

BIBLIOTECAS UNACH
FAC. MEDICINA HUMANA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
CAMPUS II**

**DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y DE POSGRADO
MAESTRÍA EN DOCENCIA EN CIENCIAS DE LA SALUD**



**"LAS ACTITUDES DE LOS MÉDICOS Y LAS
EXPECTATIVAS DEL INTERNO DE PREGRADO
ADSCRITO AL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
BELISARIO DOMÍNGUEZ DEL ISSSTE"**
(Investigación en el campo de los procesos educativos)

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

**MAESTRÍA EN DOCENCIA
EN CIENCIAS DE LA SALUD**

P R E S E N T A

Francisco Eric Laguna Vázquez

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Florencio Pérez Zamora

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.

OCTUBRE DE 2008.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS.
FACULTAD DE MEDICINA CAMPUS II.
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN.
MAESTRÍA EN DOCENCIA EN CIENCIAS DE LA SALUD.

TESIS

**Las actitudes de los médicos y las expectativas del
interno de pregrado adscrito al Hospital de
Especialidades Belisario Domínguez del ISSSTE.**

(Investigación en el campo de los procesos educativos)

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN DOCENCIA EN
CIENCIAS DE LA SALUD.**

PRESENTA:

FRANCISCO ERIC LAGUNA VÁZQUEZ

Director de tesis:

Dr. Florencio Pérez Zamora.

ASESORES:

Maestra Roxana Orantes Montes.

Maestra Teresa Dávila Esquivel.

Tuxtla Gutiérrez Chiapas, octubre de 2008.

A mis hijas: Ericka del Rocio, Arody y Aimeé

Por ser la inspiración constante de mi vida

A mi esposa Arodi:
por todo el amor que me da y los detalles
que hacen que la vida sea mejor

ÍNDICE TEMÁTICO

Tema	Página
Dedicatorias.	
Resumen.	
Introducción.	
CAPÍTULO I	
La formación de un profesionalista. -----	2
Formación de la persona para la profesión científica y humanista.	
Marco situacional de los internos de pregrado -----	5
La renovación curricular. -----	10
Formación para la vida y la interacción social. -----	11
El internado de pregrado en el ISSSTE. -----	14
Propósito del desarrollo de la investigación. -----	17
La visión ingenua sobre los internos de pregrado que ingresan al ISSSTE. -----	18
CAPÍTULO II	
Las expectativas en la formación del médico. -----	20
El médico actual, tal como se presenta a la sociedad para el servicio. -----	23
El ejercicio actual de la medicina. -----	26
Las expectativas en la formación del médico. -----	33
CAPÍTULO III	
La apropiación de las expectativas para ser profesional médico. ---	49
El concepto del médico, del alumno y del paciente como personas.	
Las expectativas del médico considerado científico. -----	63
Las expectativas del médico para ser considerado profesionalista. --	70
Las expectativas externas al alumno que deben cumplirse. -----	73
El perfil del médico deseable. -----	77
CAPÍTULO IV.	
Las actitudes de los médicos y las expectativas del interno de pregrado adscrito al Hospital de Especialidades Belisario Domínguez del ISSSTE.	
El análisis en relación a las expectativas posibles. -----	81
Las expectativas de los alumnos antes de ingresar al internado y después de cumplir 6 meses de trabajo. -----	92

CAPÍTULO V

Una visión comparativa. -----	123
El médico deseable es reflexivo. -----	125
El médico deseable es ético. -----	126
Los valores esperados en la atención del médico considerado profesional. -----	129
El médico estará en superación continua. -----	130
El humanismo deseable en el médico. -----	133
El médico es filósofo. -----	136
La expectativa de alcanzar calidad en la atención es el respeto a la dignidad. -----	137
El médico y los principios. -----	140
La expectativa del médico con personal de salud es ser colaborativo. -----	141
CONCLUSIONES.	
La tesis. -----	146
RECOMENDACIONES.	
Lo deseable para alcanzar las expectativas en medicina. -----	149
La historia natural de la enfermedad ha cambiado. -----	151
Las ciencias han dado origen a nuevos conocimientos. -----	152
La tecnología médica y los manejos en el diagnóstico y el tratamiento. -----	153
Los conceptos de administración, y economía en la atención médica. -----	155
La pedagogía y la organización curricular en la formación médica. -----	156
Las nuevas formas de financiamiento para la salud. -----	157
ANEXO 1.	
Cuestionario para los docentes. -----	161
ANEXO II	
Cuestionario para los alumnos. -----	163
BIBLIOGRAFÍA BÁSICA. -----	174
BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA. -----	176

RESUMEN

Antecedentes:

En los seres humanos en formación y en su trabajo, hay expectativas a lograr en un tiempo determinado, son propósitos personales y externos que provienen de los pacientes, de la institución y de la sociedad en general. Se visualizan como expectativas: deseables por su profundidad al respetar a la persona, tolerables porque pertenecen a una visión de universidad y tradicionales que nacen de la costumbre de la población al percibir lo que un médico es según la sociedad a la que atiende.

Metodología:

Estudio exploratorio, descriptivo empleando un cuestionario con expectativas aplicado dos veces a los internos y uno de conceptos a los médicos, con el fin de reconocer sus actitudes docentes en el Hospital Belisario Domínguez ISSSTE que favorezcan, mantengan o decrementen las expectativas de los internos durante su formación en el hospital.

Resultados:

De las 10 actitudes examinadas en los docentes 6 son las deseables, hecho que favorece el desarrollo personal de los internos porque mantienen o incrementa sus expectativas.

En el estudio de los internos al inicio y a los 6 meses de trabajo se observan 25 expectativas que se mantuvieron en 50% o más y se incrementaron en la opción deseable. *Representan lo óptimo del alumno.*
b) 5 expectativas se iniciaron con menos del 50% e incrementaron su frecuencia a más del 50% en la opción deseable. *Estas aparecieron con más claridad en los 6 meses de trabajo por influencia del medio y posiblemente del comportamiento de sus médicos.*
c) 5 expectativas iniciaron con el 50% o más y disminuyeron su frecuencia en la opción deseable. *Representan lo óptimo del alumno al inicio del internado pero en la 6 meses descendieron a favor de las tolerables y las tradicionales.*
d) 7 expectativas que se mantuvieron en los dos períodos por debajo del 50% en la opción deseable. *Representan baja percepción de lo que conviene esperar de una formación hospitalaria.*

Discusión: Las actitudes de los adscritos son aceptables para el desarrollo de expectativas de los internos. Las 25 expectativas deseables representan lo óptimo del alumno al mantenerlas e incrementarlas con la experiencia hospitalaria y las 5 que recibieron *más claridad durante los 6 meses de trabajo* son la garantía de congruencia con lo que es la profesión humanista y científica. Algunas no se sostuvieron durante la experiencia hospitalaria, otras se mantuvieron *bajas y bajaron más con la experiencia hospitalaria*. Eso es un balance positivo y la presencia de unos problemas para trabajar sobre ellos en la toma de decisiones educativas dentro del hospital y la facultad de medicina.

Propuesta: Es necesario correlacionar las variables que se producen en el campo hospitalario con cada una de las expectativas deseables propuestas para reconocer el origen de la influencia en las variaciones al inicio del internado y al concluir un período de trabajo.

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN.

La formación de un médico es una de las más grandes responsabilidades de las instituciones educativas, pero no es una responsabilidad unilateral sino compartida por todos los actores del proceso de educación. La sociedad espera los mejores profesionales de la salud en el plano de habilidades y conocimientos científicos como en el estrato humano para la atención de calidad¹.

Pueden observarse dos actores importantes en el proceso de formación profesional, **el docente y el alumno**, en el presente caso se trata de docentes en el pleno ejercicio de su profesión, son los médicos tratantes adscritos al Hospital de Especialidades del ISSSTE en Tuxtla Gutiérrez Chiapas, tengan o no formación docente, ellos están a cargo de la formación escolar del penúltimo año de la carrera de medicina antes de pasar al servicio social obligatorio; los otros actores son los estudiantes llamados "internos de pregrado", son los alumnos que han terminado su formación en las aulas de la facultad y ahora pasan a la intensiva formación teórico práctica y seguramente llegan con expectativas que el tesista pretende organizar y presentar. Puede señalarse que los "internos de pregrado" entran al hospital dispuestos a trabajar en lo que les indiquen sus superiores, pero pronto estarán trabajando para sus intereses (expectativas) los tengan claros o sigan un patrón de inercia, también se supone que tienen una pretensión de obedecer las normas que impone el departamento de enseñanza y la autoridad profesional de sus docentes.

Un observador externo puede ver intuitivamente que en el proceso de la formación profesional de "los internos de pregrado" se distinguen los procesos educativos a cargo de los docentes por un lado, y por el otro las actitudes de los alumnos ante el proceso de aprendizaje. Puede decirse que a los procesos educativos corresponden muchos factores

¹ Carrillo, F. *La responsabilidad profesional del médico*. Editorial Porrúa, México. 2000, página 27

que los hacen posibles, pero en este caso se pretende conocer la disponibilidad y sensibilidad del docente para que, en su trabajo docente, permita que las posibles expectativas del "interno de pregrado" se cumplan, suponiendo que estas son las aceptables para su formación de médico². En las actitudes de los alumnos en su relación con los docentes y el hospital, mirando siempre a su meta formativa, afloran las expectativas a lograr en un año y son las que se quieren conocer con un estudio diagnóstico.

De esta manera el estudio es exploratorio y correlaciona lo que el docente tiene como favorecedor de la formación profesional³ y lo que el alumno pretende lograr, esto es, sus expectativas. Si esta relación es armónica, porque el docente tiene disponibilidad de formar desarrollando el potencial del alumno por su visión de él, y si el "interno de pregrado" tiene consigo las expectativas esperadas por la sociedad, por la institución, por el perfil de egreso y por lograr ser un profesional en todo el significado del término, entonces la educación médica va por buen camino⁴.

Si existe armonía, el rendimiento del año de pregrado y el logro del egreso de médicos de calidad será plausible y si no lo es podrán reconocerse los puntos de debilidad para trabajar sobre ellos, de ser posible comunicándolos a la jefatura de enseñanza del propio hospital y de la Facultad de Medicina Humana de la UNACH. Se sabe que todo proceso busca su máximo logro y que constantemente hay un juicio de valor por las acciones educativas, juicio que promueve la evaluación de los procesos⁵. La importancia del estudio salta a la vista ya que se

² Drane J. F. *Cómo ser un buen médico*. Santa Fe de Bogotá. San Pablo, 1993.

³ Este señalamiento para el docente sitúa en el paradigma cognoscitivo de la educación según el pensamiento de Jean Piaget sobre el procesamiento de la información.

⁴ Laín Entralgo P. Historia de la relación entre el médico y el enfermo. En: Laín Entralgo P. *La relación médico-enfermo*. Madrid: Alianza Editorial, 1983: 31-201

⁵ Cano García, *Evaluación de la calidad educativa* Editorial La muralla, Madrid, 1998. "Los factores de mayor incidencia en la calidad educativa obtenidos de un estudio empírico de Cano García son estos: **Profesorado**, currículum, evaluación y organización escolar cruzada cada una con variables de **contexto**, **proceso**, **producto**

contemplan estudios de campo con los docentes y uno particularmente detallado y definido con los "internos de pregrado".

Propósito del estudio (aportación y beneficio)

El estudio aporta a la Facultad de Medicina y al Hospital Belisario Domínguez ISSSTE en Tuxtla Gutiérrez, un diagnóstico con cifras ponderales de lo que son las expectativas manifiestas de los internos y la disponibilidad de los docentes para atender la formación del interno.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Todo ser humano en su vida tiene expectativas que lo guían en su desarrollo para la vida civil y para la formación profesional para presentarse ante la sociedad y ganarse el sustento. El estudiante de medicina está dentro de ese marco de visión, por lo que se escucha en las aulas, los estudiantes desean alcanzar algo y lograr algo, al principio comprender los textos, después ser capaces de enfrentar un padecimiento menor en sus familiares y en él mismo. Su visión no es espontánea, nace dentro de una comunidad educativa en donde los profesionales de la salud en su aula son los modelos y tienen influencia directa en su formación, ya sea como estímulo positivo o para evitar lo que no se ve aceptable, buscan superación por la vía corta, pero también sortear las dificultades que la sociedad le presenta y que desvía sus propósitos (expectativas) posiblemente encaminándolos a la corriente de pensamiento vigente.

Conviene saber qué disponibilidad tienen los médicos del Hospital de Especialidades Belisario Domínguez para atender al "interno de pregrado" siguiendo la ruta de obtención de un profesional médico de calidad, para eso se investigó sobre los conceptos que subyacen en su trabajo sobre lo que es un estudiante, un médico titulado, sus derechos, etc., por el otro lado conviene a las autoridades educativas, tanto del Hospital señalado como de la Facultad de Medicina de la UNACH, como llega el alumno egresado de las aulas al "internado de pregrado" para completar su formación, si mira las metas de una formación de calidad o si lo hace siguiendo la inercia de un ejercicio de

la medicina centrada en la ciencia y la tecnología solamente, olvidando lo que la sociedad y el paciente esperan de él.

Ahora cabe la pregunta que guió la investigación, a la que se dio respuesta, al relacionar lo que los docentes tienen en su visión del profesional de la salud y actúan según ese espíritu profesional y lo que los estudiantes manifiestan como expectativas profesionales.

Pregunta de investigación.

¿Existe una relación armónica entre la disponibilidad educativa de los docentes del Hospital de Especialidades Belisario Domínguez del ISSSTE y las expectativas de los “internos de pregrado”?

