a uno a operar y otras cosas. (GF.2 R.4 (181:181))

Estos encuentros permiten que los profesores se mantengan actualizados como lo refiere uno de los residentes: “...yo pienso que ellos si aprovechan para actualizarse con lo que uno va haciendo” (GF.8 R.10 (406:406)). En uno de los programas describen los espacios académicos de su revisión de caso:

[...] hay una actividad grupal de todo el servicio que es la revista del servicio, ahí eligen, la semana anterior eligen tres casos para presentar y uno tiene que presentar la historia clínica del paciente que se le hizo, como se abordó, cómo fue la cirugía y presentarlo. Entonces en esa charla la idea es que todos discutan y aporten algo sobre el tema, van preguntado cómo es la anatomía de este lado, qué abordajes tiene usted ahí, qué opciones quirúrgicas van ahí y dependiendo del nivel en que uno esté, va aumentando la complejidad de las preguntas. (GF.8 R.10 (37:37))

Bajo estas circunstancias, las ideas de investigación se generan en el contacto diario con los pacientes:

[...] un buen clínico que viendo el día a día entiende cuáles son los vacíos de investigación, los vacíos de conocimiento, quién entiende las preguntas que surgen de los pacientes, creo que ese es el mejor escenario para motivar a los estudiantes a investigar y a dar solución a esos problemas que ellos ven en la práctica. (E.20 P.I.6 (37:37))

La forma como se realizan las asesorías por parte de los profesores de investigaciones se va compartiendo entre el grupo de profesores de aquellos que llevan mayor experiencia a los docentes con menor experiencia conformando una red de apoyo. Por otra parte, el acompañamiento de las asesorías a los residentes se inicia en sitios informales en los que se trata de entablar un trato cercano con los estudiantes, con el fin de apoyarlos en los proyectos de investigación: *“empecé a tener un trato más cercano, de compartir un café, de hablar, de escucharlos”* (E.16 P.I.4 (64:64)).

La actitud de la mayoría de los estudiantes durante las asesorías es de respeto y agradecimiento para con los profesores de investigación. Este agradecimiento genera la satisfacción en los profesores de investigaciones, según se interpreta en el siguiente relato:

[...] la experiencia más satisfactoria es cuando uno siente el agradecimiento de los estudiantes, que sienta uno que el estudiante realmente de corazón es sincero, está agradecido por tu labor como docente, por lo que trataste de enseñarle o por el acompañamiento porque no es únicamente a veces lo que uno trata de enseñarles si no el acompañamiento que uno hace. Recibí una nota de un estudiante que me auguraba éxitos en mi carrera docente [...] entonces eso creo que es gratificante. (E.14 P.I.2 (22:22))

Otro punto importante en el proceso de enseñanza-aprendizaje en investigación consiste en la construcción de líneas de investigación que vayan acorde con los desarrollos clínicos y quirúrgicos del mundo, como lo relata uno de los profesores de especialidad quirúrgica:

[...] los lineamientos en los que vamos trabajando hacen parte de las áreas de desarrollo en el mundo. O sea, uno debe estar articulado porque si usted quiere proponerle a la comunidad científica internacional pues tiene que estar articulado con su lenguaje. (E.21 P.EQ.6 (176:176))

Este mismo profesor reconoce que los procesos de investigación requieren tiempo y dedicación y a veces no se tiene la perseverancia para esperar resultados:

[...] se pueden hacer unos aportes bien interesantes desarrollando un proyecto de investigación. El solo hecho de decir que algo no sirve es... – Entrevistador: Es ya un aporte. – Profesor: Es ya un aporte. El solo hecho de estandarizar un modelo de investigación ya es un aporte. Entonces yo creo que a veces es demasiado... es que lo que pasa es que para uno como cirujano es, uno es muy inmedatista lamentablemente. (E.21 P.EQ.6 (190:194))

Como comunidades de enseñanza-aprendizaje en investigación, los indicadores de investigación se hacen relevantes en la medida en que califican el desempeño de los programas académicos. Uno de los indicadores principales para los grupos de investigación consiste en la clasificación del sistema de Colciencias (Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación) que compila y pondera la producción científica, Uno de los profesores lo resume así:

[...] los indicadores más importantes son [el] número de publicaciones, no al final tu qué hagas con la investigación [...] a ti te miden porque tu tengas tantas publicaciones, primero por el número de publicaciones y segundo además por el tipo de revistas donde hagas las publicaciones. (E.6 P.EC.6 (125:125))

Expresado de esta manera, se desdibuja la relevancia de la investigación y se sobreestima el sitio de la publicación, restándole importancia a lo que se publica y privilegiando el sitio donde se publica. A nivel institucional y como indicadores de investigación, uno de los profesores considera que la exigencia en

el sometimiento de una publicación en su residencia puede desestimular a los residentes:

[...] ese requisito creo yo que es lo que está perjudicando todo el proceso investigativo y todo el proceso educativo del estudiante, porque creo que eso es lo que se está olvidando, o sea ahí al establecer ese requisito, chévere porque se trata de estimular la investigación de cierta manera, pero se pensó en hacer investigación por cumplir con unos indicadores que necesita la institución y no se pensó en estimular la investigación dentro del proceso de educación del estudiante. (E.14 P.I.2 (68:68))

Para otros profesores el requisito de sometimiento de publicación apoya el desarrollo de la institución, de los programas y de sus egresados:

[...] las publicaciones que logra la universidad, en el crecimiento en cuanto a las sub especialidades, creación de nuevas sub especialidades, en la oportunidad de trabajo que tengan los egresados, la oportunidad de acceso a residencia que tengan los estudiantes de pregrado y la oportunidad de trabajo que tienen los estudiantes de posgrados al egresar. (E.9 P.EQ.2 (14:14)).

Como consecuencia para aligerar el proceso de enseñanza-aprendizaje en investigación se han asignado, en algunos programas académicos, a profesores de investigación con el fin de generar cercanía con el grupo médico. Un profesor clínico lo comprende de la siguiente manera: *“que cada grupo tenga un epidemiólogo más cercano al grupo para apoyar el proceso, no es lo mismo tener que pedir una cita [...] al tener un epidemiólogo que diga venga se me ocurrió esta idea, venga montemos la base de datos, hagamos el instrumento”* (E.10 P.EC.7 (70:70)). El profesor de epidemiología trabajaría de la mano con los profesores generando proyectos de investigación con mayor factibilidad, debido a que

identifica los datos provenientes de los casos clínicos de los servicios con el fin de aprovechar al máximo los registros existentes.

Con estas comunidades de enseñanza-aprendizaje en investigación en las que participan profesores médicos, residentes y profesores de epidemiología y estadística, se han fortalecido los procesos institucionales: *“Sin duda sus docentes, yo pienso que es una fortaleza grande [...] sin duda la formación y la capacidad de la gente que trabaja”* (E.13 P.I.1 (206:206)). Para cumplir con sus funciones los profesores de investigación, focalizan su práctica pedagógica en dos frentes: docencia e investigación propia:

[...] hay un componente docente, en el componente docente digamos estarían incluidas las clases y las asesorías a estudiantes de posgrado, clases en posgrado y en pregrado de investigación, digamos que lo que se busca con esas clases es como enseñar ciertos tópicos en investigación básica, que el estudiante salga con esas ideas, esperamos que por lo menos queden ciertas ideas claras.... asesoría de trabajo de investigación que son los trabajos que hacen los residentes de las especialidades médicas como proyecto de grado, entonces ese el gran componente de docencia... hubo como un cambio en la dirección de la división de investigaciones, entonces empezó a promoverse la investigación propia, entonces estamos trabajando con algunas compañeras en algunos trabajos de investigación propios. (E.14 P.I.2 (18:18))

En esta última parte del relato se refleja colaboración entre los profesores de investigación. En este sentido, un punto clave en el mejoramiento de los procesos de enseñanza-aprendizaje en investigación es el talento humano, es decir, *“[que] la base de la investigación es el que tiene los ojitos encendidos buscando el problema”* (E.7 P.EQ.1 (322:322)).

De manera constante, a lo largo de la investigación se confrontó la relevancia de los indicadores de investigación en los grupos y líneas de investigación ligados a la producción académica. Este tema, aunque relevante para los profesionales prevalecía la pregunta del impacto de sus investigaciones en la modificación de la práctica clínica de un escenario de incertidumbre a uno en el que puedan apoyarse con mayor facilidad debido a la estabilidad en la práctica.

Quinto capítulo

8. Conclusiones

Con el recorrido de los aspectos filosóficos y epistemológicos de la práctica, de la práctica profesional en medicina y de la práctica pedagógica en las residencias desde lo teórico, y al develar las experiencias de profesores y estudiantes de los programas académicos de especialidades médico-quirúrgicas, se han establecido las conclusiones de la comprensión de las prácticas pedagógicas de la investigación en las residencias médicas. A continuación, se indican las conclusiones de la presente tesis:

En relación con las **particularidades filosóficas y epistemológicas**, emerge la relevancia de la coherencia como bien interno que se refleja en cada uno de los actos individuales que convergen en el actuar colectivo en los acuerdos de las comunidades desde lo cultural-discursivo, material-económico y social-político, cada una de estas esferas vistas con un tono *phronético* que sostiene prácticas ético-morales que llevan al bien de cada uno de los sujetos que conviven y tienen metas comunes que garantizan la sostenibilidad de sus propios potenciales individuales y colectivos. En este contexto, los acuerdos en los que se basan las prácticas dependen de los horizontes descritos por las normas que el colectivo social ha definido y que rigen la interpretación de las acciones como hechos basados en la contextualización de la práctica por medio del lenguaje como elemento común de entendimiento; de los sitios de la práctica como insumos para el sostenimiento de sus prácticas desde los acuerdos materiales-económicos y desde los espacios sociales como la interrelación de los sujetos, que como sujetos políticos, requieren tomar decisiones para los colectivos.

Para la práctica, la *phrónesis*, también definida como sabiduría práctica, resulta ser la virtud que orienta el pensamiento reflexivo y la experiencia dando un sentido moral a toda acción. Junto con la *praxis*, la *techné* y la *poiesis*, la *phrónesis* permite al sujeto reflexionar en un mundo lleno de significados; conjuga la acción moralmente comprometida, el saber específico metódico o calculado y reconoce los fines y los medios para la aplicación de una práctica reflexiva que lleva al buen actuar en todos los aspectos de la vida, en los que se incluyen las prácticas profesionales y las prácticas pedagógicas.

Acerca de la práctica profesional, puede decirse que esta implica un pacto individual que se reconoce en la sociedad como un sujeto lleno de privilegios y con deberes enfocados en la mejora de la comunidad a la que pertenece. Así, las **particularidades de las prácticas profesionales** se entienden en relación con la acción del artesano, quien reflexiona constantemente antes, durante y después de su acción, reúne la acción técnica con la racionalidad de sus pensamientos como fundamento humano comprometido por las emociones y por la razón en el conocimiento teórico. En estas circunstancias, la práctica médica no se escapa de la relevancia del ejercicio profesional en el que el cuidado del ser humano y su salud resultan ser el eje de su práctica clínica. Por lo anterior, el médico tiene acuerdos sociales del tipo actuar, decir y relacionarse de manera concreta con el paciente, con quien debe deliberar y valorar la incertidumbre de su diagnóstico y tratamientos.

Desde esta perspectiva, el pacto de cuidados sitúa la confianza como elemento fundamental en la relación médico-paciente; por una parte, el médico pone a prueba su juicio clínico y, por otra parte, el paciente como sujeto de práctica considera las posibilidades de restablecimiento de su salud. Bajo estas circunstancias, ambos requieren de la *phrónesis* con el fin de reflexionar en y sobre sus acciones y las del otro, permitiendo reconocer y respetar al otro como ser humano. En este caso, el punto de partida de la relación médico-paciente consiste en el diálogo en el que se reconoce una negociación de significados

sobre el valor de la salud del paciente en donde se conjugan los juicios reflexivos, los principios del actuar bajo la mirada de otros médicos y la *phrónesis* como resorte en la toma de decisiones compleja donde la ética profesional y la moral se conjugan.

Para el caso de las **particularidades teóricas del proceso de enseñanza-aprendizaje de las residencias médicas** se puede decir que la mayoría de las prácticas pedagógicas se concentran en los hospitales universitarios, que como centros especializados se encuentran en las ciudades capitales, lo que conlleva a que los residentes deban desplazarse de sus ciudades intermedias de origen con el fin de cursar la residencia. Los hospitales universitarios concentran tanto las prácticas médicas como las prácticas pedagógicas como valores intrínsecos que sostienen un sistema de aprendizaje organizado por medio de valores morales, sociales y políticos y, para este caso, el punto principal de la ecología de las prácticas es el cuidado al paciente.

Es en este contexto que el acompañamiento del especialista como profesor de las residencias representa un valor de los programas académicos de las especialidades médico-quirúrgicas. Los profesores se constituyen como modelos de práctica médica a seguir por los residentes a través del reflejo de conductas similares a la de sus profesores en relación con el trato al paciente, familiares del paciente, colegas y otros profesionales de la salud. En este sentido, los profesores de las residencias son agentes sociales del pacto de cuidados y del pacto de enseñanza-aprendizaje de los estudiantes. La relación maestro-estudiante se fortalece a medida que la autonomía en las decisiones clínicas del residente se va incorporando en el cuidado al paciente. De esta manera, la autodeterminación, el autodesarrollo y la autoexpresión de los residentes se identifican en la acción, la intención y en la reflexión de la práctica.

En esta tesis, se comprendieron como prácticas pedagógicas de las residencias médicas a las prácticas de las comunidades en los programas de

especializaciones médico-quirúrgicas, generadas en los hospitales y en las facultades de medicina que involucran un sentido en la enseñanza y el aprendizaje, tanto de los residentes como de los profesores, basado en el juicio clínico de la entidad física o mental por la que atraviesa el paciente. Bajo esta óptica, toda práctica pedagógica incluye principios éticos, políticos e históricos que se reflejan en las acciones clínicas antes, en y sobre un *continuum reflexivo* en el que la *phrónesis* es un elemento fundamental en el juicio médico.