El estudio se inicia con la exploración diagnóstica en un nivel basal: a los médicos docentes se les reconoce, por una sola vez, el concepto que tienen del ser médico y de ser estudiante. En los alumnos se pretende conocer, al inicio de su “internado de pregrado” sus expectativas de formación profesional y al cumplir 6 meses, con el mismo cuestionario reconocer si sostienen esas expectativas antes manifiestas. El tiempo cronológico real fue una colección de datos en enero del 2008 y la misma aplicación en julio del mismo año.

Por tratarse de un estudio diagnóstico, exploratorio con indicadores discretos, nominales y ordinales, no es necesario presentar variables ya que no se pretende despejar una hipótesis⁶, hasta que se haga un estudio de seguimiento para reconocer una causa que provoque un efecto, por ejemplo, si la actitud del docente modifica las expectativas profesionales científicas del alumno o las humanistas⁷.

Como un ejercicio para distinguir variables podría decirse que la variable dependiente sería la armonía correlativa entre las actitudes de los docentes frente a la formación profesional del “interno de pregrado” y las variables independientes serían los conceptos del médico docente y

⁶ Bericat, E.: *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social: Significado y medida*, Editorial Ariel, Barcelona, 1998

⁷ Kerlinger F. N. *Investigación del comportamiento* Métodos de investigación en ciencias sociales. 4ª edición, McGraw Hill, México, 2001. “Diseños de investigación”.

las expectativas de formación profesional de los internos. Sin embargo esta no es la finalidad a indagar del estudio de investigación con la precisión de correlación estadística y de concepto.

Se pretende conocer por separado lo que el docente médico aporta y lo que los estudiantes de pregrado esperan en su interacción dentro del Hospital donde se da la formación del penúltimo año de la carrera de medicina humana.

En un primer acercamiento se puede visualizar que la actitud de los médicos del hospital (en su mayoría con especialidad en una rama de la medicina) ven al estudiante de alguna manera: como un aprendiz de la ciencia o que lo vean como una persona con potencial de desarrollo, de esa manera se dará el trato favoreciendo el logro de expectativas y potenciando la capacidad de aprender la profesión. El "interno de pregrado" se ve como un ser en espera de que le vaya bien y se le ve cooperador para su formación, en el mejor de los casos, en el menos deseado se le ve como que está adaptado para cumplir con los requisitos que pone la universidad para justificar el título de médico.

OBJETIVO GENERAL DEL ESTUDIO.

Es en reconocimiento de datos: de los médicos adscritos se pretende saber qué piensan sobre lo que es el médico general, lo que es el estudiante de medicina, lo que es la formación médica y lo que son los derechos y obligaciones de los alumnos. En el mismo objetivo reconocer las expectativas del "interno de pregrado" en relación con la profesión, su situación en la sociedad, su formación científica y humanista, si percibe expectativas institucionales, sociales y trascendentes que debe cumplir.

Particulares.

Conocer si se mantienen las expectativas acotadas en el estudio basal.

Reconocer una relación armónica entre actitudes docentes y expectativas profesionales del "interno de pregrado".

Relación lógica entre objetivos (general y particulares)

Puede reconocerse la correlación porque se sostienen los propósitos del estudio

No se trata de un estudio complejo pero sí significativo para la innovación educativa futura, de ser necesaria, en esta línea del currículum de la carrera. Pueden lograrse puesto que se presentan los instrumentos de colección de datos fundamentados en la teoría sobre la formación profesional deseable, el perfil de los docentes según el paradigma cognoscitivo, humanista y sociocultural propuesto por Hernández Rojas en su texto "Paradigmas educativos" 1987.

Existe un potencial de cooperación de los médicos del ISSSTE y de los internos a su ingreso para contestar los ítems de los cuestionarios. Puede procesarse la información y dar los resultados.

HIPÓTESIS.

Por lo dicho en los textos de metodología de la investigación, este estudio no parte de una hipótesis⁸, es exploratorio y descriptivo con un intento de correlación que algún día se comprobará esa relación causal entre actitudes médicas y expectativas educativas.

Se puede visualizar una proposición: Que los médicos tienen una visión contemporánea de lo que debe ser el médico, es decir, puramente científico para atender enfermedades, tener prestigio y cumplir las normativas de la ley en cuanto a la profesión. Que los "internos de pregrado" miran más hacia la adquisición de habilidades médicas y conocimientos para la atención que para la prevención y el humanismo, sin embargo eso es lo que hay que resaltar.

POSIBILIDAD DE UNA HIPOTESIS TEORICA.

Hipótesis 1: Las expectativas del interno de pregrado son las tradicionales para el concepto actual de médico.

⁸ Descantes-Guanter, J. M. y López Yepez, J.: *Teoría y técnica de la investigación científica*, Editorial Síntesis, Madrid, 1996.

Hipótesis 2: Las expectativas del interno de pregrado son las tolerables para la profesión médica.

Hipótesis 3: Las expectativas del interno de pregrado son las deseables para un profesionalista.

ANTECEDENTES Y CONTEXTO.

Si consideramos al médico como persona está implícita la idea de que tiene expectativas, es decir, la manifestación de uno de sus niveles constitutivos que se llama trascendental o de desarrollo, si no se considera más que individuo cumplirá expectativas de otros. La figura del médico se ha ido moldeando a través de los tiempos, desde la *tecné* hipocrática, esto es, que el médico es conocedor pero también activo al aplicar sus conocimientos. El "corpus hipocraticum" en su segmento esencial describe al médico como un ser virtuoso, lleno de respeto hacia el ser que atiende, hecho que se mantiene como esencia de esa profesión⁹.

El conocimiento médico pertenece al mundo de los fenómenos naturales objetivos, necesarios para explicar lo que sucede en el cuerpo y la mente, de ahí que los sabios de la Edad Media sincretizaron el conocimiento biológico con el comportamiento espiritual debido a su procedencia cultural, predominaba la expectativa de conocer la esencia de los fenómenos que conducen a la enfermedad y la muerte, pero a la vez la expectativa de hacer el bien en todo momento.

En la Ilustración el médico entró en un período de humanización, hecho que fue el espíritu ideológico de la Revolución Francesa "Igualdad, Libertad y Fraternidad", de la Ilustración procede la medicina aprendida por los grandes de la medicina en Norte América y México, es clínica en su esencia.

Los docentes de la facultad de medicina humana de la UNACH, en los primeros 20 años fueron formados en el seno de la medicina francesa, los últimos docentes, los más jóvenes, tienen ya la inquietud de la medicina norteamericana, tecnificada y centrada en la efectividad diagnóstica y terapéutica apoyados en la tecnología y desafortunadamente en las leyes de oferta y demanda.

⁹ Zaragoza J. R. La medicina de los pueblos mesopotámicos. En: Laín Entralgo, P: Historia Universal de la Medicina, Tomo I, Era pretécnica. Salvat Editores, Barcelona, 1972: 67-93

A la formación médica actual hay que situarla en los postulados educativos de Abraham Flexner, pedagogo que emitió su informe Flexner en 1910 en relación a la formación médica¹⁰ surgido del análisis de lo que veía como problema en la formación de médicos. Su intervención tuvo una fuerza demoledora que hizo temblar en sus bases a las escuelas de medicina de entonces y dio paso a la más profunda transformación y reforma de la educación médica en Norte América y años más tarde en América Latina. Flexner en la esencia de su mensaje consideraba que la **medicina es básicamente un sistema educativo**. Planteó que el médico ideal es una persona educada, alguien en quien se unen en forma indisoluble la ciencia y el humanismo.

En este plan de investigación incluimos algunas premisas del informe Flexner para la formación médica y en extenso se harán dentro del corpus de la tesis.

El diagnóstico: a) Existe superproducción de médicos mal capacitados y hay exceso de malas escuelas de medicina, b) Un médico superfluo generalmente es un mal médico, c) La proliferación de escuelas de medicina obedece a razones principalmente económicas y políticas.

En la visión curricular: a) Las ciencias fundamentales (química, biología, física) proveen la instrumentación básica de la educación médica. Pero una instrumentación mínima no puede servir como el mínimo del profesionalismo, b) El progreso científico ha modificado grandemente la responsabilidad ética de la medicina, c) El tipo de doctor que sirva bien a la sociedad, implica, ante todo, que debe ser un hombre bien educado, d) La profesión médica es un órgano social que no fue creado para gratificar las inclinaciones o preferencias de ciertos individuos, sino para promover salud, vigor físico y felicidad y por ende la autonomía económica y eficiencia humanas relacionadas con estos factores, e) La educación médica es una disciplina técnica y profesional,

¹⁰ 'La Educación Médica en los Estados Unidos y Canadá. Un Informe a la Fundación Carnegie para el Avance de la Enseñanza', fue publicado en 1910.

que requiere la posesión e integración de porciones de otras ciencias estructuradas y organizadas bajo diferentes puntos de vista, f) El aprendizaje efectivo no es única, ni principalmente, una cuestión del método particular que se emplee, ni del maestro que lo aplica; es mucho más, es también una actitud y una actividad del estudiante. Hablando en forma estricta, los hombres se forman ellos mismos. Los maestros pueden estimular, guiar e inspirar, pero son los estudiantes quienes deben aprender, más que ser enseñados

En la responsabilidad social: a) las ciencias de laboratorio culminan y convergen en el laboratorio de higiene, del cual surge el joven médico equipado con una visión lógica de la naturaleza, la causa, la propagación, la prevención y la cura de las enfermedades, y con una concepción exaltada de su propia obligación de promover las condiciones sociales que conducen al bienestar físico, b) En forma directa o indirecta, se ha definido que la enfermedad depende en gran parte de un ambiente no propicio o deletéreo para los individuos y las comunidades, c) Se insiste en un profesorado dedicado en tiempo completo a la docencia, el servicio y la investigación, lo cual representa una filosofía educativa que mantiene plena vigencia en esta época de preocupantes cambios en la organización de los sistemas de salud

En los componentes de la profesión: a) La ciencia puede ser concebida como la organización del conocimiento en permanente desarrollo y que se mueve a diferentes tasas y con diversos niveles de confianza hacia la total comprensión de la forma matemática, que es el objetivo hacia el cual se dirige todo esfuerzo científico, b) Si la medicina es concebida como un arte, en contraposición a una ciencia, el que la practica estaría estimulado a actuar con una conciencia clara pero basada en líneas empíricas superficiales; si, por el contrario, el que la practica está agudamente consciente de su responsabilidad hacia el espíritu y el método científicos, tendría, casi inevitablemente, que esforzarse por clarificar conceptos y proceder en forma más sistemática en cuanto a la acumulación de hechos y de información, a la

formulación de hipótesis y a la evaluación de resultados, c) La educación médica no puede ser descrita ni discutida aparte de la educación general.

Se puede decir que buena parte de los cambios que han tenido lugar en la educación médica de América Latina se fundamentan en el 'modelo flexneriano'. De ahí surgió también la distribución educativa al campo hospitalario. Los médicos en México país, cumplirán 100 años de seguir ese modelo en la formación de los nuevos cuadros de profesionales de la salud.

características del contexto internado de pregrado.

Los estudiantes de medicina que han terminado su ciclo en las aulas, pasan a los hospitales del estado (de Chiapas) a hacer su año de internado rotatorio de pregrado. Se dice rotatorio porque cambian de servicio cada 3 meses y en esos tres meses pasan por las especialidades de cada sección de servicio. Es en el ISSSTE donde se sitúa la observación.

El ISSSTE y la facultad de medicina humana UNACH.

La facultad de medicina humana de la UNACH comenzó sus actividades en 1974 inició con un sistema curricular modular con un modelo educativo de la Tecnología educativa, modelo y método que se prolongó 20 años. La visión formativa era claramente científicista para la efectividad en la atención de los enfermos. En 1993 el currículum siguió siendo modular y la visión pedagógica pasó a adoptar la variedad del modelo educativo cognoscitivo con el Aprendizaje Basado en Problemas¹¹.

La mayoría de los docentes en la universidad son especialistas en alguna de las ramas y las divisiones prácticas de la medicina, un 40% de los docentes tiene una maestría en docencia en ciencias de la salud, pero el 60% hace de su trabajo formativo una repetición de la manera como aprendió, es decir, se vuelve una autoridad, se centra en la

¹¹ Plan de Estudios 1993 de la carrera de Médico cirujano en la facultad de medicina humana de la UNACH "Metodología de la enseñanza", página 30.

disciplina de obediencia del alumno, memorización de datos, aprendizaje puntual de técnicas médicas para el diagnóstico, su trabajo es enseñar y hasta los docentes se llaman catedráticos¹² mientras que la meta de aprender se dirige a señalar a que se aprenda lo que a juicio del docente es importante y lo preguntará en los exámenes.

La preocupación de la **enseñanza** es hacia los datos que la ciencia proporciona, el estudio propiamente científico hace que se vea al ser humano como un organismo no se le reconoce integrado en su cuerpo, su mente su función social y su trascendencia.

La formación profesional se hace como instrucción y se sabe que la instrucción es estrecha y es para los estratos de aprendizaje en la educación básica y, es tolerable hasta la preparatoria pero después que se han formado los estadios genéticos propuestos por Piaget hasta las operaciones formales, el ser humano se torna autónomo y, aunque sea sumiso, en su interior reclama la autonomía en su autoformación, por eso la instrucción en el nivel superior ya no satisface, pero así se da.

La pedagogía en la Facultad de medicina, en la formación del médico, con sus excepciones, es de repetición puntual de lo que dice el documento de consulta o el experto.

Dada la visión científicista orgánica, en la facultad se lucha por tener más laboratorios, más presupuesto para investigación médica, más técnicos, más investigadores en farmacología, fisiología, morfología, y las demás ciencias de la naturaleza. La formación humanista está mediatizada o se percibe que debe situarse en la preparatoria cuando debiera integrarse lo ya visto o integrar lo conveniente de las humanidades a los problemas médicos en su planteamiento y solución.