Es importante reconocer la teorización de la práctica pedagógica con el fin de comprender su ejercicio más allá de la técnica y la praxis. En este sentido, el pensamiento reflexivo juega un papel relevante debido a que reúne la acción reflexiva, la reflexión receptiva, la reflexión intencionada y la reflexión encarnada en la reflexividad como elementos constitutivos de una práctica pedagógica con sentido *phronético*. En las prácticas pedagógicas con contenido reflexivo de las residencias médicas, la reflexión intencionada logra que la reflexión esté inmersa *en la acción* (durante la acción) y *reflexión sobre la acción* (luego de la acción); este tipo de reflexión ayuda al practicante en situaciones en las que se encuentre atascado o insatisfecho con sus acciones y requiere de la reflexión como oportunidad de apoyo de la acción. En la reflexión encarnada unida al concepto de *conocimiento en la acción* se reconoce a la teoría como la oportunidad de unión entre práctica y teoría. Para el caso de las residencias médicas, el conocimiento en la acción resulta ser uno de los elementos más importantes en la práctica clínica. Finalmente, en la acción médica se reconoce la técnica y habilidades en el hacer clínico. La reflexión receptiva relacionada con la imaginación y sentimientos se encuentra reflejada en la posibilidad de encontrar respuestas a situaciones clínicas inciertas en donde las respuestas desde lo teórico no son posibles debido a lo limitado del conocimiento en ciertas condiciones clínicas del paciente. Por lo anterior, la reflexividad reúne los tipos de reflexión descritos anteriormente permitiendo que el practicante, en este caso, tanto profesores como residentes, logren confrontar su práctica clínica y pedagógica en los entornos hospitalarios.

Con respecto a **las prácticas pedagógicas del proceso enseñanza-aprendizaje de la investigación clínica en las residencias médicas de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud** podemos afirmar que, durante el tránsito de la etapa de campo, se vislumbró la complejidad de las acciones pedagógicas al reunir condiciones de práctica clínica con la práctica pedagógica al tiempo que se da atención al paciente. En este orden de ideas, en los hospitales universitarios se reúnen tanto el sistema de salud como el sistema educativo en el binomio hospital y universidad.

El abordaje metodológico desde el paradigma cualitativo permitió comprender la postura de los actores de la práctica pedagógica, profesores y estudiantes, por medio de la narración de sus experiencias con los pacientes, colegas, otros profesionales de la salud, directivos académicos y administrativos en un ambiente del hospital universitario. En este ejercicio de investigación la aplicación de la teoría fundamentada develó doce categorías que explican la teoría sustantiva de la siguiente manera:

Una de las categorías centrales denominada jerarquía médica se representa como una estructura vertical bidireccional que evoluciona cuando tanto profesores como estudiantes demuestran sus habilidades al tratar al paciente. En este marco social, el reconocimiento académico que trae las publicaciones de sus investigaciones genera una forma en que el investigador docente o investigador estudiante se incorpora a la comunidad académica. Estas comunidades académicas se concentran en las reuniones académicas en donde se evidencian los acuerdos culturales-discursivos, materiales-económicos y sociales-políticos.

En relación con la situación económica de los residentes, los costos en la formación por los residentes son mayores a los calculados al inicio de la residencia. La carencia de un estímulo económico para los residentes insta a que trabajen fuera de las jornadas de las residencias, situación que conlleva a la disminución en las horas de estudio. Bajo estas circunstancias, el 12 de julio de

2018 se reglamentó el Sistema de Residencias Médicas en Colombia por medio de la Ley 1917. Dicha Ley se concentra en garantizar las condiciones en la formación académica de los residentes que apoyan el Sistema General de Seguridad Social en Salud, definiendo su mecanismo de financiación y fortaleciendo los sitios de práctica desde lo asistencia. A este respecto, se requiere un análisis más detallado de cómo esta Ley será manejada por los hospitales universitarios y por las Instituciones de Educación Superior.

Para la enseñanza-aprendizaje del conocimiento especializado se reconoce el autoaprendizaje como una estrategia fundamental para permanecer como profesional actualizado en las especialidades médicas en las que el conocimiento científico avanza a grandes velocidades. Para el caso de la presencia de incertidumbre en la toma de decisiones en algún caso clínico, la experiencia en la práctica clínica toma relevancia. Como apoyo para su enseñanza-aprendizaje los residentes indican que el compañerismo entre residentes es un elemento fundamental en el tránsito por los años de entrenamiento clínico. El compañerismo reconoce una cadena de mando que debe ser manejada con sabiduría, debido a que se tiende a repetir las acciones de sus profesores y compañeros de residencia. En estas circunstancias, se comprendió que ninguna comunidad de investigación tiene la verdad absoluta y por el contrario, se reconoce que el aprendizaje continuo fortalece los espacios de reflexión constante. Bajo esta mirada, se asume una posición de humildad en el conocimiento que posibilita el trabajo colaborativo en todas las esferas de los especialistas médicos, en especial, en los encuentros académicos en los que se da reconocimiento al trabajo de investigación del otro, como colega y como ser humano.

A continuación, se presentan cinco posturas que emergieron de la reflexión de los resultados y de las conclusiones de cada uno los objetivos específicos.

Primera postura: En relación con el proceso de enseñanza-aprendizaje en investigación, se considera fundamental que la investigación se fortalezca por

medio del *continuo del aprendizaje clínico al lado del paciente*. Por esta razón, las comunidades de investigación en las residencias médicas reconocen la relevancia de estar al tanto y aplicar los avances de la investigación en su práctica clínica con el fin de identificar los vacíos de conocimiento y de esta manera, fortalecer las líneas de investigación propias de cada programa académico. Se considera que los procesos de investigación pueden ser potencializados al contextualizar la experiencia de los profesores y la lectura crítica de la evidencia de los casos clínicos en cada uno de los servicios médicos.

Segunda postura: Tanto para profesores como para estudiantes, resulta significativa la construcción de nuevos aprendizajes basados en aprendizajes previos que llevan a la investigación y al investigador a tener un sentido histórico, con un horizonte ético y el compromiso social futuro. Bajo esta premisa, la jerarquía médica ejerce una fuerte posición social debido a que las prácticas clínicas y pedagógicas transmitidas como legado implican la existencia de confianza y en el demostrar al otro la habilidad del hacer desde lo técnico basado en un dominio de conocimiento especializado y expresado por medio del lenguaje médico usado entre especialistas, pero que se transforma en un lenguaje sencillo para ser comprendido por el paciente.

Tercera postura: Tanto los hospitales como los pacientes ejercen una gran influencia en los procesos de enseñanza-aprendizaje. El hospital, como sitio de práctica, resulta el escenario educativo por excelencia de los médicos especialistas debido a la estancia de una gran cantidad de pacientes críticos que lleva una mayor experiencia asistencial. En contraposición, el responder a la totalidad de estos pacientes, limita la reflexión sobre los detalles de cada caso debido al tiempo reducido dedicado a la relación médico-paciente. Se evidenció en los relatos que, en la mayoría de las ocasiones, los pacientes requieren del apoyo desde lo administrativo, además de su ejercicio clínico en la relación médico-paciente. Por suerte, en cada una de las situaciones en las que el médico especialista respalda al paciente, tanto desde lo clínico como desde lo

administrativo, fortalece su actuar relacionarse como ser humano y como profesional.

Cuarta postura: Se abre la posibilidad de investigar lo que en este trabajo se ha denominado el *continuum reflexivo*, el cual se da antes, durante y después de la práctica clínica. Desde esta perspectiva, el avivamiento de la reflexión pedagógica propenderá por una transversalidad de los procesos de investigación en los programas académicos de las especialidades médico-quirúrgicas. Así, compartir las experiencias tanto positivas como negativas de los procesos de investigación genera entornos en los que el concepto ético de la responsabilidad social requiere una constante reflexión en las comunidades académicas. De esta manera, se fortalecerá el apoyo en la construcción de los proyectos y el mejoramiento de la presentación de resultados de investigación.

Quinta postura: El lograr ser especialista como una consecuencia del proceso de enseñanza-aprendizaje se consigue bajo el marco de la escuela médica encarnada en el hospital universitario, en donde se generan formas de realizar las acciones clínicas que son sostenidas por prácticas que realiza la gran mayoría de las comunidades médicas. En este escenario, la representación de un lenguaje técnico especializado usado por la estructura social y educativa en las residencias médicas configura la comunicación y la confianza en la relación médico-paciente.

En este sentido, las implicaciones prácticas de la tesis en el campo de la educación y la pedagogía se resumen en la oportunidad del ejercicio pedagógico del *continuum reflexivo*, dadas las condiciones mismas de las prácticas clínicas que se encuentran en la acción constante pero fundamentadas en la *phronesis* como virtud humana ejercida por medio de una reflexión en las comunidades médicas.

Sexto capítulo

9. Aportes en el campo de la educación y la pedagogía

La problematización de las prácticas pedagógicas y en especial de la generación de las investigaciones en las comunidades académicas en los programas de especialidades médico-quirúrgicos también denominados residencias médicas llevó al aporte de una propuesta pedagógica, aportes en vacíos del conocimiento en pedagogía y educación y en otras líneas del doctorado, como se indica a continuación.

9.1 Propuesta pedagógica

Luego de la comprensión de las particularidades filosóficas y epistemológicas de la práctica general, las prácticas profesionales y las prácticas pedagógicas de las residencias médicas, y al presentar la teoría sustantiva que emergió por medio de la aplicación del método de la teoría fundamentada que centró el proceso de enseñanza-aprendizaje de la investigación en las residencias médicas, se expone una propuesta pedagógica que tiene como finalidad fortalecer los procesos de reflexión sobre las prácticas pedagógicas en los programas de especialidades médico quirúrgicas, e involucra a todos los actores del sistema educativo de las residencias, entre ellos: profesores, residentes médicos y directivos de las instituciones de educación superior.

Esta propuesta responde a la necesidad de reubicar al profesor universitario en su función pedagógica como piedra angular de la calidad de las

instituciones de educación superior (Parra, Ecima, Gómez y Almenárez, 2010; Marín y Teruel, 2004; Montes y Suárez, 2016). Lo anterior, surge de lo que Marín y Teruel (2004) rescatan al indicar que la formación docente presenta una devaluación y termina siendo voluntaria para aquellos profesores interesados en la enseñanza-aprendizaje. En estas circunstancias se deja de lado la función de la enseñanza (Giusti, 2007), debido a la preponderancia de otras funciones como la investigación disciplinar y la proyección social, que aunque necesarias para la Universidad del siglo XXI, no apagan la necesidad de una formación pedagógica que permita “pensar la educación” (Giusti, 2007, p. 130) en contextos socioculturales cambiantes por medio de un soporte teórico e instrumental educativo orientador. En este sentido, la calidad de la educación superior se ve reflejada al incorporar a su contexto organizacional conocimientos, actitudes y habilidades docentes (Padilla, López y Rodríguez, 2015) que respondan a las actividades docentes universitarias complejas que involucran no solo una actividad técnica sino de formación humana y social (Parra, Ecima, Gómez y Almenárez, 2010).

Con base en lo anterior, se retoma la definición de formación docente universitaria de Padilla et al. (2015) como:

...un proceso continuo, sistémico, flexible, orientado a preparar a los docentes para la intervención en los procesos educativos a los que se vincula, de manera que puedan satisfacer las exigencias del cumplimiento de los objetivos de formación del profesional, según la especificidad formativa y promover espacios, experiencias y recursos para el ejercicio de la profesión docente. Esta condición explica el papel que se les otorga a las instituciones de educación superior y a las organizaciones responsables de dirigir el proceso formativo. (p. 88)

Bajo este supuesto, la formación docente se ajusta a las condiciones cambiantes de las organizaciones y requiere de la reflexión constante como punto

central para una transformación docente encaminada hacia la comprensión de lo pedagógico como una parte de su profesión disciplinar, en la que se compromete la función social que con urgencia requiere ser analizada, debido a que no es suficiente poseer solo el dominio disciplinar como herramienta para la enseñanza en la educación superior (Montes y Suárez, 2016). De hecho, se ha referenciado que la mejora de la calidad de la educación tiene relación con la calidad de sus docentes (Marín y Teruel, 2004).

De acuerdo con Giusti (2007), se presentan tres dimensiones en esta formación, a saber, la dimensión individual, la dimensión grupal y la dimensión institucional, las cuales incorporan la oportunidad de relevar las necesidades de los docentes hasta alcanzar las esferas de las micropolíticas institucionales acorde con las necesidades de los procesos de enseñanza-aprendizaje de cada institución educativa. Este punto se reafirma con el estudio colombiano desarrollado por Parra et al. (2010), en el que indican:

... las carencias pedagógicas de los profesores dificultan la transmisión del conocimiento y hacen complejo el proceso de aprendizaje para el alumno...
[...]. las estrategias y herramientas de enseñanza que el docente utiliza para desarrollar sus clases inciden de manera directa en la actitud de los estudiantes frente a la carrera y el aprecio hacia sus profesores y a la universidad. (p.431)

En este sentido, la formación docente demanda de la coordinación del personal docente y directivos de la universidad para que este proceso sea continuo por medio de un entrenamiento inicial y otro permanente (Marín y Teruel, 2004), que debe ir acorde con las necesidades de los docentes (Sánchez, s.f.), con el fin de buscar una excelencia en el desempeño pedagógico y conciencia en el proceso de formación (Giusti, 2007) que involucra no solo un proceso cognitivo sino cooperativo (Sánchez, s.f.), y cuyo alcance involucra áreas de tipo cognoscitivo, experiencial y emocional. Así las cosas, el principal objetivo de la

formación docente consiste en el conocimiento de las expectativas de formación del estudiante (Parra, Ecima, Gómez y Almenárez, 2010) y el de reconocer quiénes de estos estudiantes pueden cumplir una función docente en el futuro (Giusti, 2007). Bajo estas premisas, la formación docente universitaria se constituye en un patrimonio institucional al convertirse en parte de la política educativa, debido a que sus docentes cumplirán su función docente con inquietud, aspiración y compromiso constante (Padilla, 2008).

Con el fin de cumplir los anteriores objetivos, la propuesta presenta dos componentes, a saber: a) Formación docente, y b) Investigación de las prácticas pedagógicas, las cuales se explican a continuación.

Primer componente. Propuesta de formación docente

En el ejercicio de la docencia de las residencias médicas, es necesario que sus profesores cuenten con la capacidad de supervisión a los especialistas en formación durante las prácticas clínicas (Ministerio de Educación Nacional, 2016). Ahora bien, si además de la formación como especialista se logra una formación continua en prácticas pedagógicas, se fortalecería la relación maestro-estudiante y las relaciones del docente con los demás actores del sistema. En este sentido, los profesores como modelos de práctica clínica y educativa construirán el norte de su sujeto pedagógico y serán el reflejo para otros futuros docentes. Aprovechando como punto de partida, la existencia de la consecuencia de las comunidades de investigación como categoría de la teoría sustantiva puede consolidar el sentido de reflexión de las prácticas pedagógicas en los miembros de estas comunidades de especialistas médico-quirúrgicos, teniendo como punto de partida la cercanía con el paciente y potencializando las experiencias tanto de profesores como de estudiantes en los sitios de práctica.

La propuesta se focaliza en el ejercicio de una práctica pedagógica que incluya fines *técnicos*, *práxicos*, *poiéticos* y *phronéticos* buscando que, además de

la acción técnica, se involucre el sentido humano como médicos especialistas y como actores del sistema educativo. Bajo estas condiciones, un elemento fundamental en la formación docente será el *continuum reflexivo* sobre las prácticas pedagógicas.

Para lograr este fin, se requiere: a) la generación de un ambiente de confianza en el que los profesores puedan tener la posibilidad de dialogar sobre sus prácticas pedagógicas. De esta manera, se propenderá por generar un lenguaje educativo en la escuela médica que tenga como propósito construir elementos comunes de *lo educativo*. lo que forjará claridad de los significados en los acuerdos de tipo culturales-discursivos, materiales-económicos y sociales-políticos individuales y colectivos que orientan el actuar, decir y relacionarse como sujetos educativos. La posibilidad del diálogo continuo construye un pacto de enseñanza-aprendizaje que permita la deliberación y el juicio reflexivos de sus propias acciones por medio de la autodeterminación, el autodesarrollo y la autoexpresión.

Y b) la comprensión de los docentes de la teoría educativa sobre la práctica pedagógica, el currículo, la didáctica, la política educativa, entre otros temas, los cuales afianzarán la relevancia de reconocerse como sujetos políticos, éticos e históricos por medio de la reflexividad de sus propias prácticas en comparación con el conocimiento que emerge de la teorización de la investigación educativa y cómo esta se relaciona con la aplicación en el binomio hospital-universidad. Como punto de partida para la formación docente, se requiere del fortalecimiento de una cultura de aprendizaje y una cultura colaborativa permanente.

Dados los anteriores propósitos, como líneas estratégicas de formación docente que apoyarían la posibilidad del querer aprender y enseñar de manera paralela en sus especialidades clínicas o quirúrgicas llegando a una construcción o deconstrucción de su crecimiento personal y profesional, se incluirían dos momentos:

- a) Primer momento: Aproximación individual: Para este momento se podrá recurrir a:

Entrevistas semiestructuradas. Esta técnica permite la apertura del profesor por medio de la conversación en la que se indagará por las experiencias pedagógicas a lo largo de su carrera docente.

Diario docente. Por medio de la escritura, fotografías, mapas o esquemas de sus experiencias pedagógicas, el docente podrá manifestar sus reacciones, observaciones, conflictos, explicaciones, emociones, entre otros, de su quehacer docente. Este ejercicio documentará los incidentes más relevantes y la forma como da solución a estos guiando al docente a relatar de manera detallada y sistemática el incidente. Por medio de esta estrategia, el docente acercará su práctica a la teoría educativa al entrar en el proceso de deliberación y juicio y de manera adicional, podrá reflexionar sobre lo sucedido al describir, interpretar, explicar y comprender su proceder.

En este sentido, se generará un pensamiento reflexivo que según Dewey (1910) debe ser activo, persistente y cuidadoso y, por lo tanto, la constancia en la reflexión creará un hábito llevando a la práctica pedagógica reflexiva.

- b) Segundo momento. Aproximación grupal: Para este momento se utilizarán las siguientes técnicas:

Grupo de reflexión. En este espacio se generan condiciones en las que se podrán analizar situaciones educativas que permitan profundizar en los aspectos de la práctica desde una postura *phronética*, con la que se pretende descubrir las necesidades de conocimiento, comprensión de las emociones e interacción con el entorno del hospital universitario. El trabajo como pares pedagógicos afianzará las relaciones interpersonales llevando a una mayor comprensión del otro como sí mismo, haciendo *comunes* los compromisos educativos de los profesores, los residentes y los directivos.

Taller de integración. Con esta técnica se podrán exponer los pensamientos y los métodos usados para las prácticas pedagógicas basados en la experiencia y en el conocimiento teórico de los participantes. Durante el taller se estimulará la participación por medio de dinámicas que generen compromiso, compañerismo y apertura. Por medio de los talleres de integración se develará la estructura y clima de la organización institucional educativa, reuniendo los acuerdos sociales-políticos.

Segundo componente. Propuesta de investigación de las prácticas pedagógicas

La investigación educativa se tomará como una estrategia de aprendizaje y producción de conocimiento a partir de la práctica educativa en los hospitales universitarios, en los programas de especialidades médico-quirúrgicas. En este caso, el estudio de la educación logrará la reflexión constante desde la práctica pedagógica hacia la teoría educativa y cuya finalidad se concentra en el impacto de orden local (programa académico), institucional (Instituciones de Educación Superior), regional (Red de Instituciones de Educación Superior), nacional (por ejemplo, políticas educativas) e internacional. Las investigaciones de las prácticas pedagógicas versarán en problemáticas relacionadas con:

- Enseñanza-aprendizaje en el aula y en el ambiente hospitalario.
- Percepciones de los profesores sobre su práctica clínica y el aprendizaje de sus estudiantes.
- Actitudes de profesores y residentes desde el punto de vista histórico, ético y político de sus prácticas pedagógicas.
- Poder como hábito de enseñanza-aprendizaje en las residencias médicas.
- Aplicación de los modelos pedagógicos desde la mirada de los profesores y estudiantes.

- El sentido de la evaluación desde la teoría pedagógica y la práctica clínica.
- Currículo en los programas de residencias médicas: heterogeneidad nacional, competencias generales, acumulación y transferibilidad de créditos.
- El pacto de cuidado en la teoría y la práctica clínica.
- Didácticas o métodos de enseñanza en ambientes hospitalarios y en entrenamientos simulados de las residencias médicas.
- Trabajo colaborativo como herramienta de enseñanza-aprendizaje en medio de las condiciones clínicas complejas.
- Políticas educativas en la configuración de los residentes como trabajadores de las áreas clínicas y quirúrgicas.

Por otra parte, con la finalidad de seguir profundizando en las prácticas pedagógicas de la investigación clínica se incorporarán nuevos enfoques como el histórico, fenomenológico, crítico-social y sistémico, entre otros. También se crea la posibilidad de vivenciar las prácticas pedagógicas en el sitio, en las que son desarrolladas por medio de la observación educativa como una herramienta de reflexión (Postic y de Ketele, 1988; Fuentes, 2011).

Con la anterior propuesta, se espera que la cultura de enseñanza-aprendizaje de todos los implicados en los programas de especialidades médico-quirúrgicas lleve a un ejercicio reflexivo con miras a una calidad educativa continua.

9.2 Aportes en los vacíos del conocimiento en pedagogía y educación

La conciencia de la práctica más allá del hacer implica la conexión de los acuerdos sociales por medio de la ecología de la práctica mantenida por los pactos de comunidades que se conforman y reforman dependiendo de los

contextos. Bajo este escenario, la práctica se acerca a la teoría con mayor fortaleza al reconocer la importancia de sus supuestos teóricos, lo que lleva a la pérdida de la dualidad y una constante reflexión crítica y cíclica que fortalece la teorización de la práctica y la aplicación de la teoría.

Para lograr una práctica colectiva es necesario el esfuerzo y la intencionalidad de los sujetos, quienes, desde sus horizontes éticos, demuestran cómo sus acciones están cargadas de reflexión que va reestructurándose a lo largo del tiempo. En este sentido, la reflexión de las prácticas se muestra como un proceso continuo de meditación, una oportunidad de volver sobre la acción, los dichos y las relaciones instauradas en la práctica. En este proceso tanto la deliberación como la incertidumbre juegan un papel relevante en el actuar humano; la deliberación en relación con la posibilidad que tiene cada sujeto al racionalizar las ventajas o inconvenientes previo a la aplicación de una decisión; y la incertidumbre como la ocasión para reflexionar sobre y en la acción orientada hacia el bien común.

Desde los vacíos de conocimiento descritos en el estado del arte se logró analizar y explicar los procesos de enseñanza-aprendizaje *durante la configuración* de los acuerdos que, como comunidades de investigación, se generan por medio de la experiencia. La posibilidad de la explicación de las vivencias por parte de profesores y residentes en el momento de la práctica de investigación y de la práctica pedagógica *en la acción* y no luego del proceso de enseñanza-aprendizaje, como ocurre en la mayoría de las investigaciones que se centran en la evaluación de los conocimientos, habilidades y actitudes, da la oportunidad de potencializar las experiencias de la práctica clínica y de la toma de decisiones dirigidas a los pacientes.

La aplicación del *continuum reflexivo* a lo largo de la práctica médica y de la práctica pedagógica emergió como un elemento relevante en el aporte hacia el conocimiento, la habilidad y la actitud de los residentes y profesores de los

programas de especialidades médico-quirúrgicas al centrar su atención en el trato del paciente cuando se refuerza el pacto de cuidados descrito por Ricoeur (2008).

El lenguaje en las comunidades médicas juega un papel relevante al situarse como centro de la comprensión colectiva de las prácticas pedagógicas de los juicios médicos desde lo histórico, ético y político que implica acercar al paciente al lenguaje sencillo para la explicación de su diagnóstico y tratamiento.

9.3 Aporte a otras líneas de investigación del doctorado

Al comprender el currículo en los programas de especialidades médico-quirúrgicas como un componente vivo y dirigido a la atención de los pacientes, se explica cómo el proceso de enseñanza-aprendizaje se centra en el paciente y en el juicio clínico como valor social en la convivencia de los hospitales en los que tanto médicos especialistas docentes como médicos residentes reflexionan en y sobre sus acciones médicas. Esta reflexión constante como materia de aprendizaje y no solo basado en lo descrito en los planes de estudio, permite un proyecto de formación *phronético* reflejado en los conocimientos, las acciones, y la humanización del cuidado. Por otra parte, al comprender la investigación como parte de la formación del médico especialista para la toma de decisiones clínicas, la organización educativa apuesta a la investigación formativa en medio de la experiencia médico-paciente.

El transitar por la teoría y en la etapa de campo se evidenció la necesidad de fortalecer la gestión académica-educativa, dada la posibilidad de unir esfuerzos en la construcción o el refuerzo en las comunidades prácticas de investigación con el fin de aportar a la sociedad con investigaciones que lleven a un impacto social que esté presente en el plan estratégico de los grupos de investigación y de sus respectivas líneas.

Al analizar el contexto social y económico de los residentes, durante la etapa de campo se vislumbró la necesidad en el apoyo del Estado en relación con políticas educativas que soporten la práctica clínica desarrollada por los residentes en los hospitales del país. Bajo esta perspectiva, a lo largo del desarrollo de la tesis se atendió a los avances en la reglamentación del sistema de residencias médicas en Colombia que llegó a legislarse en julio del 2018 y de la cual emergen convergencias y tensiones en la educación de los residentes tanto para los hospitales como para las instituciones educativas. Así las cosas, queda abierta la oportunidad de investigar sobre esta problemática nacional.

La mayoría de los procesos de investigación en las residencias se centra en el paradigma cuantitativo; sin embargo, la comprensión de los problemas de investigación en salud implica la incorporación de horizontes cualitativos. En este sentido, la apuesta en la construcción de un conocimiento sobre las prácticas pedagógicas de las residencias médicas, bajo un enfoque cualitativo, dio la posibilidad de tomar la teoría fundamentada como referente para la construcción de una teoría sustantiva en la que las voces de los implicados en la enseñanza-aprendizaje de estos programas representaran las construcciones sociales vividas alrededor de los hospitales y, que de acuerdo con los participantes, el punto principal sea el cuidado al paciente a quien se reconoce como ser humano y como maestro de su propia dolencia.

Para finalizar, el caminar por las particularidades de las prácticas pedagógicas en las residencias médicas llevó a la autora del presente tesis a reflexionar sobre su quehacer pedagógico al comprender que la relación profesor-estudiante llega a buen fin cuando los acuerdos sobre los que se establece la confianza son respetados, y cuando, al tratar de interpretar la realidad de los estudiantes, se es capaz de ponerse en los zapatos del otro como ser humano. En medio de este ejercicio investigativo, se descubrió no solo el contexto del profesor o el estudiante de las residencias en un programa académico, sino la oportunidad de entender cómo un hospital universitario guarda historias maravillosas que se

tejen junto con los pacientes y que vale la pena rescatarlas para aprender de ellas. Esa oportunidad de conocer a los profesores, de los que algunos son colegas, llevó a un *continuum reflexivo* que vale la pena seguirlo aplicando a lo largo de la vida.

Referencias bibliográficas

- Ahmadi, N., McKenzie, M., MacLean, A., Brown, C., Mastracci, T., y McLeod, R. (2012). Teaching Evidence Based Medicine to Surgery Residents- Is Journal Club the Best Format? A Systematic Review of the Literature. *Journal of Surgical Education*, 69(1), 91-100.
- Albarqouni, L., Hoffmann, T. (2018). Evidence-based practice Educational interventions studies: a systematic review of what is taught and how it is measured. *BMC Medical Education*, 18, 177. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1284-1>
- Arias, M. (2000). La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28, 13-26.
- Aristóteles. (1999) *Ética Nicomaquea*. México, D.F., México: Editorial Época
- Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME). (1962a). *Estatutos del Consejo General de Especialidades Médicas*. Bogotá, Colombia: ASCOFAME.
- Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME). (1962b). *Reglamentación para el otorgamiento de títulos de Especialista*. Bogotá, Colombia: ASCOFAME.
- Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME). (2016). *Documento Posición Pregrado, Especialidades Médica y Educación Continua*. Bogotá, Colombia: ASCOFAME.
- Asociación Médica Mundial (AMM). (2013) *Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones con seres humanos*. 64^a Asamblea General, Fortaleza, Brasil. Recuperado de <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.