Los alumnos trabajan con la vista a hacer una especialidad, quieren aprender a dominar técnicas de operaciones, manejo de

¹² Abbagnano, N. y Visalberghi, A. Historia de la pedagogía F. C. E. México, 1995. "La educación en la Contrarreforma", página 264 y siguientes "Los obispos **enseñan** a los fieles desde sus **cátedras** (la silla en la catedral) la manera de vivir mejor..." de manera que ningún docente es obispo que enseñe en una cátedra, ni el aula es una catedral, ni el régimen educativo es religioso.

aparatos que les den el diagnóstico preciso, pero no se interesan en hacer un diagnóstico de cara al paciente, escuchándolo y tocándolo.

Cuando no se ha logrado tecnificar a la escuela de medicina, los alumnos y los docentes se perciben del tercero o cuarto mundo en calidad. La calidad en estos tiempos se mide por la tecnificación y la belleza exterior, no por la calidad humana en la atención, ni la belleza interior de la profesión médica. Sin embargo eso sucede desde Norteamérica hasta la Patagonia.

La carrera de médico cirujano se hace en 7 años hasta titularse, sin perder tiempo. Afortunadamente en esta facultad no hay rezago estudiantil, no se puede reprobar dos veces un módulo porque hay baja definitiva y es casi nula la deserción de la carrera. Así puede vislumbrarse que una de las expectativas dominantes es mantenerse en la carrera y obtener el mejor promedio por calificación de los exámenes particularmente.

La costumbre educacional.

Como se ha señalado, la pedagogía que se ha mantenido dominante en la escuela como proceso de enseñanza aprendizaje, está centrada en los programas de cada materia que integra cada módulo en cada ciclo escolar¹³. El docente y el alumno tienen como referente al programa y también a las normas educativas y políticas de la escuela para hacer el trabajo en cada ciclo escolar, sin crear conflictos. De manera que una de las expectativas inmediatas es no ser sancionado y conocer lo mínimo indispensable de las leyes de la universidad, del Reglamento de evaluación y los propósitos de cada módulo para cumplirlas, además de ser congruente con el poder que el docente y el coordinador ejercen en su desempeño escolar.

El docente es el responsable del grupo que atiende; a él se le piden resultados, él hace de su clase un dominio porque el alumno será

¹³ Comenio J. A. Didáctica magna Editorial Porrúa, Colección sepan cuantos" Número 167, México, 1997. Capítulo XIII: "El orden en todo es el fundamento de la pedagogía tradicional", página 49.

obediente y "buen chico" al criterio del docente, el más disciplinado alumno y más memorista es el alumno más apreciado y más calificado como buen alumno que llegará a ser un buen médico. Entonces el docente es la norma y el criterio de ser "buen o mal" estudiante, de recibir el mérito de un punto o la sanción de restarle otro punto¹⁴. Sin manifestarlo el alumno esperará tener al mejor docente, es decir aquel que le enseñe algo del secreto médico, lo trate como persona y no se oponga a su permanencia en la carrera.

El docente es visto como el ser que domina la materia que imparte, porque la enseña, no la coordina, entonces el docente es autoridad porque tiene más conocimientos aplicativos de ella, pero su palabra es ley y es criterio de examen para promover el ciclo escolar¹⁵.

El alumno está acostumbrado en su historial académico a calificar a su maestro como excelente si sabe contestar todas las preguntas de sus alumnos y si se sabe todos los atajos hacia la solución de un problema y si da los mejores consejos de su experiencia y es como un padre para sus hijos, entonces, el alumno está domesticado, alguien piensa por él, aunque sea ya adulto por ley (18 años y más) y se le exige que lo sea. En cambio el constructivismo educativo se propone como meta formar profesionales autónomos, es decir, críticos y reflexivos.

Los cursos terminan con la publicación de calificaciones, la selección de los mejores promedios para la tabla de honor y la asignación de becas PRONABES, la estrategia para calmar a quienes deben reciclar una materia o el módulo y prepararse para el ciclo escolar próximo, así semestre tras semestre y año con año, hasta salir de las aulas y pasar a la realidad, al trabajo hospitalario y al trabajo en

¹⁴ Snyders, G. Historia de la pedagogía Editorial Oikos-Tau, Barcelona, 1974, tomo II "En el aula hay que mantener la vigilancia constante, ininterrumpida del alumno".

¹⁵ Palacios, J. La cuestión Escolar Editorial LAIA, Barcelona, 1989, página 17. El émulo es el contrincante de igual fuerza. Los adversarios que vigilaban los errores del bando contrario dentro de una competencia escolar eran verdaderos oponentes con argumentos verdaderos o pseudoargumentos.

la comunidad con el servicio social¹⁶. Ahí es donde el egresado debe ser adulto como profesional, aunque no lo hayan dejado ser adulto, es decir, capaz de pensar sus problemas y soluciones, capaz de reconocerse como apto para aprender a su manera y poner en práctica sus valores superiores.

Después de ser disciplinado para que la institución no tenga problema alguno, ahora el pueblo le pide ser humanista y científico. Esas también serían expectativas que manifieste el estudiante, esas deben investigarse si afloran porque son parte esencial de la formación profesional del médico. Si son visibles las expectativas de mantenerse en el promedio para la beca monetaria.

Estas son algunas de las razones por las cuales el tesista hace la reflexión después de leer cuidadosamente las notas sobre los procesos psicológicos de aprendizaje en la compilación de temas en la materia de Teorías del aprendizaje en la maestría. Además porque todo docente futuro debería ser un profesional de la docencia y hacer un mejor papel en la formación de los cuadros de servidores públicos a su tiempo.

El currículo es dinámico.

Cuando se desea equilibrar la formación de los profesionistas que la sociedad desea, es necesario que la lógica temática y metodológica de la carrera de medicina sea congruente con lo que el ser humano es: una persona y no un individuo o una ficha o un ciudadano más. Hay que renovar el currículum¹⁷ porque no se ve en él la dedicación puntual a las materias sociomédicas integradas en cada tema que se estudia.

Se considera que la renovación curricular comienza por un planteamiento sustancial de lo que es el hombre. Para las instituciones se toma como ser humano y como derechohabiente con número de filiación, para el Derecho es una persona legal, para la economía una

¹⁶ El gobierno federal de México tiene en su Programa Nacional de Desarrollo, 2001-2006 el estímulo económico para favorecer a los mejores promedios en toda la educación del país. Esta es una forma de competencia por mantenerse en el promedio y no en el desarrollo de la persona precisamente.

¹⁷ Wojtyła, K. "Persona y Acción" Editorial BAC, Madrid, 1978. El concepto de persona.

persona física¹⁸, para los sociólogos un individuo de la colectividad, pero en esencia, el hombre es una persona, esto es: "Una sustancia individual de naturaleza racional", es decir un ser único en su constitución orgánica y su manera de ser en el mundo, e irrepetible porque no hay otro igual como persona¹⁹, por lo tanto, cada uno aprende, según sus intereses que va descubriendo a diario y que tiene derecho a seguir porque es un ser que debe ser respetado y potenciado.

Cuando se reconoce que el hombre, es persona entonces aparece una integración de cuerpo, mente, condición social y progreso, trascendencia, historia, lo que hace de cada uno una singularidad que aprende a diario.

El currículum de la carrera de medicina deberá ser construido respetando a cada quien dentro de un plan de formación profesional y adoptará una lógica metodológica cognoscitivista, humanista y se dejará para la instrucción de datos la lógica conductista y memorista tradicional, es decir, es más natural un aprendizaje integrado que uno puntual conducido.

Actualmente la escuela donde el tesista estudió la maestría en docencia en ciencias de la salud, está en ese tenor de construcción curricular y se espera que adopte la corriente constructivista para formar médicos autónomos, guiados por los expertos, reflexivos y críticos ante los problemas que presenta la sociedad en estos tiempos²⁰.

Origen del problema y su situación actual.

Si la ciencia y la tecnología aplicadas a las ciencias de la salud han evolucionado y también la manera de pensar de la sociedad en un mundo globalizado, entonces las expectativas de los profesionales de la

¹⁸ Ver la política económica de la Declaración anual del Impuesto Sobre el Producto del Trabajo en abril, es para las personas físicas y en sus estatutos se define como "el trabajador o empleado que recibe un sueldo mensual..."

¹⁹ Moore, H. Tratado de embriología humana" El embrión de 2 semanas o día 14, Editorial Interamericana, México 2000.

²⁰ El humanismo tiene antecedentes en Aristóteles, Leibniz, Kierkegaard, Sartre etc., pero como fundamento del modelo educativo a mediados del presente siglo la corriente se centra en el estudio de los **seres humanos como totalidades dinámicas y autónomas** en su desarrollo dentro de un contexto social interpersonal.

salud, desde su formación básica hasta el postgrado y la actividad profesional, deberán estar acordes con el cambio o se mantendrá el perfil clásico del médico que es humanista sin dejar de ser científico en la raíz de sus procedimientos de atención a los pacientes.

En realidad no debe cambiar el perfil clásico del profesional de la salud, porque es el cimiento de lo que mantiene su esencia de servicio, pero suele suceder que la facilidad que da la tecnología convierta sus expectativas secundarias en primarias y que mire más a la técnica y la ciencia en su preparación y en su trabajo que a la completa empatía con sus pacientes.

En realidad el estudio es exploratorio y es diagnóstico, se parte de una suposición de que las expectativas del interno de pregrado estarán más inclinadas a la visión del presente, a la efectividad, la eficiencia y la calidad vistas como una expectativa de logro exitoso y de prestigio económico, legalizado por el gasto empleado para adquirir tecnología y formación en su manejo.

Dependiendo del hallazgo puede justificarse el bloque de expectativas porque estarán acordes con el Plan de estudios cuyo interés mayor se ve en la inclusión de materias propiamente de la profesión y la disminución posible de las materias humanistas que son el nexo irremplazable del trato con personas. El hallazgo podrá ser una guía, dentro de otras más, para renovar el currículum, eso es lo que sucede cada 10 años en toda universidad y facultad que se evalúan en sus procesos y productos.

CAPÍTULO I

La formación de un profesionalista.

1.1.- La visión, la misión y el perfil de egreso de la carrera de medicina humana.

Una institución educativa como la Universidad Autónoma de Chiapas tiene expectativas que están manifiestas en la visión de cada área o campus, como el de medicina humana, y en la misión de la institución como un espíritu que guía su trabajo a largo plazo para el bien común. Esta visión y misión son fuente de inspiración para quienes conocen sus enunciados y son fundamentales para plantear las expectativas que están fuera del campo del alumno pero que influyen en él para su formación profesional, hecho que él no ve desde el inicio sino que va aclarando conforme avanza en su profesionalización. Así pues la visión de la facultad de medicina humana es la siguiente:

En primer lugar se considera la propia facultad como una instancia educativa que ha logrado acreditación por los organismos oficiales evaluadores de Escuelas y Facultades de Medicina, su dedicación es a) formar médicos como profesionales capaces de atender, modificar y plantear soluciones a los problemas de salud en el ambiente donde radiquen, b) Preparar a los médicos para optimizar el uso de los recursos tecnológicos y científicos en base a la autogestión y la innovación, c) obtener de ellos la suficiente calidad científica y humanista para competir y trabajar en la sociedad.

La misión de la facultad de medicina completa el panorama de expectativas institucionales que subyacen en el contenido del texto siguiente:

- a) Formar profesionales de la medicina con sólido aprendizaje teórico.
- b) Lograr en los egresados óptimos estándares de calidad.
- c) Que los egresados tengan las habilidades necesarias para la profesión.

- d) Que se logre obtener criterios biológicos y humanísticos.
- e) Que procedan con una metodología de la investigación científica en la generación de conocimientos.
- f) Que los egresados sean líderes en las acciones preventivas y que promuevan la salud.
- g) Que los egresados generen conocimientos sobre los temas de salud y vida plena de la población.
- h) Que exhiban una firme decisión por la defensa integral de la vida y la conservación del medio ambiente.
- i) Que se fomente permanentemente un espíritu científico en su proceder.
- j) Que se mantengan en su deseo de superación, de ser posible hasta llegar al título de postgrado o un título académico de investigación.

Se ha tomado esta parte del currículum de la carrera de medicina como necesaria para sustentar la investigación junto con la visión de cada ser que pretende alcanzar una meta prevista o que se le ha hecho ver por alguna persona ilustrada y que se alcanza cumpliendo puntualmente cada uno de los objetivos que llevan a tal meta.

1.2.- Formación de la persona para la profesión científica y humanista.

Nadie da lo que no tiene y si el profesionista médico (o cualquier otro), debe llegar a ser científico y humanista porque estará al servicio de la humanidad y de cada persona en particular, entonces debe adquirir las dos vertientes de conocimiento durante su formación profesional, salga de él la exigencia o la perciba en la parte de propósitos del currículum o en la sociedad. Sin embargo parece ser que en las escuelas solamente hay preocupación por la formación científica, objetiva, medible y reproducible, la formación técnica y de habilidades profesionales y se deja de lado la formación humanista o se le considera

ya incluida en la formación lograda en el bachillerato o la vida. Eso es lo que se pretende presentar como reflexión para, tener conciencia del hecho y valorarlo.

La sociedad pide a gritos que la ciencia no vulnere la dignidad de las personas, ya existen muchos y variados documentos de suscripción mundial para defender al hombre de la política que emplea la tecnología para lesionar a núcleos de población, a individuos y a tipos de individuos por no incluir al humanismo en la investigación y la solución de problemas comunes¹.