- Audet, N., Gagnon, R., Ladouceur, R., y Marcil, M. (1993). L'enseignement de l'analyse critique des publications scientifiques médicales est-il efficace? *Révision des études et de leur qualité méthodologique*, 148(6), 945-952.
- Bannister, S.L., Raszka, W.V., y Maloney, C.G. (2010). What Makes a Great Clinical Teacher in Pediatrics? Lessons Learned From the Literature. *Pediatrics*, 125(5), 863-865.
- Barbour, R. (2013). *Los grupos de discusión en investigación cualitativa*. Madrid: España: Ediciones Morata.
- Barragán, D. (2009). El pacto de cuidados en la relación paciente y profesional de la salud visual y ocular (PSVO): una lectura desde Paul Ricoeur. *Cien. Tecnol. salud vis. Ocul.*, 7(1), 137-145.
- Barragán, D. (2012). La práctica pedagógica: pensar más allá de las técnicas. En Barragán, D; Gamboa, A; Urbina, J. (Ed.), *Práctica pedagógica: Perspectivas teóricas* (pp. 19-38). Bogotá D.C., Colombia: Ecoe Ediciones
- Barragán, D. (2013). *Cibercultura y prácticas de los profesores. Entre hermenéutica y educación*. Bogotá, Colombia: Ediciones Universidad de la Salle.
- Barragán, D (2015). *El saber práctico: phrónesis, hermenéutica del quehacer del profesor*. Bogotá, Colombia: Ediciones Unisalle.
- Bautista, N. (2011). *Proceso de la investigación cualitativa. Epistemología, metodología y aplicaciones*. Bogotá, Colombia: Manual Moderno.
- Bejarano, M. (2009). Producción intelectual de las universidades y de los hospitales docentes en Colombia. *Rev. Colomb. Cir.*, 24, 16-22.
- Borrell, R. (2005). *La educación médica de postgrado en la Argentina el desafío de una nueva práctica educativa*. Buenos Aires, Argentina: Organización Panamericana de la Salud - OPS.
- Branch, W.T. (2015). Teaching professional and humanistic values: Suggestion for a practical and theoretical model. *Patient Education and Counseling*, 98(2), 162-167.
- Butt, A.K., y Khan, A.A. (2008). Teaching biostatistics and epidemiology in a postgraduate medical institution: are we going in the right direction? *La Revue De Santé De La Méditerranée Orientale*, 14, 1192-1197.

- Caillois, R. (1988). *El mito y el hombre*. México, México: Fondo de Cultura Económica.
- Cantillon, P., y de Grave, W. (2012). Conceptualising GP teachers' knowledge: a pedagogical content knowledge perspective. *Education for Primary Care*, 23(3), 178-85.
- Capra, F. (1998). *La trama de la vida. Una nueva perspectiva de los sistemas vivos*. Barcelona, España: Editorial Anagrama.
- Carr, W., y Kemmis, S. (1986). *Becoming critical: Education, knowledge and action research*. Londres: Routledge/Falmer.
- Carr, W., y Manzano, P. (1999). *Una teoría para la educación: Hacia una investigación educativa crítica*. Madrid, España: Morata.
- Centre for Statistics in Medicine, Institute of Health Sciences. (2000). *Systematic review of effectiveness of teaching critical appraisal*. Headington, Oxford: ICRF/NHS.
- Centro Cochrane Iberoamericano (trad.).(2012) Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, versión 5.1.0 [actualizada en marzo de 2011] [Internet]. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano. Recuperado de: <http://www.cochrane.es/?q=es/node/269>
- Cifali, M. (2005). Enfoque clínico, formación y escritura. En L. Paquay, M. Altet, E. Charlier y P. Perronoud (Eds.), *La formación profesional del maestro. Estrategias y Competencias* (pp. 170-196) México, D.F., México: Fondo de Cultura Económica.
- Comte, A., y Marías, J. (2011). *Discurso sobre el espíritu positivo*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Concha, M., Christian, M.J., Vergara, G., y Ibarra, H. (2012). Intención y desarrollo de competencias en investigación clínica en programas de postítulo de médico especialista en Chile. *Revista Médica de Chile*, 140(3), 326-333.
- Congreso de la República de Colombia. (1981). Ley 23 de 1981.
- Congreso de la República de Colombia. (2007). Ley 1164 de 2007.
- Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011.
- Congreso de la República de Colombia. (2012). Ley 1562 de 2012.

- Congreso de la República de Colombia. (2018). Ley 1917 de 2018.
- Coomarasamy, A., Taylor, R., y Khan, K. (2003). A Systematic Review of Postgraduate Teaching in Evidence-Based Medicine and Critical Appraisal. *Medical Teacher*, 25(1), 77-81.
- Coomarasamy, A., y Khan, K. (2004). What is the evidence that postgraduate teaching in evidence-based medicine changes anything? A systematic review. *BMJ (clinical Research Ed.)*, 329. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.329.7473.1017>.
- Creswell, J.W. (1998). *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five traditions*. Thousands Oaks, Estados Unidos: Sage Publications.
- Creswell, J.W. (2013). *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five approaches*. Thousands Oaks, Estados Unidos: Sage Publications.
- Creswell, J.W., y Brown, M.L. How chairpersons enhance faculty research: a grounded theory study. *The review of higher education*, 16(1), 41-62.
- Crotty, M. (1998). *The foundations of social research. Meaning and perspective in the research process*. Londres, Inglaterra: Sage.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos. (1979). *The Belmont Report Office of the Secretary Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Recuperado de <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>
- Derrida, J., Peretti, C., y Vidarte, P. (2002). *La Universidad sin condición*. Madrid, España: Editorial Trotta.
- Deslauriers, J.P. (2004). *Investigación cualitativa: guía práctica*. Pereira, Colombia: Papiro.
- Dewey (1910). *How we think*. Boston, Estados Unidos: D.C. Heath & Co., Publishers.
- Díaz, D. (2011). Una visión sucinta de la enseñanza de la medicina a través de la historia: II. Colombia, un sitio donde confluyeron varias culturas con su arte de curar. *Iatreia*, 24(2), 207-14.

- Domingo, A. (2013). *Práctica reflexiva para docentes. De la reflexión ocasional a la reflexión metodológica*. Saarbrücken, Alemania: Publicia.
- Ebbert, J., Montori, V., y Schultz, H. (2001). The journal club in postgraduate medical education: a systematic review. *Medical Teacher*, 23(5), 455-461.
- Ellett, F.S. (2012). Practical rationality and a recovery of Aristotle's phronesis for the professions. En E.A. Kinsella y A. Pitman (Eds.) *Phronesis as professional knowledge: Practical wisdom in the professions* (pp.13-33) Rotterdam, Holanda: Sense Publishers.
- Eslava, J. (1996). El influjo norteamericano en nuestra educación médica a mediados del siglo. *Rev. Fac. Med*, 44(2), 110-3.
- Ferrater, M. (1975a). *Diccionario de filosofía* (Tomo I, A-K). Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Ferrater, M. (1975b). *Diccionario de filosofía* (Tomo II, L-Z). Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Fish, D. (2009). Research as a pragmatic practice: Unpredictable means, unforeseeable ends. En B. Green (Ed.), *Understanding and Researching Professional Practice* (pp. 135-151). Rotterdam, Holanda: Sense Publishers.
- Flexner, A. (1910). *Medical education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching*. Boston, Estados Unidos: D.B. Updike, The Merrymount Press.
- Flick, U. (2012). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid, España: Morata.
- Flores-Mateo, G., y Argimon, J. (2007). Evidence based practice in postgraduate healthcare education: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 7(119). DOI:10.1186/1472-6963-7-119.
- Flyvbjerg, B. (2001). *Making social science matter: Why social inquiry fails and how it can succeed again*. Oxford, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Fuentes, M.T. (2011) La observación de las prácticas educativas como elemento de evaluación y de mejora de la calidad en la formación inicial y continua del profesorado. *Revista de Docencia Universitaria*, 9(3), 237-258.
- Gadamer, H.G. (1996). *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa.

- Gadamer, H.G. (2000). *El elogio de la teoría: Discursos y artículos*. Barcelona, España: Ediciones Península.
- Gadamer, H.G. (2003). *Verdad y método I*. Salamanca, España: Ediciones Sígueme.
- Galeano, M.E. (2012). *Estrategias de investigación social cualitativa. El giro en la mirada*. Medellín, Colombia: La Carreta Editores E.U.
- García, G.E., y Manzano, J. (2010). Procedimientos metodológicos básicos y habilidades del investigador en el contexto de la teoría fundamentada. *Iztapalapa Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 31(69), 17-39.
- Gehlbach, S., Bobula, J., y Dickinson, J. (1980). Teaching residents to read the medical literature. *J. Med. Educ.*, 55, 362-365.
- Gibbs, G. (2012). *El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa*. Madrid, España: Ediciones Morata.
- Giusti, G. (2007). Formación pedagógica de profesores universitarios: conclusiones de una experiencia brasileña. *Revista de la Educación Superior*, 36(3), 119-132.
- Gómez, H. (1976). *Cartas desde Asia*. Medellín, Colombia: Colección Héctor Abad Gómez.
- Graue, E. y Argüero, R. (2015). El aprendizaje observacional y el papel del docente como modulador de conductas. En Sánchez, M., Lifschitz, A. & Vilar, P. (eds.), *Educación médica Teoría y práctica* (pp. 283-287). Barcelona: Elsevier.
- Green, B. (2009). Introduction: Understanding and researching professional practice. En B. Green (Ed.), *Understanding and Researching Professional Practice* (pp. 1-18). Rotterdam, Holanda: Sense Publishers.
- Green, M. (1999). Graduate Medical Education Training in Clinical Epidemiology, Critical Appraisal, and Evidence-based Medicine: A Critical Review of Curricula. *Academic Medicine*, 74(6), 686-694.
- Grondin, J. (1999). *Introducción a la hermenéutica filosófica*. Barcelona, España: Herder.

- Guba, E.G y Lincoln, Y.S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. En N.K. Denzin y Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). Thousand Oaks, CA, Estados Unidos: Sage.
- Harris, J., Kearley, K., Heneghan, C., Meats, E., Roberts, N., Perera, R., y Kearley-Shiers, K. (2011). Are journal clubs effective in supporting evidence-based decision making? A systematic review. BEME Guide No. 16. *Medical Teacher*, 33(1), 9-23.
- Hays, R. (2008). Assessment in medical education: roles for clinical teachers. *The Clinical Teacher*, 5(1), 23-27.
- Hebert, R., Levine, R., Smith, C.G., Wright, S.M. (2003). A systematic review of resident research curricula. *Academic Medicine*, 78(1), 61-68.
- Herrera, J. (2013). *Pensar la educación, hacer investigación*. Bogotá: Universidad de La Salle.
- Himelhoch, S., Edwards, S., Ehrenreich, M., Lubner, M.P. (2015). Teaching lifelong research skills in residency: Implementation and outcome of a systematic review and meta-analysis course. *Journal of Graduate Medical Education*, 7(3), 445-450.
- Horsley, T., O'Neill, J., McGowan, J., Perrier, L., Kane, G., y Campbell, C. (2010). Interventions to improve question formulation in professional practice and self-directed learning. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5). Art. No.: CD007335. DOI: 10.1002/14651858.CD007335.pub2.
- Howell, J. D. (2016). A History of Medical Residency. *Reviews in American History*, 44(1), 126-131.
- Huff, N.G., Roy, B., Estrada, C.A., Centor, R.M., Castiglioni, A., Willett, L.L.... Cohen, S. (2014). Teaching behaviors that define highest rated attending physicians: A study of the resident perspective. *Medical Teacher*, 36(11), 991-996.
- Ille, T.M., Muthukrishnan, R., Ille, M.E. Integrating medical biostatistics into postgraduate medical curriculum. *The National Medical Journal of India*, 30(4), 212-214.

- Ilic, D. (2009). Teaching evidence-based practice: perspectives from the undergraduate and post-graduate viewpoint. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 38(6), 559-565.
- Ilic, D., Bin-Nordin, R., Glasziou, P., Tilson, J. K., y Villanueva, E. (2013). Implementation of a blended learning approach to teaching evidence based practice : a protocol for a mixed methods study. *BMC Medical Education*, 13, 170. doi.org/10.1186/1472-6920-13-170.
- Ilic, D., y Forbes, K. (2010). Undergraduate medical student perceptions and use of Evidence Based Medicine: a qualitative study. *BMC Med Educ*, 10 (58). DOI: 10.1186/1472-6920-10-58.
- Ilic, D., y Maloney, S. (2014). Methods of teaching medical trainees' evidence-based medicine: a systematic review. *Medical Education*, 48(2), 124-135.
- Instone, S.L. (2010) With HIV infection when not told for so long: implications for diagnosis disclosure. *J. Pediatr. Health Care*, 14, 235-243.
- Irby, D.M. (2014). Excellence in clinical teaching: knowledge transformation and development required. *Medical Education*, 48(8), 776-784.
- Johns Hopkins Medicine (2017). *The Four Founding Physicians*. Baltimore, Estados Unidos: The Johns Hopkins University, The Johns Hopkins Hospital, and Johns Hopkins Health System. Recuperado de <https://www.hopkinsmedicine.org/about/history/history5.html>
- Kemmis, S. (2009a). Action research as a practice-based practice. *Educational Action Research*, 17(3), 463-74.
- Kemmis, S. (2012b). Researching educational praxis: spectator and participant perspective. *British Educational Research Journal*, 38(6), 885-905.
- Kemmis, S. (1993) *El currículum: Más allá de una teoría de la reproducción*. Madrid: España: Ediciones Morata.
- Kemmis, S. (1999). La teoría de la práctica educativa. En Carr, W., & Manzano, P., Una teoría para la educación: Hacia una investigación educativa crítica (pp.17-38). Madrid: Morata.

- Kemmis, S. (2009b). Understanding professional practice: a synoptic framework. En B. Green (Ed.), *Understanding and Researching Professional Practice* (pp. 19-38). Rotterdam, Holanda: Sense Publishers.
- Kemmis, S. (2010). What is professional practice? En Kanes, C. (Ed.), *Elaborating professionalism: Studies in practice and theory* (pp. 139-166). Nueva York, Estados Unidos: Springer.
- Kemmis, S. (2012a). Phronēsis, experience, and the primacy of praxis. En E.A. Kinsella y A. Pitman (Eds.), *Phronesis as professional knowledge: Practical wisdom in the professions* (pp.147-161) Rotterdam, Holanda: Sense Publishers.
- Kemmis, S., Wilkinson, J., Edwards-Groves, C., Hardy, I., Grootenboer, P. y Bristol, L. (2014). *Changing Practices, Changing Education*. Londres, Inglaterra: Springer.
- Kemmis, S., y McTaggart, R. (2005) Participatory action research: Communicative action and the public sphere. En: Denzin, N y Lincoln Y. (eds), *The Sage handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Kikukawa, M., Nabeta, H., Ono, M., Emura, S., Oda, Y., Koizumi, S., y Sakemi, T. (2013). The characteristics of a good clinical teacher as perceived by resident physicians in Japan: a qualitative study. *BMC Medical Education*, 13, 100. DOI:10.1186/1472-6920-13-100.
- Kimchi, J., Polivka, B., y Stevenson, J.S. (1991). Triangulation: operational definitions. *Nursing Research*, 41(6), 364-366.
- Kinsella, E. A., y Pitman, A. (2012). Engaging phronesis in profesional practice and education. En E.A. Kinsella y A. Pitman (Eds.), *Phronesis as professional knowledge: Practical wisdom in the professions* (pp. 1-11). Rotterdam. Holanda: Sense Publishers.
- Kinsella, E.A. (2012). Practitioner reflection and judgement as phronesis: A continuum of reflection and considerations for phronetic judgement. En E.A. Kinsella y A. Pitman (Eds.), *Phronesis as professional knowledge: Practical wisdom in the professions* (pp.35-52). Rotterdam, Holanda: Sense Publishers.

- Kitchens, J., y Pfeifer, M. (1989). Teaching residents to read the medical literature: a controlled trial of a curriculum in critical appraisal/clinical epidemiology. *J. Gen. Intern. Med.*, 4, 384-387.
- Kljakovic, M., Gilbert, A., y Love, T. (2004). Attitudes of teachers to evidence-based medicine. *Australian Family Physician*, 33(5), 376-8.
- Krupat, E., Sprague, J.M., Wolpaw, D., Haidet, P., Hatem, D., y O'Brien, B. (2011). Thinking critically about critical thinking: ability, disposition or both? *Medical Education*, 45(6), 625-35.
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en Investigación Cualitativa*. Madrid, España: Ediciones Morata.
- Laín, P. (1978). *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat Editores.
- Lawson, M. L.A., Saunders, C., Velu, P.P., Iredale, J., Hor, K., y Russell, C.D. (2013). Twelve tips for teachers to encourage student engagement in academic medicine. *Medical Teacher*, 35(7), 549-554.
- Lifshitz, A. (2015). Aprendizaje experiencial. En Sánchez, M., Lifschitz, A. y Vilar, P. (eds.). *Educación médica Teoría y práctica* (pp. 307-310). Barcelona, España: Elsevier.
- MacDougall, J., y Drummond, M.J. (2005). The development of medical teachers: an enquiry into the learning histories of 10 experienced medical teachers. *Medical Education*, 39(12), 1213-1220.
- MacIntyre, A. (2001). *Tras la virtud*. Barcelona, España: Crítica (Grijalbo Mondadori).
- Maggio, L., Tannery, N., Chen, H., ten Cate, O., y O'Brien, B. (2013). Evidence-based medicine training in undergraduate medical education: a review and critique of the literature published 2006-2011. *Acad. Med.*, 88(7), 1022 - 1028.
- Mann, K. V., Holmes, D. B., Hayes, V. M., Burge, F. I., y Viscount, P. W. (2001). Community family medicine teachers' perceptions of their teaching role. *Medical Education*, 35(3), 278-285.
- Mann, K., Gordon, J., y MacLeod, A. (2009). Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*, 14(4), 595-621.

- Marín, J. (2012). *La investigación en educación y pedagogía. Sus fundamentos epistemológicos y metodológicos*. Bogotá, Colombia: Ediciones USTA.
- Marín, M., y Teruel, M.P. (2004). La formación del docente universitario: Necesidades y demandas desde su alumnado. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 18(2), 137-151.
- Marsh, H. (2016). *Ante todo no hagas daño*. Barcelona: España: Ediciones Salamandra.
- Martínez, O. (2007). La historia de la educación en la medicina. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 30(Supl. 1), S249-S250.
- Masunaga, H., y Hitchcock, M. A. (2010). Residents' and faculty's beliefs about the ideal clinical teacher. *Family Medicine*, 42(2), 116-20.
- McLeod, P. J., Meagher, T., Steinert, Y., Schuwirth, L., y McLeod, A.H. (2004). Clinical teachers' tacit knowledge of basic pedagogic principles. *Medical Teacher*, 26(1), 23-7.
- McPeck, J. E., y Sanders, J. T. (1974). Some Reflections on Education as a Profession. *Journal of Educational Thought*, 8(2), 55-66.
- Medina-Figueroa, A.M., Espinosa-Alarcón, P.A., y Viniegra-Velázquez, L. (2008). La práctica docente y la postura ante la educación médica. *Revista Médica Del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(6) 691-696.
- Mejía, A. (2012). ¿Es posible una práctica educativa? Una propuesta desde los resquicios. En Barragán, D; Gamboa, A; Urbina, J. (Ed.), *Práctica pedagógica: Perspectivas teóricas* (pp.39-54). Bogotá, Colombia: Ecoe Ediciones.
- Ministerio de Educación Nacional. (2010). Decreto 1295 de 2010.
- Ministerio de Educación Nacional. Consejo Nacional de Educación Superior - CESU (2016). Acuerdo 3 de 2016.
- Ministerio de Protección Social. (2006). Resolución 1043 de 2006.
- Ministerio de Protección Social. (2010). Resolución 00001058 de 2010.
- Ministerio de Salud. (1993). Resolución 8430 de 1993.
- Ministerio de Salud de Colombia. (1993). Resolución 8430 de 1993.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Decreto 903 de 2014

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Sistema de Residencias Médicas en Colombia: Marco conceptual para una propuesta de regulación. Recuperado de [http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/Documento%20de%20Residencias%20M%C3%A9dicas_versi%C3%B3n%206%20\(2\).pdf](http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/Documento%20de%20Residencias%20M%C3%A9dicas_versi%C3%B3n%206%20(2).pdf)
- Montes, D. A. y Suárez, C. I. (2016). La formación docente universitaria: claves formativas de universidades españolas *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 18(3), 51-64. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412016000300004&lng=es&tlng=es.
- Montgomery, K. (2006) *How doctors think. Clinical judgment and the practice of medicine*. Nueva York, Estados Unidos: Oxford University Press.
- Moreno, P.J. *Manual de investigación en Educación. Talleres de trabajo*. Bogotá, Colombia: Ediciones Unisalle.
- Morgan, D.L. Focus groups. *Annual Review of Sociology*, 22, 129-152.
- Morrow, S.L., y Smith, M.L. (1995). Constructions of survival and coping by women who have survived childhood sexual abuse. *Journal of counseling psychology*, 42(1), 24-33.
- Nars, J.A., Falatko, J. y Halalau, A. (2018). The impact of critical appraisal workshops on residents' evidence based medicine skills and knowledge. *Advances in Medical Education and Practice*, 9, 267-272.
- Nolla, M., y Palés, J.L. (2015). Educación en los valores de los médicos y del profesionalismo. La evaluación del profesionalismo. En J.M. Núñez, J.L. Palés y J. Morán (Ed.), *Principios de la educación médica. Desde el grado hasta el desarrollo profesional* (pp.196-203). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Norman, G., y Shannon, S. (1998). Effectiveness of instruction in critical appraisal (evidence-based medicine) skills: a critical appraisal. *CMAJ*, 158(2), 177-181.

- Novack, L., Jotkowitz, A., Knyazer, B., y Novack, V. (2006). Evidence-based medicine: assessment of knowledge of basic epidemiological and research methods among medical doctors. *Postgrad. Med. J.*, 82(974), 817-822.
- O'Brien, J. (2015). Conceptualizing the research culture in postgraduate medical education: implications for leading culture change. *J Med Humanit.*, 36, 291-307.
- Olmedo, V. (2015). El papel del paciente en la formación del residente. En Sánchez, M., Lifschitz, A. y Vilar, P. (Eds.), *Educación médica Teoría y práctica* (pp. 289-294). Barcelona, España: Elsevier.
- Olsen, J., Saracci, R. y Trichopoulos, D. (2001). *Teaching Epidemiology*. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Residencias médicas en América Latina. (Serie: La renovación de la atención primaria de salud en las Américas, No.5)*. Washington, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud.
- Oussalah, A. y Guéant, J. (2015). Information-seeking behavior during residency is associated with quality of theoretical learning, academic career achievements, and evidence-based medical practice. *Medicine*, 94(6). DOI: 10.1097/MD.0000000000000535
- Padilla, A., López, M.M., y Rodríguez, A. (2015). La formación del docente universitario. Concepciones teóricas y metodológicas. *Revista Científica de la Universidad de Cienfuegos*, 7(2), 86 -90.
- Padilla, J.E. (2008). La formación del docente universitario con miras al desarrollo humano. *Revista Educación y Desarrollo Social*, 2(1), 90-99.
- Parra, C., Ecima, I., Gómez, M.P., y Almenárez, F. (2010). La formación de los profesores universitarios: una asignatura pendiente de la universidad colombiana. *Educación y educadores*, 13(3), 421 – 452.
- Parry, R. (2014) *Episteme and Techne*. En: Edward N. Zalta (ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2014 Edition). California: Estados Unidos: Recuperado de <https://plato.stanford.edu/archives/fall2014/entries/episteme-techne>

- Patiño, J. (2005). El Juramento Hipocrático. *Rev. Colomb. Cir.*, 20(2), 62-64.
- Pedraz, A., Zarco, J., Ramasco, M., y Palmar, A.M. (2014). *Investigación cualitativa*. Barcelona, España: Elsevier.
- Perrenoud, P. (2011). *Desarrollar la práctica reflexiva en el oficio de enseñar. Profesionalización y razón pedagógica*. Barcelona: España: Editorial Grao.
- Postic, M. y de Ketele, J.M. (1988). *Observar las situaciones educativas*. Madrid, España: Narcea.
- Presidencia de la República de Colombia. (2010). Decreto 2376 de 2010.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española*. (Tomo I). Bogotá: Editorial Planeta Colombiana.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española*. (Tomo II). Bogotá: Editorial Planeta Colombiana.
- Ricoeur, P. (2008). *Lo justo 2: Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada*. Madrid: Trotta.
- Ricoeur, P. (2002). *Del texto a la acción. Ensayos de Hermenéutica II*. México: México.
- Rillo, A. (2006). El arte de la medicina: una investigación hermenéutica. *Gaceta Médica de México*, 142(3), 253-260.
- Rodríguez, F. y Ramírez, J. (2016). ¿Tenemos claro lo que es la residencia médica? *Acta Médica Grupo Ángeles*, 14(3), 183-184.
- Rohwer, A., Young, T., y van Schalkwyk, S. (2013). Effective or just practical? An evaluation of an online postgraduate module on evidence-based medicine (EBM). *BMC Medical Education*, 13, 77. DOI:10.1186/1472-6920-13-77
- Roldán, A. (2012). La reivindicación del prejuicio como precomprensión en la teoría hermenéutica de Gadamer. *Enfoques XIV*, 1, 19-29.
- Romero, E. (2008). *Análisis pedagógico del Plan de Formación Individual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria* (tesis doctoral). Universidad de Murcia, Murcia, España.
- Sackett D (2002) Clinical epidemiology: what, who, and whither. *J. Clin. Epidemiol.*, 55(12), 1161-1166.

- Sambunjak, D., Straus, S.E., y Marusic, A. (2010). A Systematic Review of Qualitative Research on the Meaning and Characteristics of Mentoring in Academic Medicine. *Journal of General Internal Medicine*, 25(1), 72-78.
- Sánchez, J.A. (s.f). Formación inicial para la docencia universitaria. *OEI – Revista Iberoamericana de Educación*, 1 – 17.
- Sánchez, M., Torruco, U., Méndez, J. y Mendoza, H. (2015). El médico residente como educador. En Sánchez, M., Lifschitz, A. y Vilar, P. (edits.), *Educación médica. Teoría y práctica* (pp. 301-306). Barcelona: Elsevier.
- Sandín, M. (2003). *Investigación Cualitativa en Educación. Fundamentos y tradiciones*. Madrid, España: McGraw-Hill.
- Sañudo, L. (2006). El proceso de significación de la práctica como sistema complejo. En Perales, R. (Ed.), *La significación de la práctica educativa* (pp. 19-53).
- Schön, D. (1998). *El profesional reflexivo, como piensan los profesionales cuando actúan*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Seabrook, M. A. (2003). Medical teachers' concerns about the clinical teaching context. *Medical Education*, 37(3), 213-222.
- Sennett, R., y Galmarini, M. A. (2009). *El Artesano*. Barcelona, España: Anagrama.
- Shankar, P., Chandrasekhar, T., Mishra, P., y Subish, P. (2006). Initiating and strengthening medical student research: time to take up the gauntlet. *Kathmandu Univ. Med. J. (KUMJ)*, 4(1), 135-138.
- Stark, P. (2003). Teaching and learning in the clinical setting: a qualitative study of the perceptions of students and teachers. *Medical Education*, 37, 11, 975-982.
- Steinert, Y., Mann, K., Centeno, A., Dolmans, D., Spencer, J., Gelula, M., y Prideaux, D. (2006). A systematic review of faculty development initiatives designed to improve teaching effectiveness in medical education: BEME Guide No. 8. *Medical Teacher*, 28(6), 497-526.
- Stenfors-Hayes, T., Hult, H., y Dahlgren, L.O. (2011). What does it mean to be a good teacher and clinical supervisor in medical education? *Advances in Health Sciences Education*, 16(2), 197-210.

- Strauss, A., y Corbin, J.M. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
- Streubert, H.K., y Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative research in nursing. Advancing the Humanistic Imperative*. Filadelfia: Estados Unidos: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sutkin, G., Wagner, E., Harris, I., y Schiffer, R. (2008). What makes a good clinical teacher in medicine? A review of the literature. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 83(5), 452-66.
- Taylor, E.W., Tisdell, E.J., y Gusic, M.E. (2007). Teaching beliefs of medical educators: perspectives on clinical teaching in pediatrics. *Medical Teacher*, 29(4), 371-6.
- Taylor, R., Reeves, B., Ewings, P., Binns, S., Keast, J., y Mears, R. (2000). A systematic review of the effectiveness of critical appraisal skills training for clinicians. *Med. Educ.*, 34(2), 120-125.
- Torruco, U. y Sánchez, M. (2015). El razonamiento clínico: ¿cómo diagnostican los médicos y cómo hacer para aprenderlo? En Sánchez, M., Lifschitz, A. y Vilar, P. (eds.). *Educación médica Teoría y práctica* (pp.319-326). Barcelona: Elsevier.
- Tribín, A. (2002). Facultad de Medicina. Edición especial Centenario Sociedad de Cirugía de Bogotá – Hospital de San José 1902 – 2002. *Repertorio de Medicina y Cirugía, edición especial*, 190 – 192.
- van Roermund, T., Tromp, F., Scherpbier, A., Bottema, B., y Bueving, H. (2011). Teachers' ideas versus experts' descriptions of 'the good teacher' in postgraduate medical education: implications for implementation. A qualitative study. *BMC Medical Education*, 11, 42. doi:10.1186/1472-6920-11-42.
- van Roermund, T.A., Mokkink, H.G., Bottema, B.J., van Weel, C., y Scherpbier, A. J. (2014). Comparison of expectations and beliefs about good teaching in an academic day release medical education program: A qualitative study. *BMC Medical Education*, 14, 211, DOI: 10.1186/1472-6920-14-211.