Uno de los documentos conocidos por muchos que resguardan los derechos de la humanidad es la Declaración de los Derechos Humanos y del hombre que suscribieron los países afiliados a la ONU², contra la invasión y contrá la injusticia en todo momento de la historia; otro de esos documentos, referidos al servicio médico y la investigación es la Declaración de Nuremberg que defiende y promueve el respeto a la dignidad del hombre en situaciones extremas, como sucedió en el régimen Nazi³ y aquellos documentos que surgen para cuando sea necesaria una investigación en seres humanos. El resultado del planteamiento de ese documento fue el consentimiento informado, es la Declaración de Helsinki⁴ para la defensa del paciente y la experimentación en humanos y en animales, etc., todos los documentos referidos son algo así como un reclamo de la sociedad por medio de las

¹ Es el caso del uso de insecticidas en el hogar y en el ambiente. La emisión de gases contaminantes por la industria y por automotores y muchos casos más en donde la ciencia y la tecnología dan un beneficio pero la norma de uso no limita las agresiones a las personas y el medio vital.

² El 10 de octubre de 1948 se firmó la Declaración de los Derechos Humanos y del Hombre en la sede de las naciones unidas en Nueva York, USA. México fue uno de los países firmantes y con esa firma se comprometió a cumplir con las cláusulas explícitas. Se recuerda que los Tratados internacionales tienen un segundo espacio después de la Carta Magna y por arriba de cualquier otro código, norma, ley, constitución de los estados de la república. Es un documento prioritario en su cumplimiento.

³ From Trials of War Criminals before the Nuernberg Military Tribunals under Control Council Law No. 10, vol 2 Washington, D.C: U.S. Government Printing Office, 1949, pp. 181-182.

⁴ Asociación Médica Mundial. La Declaración de Helsinki, en *The Ethical Dimensions of the Biological Sciences*, edited by Ruth E. Bulger, E. Heitman, and S.J. Reiser. Cambridge University Press. Cambridge. 1993. Pp. 150-161.

leyes, para que se le considere una sociedad de personas y no de individuos manejables al deseo y voluntad del más fuerte.

Estos documentos comienzan a conocerse y, en algunos casos a analizarse en las aulas de la escuela de medicina humana de la UNACH, pero su espíritu no forma parte de las expectativas de los alumnos porque miran más a la necesidad de aprender lo puramente médico en la modernidad que el contexto como fuente de vida o de enfermedad.

El médico es, particularmente, un profesional que trabaja en profundidad con el ser de cada persona y su vocación lo obliga a ser humanista, luego entonces, debe dársele una educación humanista con el concepto siempre presente de que el médico es y trata con personas, de manera que su formación comenzaría con la expectativa de ser él respetado como persona en su período de formación como alumno.

Así es como se ve que, los modelos educativos empleados ya en los adultos, y los universitarios deben ser congruentes con el respeto a la capacidad de ser autónomo, por lo que no debe estar ausente del plan pedagógico, el modelo educativo humanista en la formación de un profesional que, a través de esa formación, respete la dignidad propia y la de los demás, tampoco debe estar ausente el modelo que utilice el potencial de formación de cada alumno con miras a construirse a sí mismo, con la ayuda de los expertos en una disciplina y una pedagogía, porque toda persona tiende por naturaleza a su desarrollo particular, es decir, a seguir sus metas, a plantearse expectativas en su profesión y para la vida (más adelante se verá claramente esto en el concepto de persona).

No solamente deberá ser instruido el alumno en las habilidades médicas en el plano de la ciencias, en las técnicas y las normas de la ley positiva, no se pretenderá hacerlo solamente científico, aunque es preciso que llegue a formarse en la ciencia dura, la ciencia de la naturaleza para tener efectividad en sus propósitos curativos sino que tendrá una plena formación en las ciencias humanas que hagan

efectiva la relación médico paciente y se respete la autonomía y trascendencia del paciente.

Los estudiantes de medicina que han terminado su ciclo en las aulas, pasan a los hospitales del estado a hacer su año de internado rotatorio de pregrado. Se dice rotatorio porque cambian de servicio cada 3 meses y en esos tres meses pasan por las especialidades de cada sección de servicio.

1.3.- Marco situacional de los internos de pregrado.

La facultad de medicina humana de la UNACH comenzó sus actividades en 1974 con la adopción de un sistema curricular modular y con la adopción de un modelo pedagógico basado en el conductismo, era la moda en los años 70 en América Latina y había pasado el auge en Norte América con aquello que se llamaba el Behaviorismo, en fin, se adoptó como modelo pedagógico a la Tecnología educativa y se implementaban las actividades en clase con técnicas de microenseñanza como la discusión en pequeños grupos, el phillips 6'6, el panel, la mesa redonda, los corrillos, etc., fue una adopción de modelo y método que se prolongó 20 años. En 1993 el currículum siguió siendo modular y la visión pedagógica pasó a adoptar el Aprendizaje Basado en Problemas⁵.

La mayoría de los docentes son especialistas en alguna de las ramas y las divisiones prácticas de la medicina, un 40% de los docentes tiene una maestría en docencia en ciencias de la salud, pero el 60% hace de su docencia una repetición de la manera como han sido formados, es decir, autoridad del docente, disciplina de obediencia del alumno, memorización de datos, aprendizaje puntual de técnicas médicas para el diagnóstico, la intención es la enseñanza y hasta los docentes se llaman catedráticos⁶ y le añaden aprendizaje, pero de lo que

⁵ Plan de Estudios 1993 de la carrera de Médico cirujano en la facultad de medicina humana de la UNACH "Metodología de la enseñanza", página 30.

⁶ Abbagnano, N. y Visalberghi, A. Historia de la pedagogía F. C. E. México, 1995. "La

los docentes quieren que se aprenda porque así lo preguntarán en los exámenes.

La preocupación de la enseñanza es hacia los datos que la ciencia proporciona, el estudio propiamente científico hace que se vea al ser humano como una suma de tejidos, de fluidos, de órganos, aparatos y sistemas. No se le ve integrado en su cuerpo, su mente su función social y su trascendencia.

La formación profesional se hace como instrucción que solamente es útil en las materias básicas y las técnicas que siempre se repiten pero el estudiante universitario deberá hacer uso constantemente de su autonomía y, aunque sea sumiso, en su interior reclama la autonomía en su autoformación.

La pedagogía en la Facultad de medicina, en la formación del médico, con sus excepciones, recurre a la exposición de la clase leída en textos o en el mejor de los casos en bases de datos recientes organizadas lo más significativamente posible como se logre en los autores con formación pedagógica, es decir, la dinámica en el aula es de repetición puntual de lo que dice el libro, la revista científica, el docente y el jurado. El alumno es reactivo y repetitivo.

La realidad demuestra que no es conveniente una pedagogía de enseñanza de datos puntuales pues cuando se enfrenta el médico al paciente debe aplicar el conocimiento en su atención efectiva, es entonces cuando aparece la dificultad de la comunicación y la emotividad del paciente en aquello que se llama "relación médico/paciente". La relación comunicativa cara a cara es el centro fundamental del trabajo del médico y es ahí donde hace falta la construcción personal de la profesión para atender a un ser tan complejo como el hombre. Porque en el extremo de los casos, no se puede operar a un paciente así, de súbito aunque lo necesite en ese

educación en la Contrarreforma", página 264 y siguientes "Los obispos **enseñan** a los fieles desde sus **cátedras** (la silla en la catedral) la manera de vivir mejor..." de manera que ningún docente es obispo que enseñe en una cátedra, ni el aula es una catedral, ni el régimen educativo es religioso.

momento o esté en riesgo inminente de muerte porque debe explicársele suficientemente lo que se le hará y una vez entendido dará su consentimiento, luego entonces la ciencia pura no es suficiente en medicina, la ciencia y las humanidades sí, el paciente necesita respeto ante todo.

La facultad de medicina de la UNACH en su afán por pasar de la acreditación a la certificación organizativa lucha por tener más laboratorios, más presupuesto para investigación médica, más técnicos, más investigadores en farmacología, fisiología, morfología, y las demás ciencias de la naturaleza. Se requiere tecnología de punta y personal calificado, se buscan los doctorados y las maestrías para tener personal de alta investidura para la investigación generativa. Esa parece una prioridad que manifiestan docentes, alumnos y directivos, es decir, que la facultad de medicina no esté rezagada en tecnología.

Se mediatiza la formación humanista o se le apoya e incentiva menos que la formación en ciencias, por ejemplo urge la integración de un comité de bioética, pero primero debe sistematizarse la enseñanza de la ética médica y la bioética, de la antropología médica para comprender a los pacientes provenientes de las etnias del Estado, sin embargo nadie opta por estudios humanístico filosóficos, los alumnos buscan hacer una especialidad, quieren aprender a dominar técnicas de manejo para el diagnóstico y el tratamiento, manejar aparatos que den el diagnóstico preciso, pero ponen en segundo término el proceso de hacer un diagnóstico de cara al paciente, escuchándolo y tocándolo.

Estar en el rezago tecnológico da la sensación de que se trabaja en un campo de tercero o cuarto mundo en calidad cuando se sabe que la calidad se mide por la tecnificación y la belleza exterior, no por el respeto humano en la atención integral del paciente, no se concibe como calidad la belleza interior de la profesión médica. La tecnología deslumbra a los profesionales en formación y sus expectativas los llevan a verse en realidad consumistas de novedades para llenar el vacío de ser auténtico.

La carrera de médico cirujano se hace en 7 años hasta titularse, sin perder tiempo. Así puede verse claramente que una de las expectativas dominantes es cumplir con la disciplina del estudiante y mantenerse en la carrera a la vez que llegue a obtenerse el mejor promedio en la carrera para negociar el mejor lugar en la sociedad con privilegios del mérito.

1.3.1.- La costumbre educacional.

Como se ha señalado, la pedagogía que se ha mantenido dominante en la escuela como proceso de enseñanza aprendizaje, está centrada en los programas de cada materia que integra cada módulo en cada ciclo escolar⁷. El docente y el alumno tienen como referente al programa y también a las normas educativas y políticas de la escuela para hacer el trabajo en cada ciclo escolar, sin crear conflictos. De manera que una de las expectativas inmediatas es no ser sancionado y conocer lo mínimo indispensable de las leyes de la universidad, del Reglamento de evaluación y los propósitos de cada módulo, además de ser congruente con el poder que el docente y el coordinador ejercen en su desempeño escolar.

El docente es el responsable del éxito o fracaso escolar en cada uno de los módulos, las secciones y unidades de estudio en un ciclo escolar. El es el administrador del programa, el controlador del aprovechamiento, el juez de la disciplina y quien tiene la última palabra para promover o retener al alumno en los grados del plan de estudios. Entonces el docente es el modelo, es la norma y el criterio de ser "buen o mal" estudiante, de recibir el mérito de un punto o la sanción de restarle otro punto⁸. Algunos alumnos seleccionan a su conveniencia al tipo de docente que favorece sus expectativas inmediatas a un ciclo escolar, los demás aceptan al designado según el grupo al que

⁷ Comenio J. A. *Didáctica magna* Editorial Porrúa, Colección sepan cuantos" Número 167, México, 1997. Capítulo XIII: "El orden en todo es el fundamento de la pedagogía tradicional", página 49.

⁸ Snyders, G. *Historia de la pedagogía* Editorial Oikos-Tau, Barcelona, 1974, tomo II "En el aula hay que mantener la vigilancia constante, ininterrumpida del alumno".

pertenecen en la matrícula. De manera que se percibe que el docente será el profesional más equilibrado en sus conocimientos o el que más opciones da de aprobación sin tanta vigilancia.

El docente por lo menos debe dominar la materia que imparte, si no lo hace de todos modos se acepta porque es mandato de la autoridad y selección del Secretario auxiliar Académico y, lo primero es no crear desorden. Si el aprendizaje es bajo o incierto no es problema personal del alumno sino de la organización académica de la facultad. No existe la crítica de reconocer lo que significa "domina" la materia, pues bien se sabe que la ciencia avanza y no todo el mundo está cerca de las fuentes que ponen el conocimiento al día, pero si el docente sabe más que el alumno en el programa del día, su palabra es ley y es criterio de examen para promover el ciclo escolar⁹.

El alumno está acostumbrado en su historial académico a calificar a su maestro como excelente si sabe contestar todas las preguntas de sus alumnos y si se sabe todos los atajos hacia la solución de un problema y si da los mejores consejos de su experiencia y es como un padre para sus hijos, entonces, el alumno está domesticado, alguien piensa por él, se mantiene heterónomo y se le exige que lo sea como los dioses griegos imponían su voluntad a los inferiores, por Ley¹⁰.

Los cursos terminan con la publicación de calificaciones, la selección de los mejores promedios para la tabla de honor, así semestre tras semestre y año con año, hasta salir de las aulas y pasar a la realidad, al trabajo hospitalario y al trabajo en la comunidad con el servicio social¹¹. El egresado en sus dos últimos años de formación ya

⁹ Palacios, J. La cuestión Escolar Editorial LAIA, Barcelona, 1989, página 17. El émulo es el contrincante de igual fuerza. Los adversarios que vigilaban los errores del bando contrario dentro de una competencia escolar eran verdaderos oponentes con argumentos verdaderos o pseudoargumentos.

¹⁰ Esquilo. Las siete tragedias "Prometeo encadenado" Editorial Porrúa, colección Sepan Cuantos, número 11, México, 1985, página 73. En "Prometeo encadenado" hay una referencia a la obediencia de la disciplina férrea por tradición, cuando La Fuerza señala a Efesto que debe castigar a Prometeo.

¹¹ El gobierno federal de México tiene en su Programa Nacional de Desarrollo, 2001-2006 el estímulo económico para favorecer a los mejores promedios en toda la educación del país. Esta es una forma de competencia por mantenerse en el promedio

debe ser adulto como profesional, pero no se le formó en esa línea de ser capaz de pensar sus problemas y solucionarlos, no se le dio la oportunidad de reconocerse como apto para aprender a su manera y poner en práctica sus valores superiores. Después de formado, el pueblo le pide una atención humanista y eficaz en el corto plazo. Esas son expectativas que manifiesta el estudiante y que ve como parte esencial de la formación profesional del médico.

1.4.- La renovación curricular.

Cuando se desea equilibrar la formación de los profesionistas que la sociedad desea, es necesario que la lógica temática y metodológica de la carrera de medicina sea congruente con lo que el ser humano es: una persona y no un individuo o una ficha o un ciudadano más. Hay que renovar el currículum¹² porque no se ven en él la dedicación puntual a las materias sociomédicas integradas en cada tema que se estudia.

Se considera que la renovación curricular comienza por un planteamiento sustancial de lo que es el hombre. Para la OMS es un ente bio/psico/social para definirlo en salud y enfermedad, para las instituciones se toma como ser humano y como derechohabiente con número de filiación, para el Derecho es una persona legal, para la economía una persona física¹³, para los sociólogos un individuo de la colectividad, pero en esencia, el hombre es una persona, esto es: "Una sustancia individual de naturaleza racional", es decir un ser único en su constitución orgánica y su manera de ser en el mundo, e irrepetible porque no hay otro igual como persona¹⁴, cuando se ve así a la educación, cada uno aprende, cada quien tiene su meta que va

y no en el desarrollo de la persona precisamente.

¹² Wojtyla, K. "Persona y Acción" Editorial BAC, Madrid, 1978. El concepto de persona.

¹³ Ver la política económica de la Declaración anual del Impuesto Sobre el Producto del Trabajo en abril, es para las personas físicas y en sus estatutos se define como "el trabajador o empleado que recibe un sueldo mensual..."

¹⁴ Moore, H. "Tratado de embriología humana" El embrión de 2 semanas o día 14, Editorial Interamericana, México 2000. El embrión en el día 14 ya es único e irrepetible, antes de este día el embrión puede hacer gemelos o trillizos por su división de las células totipotenciales, en ese período previo al día 14 no hay todavía individuación, después del día 14 el ser es único e irrepetible y se potenciará según el ambiente donde viva.

descubriendo a diario y que tiene derecho a seguirla porque es un ser que debe ser respetado y potenciado para que aprenda. No hay que olvidar que quien enseña impone un conocimiento asimilado en su mente, pero transitorio.

Cuando se reconoce que el hombre, ser humano, es persona entonces aparece una integración de cuerpo, mente, condición social y progreso, trascendencia, historia, lo que hace de cada uno una singularidad que aprende a diario.

El currículum de la carrera de medicina deberá ser construido respetando a cada quien dentro de un plan de formación profesional y adoptará una lógica metodológica cognoscitivista, humanista y se dejará para la instrucción de datos la lógica conductista y memorista tradicional, es decir, es más natural un aprendizaje integrado que uno puntual conducido.

Actualmente la facultad de medicina está en la renovación curricular orientada hacia la corriente constructivista para formar médicos autónomos, guiados por los expertos, reflexivos y críticos ante los problemas que presenta la sociedad en estos tiempos y para el servicio humanista a las personas que requieran de sus servicios¹⁵.

1.5.- Formación para la vida y la interacción social.

Se desea que se formen médicos críticos, reflexivos¹⁶, autónomos, científicos, humanistas y con un gran sentido del respeto a la dignidad de las personas con el fin de hacer de la historia humana un progreso verdadero dentro de la justicia y la paz. Toda esta repercusión es la que surge después de definir al hombre como persona.

¹⁵ El humanismo tiene antecedentes en Aristóteles, Leibniz, Kierkegaard, Sartre etc., pero como fundamento del modelo educativo a mediados del presente siglo la corriente se centra en el estudio de los **seres humanos como totalidades dinámicas y autónomas** en su desarrollo dentro de un contexto social interpersonal.

¹⁶ Schön, D. "El profesional reflexivo" Editorial Paidós, Barcelona, 2002. Particularmente el análisis de la formación del Médico y el ingeniero requieren de una orientación hacia la reflexión de su trabajo y las relaciones causa efecto...

En pedagogía el modelo cognoscitivo¹⁷ que surgió del procesamiento de la información¹⁸ por el aprendiz, de la maduración de las etapas de la epistemología genética de J. Piaget, se considera ser el adecuado para formar profesionistas adultos, es decir, productivos y perceptivos del contexto. El humanista promovido por Abraham Maslow y Carl Rogers es el modelo que hace al profesional un respetuoso de la dignidad humana y que comienza en la escuela haciendo de cada alumno y profesor una persona y no una ficha dentro del tablero de quien manda y quien obedece, quien cumple y quien transgrede una norma impuesta por una autoridad que quiere control pero no autonomía de sus egresados¹⁹.

El aprendizaje es el centro porque la enseñanza se reduce a las actitudes, a la ética, a los procedimientos y las técnicas que así se aprenden pero que no se aplican igual a como se aprendieron. Es decir, el aprendizaje es el centro de la actividad educativa y no la enseñanza, tampoco el proceso de enseñanza aprendizaje porque es otra manera de justificar que están en igual proporción, el aprendizaje debe tener un mayor peso que la enseñanza, no tendrá el nuevo currículum impedimento como limitación en el aprendizaje sino amplitud que se logre por el método pedagógico, el que en medicina conviene como método es el hipocrático clínico que en su esencia es de aprendizaje²⁰.

La teoría y la práctica integradas (esto es la praxis marxista), la docencia, la investigación y el servicio juntos, la ciencia aplicada con humanismo, la visión de conjunto, el método fenomenológico,

¹⁷ Cognición es la adquisición, organización y uso del conocimiento

¹⁸ Luckmann, A. Lachman, J. L. y Butterfield, E. O. Cognitive psychology and information processing; and introduction, Editorial Erlbaum, Hillsdale, Nueva Jersey, 1979.

¹⁹ A Maslow se le considera como el padre del movimiento humanista en psicología, otros colaboradores a su formación son: G. Allport, G. Moustakas, G. Murphy y Carl. Rogers. Se dice que estos fundadores y continuadores de la corriente humanista, se vieron fuertemente influidos por la filosofía existencialista y la corriente de la fenomenología.

²⁰ Lam, T. P. "Early introduction of clinical skills teaching in a medical curriculum factors affecting students' learning". Med. Ed. 36(3):233, 2002. China Hong Kong.

correlacional y analógico²¹ son las tareas nodales de la formación médica integral.

La autoevaluación integrada a la heteroevaluación en el conocimiento declarativo, procedimental y actitudinal lleva en sí misma la justicia y al verdadero aprendizaje de una profesión, dejando listo al profesionalista para el servicio a la sociedad, y al autoprogreso en el avance de la ciencia, la tecnología y el humanismo. Por eso es que se investiga si hay esa disponibilidad de los docentes para lograr ese ideal, no como expectativa sino como acción concreta de alguien ya formado.

La psicología educativa da luz para comprender lo mejor de los procesos de aprendizaje, de los procesos en donde intervienen los conocimientos de la psicología: memoria, raciocinio, pensamiento, lenguaje, motivación, emoción, etc. y también los procesos fisiológicos que intervienen en cada fase, por ejemplo la memoria en las dendritas que subyacen a las psiconeuronas de la corteza cerebral, tanto en el área motora como en la sensitiva y en las neuronas de interconexión y relación, el raciocinio en el córtex de la superficie del lóbulo frontal, el lenguaje en las áreas motoras para emitirlo y las áreas sensitivas para recibirlo y el córtex frontal para comprenderlo²², etc.

El aprendizaje se logra por funciones complementarias entre fisiología del aprendizaje, psicología del aprendizaje y pedagogía del aprendizaje con los modelos que lo apoyan como el cognoscitivismo, el constructivismo y el humanismo con el proceso de aprendizaje sociocultural. Todos estos conocimientos son necesarios para avanzar en la formación docente para integrarse a la docencia para la formación de médicos y hacer el trabajo con el nivel de un profesional en educación.

²¹ Para los teóricos del modelo cognoscitivista, quien aprende no es movido por el medio externo sino por la manera en que él ha elaborado sus representaciones de lo que ve y, espera modificar para su beneficio, motivado por la observación de un problema. Se trata de un sujeto proactivo, mira adelante en su entorno físico y social.

²² Guyton, A. Tratado de fisiología médica. Editorial McGraw Hill, México, 2003. "Sistema nervioso, memoria", página: 617 y ss

1.6.- El internado de pregrado en el ISSSTE.

El Hospital de Especialidades Belisario Domínguez ISSSTE, en Tuxtla Gutiérrez ha sido tradicionalmente, una sede para la formación práctica y profesional de los alumnos de la Facultad de medicina Humana de la Universidad Autónoma de Chiapas y de la Escuela de medicina del Instituto de Estudios Superiores de Chiapas. Tiene dos períodos de recepción de internos, el primero de enero y el primero de julio. En el período seleccionado para la investigación de campo, enero diciembre del 2008, no hay alumnos del IESCH en el hospital estudiando su ciclo de internado.

El hospital referido es un hospital de especialidades, tiene servicios de primer nivel de atención (Medicina general, medicina preventiva), servicios del segundo nivel de atención (Especialidades troncales: Cirugía, Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Anestesiología) y servicios de tercer nivel (Las especialidades de cada área troncal, un ejemplo: la neurología, psiquiatría, otorrinolaringología, cardiología, etc.)

Tiene un Departamento de enseñanza e investigación que coordina las acciones del internado en evolución, las investigaciones de los adscritos a los servicios que se plantean al comité, las actividades científicas, las sesiones semanales, la planeación de cursos y congresos regionales y el permiso para los solicitantes a esos eventos.

El internado rotatorio de pregrado está coordinado también por un docente de la Facultad de Medicina Humana, es decir, existen acciones conjuntas entre jefaturas de enseñanza del Hospital ISSSTE y de la Facultad de medicina humana. Los programas se revisan en conjunto y las evaluaciones se hacen así también.

El internado rotatorio de pregrado se lleva a cabo en un año natural, es decir, 365 días cumplidos, deben trabajarse los créditos, disciplina, reglamento hospitalario, reglamento de las áreas de servicio

y la asistencia programada a clases teóricas de apoyo a las actividades prácticas.

Los docentes naturales durante el internado rotatorio de pregrado son los médicos que trabajan a diario en las diferentes áreas y especialidades y en la variedad de su trabajo, es decir, en la consulta externa en el seguimiento de los pacientes o la atención de los nuevos pacientes; en el área hospitalaria donde convalecen los pacientes de su enfermedad; en las áreas de diagnóstico como la sala de imagenología con sus distintas variedades, las del laboratorio y del servicio de transfusiones; en los quirófanos y en la concurrida área de urgencias: médicas, quirúrgicas, obstétricas y pediátricas.

Los docentes son profesionistas médicos, muchos de ellos son especialistas de distinta procedencia en su formación: Centro médico 20 de Noviembre, Centro médico López Mateos, Centro Médico Nacional, Centro Médico de Occidente en Guadalajara, etc. algunos de ellos son egresados de la Facultad de Medicina de la UNACH en su formación de pregrado. Tienen dominio de sus conocimientos de especialidad y su formación disciplinada en el postgrado ha hecho que le dediquen más atención a los padecimientos propios de su especialidad y menos a los de atención general al paciente, esto significa que el paciente es enviado de un médico a otro según el padecimiento, por ejemplo: Un diabético complicado asiste al endocrinólogo, pero su enfermedad ocular la debe ver el oftalmólogo según la agenda, si además tiene dañado el riñón, lo debe atender el nefrólogo y si precisa diálisis peritoneal debe pasar al cirujano, pero si un pie está lesionado por falta de circulación pasará al angiólogo. Toda esta visión parcial del paciente va siendo asimilada por el médico en formación y la debe ver como normal y legal y lo es, pero no le hace justicia a la dignidad del paciente.

A ningún médico especialista con conocimientos sólidos de la profesión médica se le limita para que atienda lo más que pueda la integridad del paciente enfermo por diabetes. Esa es una expectativa deseable que se pretende tenga todo médico en formación cuando se

pregunta si a él como paciente le gustaría la dilación y la intervención de múltiples personalidades médicas, no siempre humanistas.

Los docentes naturales del interno de pregrado no tienen formación pedagógica, de manera que utilizan los roles que jugaron durante su formación, emplean estrategias pedagógicas con buena intención, pero primero es resguardar el prestigio de su trabajo y su área, emplean disciplina muy personal al reconocer la subordinación del que menos sabe de la medicina de su especialidad. De manera que una de las expectativas del alumno puede ser la de tener un "buen" médico en el servicio y entenderlo para pasar sin error o con buena calificación cuando lo deseable es tener un médico profesional en todo el sentido de la palabra y que construya con él su conocimiento.

La evaluación por la rotación por los servicios se hace' por exámenes escritos y por la calificación emitida por el jefe de área, quien a veces consulta a los médicos adscritos y se dice a veces porque el rol de trabajador en una institución también contempla vacaciones, incapacidades, permisos y delegación de actividades a otras áreas del hospital.

Al concluir el internado rotatorio de pregrado, el alumno habrá adquirido un refuerzo de sus conocimientos teóricos, aprendido habilidades de diagnóstico y tratamiento y actitudes profesionales propias del médico en extenso, es decir, del médico general y si no fue acreedor a sanciones graves, se le expide una carta certificada de haber concluido ese ciclo formativo, se le incluye una calificación y se remite a su Facultad de Medicina.

Para su promoción al servicio social y para su historial académico, la calificación obtenida en el internado rotatorio de pregrado se promedia con la calificación final de su carrera en las aulas de la Facultad y del resultado se obtiene otra calificación que le dará el promedio general que aparecerá en su certificado de estudios, además esta calificación servirá para el concurso por las plazas mejores, a su conveniencia en el servicio social obligatorio.