- Vilar, P., Chavolla, R. y Chavarría, A. (2015). El reto educativo de la enseñanza de los residentes. El residente y el Sistema Nacional de Salud. En Sánchez, M., Lifschitz, A. y Vilar, P. (eds.), *Educación médica. Teoría y práctica* (pp.263-268). Barcelona: Elsevier.
- Walczak, J., Kaleta, A., Gabryś, E., Kloc, K., Thangaratinam, S., Barnfield, G. ... Khan, K.S. (2010). How are "teaching the teachers" courses in evidence-based medicine evaluated? A systematic review. *BMC Medical Education*, 10, 64. DOI: 10.1186/1472-6920-10-64.
- Weber, M. (2009). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Buenos Aires, Argentina: La Editorial Virtual.
- Williams, R.G., y Klamen, D.L. (2006). See one, do one, teach one--exploring the core teaching beliefs of medical school faculty. *Medical Teacher*, 28(5), 418-424.
- Young, T., Rohwer, A., Volmink, J., y Clarke, M. (2014). What Are the Effects of Teaching Evidence-Based Health Care (EBHC)? Overview of Systematic Reviews. *Plos One*, 9(1). DOI: 10.1371/journal.pone.0086706
- Zuluaga, O.L., Echeverri, A., Martínez, A., Quinceno, H., Sáenz, J., Álvarez, A. (2014). *Pedagogía y Epistemología*. Bogotá, Colombia: Magisterio.

Anexos

Anexo 1. Estudios primarios y tópicos relacionados con la enseñanza de la investigación clínica en las residencias médicas

Estudios primarios	Año	Enfoque metodológico	País	TÓPICOS							
				Rol de profesor	Currículo - competencia	Métodos de enseñanza	Práctica pedagógicas	Actitudes hacia la MBE	Enseñanza pensamiento crítico	Entrenamiento de MBE	Uso de la bioestadística y la epidemiología
Mann	2001	Cualitativo	Canadá	x							
Stark	2003	Cualitativo	Reino Unido	x							
Seabrook	2003	Cualitativo	Reino Unido	x							
MacDougall	2005	Cualitativo	Reino Unido	x							
Williams	2006	Cualitativo	Estados Unidos	x							
Sutkin	2008	Revisión sistemática	Estados Unidos	x							
Sambunjak	2010	Revisión sistemática	Croacia	x							
Masunaga	2010	Corte transversal	Estados Unidos	x							
Bannister	2010	Revisión narrativa	Canadá/ Estados Unidos	x							
Stenfors-Hayes	2011	Cualitativo	Suecia	x							
van Roermund	2011	Cualitativo	Holanda	x							
Cantillon	2012	Mixto	Irlanda/Holanda	x							
Lawson	2013	Revisión narrativa	Reino Unido	x							
Kikukawa	2013	Cualitativo	Japón	x							
van Roermund	2014	Cualitativo	Holanda	x							
Huff	2014	Cualitativo	Estados Unidos	x							
Irby	2014	Revisión narrativa	Estados Unidos	x							
Green	1999	Revisión sistemática	Estados Unidos		x						
Hebert	2003	Revisión sistemática	Estados Unidos		x						
Taylor	2007	Cualitativo	Estados Unidos		x						
Hays	2008	Revisión narrativa	Reino Unido		x						
Concha	2012	Mixto (Diseño descriptivo y análisis de caso)	Chile		x						
Rohwer	2013	Mixto	Sudáfrica		x						
Himelhoch	2015	Experimental	Estados Unidos		x						

Steinert	2006	Revisión sistemática	Canadá, Argentina, Holanda, Reino Unido, Estados Unidos, Australia	x				
Kljakovic	2004	Corte transversal	Nueva Zelanda/ Escocia	x				
Oussalah	2015	Corte transversal	Francia	x				
Ille	2017	Cualitativo	Emiratos Árabes Unidos y Serbia	x				
Nasr	2018	Cuasiexperimental	Estados Unidos	x				
McLeod	2004	Corte transversal	Canadá/ Holanda		x			
Medina-Figueroa	2008	Validación y corte transversal	México		x			
Mann	2009	Revisión sistemática	Canadá		x			
Branch	2015	Revisión narrativa	Estados Unidos			x		
Krupat	2011	Cualitativo	Estados Unidos				x	
Walczak	2010	Revisión sistemática	Polonia/ Reino Unido/ Alemania/Hungría/ Italia/ Suiza/Holanda					x
Butt	2008	Corte transversal	Pakistán					x

* MBE= Medicina basada en la evidencia

Fuente: Elaboración propia

Anexo 2. Objetivo general de los estudios de la enseñanza de la investigación clínica en las residencias médicas

Estudio	Objetivo general
Bannister, 2010	Revisar la literatura que describe los atributos y habilidades de un gran profesor clínico, tanto en la comunidad como en la universidad, y delinear algunas estrategias usadas para mejorar el aprendizaje de los estudiantes de medicina.
Branch, 2015	Sugerir y describir un modelo teórico y práctico de enseñanza de los valores profesionales y humanistas.
Butt, 2008	Determinar el conocimiento de la estadística y la epidemiología como herramientas de investigación en el profesorado y los estudiantes de un hospital en Pakistán.
Cantillon, 2012	Examinar la aplicación de un modelo del conocimiento del contenido pedagógico en un entorno de educación práctica general.
Concha, 2012	Analizar la intencionalidad por la formación en competencias en investigación clínica en los programas de postitulación de médicos especialistas ofrecidos por siete universidades chilenas, con el objetivo de contrastar dicha intención con la productividad de docentes y residentes en publicaciones ISI en el período 1999-2007.
Green, 1999	Revisar sistemáticamente la literatura publicada en el currículo de la educación médica en epidemiología clínica, apreciación crítica, y medicina basada en la evidencia.
Hays, 2008	Describir el enfoque de la evaluación en la educación médica.
Hebert, 2003	Analizar los currículos publicados en la capacitación de investigación en las residencias.
Himelhoch, 2015	Describir el desarrollo, implementación y evaluación de un curso diseñado para mejorar la alfabetización de los residentes en revisiones sistemáticas y metaanálisis.
Huff, 2014	Examinar la asociación entre los dominios de los comportamientos específicos de enseñanza y las puntuaciones más altas de los profesores.
Ille, 2017	Analizar la información descrita en las publicaciones científicas y valorar su relevancia en la práctica clínica.
Irby, 2014	Describir las formas de conocimiento de los profesores clínicos, la transformación de este conocimiento con fines didácticos y las implicaciones para el desarrollo del profesorado.
Kikukawa, 2013	Identificar las características de un buen profesor percibidas por médicos residentes en Japón, un país no occidental, y comparar los resultados con los obtenidos en países occidentales.
Kljakovic, 2004	Describir las actitudes de los profesores de los médicos generales y los especialistas clínicos hacia la medicina basada de la evidencia.
Krupat, 2011	Determinar el grado de acuerdo de los educadores clínicos en relación con las definiciones del pensamiento crítico y determinar si su pensamiento crítico en la práctica es consistente con las definiciones.
Lawson, 2013	Identificar 12 consejos para alentar los compromisos de los estudiantes en los aspectos académicos de la medicina y la participación de la investigación a lo largo de sus estudios en el pregrado.

MacDougall, 2005	Explorar las diferentes formas en la cuáles los médicos han aprendido a enseñar y a entrenarse.
Mann, 2009	Comprender las variables clave que influyen en este proceso educativo de la reflexión y la práctica reflexiva, identificar vacíos en la evidencia, y explorar las implicaciones para la práctica educativa y la investigación.
Mann, 2001	Explorar las percepciones de los profesores sobre su rol docente, para entender la efectividad de la enseñanza basada en la comunidad y en los sitios ambulatorios.
Masunaga, 2010	Comparar las creencias sobre la enseñanza clínica ideal de residentes y profesores de un programa de medicina familiar.
McLeod, 2004	Evaluar los conocimientos tácitos de los profesores clínicos de los principios pedagógicos y sus conceptos.
Medina-Figueroa, 2008	Estimar el desarrollo de una postura ante la educación médica, en una población de médicos con y sin práctica docente, del primer y segundo nivel de una delegación del Instituto Mexicano del Seguro Social
Nasr, 2018	Valorar el impacto de cuatro talleres de apreciación crítica de la medicina basadas en la evidencia focalizados en el mejoramiento de los conocimientos y habilidades.
Oussalah, 2015	Objetivo: Evaluar el comportamiento de la búsqueda de literatura por medio de un cuestionario estandarizado.
Rohwer, 2013	Evaluar de manera formativa un módulo de medicina basada en la evidencia del programa de medicina familiar en su primer año de entrenamiento.
Sambunjak, 2010	Conducir una revisión sistemática de estudios cualitativos que exploraran el conocimiento de las características y las dinámicas de los tutores en el contexto de la academia médica.
Seabrook, 2003	Conocer las percepciones de los profesores sobre el ambiente de aprendizaje en una escuela de medicina durante un cambio curricular.
Stark, 2003	Describir la percepción de los estudiantes médicos y de los profesores clínicos de la enseñanza aprendizaje en los sitios clínicos.
Steinert, 2006	Sintetizar la existencia de la evidencia que evalúa la pregunta: ¿Cuáles son los efectos de las intervenciones de la formación del profesorado en los conocimientos, actitudes y habilidades de los docentes en la educación médica, y en las instituciones en las que trabajan?
Stenfors-Hayes, 2011	Describir las diferentes formas del entendimiento de un buen profesor y de un buen supervisor clínico sus similitudes y sus diferencias.
Sutkin, 2008	Realizar una revisión de la literatura que respondiera a la pregunta: ¿Que hacen los buenos profesores clínicos en medicina?
Taylor, 2007	Explorar las creencias de enseñanza de los profesores en un departamento de pediatría en un colegio de la medicina.
van Roermund, 2011	Explorar las creencias del significado de un buen profesor con las siguientes preguntas: a. ¿Cuáles son las ideas de los profesores de un buen profesor? b. ¿En qué medida las ideas de los profesores corresponden con el concepto de buen profesor descrito en el perfil de las nuevas competencias?
van Roermund, 2014	Identificar los factores de éxito y barreras relacionadas con la alineación de las expectativas y creencias y la construcción de un ambiente educativo centrado en el aprendizaje.
Walczak, 2010	Revisar de forma sistemática los instrumentos de evaluación utilizados en la valoración de los cursos para profesores de la enseñanza de la medicina basada en la evidencia.

Williams, 2006 Explorar las creencias de la enseñanza del currículo de la facultad de medicina y establecer si estas creencias difieren en las ciencias básicas, clínicas y las instrucciones de los especialistas.

Fuente: Elaboración propia

Anexo 3. Objetivo general de las revisiones sistemáticas del aprendizaje de la investigación clínica en las residencias médicas

Revisión sistemática	Objetivo general
Albarqouni, 2018	Evaluar los cinco pasos de la medicina basada en la evidencia por medio de las habilidades, conocimientos, actitudes, comportamientos, autoeficacia y reacciones de la enseñanza de la práctica basada en la evidencia.
Young, 2014	Evaluar y organizar la evidencia de las revisiones sistemáticas de la enseñanza de cuidado de la salud basado en la evidencia.
Ilic, 2014	Identificar el tipo de métodos educativos más efectivos en el incremento de las competencias de la medicina basada en la evidencia en los estudiantes de medicina, tanto estudiantes de pregrado como de posgrado.
Ahmadi, 2012	Evaluar los métodos del proceso de enseñanza de la medicina basada en la evidencia y determinar cuáles formatos o componentes del club de revista podrían tener mayor efectividad en las habilidades de apreciación crítica en residentes quirúrgicos y que permiten una mayor satisfacción para los usuarios.
Harris, 2011	Determinar si el club de revista es una intervención efectiva en el soporte de la toma de decisiones clínicas.
Horsley, 2010	Evaluar la efectividad de las intervenciones para incrementar la frecuencia y la respuesta de preguntas formuladas por trabajadores de la salud en la práctica y el contexto del aprendizaje autodirigido.
Ilic, 2009	Valorar la literatura y discutir el impacto de la enseñanza de la práctica basada en la evidencia y su impacto en las competencias de la práctica basada en la evidencia.
Flores-Mateo, 2007	Realizar una revisión sistemática de los estudios que valoran la efectividad de la enseñanza de la práctica basada en la evidencia y cuyos objetivos mejoran el conocimiento, habilidades en la apreciación crítica de la evidencia, actitudes y comportamientos de los trabajadores de posgrado en ciencias de la salud.
Coomarasamy, 2004	Examinar los efectos de la enseñanza de la medicina basada en la evidencia en estudiantes de posgrado y explorar los efectos de los métodos de enseñanza (tanto las prácticas independientes como las integradas a la clínica) en varios desenlaces.
Coomarasamy, 2003	Esta revisión sistemática es actualizada por Coomarasamy en el año 2004
Ebbert, 2001	Evaluar si el club de revistas en el entrenamiento médico es efectivo para mejorar el cuidado del paciente, las habilidades en la apreciación crítica, mejoría en los hábitos de lectura, incrementar el conocimiento de la epidemiología clínica y bioestadística, e incrementar el uso de la literatura médica en la práctica
Taylor, 2000	Realizar una revisión sistemática descriptiva de la efectividad de los hallazgos de la apreciación crítica en clínicos.

Centre for Statistics in Medicine, Institute of Health Sciences, 2000	Evaluar si la enseñanza de la apreciación crítica ha beneficiado los efectos de los trabajadores de la salud y los pacientes, considerando los resultados en la salud de los pacientes, los comportamientos de los profesionales en su actualización, el comportamiento en la toma de decisiones, las habilidades en la apreciación crítica, conocimientos y actitudes, y el incremento en la satisfacción.
Norman, 1998	Evaluar la evidencia relacionada con la enseñanza de las habilidades en la apreciación crítica (medicina basada en la evidencia) de estudiantes de pregrado y residentes y que implicaba una ganancia en el conocimiento y el incremento en el uso de la literatura para la toma de decisiones clínicas.
Audet, 1993	Evaluar los estudios que miden la enseñanza del análisis crítico en publicaciones científicas en los estudiantes de medicina. Los autores contemplan dos objetivos específicos: evaluar a través de una tabla la calidad de los métodos y la validez de los resultados publicados a lo largo de la última década y el segundo es de utilizar esos resultados de la primera etapa con el fin de examinar lo más objetivamente posible el grado de eficacia de este método de aprendizaje.

Fuente: Elaboración propia

Anexo 4. Programas académicos de especialidades médico-quirúrgicas de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Primera especialidad	Segunda especialidad
• Anestesiología y reanimación • Cardiología • Cirugía general • Cirugía pediátrica • Cirugía plástica: reconstructiva y estética • Dermatología • Ginecología y obstetricia • Medicina crítica y cuidado intensivo para médicos • Medicina de la actividad física y del deporte • Medicina de urgencias • Medicina familiar • Medicina interna • Neurocirugía • Neurología • Oftalmología • Ortopedia y traumatología • Otorrinolaringología • Patología • Pediatría • Psiquiatría • Radiología e imágenes diagnósticas • Urología • Toxicología clínica	• Anestesiología cardiovascular • Cirugía cardiovascular • Cirugía craneofacial • Cirugía de cabeza y cuello • Cirugía de la mano • Cirugía de la rodilla • Cirugía de mama y tejidos blandos • Cirugía endoscópica ginecológica • Cirugía maxilofacial • Cirugía vascular periférica • Endocrinología • Gastroenterología y endoscopia digestiva • Ginecología oncológica • Hematología • Hemodinamia y cardiología Intervencionista • Mastología • Medicina crítica y cuidado intensivo • Medicina del dolor y cuidados paliativos • Medicina materno-fetal • Medicina nuclear • Nefrología • Neonatología • Ortopedia y traumatología pediátrica • Otología y otoneurología • Reumatología

Fuente: Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Oficina: Aseguramiento de la calidad, agosto de 2018.

Anexo 5. Consentimiento informado profesores

Consentimiento informado dirigido a los profesores de las residencias médicas de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Título del trabajo

Prácticas pedagógicas de la investigación clínica en las residencias médicas de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Proyecto aprobado como Tesis del Doctorado de Educación de la Universidad Santo Tomás según el Acta de sustentación de Propuesta de Candidatura Doctoral fechada el día 26 de febrero de 2016

Institución: Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Investigadora: Licet Villamizar Gómez

Lo(a) estamos invitando a participar en el estudio mencionado y el cual explicamos a continuación:

1. Propósito del estudio. La enseñanza y el aprendizaje de la investigación clínica en las residencias médicas juegan un papel primordial en la posibilidad de la aplicación de la evidencia científica en la solución o disminución de los problemas médicos presentes en la práctica clínica. El análisis de las prácticas pedagógicas de la investigación vistas desde la comprensión de los actores (profesores–estudiantes) permitirá entender el contexto educativo de la formación profesional de unos y otros.

2. Objetivo general del estudio. Comprender las prácticas pedagógicas de la enseñanza y el aprendizaje de la investigación clínica en las residencias médicas de la Fundación Universitaria de Ciencias de Salud.

3. Procedimientos. El estudio incluirá a los profesores de práctica clínica y de investigación clínica, así como los estudiantes de las residencias médicas de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Los profesores participarán por medio de entrevistas semiestructuradas con el siguiente procedimiento: se concertará hora y día de la entrevista. De ser posible, la entrevista será conducida en el consultorio particular o en los consultorios del Hospital de San José. La entrevista se enfocará en las experiencias de la investigación, prácticas de enseñanza y aprendizaje dirigidas a los médicos residentes, objetivos de enseñanza y técnicas educativas de la investigación clínica, factores que benefician y afectan la enseñanza de la investigación clínica y la aplicación del saber práctico en las prácticas de enseñanza. El profesor invertirá cerca de una hora en la entrevista.

Las entrevistas serán transcritas e interpretadas por la investigadora. Dichas interpretaciones serán remitidas al profesor para recibir su retroalimentación.

La participación en el estudio es voluntaria. Si el profesor decide participar se pedirá firmar este formato después de resolver todas sus dudas. Si el profesor decide participar tiene la posibilidad de abandonar el estudio en cualquier momento, si así lo desea.

4. Riesgos y beneficios. Como la participación en las entrevistas consiste en la expresión de los puntos de vista de las prácticas pedagógicas, la participación no conlleva ningún riesgo físico.

Existe un riesgo de que una persona no autorizada descubra la participación del profesor; sin embargo, para evitar que esto suceda se ha previsto que se mantendrán los archivos con clave de seguridad para una adecuada custodia bajo la responsabilidad de la investigadora y en el momento de la transcripción se asignará un código aleatorio de identificación. No se publicará ni presentará en reuniones científicas ninguna información que pueda identificar al participante.

El profesor no obtendrá ningún beneficio directo por participar en el estudio. Sin embargo, esta investigación permitirá identificar las prácticas pedagógicas de la investigación clínica en las residencias médicas que contextualizará el proceso de enseñanza-aprendizaje para Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud y como ejemplo, para las facultades de medicina con programas de posgrado en residencias médicas.

La investigadora se compromete a proporcionar información derivada de los resultados del estudio y a enviar una copia de las publicaciones generadas de la investigación a los participantes.

5. Alternativa a la no participación del estudio. El profesor puede escoger no participar en el estudio. Si escoge no participar esta decisión será respetada por la investigadora, la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud y el Hospital de San José.

6. Costos. No se pagará y ni se cobrará por participar en el estudio. Aunque la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud realiza su financiación, estos recursos se destinarán a la logística y publicación del proyecto.

7. Confidencialidad. Se mantendrá total confidencialidad de la participación de los profesores y de la información suministrada en las entrevistas.

8. Aprobación del estudio. Este trabajo ha sido aprobado por: El Comité de Investigaciones de la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Fecha: 16 de mayo de 2016 según acta No. 416. El Comité de Ética de Investigaciones con Seres Humanos del Hospital de San José-Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Fecha: 25 de mayo de 2016 según acta No. 09.

9. Preguntas e inquietudes. En caso de tener inquietudes como sujeto participante en investigaciones, comunicarse con el presidente del Comité de Ética de Investigaciones con Seres Humanos de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud- Hospital de San José. Teléfono 3538100 Extensión 3621.

10. Declaración de consentimiento del participante. He leído y comprendido toda la hoja de información y he obtenido respuestas por parte del investigador a todas mis preguntas e inquietudes y he recibido suficiente información sobre el objetivo y propósito de este estudio.

Autorizo que los datos y toda la información recolectada en este estudio se publique en revistas científicas o en foros académicos manteniendo siempre la confidencialidad de los mismos.

He recibido una copia de este consentimiento informado.

Sé que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en el momento en que lo desee, sin necesidad de dar explicaciones y sin que se vea afectado mi contrato con el Hospital de San José o la sociedad médica a la que pertenezco, ni mi contrato con la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Igualmente puedo rechazar participar en este estudio o abandonarlo en el momento en que lo desee.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE
Cédula de ciudadanía:
Firma:
Teléfono:
Fecha:

NOMBRE DE LA INVESTIGADORA
Cédula de ciudadanía:
Firma:
Teléfono:
Fecha:

Anexo 6. Consentimiento informado estudiantes

Consentimiento informado dirigido a los estudiantes de las residencias médicas de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Título del trabajo

Prácticas pedagógicas de la investigación clínica en las residencias médicas de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

Proyecto aprobado como Tesis del Doctorado de Educación de la Universidad Santo Tomás según el Acta de sustentación de Propuesta de Candidatura Doctoral fechada el día 26 de febrero de 2016

Institución: Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Investigadora: Licet Villamizar Gómez

Lo(a) estamos invitando a participar en el estudio mencionado y que explicamos a continuación:

1. Propósito del estudio. La enseñanza y el aprendizaje de la investigación clínica en las residencias médicas juegan un papel primordial en la posibilidad de la aplicación de la evidencia científica en la solución o disminución de los problemas médicos presentes en la práctica clínica. El análisis de las prácticas pedagógicas de la investigación vistas desde la comprensión de los actores (profesores-estudiantes) permitirá entender el contexto educativo de la formación profesional de unos y otros.

2. Objetivo general del estudio. Comprender las prácticas pedagógicas de la enseñanza y el aprendizaje de la investigación clínica en las residencias médicas de la Fundación Universitaria de Ciencias de Salud.

3. Procedimientos. El estudio incluirá a los estudiantes de las residencias médicas, así como a los profesores de práctica clínica y de investigación clínica de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Los estudiantes participarán por medio de un grupo focal (técnica de la investigación cualitativa que facilita la discusión en grupo de aspectos comunes de los integrantes) con el siguiente procedimiento: el grupo focal será realizado en el Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - Hospital de San José para facilitar la participación de los estudiantes. El grupo estará constituido entre seis y ocho estudiantes de residencias médicas de programas académicos similares en las áreas quirúrgicas o clínicas. El grupo focal se enfocará en: a) la experiencia en investigación previa a la residencia; b) experiencia de aprendizaje de la investigación durante la residencias; c) relación de la experiencia del aprendizaje y el entorno institucional educativo y hospitalario; d) relación de la experiencia del aprendizaje de la investigación clínica y el entorno institucional educativo y hospitalario; e) sentido de la investigación clínica en las comunidades académicas y en la práctica individual; f) enseñanza y aprendizaje en las residencias médicas; g) características de un profesor clínico; h) características de un estudiante de residencias médicas; i) prácticas profesionales y prácticas pedagógicas, y j) grupos de investigación y participación de los residentes médicos como proceso de aprendizaje. El estudiante invertirá cerca de dos horas en el grupo focal el cual será realizado durante la rotación por investigaciones en el marco del módulo III, lo cual no interferirá con sus actividades de práctica clínica.

El grupo focal será transcrito e interpretado por la investigadora. Dichas interpretaciones serán remitidas a uno de los participantes del grupo focal, que será elegido de manera aleatoria, para recibir su retroalimentación.

La participación en el estudio es voluntaria. Si el estudiante decide participar se pedirá firmar este formato después de resolver todas sus dudas. Si el estudiante decide participar tiene la posibilidad de abandonar el estudio en cualquier momento, si así lo desea.

4. Riesgos y beneficios. Como la participación en el grupo focal consiste en la expresión de los puntos de vista de las prácticas pedagógicas, la participación no conlleva ningún riesgo físico.

Existe un riesgo de que una persona no autorizada descubra la participación del estudiante; sin embargo, para evitar que esto suceda se ha previsto que se mantendrán los archivos con clave de seguridad para una adecuada custodia bajo la responsabilidad de la investigadora y en el momento de la transcripción se asignará un código aleatorio de identificación. No se publicará ni presentará en reuniones científicas ninguna información que pueda identificar al participante.

El estudiante no obtendrá ningún beneficio directo por participar en el estudio. Sin embargo, esta investigación permitirá identificar las prácticas pedagógicas de la investigación clínica en las residencias médicas que contextualizará el proceso de enseñanza-aprendizaje para la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud y como ejemplo, para las facultades de medicina con programas de posgrado en residencias médicas.

La investigadora se compromete a proporcionar información derivada de los resultados del estudio y a enviar una copia de las publicaciones generadas de la investigación a los participantes.

5. Alternativa a la no participación del estudio. El estudiante puede escoger no participar en el estudio. Si escoge no participar esta decisión será respetada por la investigadora, la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud y el Hospital de San José y no habrá ninguna consecuencia sobre su relación académica con la institución.

7. Confidencialidad. Se mantendrá total confidencialidad de la participación de los estudiantes y de la información suministrada en el grupo focal.

8. Aprobación del estudio. Este trabajo ha sido aprobado por:

El comité de investigaciones de la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Fecha: 16 de mayo de 2016 según acta No. 416.

El Comité de Ética de Investigaciones con Seres Humanos del Hospital de San José-Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Fecha: 25 de mayo de 2016 según acta No. 09.

9. Preguntas e inquietudes. En caso de tener inquietudes como sujeto participante en investigaciones comunicarse con el presidente del Comité de Ética de Investigaciones con Seres Humanos de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - Hospital de San José. Teléfono 3538100 Extensión 3621.

10. Declaración de consentimiento del participante. He leído y comprendido toda la hoja de información y he obtenido respuestas por parte del investigador a todas mis preguntas e inquietudes y he recibido suficiente información sobre el objetivo y propósito de este estudio.

Autorizo que los datos y toda la información recolectada en este estudio se publique en revistas científicas o en foros académicos manteniendo siempre la confidencialidad de los mismos.

He recibido una copia de este consentimiento informado.

Sé que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en el momento en que lo desee, sin necesidad de dar explicaciones y sin que se vea afectado mi relación docencia-servicio con el Hospital de San José o el servicio clínico al que pertenezco, ni mi relación como estudiante con la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Igualmente puedo rechazar participar en este estudio o abandonarlo en el momento en que lo desee.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE
Cédula de ciudadanía:
Firma:
Teléfono:
Fecha:

NOMBRE DE LA INVESTIGADORA
Cédula de ciudadanía:
Firma:
Teléfono:
Fecha:

Anexo 7. Guion entrevista semiestructurada - profesor clínico

Buenos días Doctor_____, quiero agradecerle que haya apartado tiempo para esta entrevista. Como le había comentado, el objetivo principal es entender cómo se generan las prácticas pedagógicas en las residencias médicas en la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, en especial, las prácticas pedagógicas de la investigación clínica. Realizaré la grabación de voz de toda la entrevista. Le recuerdo que toda la información se tratará de manera confidencial según indica el consentimiento informado que ha firmado. No hay respuestas correctas o incorrectas a las preguntas, lo valioso de este encuentro son las opiniones y comentarios de su experiencia como profesor.

Trayectoria profesional

De manera inicial quisiera saber:

- 1) ¿Desde hace cuánto tiempo está vinculado con la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud como profesor clínico? ¿Inició su ejercicio clínico en la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud?
- 2) ¿Cómo fue el inicio de su ejercicio docente? ¿Qué influyó en su decisión de ser docente: influencia profesional, personal, académica?
- 3) ¿Antes de terminar su residencia médica había pensado en ser profesor?

Experiencia docente

- 4) Durante estos años como profesor, ¿Podría describir alguna experiencia que evoque satisfacción en la enseñanza a sus residentes? En la que haya pensado: “realmente mi trabajo como docente tiene frutos”?
- 5) ¿Y alguna experiencia negativa? ¿qué transformaciones o cambios ha implicado esta experiencia negativa en mi forma de comprender la práctica, la investigación y los procesos de enseñanza y aprendizaje?
- 6) En su opinión, ¿cómo se podría describir el rol del profesor en el aprendizaje de los residentes?

7) En su trabajo como docente, ¿cuáles son las estrategias (técnicas) más frecuentes que utiliza para enseñar en su especialidad clínica? ¿cómo aprendió estas estrategias (técnicas) de enseñanza?

Formación del médico especialista

8) A su juicio, ¿qué es lo importante de la formación del médico especialista? ¿Por qué es importante esta formación?

9) Basado en su experiencia, ¿qué es lo más sencillo y lo más difícil de enseñar en su especialidad clínica? ¿Y a partir de estas experiencias qué aprendizajes (conocimientos, habilidades, destrezas, aptitudes) ha alcanzado como docente?