Por lo anterior, algunas de las expectativas tradicionales serán: terminar completo el internado, tener la mejor calificación en todos los servicios y haber aprendido algo nuevo que generalmente son habilidades para el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes. Las actitudes parece ser que seguirán la inercia de lo que vieron hacer a sus médicos adscritos, de ahí la importancia de conocer en esos médicos sus conceptos de estudiante y de médico a formar.

1.7.- Propósito del desarrollo de la investigación.

El propósito central de la investigación es conocer las expectativas para la formación profesional que tiene el alumno que cursa el internado rotatorio de pregrado en el ISSSTE, Hospital Belisario Domínguez en Tuxtla Gutiérrez Chiapas, pero esas expectativas no están aisladas sino congruentes o no armónicas con lo que tienen de aporte los médicos que serán sus docentes en ese período, por eso la pregunta parece correlacionar los dos hechos, sin embargo el caso de los adscritos en un diagnóstico basal sirve para conocer algo de ellos que tenga influencia sobre la formación de los alumnos constituyéndose así el centro de la investigación tesisica.

La reflexión constante en los capítulos siguientes estará orientada a reconocer las expectativas del “interno de pregrado” en relación con la profesión, su situación en la sociedad, su formación científica y humanista, reconocer que percibe expectativas institucionales, sociales y trascendentes que debe cumplir y descubrir si se mantienen las expectativas encontradas en el estudio basal y secundariamente cotejar que hay una relación armónica entre actitudes docentes y expectativas profesionales del “interno de pregrado”.

Al final del estudio se verá que existe una relación armónica entre la disponibilidad educativa de los docentes del Hospital de Especialidades Belisario Domínguez del ISSSTE y las expectativas de los “internos de pregrado”.

La aportación de la investigación está contenida en el aporte de datos diagnósticos que serán un punto de partida para estudios causales a partir de una hipótesis nacida de la posible relación de variables independientes y una dependiente y secundariamente servirá para toma de decisiones con tratamiento previo o sin él con el fin de mejorar los procesos educativos con una armonía entre las actitudes del adscrito docente y las expectativas manifiestas del alumno.

1.8.- La visión ingenua sobre los internos de pregrado que ingresan al ISSSTE.

El estudiante egresado de las aulas de la Facultad está lleno de interrogantes, antes de terminar su ciclo en las aulas ya tiene una visión de las conveniencias que le dan ciertos hospitales e instituciones de salud que seleccionará para cursar el siguiente año. En primer lugar desea comodidad en la comunicación, el prestigio de la institución, la dinámica de trabajo y después los contactos que le favorecerán para su ciclo en ciernes, es decir, docentes de la facultad que trabajen ahí y que sean admirados o apreciados en algún aspecto de su vida profesional, los parientes que trabajan en la institución, los amigos que se irán con él a seguir el plan de estudios y otras motivaciones de primera intención.

En segundo lugar visualizan la posibilidad de hacer su investigación con fines de titulación, que se le favorezca el aprendizaje para aprobar el examen de admisión a las residencias médicas (que es el anhelo manifiesto de todo estudiante en las aulas: ser especialista), el tipo de guardias de trabajo, la carga de derechohabientes con el fin de aprender con pacientes, la tecnología que ostenta cada hospital e institución. Todo ello es importante tomando en cuenta la conciencia de la formación profesional acorde a lo que ven que es el ejercicio de la medicina en sus docentes y en su experiencia personal.

El interno de pregrado entra al hospital con la esperanza de entender la dinámica del hospital, con la intención de aceptar la

disciplina como un subordinado que está al final de la escala y de que corra el tiempo para cumplir con sus demás expectativas para la vida.

Puesto que el centro de atención es el desarrollo de conceptos y tipos de expectativas posibles para la mente de un médico en formación, las siguientes reflexiones tienen como centro el estudio de las expectativas en una ruta de formación médica.

CAPÍTULO II

LAS EXPECTATIVAS EN LA FORMACIÓN DEL MÉDICO.

Considerando al ser humano como un todo organizado, en el plano social se relaciona con el ambiente físico y el conglomerado de personas, se integra a un medio de producción en el campo de los servicios, luego entonces con frecuencia se le presenta la necesidad de plantearse metas, objetivos y propósitos a los que se les puede llamar genéricamente expectativas profesionales y expectativas de vida²³.

Las expectativas profesionales se tienen desde el momento en que se decide estudiar medicina, la selección de plantel educativo, la visión distante de trabajo en una institución de salud, el deseo vehemente de llegar a ser un famoso médico. En el estudio de la carrera las expectativas se sostienen o se modifican leve o sustancialmente, pero cuando se tiene un acceso al medio hospitalario como en el año de entrenamiento práctico, entonces las expectativas profesionales se vuelven más claras y se modifican poco, por esa razón, el análisis de lo que manifiesta el estudiante de medicina para lograr en el futuro próximo y distante comienza con conocer el perfil del profesional médico dentro de una cultura o de una sociedad extensa.

2.1.- El perfil profesional del médico en la sociedad.

El médico es una persona formada en una universidad con estudios teórico prácticos en las ciencias de la salud y las ciencias humanas, que responde a un código ético propio de su profesión centrado en una escala de valores que respetan la vida y la salud de las personas. Esta visión es inmediata por quien recibe atención preventiva o asistencia por enfermedad.

²³ Diccionario de la Real Academia de la Lengua. Expectativa procede del latín, *expectatum*, mirado o visto: Esperanza de realizar o conseguir algo.

La percepción global de la medicina supone que el médico la ejerce en un área de responsabilidad compleja y que no sólo pretende mejorar o alcanzar la salud de una persona, sino que tras de sí se encuentra el bienestar de las familias, las comunidades y, en general, de la sociedad. El concepto de profesionalismo en medicina, o mejor, de competencia profesional es dinámico y cursa paralelo al progreso de la sociedad. Es en la escuela de medicina, donde está la primera oportunidad (y tal vez la única) donde deben exponerse los principios del profesionalismo a los alumnos para lograr la formación de los profesionales que requiere la sociedad: críticos, investigadores y creadores de ideas fuertes²⁴ pero antes de todo respetuosos de lo que la persona es en sí misma.

En el estudiante está el germen de la bonhomía y el ideal de servicio que no debe contaminarse con egoísmos apercebidos del profesional que lo guía al repetir los roles docentes que él enfrentó durante su formación en el postgrado. El estudiante dispone de tiempo para observar y pensar, mente para crear sus propias redes de significado y corazón para apropiarse de las actitudes del humanismo en el servicio. Los alumnos reflexivos observan a diario en los hospitales como es deficiente la justicia social, hecho que lesiona la conciencia y que da la impresión de 'que nunca se ejercerá plenamente, por ejemplo en los servicios de urgencia en hospitales de la seguridad social²⁵.

La formación profesional está ligada a los principios éticos del humanismo, la reducción de la justicia distributiva al mundo práctico, hace olvidar que el paciente es persona y que la ciencia médica es una herramienta del pensamiento para tener certeza de actuar con seguridad en el cambio de las ciencias de la vida que integran también, como una evidencia, al ser humano dejando de ver sus funciones bioquímicas como el ser de él mismo.

²⁴ Francis C. K. Professionalism and the medical student. *Ann Intern Med.* 141: 735-736. 2004.

²⁵ Epstein R. M, Hundert E M. Defining and assessing professional competence. *JAMA.* 287: 226-235. 2002.

El amor, que nace de la conciencia de entender al mundo es el acicate para la preparación continua, para la búsqueda constante de verdades con las que se puede trabajar. La comunicación y la actitud de servicio hacen posible que el médico ejerza de manera económica sus funciones sin provocar desorganización social institucional y eso es una cualidad profesional.

La crítica es una estrategia de evaluación en la que el análisis y la síntesis están presentes particularmente al emitir un juicio, este ingrediente del profesionalismo con frecuencia se toma como un hecho negativo al proponerse el médico no criticar al colega ni a la autoridad. La crítica es la epistemología de las ciencias sociales, es el juicio para seleccionar el conocimiento más verídico, en cambio la crítica para descalificar solamente y buscar un espacio de oportunidad para ascender, esa crítica individualista es lesiva al todo social laboral pues los resultados serán deficientes o puro conflicto²⁶.

Luego entonces, la ciencia y el humanismo son los dos pilares de la profesionalización del médico en ciernes que deben verse como expectativas a alcanzar. Llegar a la integración de las ciencias de la vida llamadas básicas con la práctica clínica, aceptar las limitaciones individuales, desarrollar actividades comunicativas, generar preguntas que conduzcan a la producción de nuevo conocimiento, respetar a los pacientes, mantener viva la curiosidad clínica, reconocer los prejuicios emocionales y los errores cometidos, son habilidades que condicionan la competencia del profesional de la medicina.

Así, más que simples observadores de la realidad, los alumnos de medicina están llamados vencer múltiples retos: la construcción de una medicina humanista en medio de la globalización y la era tecnológica, realidad que se construye día con día.

Ahora puede caracterizarse al médico actual y el ejercicio de la medicina tal y como lo ven otros médicos que han escrito sobre el tema.

²⁶ Bochenski, I. M. La filosofía actual. F. C. E. México, 2002, páginas 36 y 37.

2.2. El médico actual, tal como se presenta a la sociedad para el servicio.

Hoy seguimos los modelos sajones de atención médica, todo ello ha pasado en un sólo paquete, conteniendo los avances científicos, las estadísticas de resultados, los modelos educativos y las actitudes éticas, es un cambio de paradigma en la sociedad en que se vive²⁷.

Al médico se le llama ahora prestador de servicios, por lo tanto al paciente se le ve como un cliente. Así, el objetivo de la medicina deja de ser el bienestar del hombre, sano o enfermo para poner más atención a la venta de un servicio con gradación en la calidad según los recursos de quien paga. La expectativa en el servicio médico hoy es el beneficio económico de hábiles empresarios, que además tienen la audacia de pregonar una justificación ética al presentar los cambios como una solución de equidad y calidad del acto médico por el bien de todos.

En el pasado, el pago por servicios de atención médica se hacía individual por el paciente o su familia, después el financiamiento pasó a las instituciones según su ley: el IMSS, el ISSSTE, la propia Secretaría de Salud que se hicieron administradoras de servicios de salud pero con el cariz y sentido de interés social.

A finales del siglo XX aparecieron los administradores privados de la salud, cuyo interés ha sido convertir la medicina en un negocio, buscando el rendimiento de su inversión y que ha atrapado a los médicos para convertirlos en empleados que atienden servicios, mediados por un patrón.

La atención institucional busca en sus principios deontológicos, restablecer y mantener la salud para toda la población con foco en las familias, pero los comerciantes de la medicina buscan al cliente en la población promisoría de jóvenes que estén sanos. Al médico, las instituciones lo seleccionan por su currículum, las aseguradoras

²⁷ Stocker K, Witzkin H, Iriart C. (1999) The exportation of managed care to Latin America. *N Engl J Med.* 340: 1131-6.

privadas escogen a quien acepta sus tabuladores de pago, los contratan como empleados no como seres libres (característica del concepto de persona) y no les ofrecen el estipendio digno a su investidura profesional. Por lo común las aseguradoras emplean a médicos generales insensibles a su dignidad y necesitados de ingreso para satisfacer sus necesidades, para luego perpetuar la costumbre en un mundo dominado por el comercio y el consumo²⁸.

La planeación de la atención institucional se ideó para largo plazo para beneficio de las familias y para el trabajador llamado derechohabiente por un tiempo largo hasta que le llegue la jubilación; al fallecer el asegurado los beneficios los conservan los deudos, sin embargo, existen factores limitantes en las instituciones puesto que es frecuente que el asegurado sea dado de baja y no le permitan recontratarse si padece una enfermedad grave o que requiera tratamientos prolongados²⁹.

La atención en el medio privado es limitado a los recursos de quien la solicita, es temporal por la firma de un póliza de servicios mayores o estándar. La meta en las institucionales es utilitarista, (costo del servicio y el beneficio para un mayor número de personas) no mira a la persona, mira un carnet, una ficha, un número de contrato; pretende recuperar la salud del enfermo para la convivencia y la productividad de las empresas. Los resultados de la atención se miden por diversos indicadores de salud. La meta en la atención privada depende de los costos y los resultados se ponderan por los estados financieros y por la ganancia a las aseguradoras.

Las instituciones invierten cantidades de recursos en enseñanza e investigación para mejorar la calidad de la asistencia. Las privadas no hacen estas inversiones en los países en desarrollo. En la medicina

²⁸ Beck J, Brandt E. N. Jr, Blackett P, Copeland K. (2001) Prevention and early detection of type II diabetes in children and adolescents. *J. Oklahoma State Med Assoc.* 94(8): 355-61.

²⁹ Mazze R. S, et al. (1994) Staged diabetes management. Toward an integrated model of diabetes care. *Diabetes Care.* 17(1): 56-66.

institucional están preservados valores éticos, que aunque la medicina evolucione, deben sostenerse pero en su mayoría son deberes avalados por la ley vigente y no por la naturaleza del evento. En las privadas se trata de un hecho económico, es el mecanismo de compartir las ganancias de un año fiscal con el grupo médico, de esta manera se obliga a restringir servicios para sostener los costos de atención, se hace a través de la limitación de solicitudes de estudios de laboratorio, gabinete, evitar internamientos hospitalarios, etc., de esa manera se cae en el campo que vulnera la actitud ética y la justicia, actitud que debe ver a la salud como un bien valioso y universal.

La relación médico paciente en las instituciones es una prioridad de vigilancia continua, así es como se ha educado al médico familiar como especialista en esta rama, pero hay que ver si en los estudios de pregrado se induce este tipo de relación que respete la dignidad humana. En la atención privada la relación entre el médico y el paciente y el tipo de servicio solicitado, está mediada por los llamados ajustadores de la atención. De esta manera, la esencia del acto médico, se desvirtúa por las leyes del comercio.

Finalmente, el paciente acude a un médico, en busca de alivio a sus males y para educarse en la conservación de su salud y la de su familia, en su búsqueda de atención está implícita la conciencia de que la salud es el bien máspreciado que sigue al valor de la vida. El médico formado para la profesión, es conciente de que su trabajo está sustentada en el respeto a la dignidad, por eso debe crear confianza plena en el paciente³⁰. Por lo dicho antes el médico tiene la obligación de actuar dentro de una ética definida, al tiempo que es colaborador en el uso óptimo de los recursos que emplea en la procuración de atención para la salud³¹.

Los avances de la ciencia y la tecnología en medicina ha sido un constante distractor de la manera de proceder del médico actual, todo

³⁰ Angell M. (1993) The doctor as a double agent. Kennedy Inst. Ethics J. 3: 279-86.

³¹ Hillman A. L. (1987) Financial incentives for physicians in HMOs: Is there a conflict of interest? N Engl J of Med: 317: 1743-8.

ello debido a la búsqueda de facilidades en el proceso de atención, prontitud en el logro de éxitos y el ahorro de tiempo para dedicarse a la superación, pero la parte negativa consiste en la visión de que la tecnología es la que resolverá los problemas del paciente, entonces se pierde la relación médico paciente y se media por un aparato y una técnica de manejo, en el proceso se encarecen los servicios y se promueve la adquisición de instrumentos de punta, el médico se concibe ahora como técnico y el paciente como cuerpo que requiere servicio. Se ha hecho hincapié en indagar esta visión en los internos de pregrado y en los médicos adscritos de servicio en el ISSSTE para conocer su postura (Ver el cuestionario en los anexos).

2.3.- El ejercicio actual de la medicina.

Aunque parezca un modelo deseable de imitar, la medicina del primer mundo corresponde a otra manera de ver la realidad, generalmente sigue los pasos de la filosofía positivista (material y objetivista) y para la vida sigue el camino pragmático utilitarista, asimilación que no coincide con la manera humanista de ver al mundo en los pueblos en desarrollo.

Algunos médicos formados en Norte América y Europa ven el ejercicio de la medicina como una medicina intelectual y científicamente espléndida, y de grande humanismo y calidez, pero no se dan cuenta de que su humanismo y calidez está centrado en el deber legal y no en la bonhomía del verdadero humanismo. La muestra de lo que se afirma es que reluce de inmediato toda la atención al proceso de evaluación costo/beneficio avalado por la legalidad en los actos médicos, con un mínimo de equidad y justicia social.

El gremio médico de los países desarrollados promueve los méritos en la contratación y el reconocimiento social, los observadores externos miran esa postura como la presencia de una medicina meritocrática muy deseable que no se había visto en la historia de la

medicina y que ha sido posible gracias al proyecto educativo flexneriano en los Estados Unidos de América³².

Los ojos de los países en desarrollo están puestos en los fascinantes descubrimientos de la biología aplicados a la medicina, en las nuevas tecnologías para el diagnóstico, en los nuevos medicamentos e instrumentos para el tratamiento, pero pasa disimulada la mano invisible del comercio y la filosofía del individualismo meritario y la trasgresión a las leyes del respeto a la persona en el plano de la investigación, a pesar de los códigos de Nuremberg, Helsinki, los Derechos Humanos, etc., que con frecuencia debe recordárseles a las Asociaciones Médicas, que hay que adecuarse a la Ley y crear nuevos capítulos de la Ley para servir a personas y no a clientes.

Por otro lado, ante este avance tan notorio de la medicina, el médico de los países de América Latina se siente ignorante, atrasado, subdesarrollado y subalterno de los médicos del primer mundo, ansía aprender a corto plazo por ejemplo, todos los beneficios de la Medicina Genómica³³, presume de tener tecnología de punta y comodidades de lujo para hacer ver su progreso y atenuar su minusvalía. Ahora el centro de atención para las expectativas del gremio médico del tercer mundo, es la economía y que los políticos, que regulan el curso de la actividad médica, intenten no brincarse los principios de respeto a la dignidad. Los médicos de América Latina, con tal de estar al día en la globalización de los avances científicos, dejan de ponerle atención a las humanidades para el servicio.

Aún en los EUA “...*todos quieren ser los primeros en usar lo último*” y usarlo aunque los procedimientos sean innecesarios para los casos individualizados, lo importante es recuperar inversión, ser señalados como profesionales de la medicina de primer mundo, es entonces cuando aparecen los conflictos al recurrir al uso de medidas

³² Segundo Congreso de la Sociedad de Educación médica de Euskadi (SEMDE) Bilbao, octubre del 2006. www.ehu.es/SEMDE. “De Flexner a la educación orientada a resultados”

³³ Lacadena, R. (2003) Bioética y genética. Universidad Marqués de Comillas. Barcelona. El Genoma Humano y la Proteómica, Códigos y leyes, Páginas 313 y ss.

terapéuticas extraordinarias, hecho que conforma al llamado “empecinamiento terapéutico” y la distanasia, excesos que propician la intervención de la jurisprudencia y de las instancias éticas de cada país para regular la acción³⁴ cuando el atropello a la dignidad humana ha hecho crisis. En todo este fenómeno hay que poner atención por si el estudiante de medicina tiene puestas sus esperanzas en la tecnología más que en la atención integral del paciente por él mismo.

Las leyes civiles y las leyes del comercio son dominantes sobre la Ley natural y la moral elemental del hombre, la respuesta del pueblo está en el mismo tenor, el “cliente” insatisfecho recurre a las demandas económicas, entonces los médicos y los consorcios que manejan la medicina privada se protegen pagando seguros contra demandas, es entonces cuando se mira al médico como delincuente y comienza una lucha entre el médico y el paciente en lugar de establecer una relación armónica deseable, como en el paciente dentro de una comunicación verdadera entre los dos protagonistas: médico/paciente si fueran considerados ambos como personas.

La medicina defensiva planteada en el párrafo anterior, empuja al médico a buscar la especialización y de ser posible en una rama específica que da origen a las superespecialidades, su expectativa pasa a desear alcanzar metas que le aseguren mayor efectividad en sus acciones, así se cierra el círculo de despersonalización, porque no se ve la meta de la atención al bien del paciente sino a evitar demandas y alcanzar reconocimientos y dinero.

El surgimiento de la superespecialización ha traído a escena una transición epidemiológica, por ejemplo, se han llegado a tener ahora poblaciones añosas, con padecimientos degenerativos, prolongados y costosos en su atención, en particular la diabetes y sus neuropatías, las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y el cáncer. Los nuevos medicamentos, caros en su inicio son la causa de la aparición de

³⁴ Pessini, Leo. (2005) Distanasia. ¿Hasta cuando prolongar la vida? Ediciones Dabar, México.

nuevas cepas de microorganismos y efectos secundarios en un horizonte sin fin. El estudiante que observa todo deseará conocer lo último en fármacos para ser “científico en su trabajo”. Parece ser que el distintivo del médico visto así es el de ser un eficaz recetador de sustancias que alivian un malestar (sin necesidad de curar la enfermedad de base)

Puede añadirse a esta manera de comportamiento, una modalidad de atención a los pacientes a través de la red informática, la creación de programas informáticos para atención médica personalizada en la comprensión y despersonalizada en la relación y los procedimientos diagnósticos y quirúrgicos a distancia, integrándose así la tele medicina y la robotización del ser humano (Ya presentes y activas en el Hospital de Especialidades Belisario Domínguez del ISSSTE en Tuxtla Gutiérrez Chiapas).

La atención médica en el mundo globalizado está centralizada en oligopolios de empresas (promovida por el estilo de vida norteamericano) que ofrecen una Medicina Administrada, (HMO, Health Maintenance Organizations, frase acuñada por Nixon en 1970) que procede por medio de estrategia de una empresa aseguradora al vender sus servicios como un seguro médico, su oferta es precisamente a jóvenes sanos para asegurar la ganancia al no hacer gastos y a sus asegurados los obliga a utilizar sólo sus redes de médicos, que trabajan como empleados y, a estos médicos también los obliga a practicar una medicina de complacencia en base a la cubierta de costos.

La obediencia médica excluye el derecho a proponer criterios y actitudes de un médico crítico y reflexivo como persona, en cambio acepta los criterios del médico considerado empleado.

El proyecto de atención es guiado por los mercadólogos, se instaura la *regla mordaza*, que prohíbe al médico, como ya se dijo antes, proponer tratamientos costosos. El médico como empleado debe velar por los intereses de la compañía a la que pertenece y disuadir con

argumentos alternos al paciente de pretender un trasplante de órganos, si lo logra se le recompensa al médico con dinero.

En estas condiciones el médico pasó de profesionista, a prestador de servicio, conquistado por la solución material de sus necesidades a cambio de ceder su estatuto de persona digna.

El mercado es tan frío que cuando empezó a trabajar en el campo de la medicina tuvo un despegue espectacular asegurando a 60 millones de americanos y ahorrando hasta 36 mil millones de dólares anuales a los programas de gobierno, para usufructo de los dueños y las palmas del reconocimiento por haber descubierto formas de control en la atención a bajo costo, sí, pero dejando el respeto a la dignidad en el cesto de papeles. Una expectativa muy loable es vivir dignamente de la profesión, sí, pero no como empleado sometido a las leyes de oferta y demanda de empleo.

El mercado es ahora el amo de toda acción social y los médicos deben someterse a leyes positivas, no a las leyes de la conciencia, ni de la filosofía de la vida, sino a las leyes prácticas con las que se decide claramente quien es ganador o perdedor. Soros, el húngaro que sobrevivió al nazismo y al comunismo de su patria, es audaz al decir que la Salud, la Cultura y la Educación tienen intereses diferentes³⁵, pero el Estado con talento político y con urgencia, debe proteger a la Educación, la Cultura (Ciencia y Arte) y a la Salud contra las inclemencias del mercado, so pena de desintegración del fino tejido social, de su identidad y su soberanía.

En este tenor de análisis, debe tomarse en cuenta que quienes en la actualidad dirigen la atención médica en grupos de empleados médicos, son los administradores de empresas con el espíritu de un Administrador de Empresas, con maestría en Stanford, Harvard o Yale, con intereses dirigidos a lograr el máximo de utilidades de cualquier manera.

³⁵ Soros, G., Globalización. "Los vulnerables mercados y sus implacables leyes, son lo mejor para crear -y perder- riquezas , pero no están diseñados para encargarse de otras necesidades sociales, ni son competentes para garantizar justicia social alguna"

La inexorable globalización ya implementó en América Latina su plan de Medicina Administrada, con efectos lamentables en algunos países y apareciendo en otros con las consecuencias similares. El capital y las ideas no requieren de visa, y pueden ir adonde quieran. México también es copartícipe de estas ideas. Basta abrir los ojos, pero sobre todo la mente, para percibir las. El que más de la mitad de la población mexicana tenga –todavía– Seguro Social y que no se diera la *reversión de cuotas* a los no usuarios, la propuesta de *libre elección del médico* de atención primaria, o de primer contacto y la aparición del Seguro Popular, son un muro de contención para la población al deseo de afiliarse a las aseguradoras, en búsqueda de calidad en el trato médico para la solución de problemas, sin embargo, el riesgo está en el 30% de la población sin, o en proceso de, obtener un seguro médico privado.

El proceso de consolidación de la medicina comercial y despersonalizada en cuanto a la consideración de los pacientes como personas dignas, involucra a los diputados y senadores de la república pues en el año 2000, el Congreso de la Unión y bajo iniciativa de la entonces Secretaría de Hacienda y la Asociación de las Compañías de Seguros, aprobó por unanimidad un proyecto de ley que protege el gran comercio con la salud. Por supuesto sin consultar, ni a la Secretaría de Salud, ni a la Academia Mexicana de Medicina y mucho menos a los médicos agrupados en Asociaciones médicas.

Considérese que en México hay un polimorfismo cultural, una manera distinta de ver el mundo, las familias se agrupan en torno al enfermo, pero también tienen un miedo ancestral a lo que huele a ciencia, leyes y política, cuando compete a los mexicanos planear sus estrategias de atención a la salud buscando la equidad puesto que, se insiste, hay una variedad de culturas conviviendo en el territorio y para todas debe haber respeto, calidad y equidad en la atención médica.

En la medicina del primer mundo la ética en la actuación profesional contiene 4 principios básicos no ontológicos señalados por

el filósofo Diego Gracia al decir que esos cuatro principios son como núcleos de confluencia de todos los valores humanos pero que no toman en cuenta los valores trascendentales. Los principios básicos referidos son: la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia³⁶. Hay otros valores pero para fines prácticos todos se hacen girar en torno a los cuatro principios, como si se tratara de lo que sucede en el plano de la biología molecular, en que toda la información de la herencia, en su infinita diversidad, se pudiera codificar en torno a las cuatro bases que conforman el ADN: adenina, guanina, timina y citocina³⁷.

Bien se sabe que hay otros principios que conviene observar al médico para no ser penalizado por las leyes, los principales son: el respeto a la intimidad, la confidencialidad (secreto médico) y la veracidad, también básicos en la relación con el enfermo. El trato al paciente desde las clases de propedéutica ¿generarán alguna clase de expectativas en el médico en formación?

Los tres últimos principios postulados pertenecen a la medicina hipocrática y están contenidos en el Juramento Hipocrático³⁸, siendo por consiguiente la autonomía, la que en los últimos treinta años ha introducido la variedad, más horizontal de libertad/responsabilidad y ha desplazado a la actitud paternalista³⁹ en el trato humano. De esta manera se concibe en la modernidad anglosajona al paciente, como un ser humano autónomo.