Experiencia en investigación

10) ¿Cuál ha sido su experiencia con la investigación clínica? ¿Y cómo esta experiencia ha influenciado las comprensiones de la enseñanza y del aprendizaje en su ejercicio docente?

11) Según su experticia, ¿cómo se enseña a investigar a los residentes en general y en la FUCS?

12) ¿Entre ustedes como especialistas comparten los conocimientos (o sus prácticas) de enseñar a investigar? ¿De qué forma comparten estos conocimientos?

13) ¿Qué cree usted que piensan sus residentes de lo que usted hace como profesor investigador en su especialidad médica?

14) ¿Qué aprendizajes (conocimientos, destrezas, habilidades, actitudes y aptitudes) han alcanzado los estudiantes a partir de lo que usted hace como profesor investigador en su especialidad médica?

15) Basado en su experiencia, ¿usted cuándo sabe que el estudiante piensa y actúa como un especialista clínico?

Del ser médico especialista, investigador clínico y profesor

16) En su opinión, ¿cómo podría definir a un buen médico especialista e investigador clínico?

17) En su opinión, ¿un buen profesor clínico en su ejercicio como docente puede articular el proceso de investigación a sus prácticas pedagógicas de enseñanza y aprendizaje?

De lo que hemos conversado, ¿qué le gustaría agregar sobre las prácticas pedagógicas en las residencias médicas en general y en investigación clínica?

Anexo 8. Guion entrevista semiestructurada – profesor de investigaciones

Buenos días Profesor_____, quiero agradecerle que haya apartado tiempo para esta entrevista. Como le había comentado, el objetivo principal es entender cómo se generan las prácticas pedagógicas en las residencias médicas en la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, en especial, las prácticas pedagógicas de la investigación clínica. Realizaré la grabación de voz de toda la entrevista. Le recuerdo que toda la información se tratará de manera confidencial según indica el consentimiento informado que ha firmado. No hay respuestas correctas o incorrectas a las preguntas, lo valioso de este encuentro son las opiniones y comentarios de su experiencia como profesor.

Trayectoria profesional

De manera inicial quisiera saber:

- 1) ¿Inició su ejercicio clínico en la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud?
- ¿Cuándo inicio sus actividades laborales en la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud y bajo qué cargo?
- 2) Antes de pertenecer a la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, ¿usted tuvo actividades académicas como docente?

Experiencia docente

- 3) Antes de ser contratado por una universidad como docente, ¿en algún momento pensó en ser docente? ¿Qué lo motivaba a ser docente?
- 4) ¿Cuáles eran las características de sus mejores docentes?
- 5) Durante estos años como profesor, ¿podría describir alguna experiencia que evoque satisfacción en la enseñanza a sus residentes? En la que haya pensado: ¿“realmente mi trabajo como docente tiene frutos!”?
- 6) ¿Y alguna experiencia negativa? ¿Qué transformaciones o cambios ha implicado esta experiencia negativa en mi forma de comprender la práctica, la investigación y los procesos de enseñanza y aprendizaje?

Rol del profesor clínico en la residencia

7) En su opinión, ¿cómo se podría describir el rol del profesor en el aprendizaje de los residentes?

Rol del profesor del área de investigaciones en la residencia

8) ¿Cuál sería el rol de un profesor de investigación clínica en las residencias?

9) En su trabajo como docente, ¿cuáles son las estrategias (técnicas) más frecuentes que utiliza para enseñar en su especialidad clínica? ¿Cómo aprendió estas estrategias (técnicas) de enseñanza?

Formación del médico especialista

10) A su juicio, ¿qué es lo importante de la formación del médico? ¿Por qué es importante esta formación?

Experiencia de aprendizaje-enseñanza en investigación

11) Basado en su experiencia, ¿qué es lo más sencillo y lo más difícil de enseñar en investigación? ¿Y a partir de estas experiencias qué aprendizajes (conocimientos, habilidades, destrezas, aptitudes) ha alcanzado como docente?

12) Según su experticia, ¿cómo se enseña a investigar a los residentes en general y en la FUCS?

13) ¿Entre ustedes como profesores del área de investigaciones comparten los conocimientos (o sus prácticas) de enseñar a investigar? ¿De qué forma comparten estos conocimientos?

14) ¿Qué cree usted que piensan sus residentes de lo que usted hace como profesor?

15) ¿Qué aprendizajes (conocimientos, destrezas, habilidades, actitudes y aptitudes) han alcanzado los estudiantes a partir de lo que usted hace como profesor?

Del ser médico especialista, investigador clínico y profesor

16) En su opinión, ¿cómo podría definir a un buen médico especialista?, ¿Y un buen investigador clínico?

17) En su opinión, ¿un buen profesor clínico en su ejercicio como docente puede articular el proceso de investigación a sus prácticas pedagógicas de enseñanza y aprendizaje?

De lo que hemos conversado, ¿qué le gustaría agregar sobre las prácticas pedagógicas en las residencias médicas en general y en investigación clínica?

Anexo 9. Guion de grupos focales-residentes

Buenos días, les agradecemos que hayan aceptado participar en este grupo focal. Como les había comentado el objetivo principal de este proyecto es conocer sus opiniones con el fin de entender cómo se generan las prácticas pedagógicas en las residencias médicas en la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud; en especial, cómo se enseña, cómo se aprende a investigar, cómo se generan las prácticas de la investigación clínica. En esta oportunidad seré la moderadora del grupo. Me acompaña la Doctora (Milady García/Claudia Moreno), quien será observadora del grupo. Vamos a realizar la grabación de voz de este grupo; quiero aclarar que todas las participaciones aquí expuestas se tratarán de manera confidencial según indica el consentimiento informado que han firmado. Quiero recordarles que no hay respuestas correctas o incorrectas a las preguntas, todas las opiniones y comentarios son valiosos.

Iniciemos el grupo con la presentación de cada uno indicando nombre y apellido, el programa académico al que pertenecen, año de residencia y en qué parte de su proyecto de investigación se encuentran.

Trayectoria antes de la residencia

1) De manera inicial discutiremos acerca de su inicio en la residencia. Quiero que recuerden el momento en el que tomaron la decisión de hacer su residencia médica y que me cuenten, ¿qué les motivó a cumplir esta meta?

Vivencias durante la residencia

2) ¿Podrían describir alguna experiencia satisfactoria en estos años de estudio en la residencia médica? ¿Y alguna experiencia negativa?

Relación con los profesores de la residencia

3) En relación con los profesores de la residencia, ¿cómo influye el papel del docente en su aprendizaje?

- 4) ¿Podrían describir una situación en la que ustedes hayan enseñado algo a sus profesores?... ¿Cómo se sintieron ustedes y como fue la reacción del profesor?
- 5) ¿Considera que hay prácticas tradicionales en su especialidad? ¿Cuáles?

Investigación clínica en la residencia

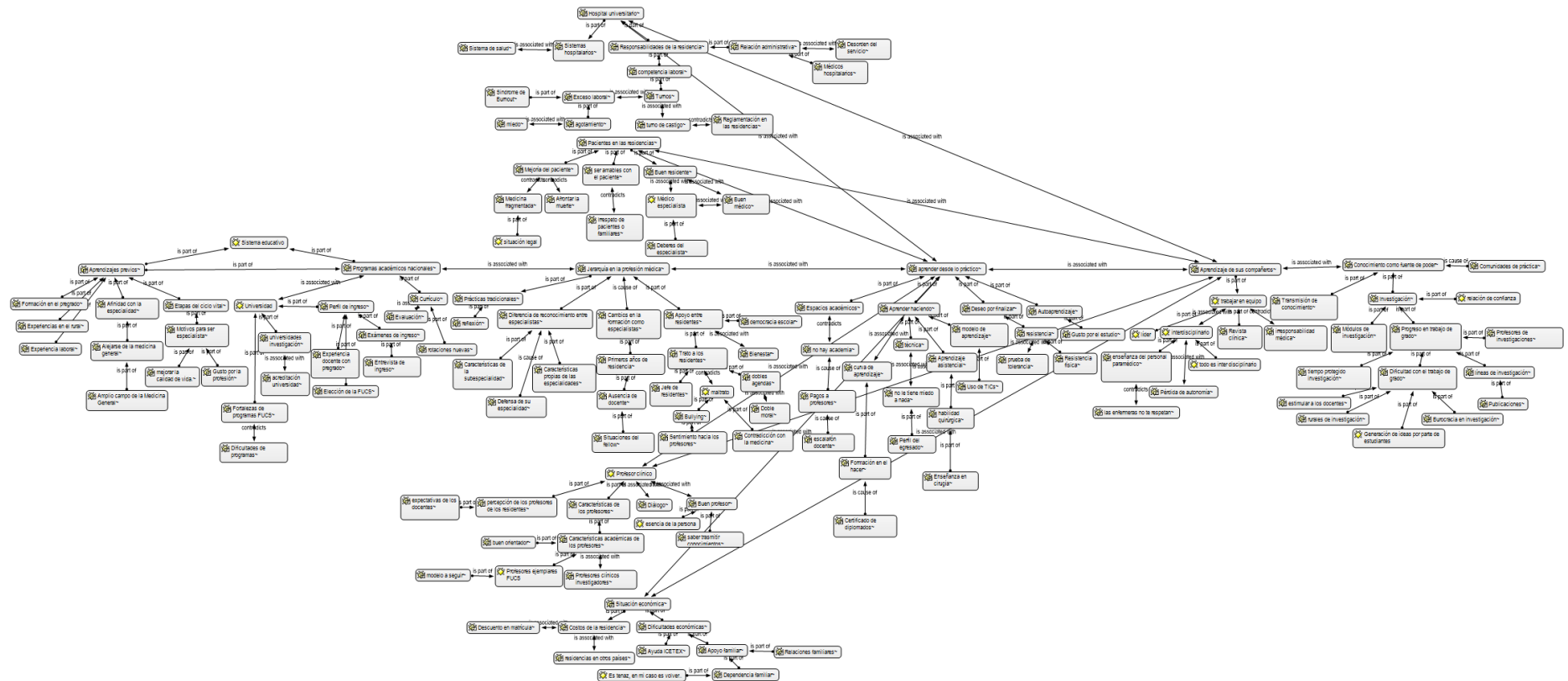
- 6) ¿Cuál ha sido su experiencia personal, o particular, con la investigación clínica durante la residencia?
- 7) ¿Cómo se conciben las experiencias de la enseñanza y aprendizaje de la investigación clínica en las residencias clínicas?
- 8) ¿Cómo ha sido su experiencia con los profesores de la División de Investigaciones?

Del ser médico especialista y profesor clínico

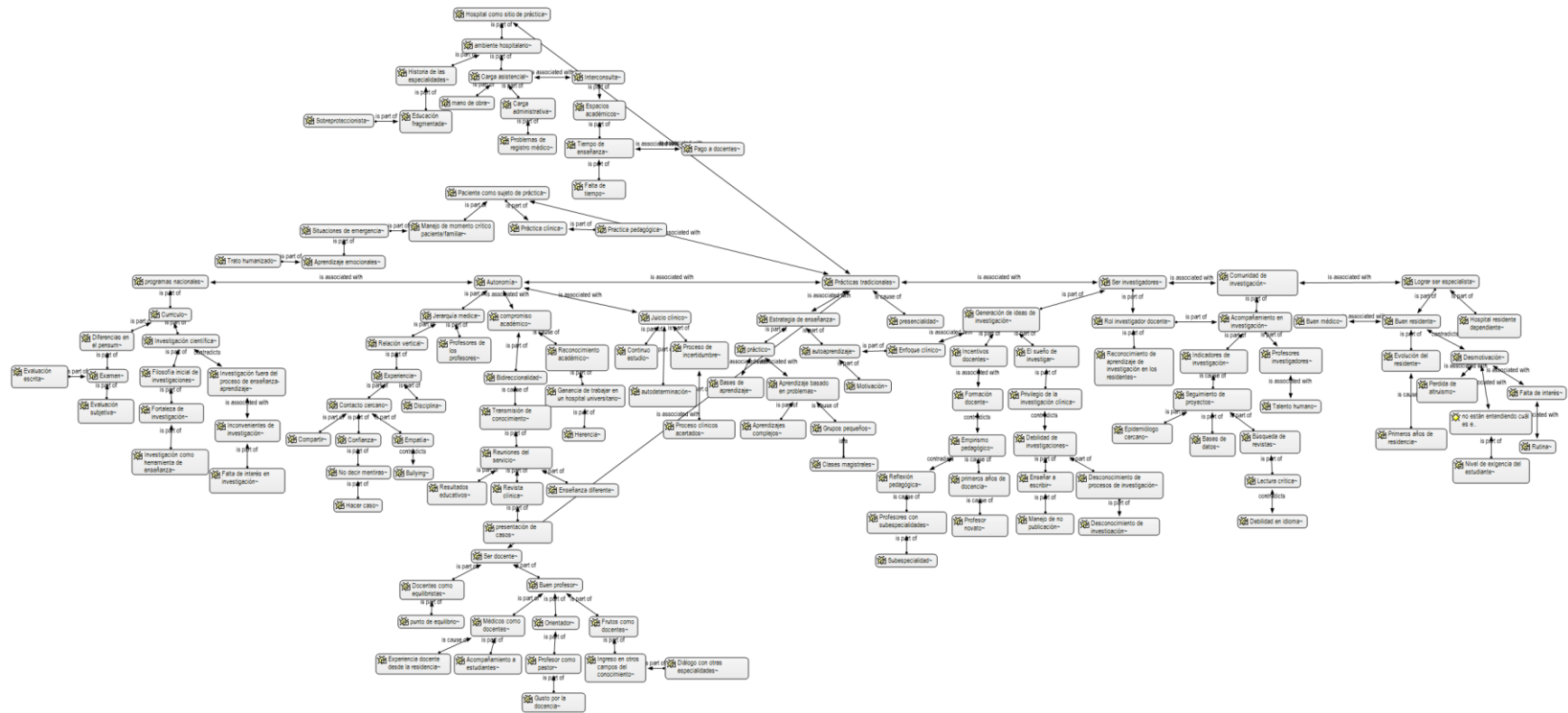
- 9) ¿Cómo podría definir a un buen médico especialista y un buen profesor clínico?

De lo que hemos conversado, ¿qué les gustaría agregar sobre las prácticas pedagógicas en las residencias médicas en general y en investigación clínica?

Anexo 10. Red semántica de las prácticas pedagógicas en residencias médicas según estudiantes



Anexo 11. Red semántica de las prácticas pedagógicas en residencias médicas según profesores clínicos



Anexo 12. Red semántica de las prácticas pedagógicas en residencias médicas según profesores del área de investigación