Haciendo uso de esta autonomía el paciente busca al médico con la decisión de transar el manejo con él para ser beneficiado (beneficencia), reducir las posibilidades de no ser dañado (no maleficencia), y que se le trate con equidad (justicia) Está implícita la

³⁶ Kottow Miguel, (2005) Introducción a la bioética, Editorial Mediterráneo. Pág. 61 a 68.

³⁷ Gracia D. (1998) *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. Santa Fe de Bogotá. Ed. El Buho Ltda.

³⁸ Goic A. (1993) El juramento hipocrático ¿una veneración ciega? *Vida Médica*, 44:25-28.

³⁹ Sánchez M. A. (1998) *Historia, teoría y método de la medicina: Introducción al pensamiento médico*. Barcelona, España. Masson, S. A.

obligación de que se respete su intimidad, se resguarde el secreto de su padecimiento y coteja los datos hasta comprobar de que se le dice la verdad sobre su caso y los avances científicos conocidos y al alcance de la región donde se trabaja su caso.

Esta visión moral o ética es también parte de la formación del médico para que, con sus actitudes ejerza libremente su profesión sin problemas de demanda social y tenga la satisfacción del deber cumplido a cabalidad. (Ver el cuestionario en anexos)

De esta manera solucionan los médicos, de los países desarrollados, el desempeño diario de su profesión, pues se ve como un procedimiento ideal del acto médico, que no se refiere a una relación de desconfianza y tampoco de temor o a una actitud defensiva. Al contrario, se trata de un intento por reencontrar a las personas⁴⁰.

Una vez que se tiene un panorama de lo que se hace dentro del sector salud y las tendencias de los médicos, es posible plantear y analizar las posibles expectativas que el estudiante en su fase terminal de formación pueda vislumbrar sobre su futuro profesional.

2.4.- Las expectativas en la formación del médico.

Cuando se pregunta a un universitario por las expectativas para la profesión, se contesta sobre las expectativas que tienen que ver con lo que se quiere lograr en la carrera, que son las metas y objetivos fijados. Muchas instituciones de salud las preguntan para saber si se tienen proyectos en el plano profesional, si hay aspiraciones de superación dentro de las distintas facetas de atención médica, algunas expectativas generalmente se refieren al sueldo que se pretende ganar, el prestigio ante la sociedad, esto es lo que se denomina desarrollo profesional. Las expectativas responden a lo que se desea lograr para hacer carrera, e ir ascendiendo en lo que se considera un profesional exitoso en el área de la salud.

⁴⁰ Mifsud T. (2002) *Agenda valórica en Chile*. Santiago de Chile. Santillana.

En alguna etapa del desarrollo la inercia social hace que algunos profesionales se dediquen a cumplir con el trabajo de su carrera pero sólo en el tiempo determinado que se les ha propuesto para desarrollar la tarea, es donde puede observarse que no siempre les interesa seguir en esa ruta porque pueden no estar motivados a trabajar en esa línea de la carrera, por ejemplo el trabajo y los problemas a resolver en la obstetricia o la medicina interna si no les interesa los cumplen por disciplina pero, pasado un tiempo, siguen el camino que les interesa seguir.

2.4.1.- Expectativas en medicina.

Una de las primeras expectativas en la carrera de medicina es el dominio de la profesión para lograr la mejor atención al paciente, porque no hacerlo, es la primera causa de estrés, la expectativa inmediata que sigue es alcanzar la satisfacción laboral y la expectativa a distancia es alcanzar las aspiraciones sociales de lo que se espera de un médico, primero siendo médico general y después especialista, sin tomar en cuenta en esta ruta, al médico investigador porque ese tipo de médico es poco frecuente⁴¹.

El estrés interpersonal del profesional médico, se origina porque este se identifica con la angustia del enfermo y de sus familiares por determinadas dolencias, de manera que se reactivan los conflictos por la posible frustración si la atención es deficiente, deficiencia que tiene causas variadas, en particular aquellas razones que tienen que ver con sus perspectivas de diagnóstico y terapéutica con respecto al padecimiento del enfermo⁴².

En particular al inicio de la vida profesional, cuando se trabaja frente a pacientes, se considera que el médico es especialmente vulnerable a los conflictos posibles, siendo ese el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas que se mantienen

⁴¹ En base a estos lineamientos se construyó el cuestionario para aplicar a los "internos de pregrado agrupando en áreas de expectativas las preguntas y las opciones. Ver cuestionario anexo y las respuestas deseadas, tolerables y tradicionales.

⁴² Jonás H. (1997) Técnica, Medicina y ética. Editorial Paidós, Barcelona.

durante la carrera y el cambio gira hacia la atención a la práctica cotidiana, apreciándose en este tiempo que tanto las recompensas personales, como las profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas⁴³ por lo que hay que ajustar la visión a distancia.

Según el sexo del médico, el grupo de las mujeres sería principalmente el grupo más vulnerable para decidir una meta laboral, quizá por la doble carga de trabajo entre la práctica profesional y las labores en el hogar, el conflicto es la elección de alguna área de la medicina que más le guste desempeñar por ser propia del rol de mujer como la obstetricia, la estética médica o quirúrgica, la psiquiatría o la geriatría, por mencionar algunas, pero este indicador no se toma en cuenta debido a que el grupo de participantes en la investigación es pequeño y no se intenta correlacionar una variable con otra, lo mismo se dice para el estado civil del interno incluido en el estudio.

Parece ser que el estado civil, no influye tanto en la selección de expectativas en el período de interno de pregrado debido a que la mayoría de los estudiantes en esa etapa de su carrera, no están casados ni lo estarán en el próximo año de su estudio. El profesional titulado soltero, casi siempre percibe menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellos otros que ya tienen convivencia con parejas estables.

Es conocida la relación entre la sensación de frustración o de indiferencia hacia el futuro, cuando existe rutina o sobrecarga laboral en un servicio hospitalario cuando ya se han alcanzado habilidades diagnósticas y terapéuticas suficientes para el nivel de estudio, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente. Sin embargo no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de

⁴³ Lifshitz, A. (1999) La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica. UNAM-IMSS, México. Página 161 a 180.

la indiferencia porque aquí influye el horario inmediato de cambio de actividad⁴⁴.

En el interno de pregrado se vuelve importante la expectativa laboral cuando compara su salario con el salario de los demás trabajadores que hacen un trabajo parecido al suyo, sin tomar en cuenta que estos tienen una contratación formal como trabajadores asalariados, sin embargo el salario no es una expectativa temprana sino a distancia, la percibe el alumno como una mejora a futuro.

Hay algunos núcleos perceptibles que dan origen a expectativas de los cuales se señalan tres:

1. **El factor personal** que pertenece y hace trabajar a las características psicológicas particulares del médico.
2. **El factor profesional** que pertenece al estrato social de desarrollo y contiene características específicas de la formación para la atención primaria de la salud. Estas características se refieren al plano educativo pero también a las actitudes éticas del campo asistencial desplegadas en los servicios de urgencias y de consulta externa por la exigencia de la acción inmediata.
3. **Factor institucional** en este factor están las características del campo social pero son externas a lo que espera el médico ya que son los objetivos de servicio y de política de cada hospital, según su organización y que aparecen explícitos en los reglamentos organigramas y fluxogramas que regulan los recursos laborales y educativos disponibles⁴⁵.

Es necesario hacer un análisis somero de lo enunciado hasta aquí.

⁴⁴ Jonsen, A. R., Braddock, C. H., Edwards, K. A. (1999) "Professionalism" en: Ethics in Medicine, University of Washington School of Medicine.

⁴⁵ El internado Rotatorio de Pregrado está regido por la Ley General de Salud en su título cuarto, capítulo III, artículo 95, que entró en vigor el primero de julio de 1984. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 9 de diciembre de 1983. Se trata de recomendaciones para el desarrollo del internado emitidas por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la salud (CIFRHS)

2.4.1.1.- El factor personal

Cuando el alumno está en la facultad, tiene unas expectativas sobre lo que quiere conseguir en la profesión. Básicamente se reconocen tres tipos de expectativas.

a) **Expectativas altruistas:** Surgen del concepto que tiene de paciente y de profesional, concepto que se forma en la experiencia propia y en el comportamiento familiar ante el sufrimiento. Sufrir una persona en toda su integridad, no sólo corporal y mental sino en su núcleo social y sus perspectivas de desarrollo y es cuando aparece el propósito de ayudar a los que sufren como una misión que surge del ser moral y de las características de la profesión médica que es de servicio a las personas⁴⁶.

b). **Expectativas profesionales:** Son el sueño de todo profesional de la salud que es llegar a ser un médico competente ante el paciente, la sociedad y él sí mismo, ante los jefes y directivos y ser considerado efectivamente como tal. Ahí están comprendidas también, las expectativas percibidas por la sociedad, expectativas que tiene de los nuevos profesionales que egresan de las universidades⁴⁷.

c). **Expectativas sociales:** Estas expectativas surgen de la observación del rol social del médico, del status socioeconómico y la visión de servicio en una rama de especialidad, aparecen como una visión a largo plazo y se van confirmando conforme pasa el tiempo de servicio en el hospital durante el internado de pregrado, el futuro médico va sintiendo seguridad en un determinado tipo de trabajo y confirmando su ruta de desarrollo en las especialidades médicas⁴⁸.

Ahora vale la pena hacer un análisis de lo referido en lo general:

⁴⁶ Hilliard, R. I. (1995) "How do medical students learning styles and factors that affect these learning styles". *Teaching and Learning in Medicine*. 7(4): 201.

⁴⁷ Grebe B. G. (2002) "formación médica en la última década: cambios curriculares, políticos y legales" *Medicina y ética* 13(3):269.

⁴⁸ Cumbre Mundial de Educación Médica. Declaración Edimburgo 1993. *Rev. Cubana de Educ. Med. Superior* 14(3): 270-83, 2000.

Expectativas altruistas: A priori, cuando se comenta sobre el concepto de personas (médico y paciente) que pretende de forma desinteresada ayudar al ser que sufre, se espera como única recompensa en el fuero interno percibir el gozo de que se es factor de alivio, es una constante en los médicos en formación y pocos la negarían. También están presentes en la observación “a priori”, el desarrollo de las cualidades técnicas, de valores como empatía, ternura, delicadeza, tolerancia, flexibilidad, respeto hacia el ser que sufre y que son el reflejo indiscutible del humanismo considerado como el trabajo cuyo centro es el ser humano⁴⁹. Aunque estos valores con frecuencia de forma sutil y no tan sutil entran en dilema con los requerimientos que actualmente se exigen, porque la institución tiene una visión de cumplimiento de tareas, efectividad, eficacia y calidad como una prioridad política, hecho que va cambiando de alguna manera la ruta de formación del profesional de la salud metiéndolo al ejercicio de la filosofía de la sociedad.

Ahora hay que considerar que es difícil mantener un equilibrio maduro, entre los aspectos positivos de estas expectativas y los aspectos que van causando angustia progresiva hasta llegar en algunos casos a una neurosis por conflicto entre modelos de comportamiento. Mientras las cualidades psicológicas del médico en formación se modifican, no es difícil observar que se pasa la barrera de la empatía con los médicos que más dominan un servicio, la efectividad en la atención al paciente hacia el paternalismo en dos direcciones, el del médico que forma y el del estudiante que atiende a los pacientes. Se pasa la barrera del humanismo deseable al campo de la dependencia patológica de los superiores llámense jefes de servicio, directivos o autoridades mayores sobre la responsabilidad ante el trabajo

⁴⁹ Pellegrino, Edmund “Decisión at the end of life: the use and abuse of the concept of futility” en Correa Vial., Sgreccia, E. (Eds) (2000) The dignity of the dying person. Proceedings of the fifth Assembly of the pontifical Academy for life. Librería Editrice Vaticana, Vaticano. Páginas 240 a 241.

institucional y al perfeccionismo fóbico sobre el dominio de la tecnología y el avance científico percibido por todos lados⁵⁰.

Actualmente se le da mucha importancia al dominio de los aspectos técnicos, al ahorro de recursos de atención como posponer interconsultas a los niveles de subespecialidad, el empleo de estudios de imagen que no se tienen en el hospital, todo ello en detrimento de la calidad humanista de atención al enfermo y eso aprende el nuevo médico para su futuro inmediato profesional⁵¹.

Se observa con frecuencia que estos valores sociales de la economía y la política hospitalaria y del sector salud se recalcan, con frases que reflejan el decreto y la responsabilidad cupular. Cuando la expectativa altruista se mantiene en toda la vida del profesional de la salud, el resultado es muy notable pues con frecuencia se observa que aquellos médicos que le dan preferencia a los aspectos humanos, son más buscados por los pacientes, que además, proceden de los consultorios de los médicos que aquellos que los toman menos en cuenta (los pacientes también tienen sus expectativas anidadas en lo que espera la sociedad en la atención de la salud) Parecería pues que el sistema no favorecía estos aspectos humanos, lo que hace caer al profesional en frecuentes contradicciones mismas que pueden detectarse en un estudio dirigido en ese sentido exploratorio⁵².

Expectativas profesionales Se ha dicho antes que consisten en lograr que el médico llegue a sentirse competente en todo lo básico y suficiente de la profesión médica mientras se prepara para una especialidad: Este sentimiento se fundamenta en el binomio. Saber lo que hay que hacer y poderlo hacer, descrito en la corriente cognoscitivista de la educación formal.

⁵⁰ Schwarz, R. M. (1998) On moving towards international standards in health professions education. Changing Medical Education and Medical Practice. WHO, Geneva Switzerland.

⁵¹ Wanzer, S. H. (1989) The physician's responsibility toward hopelessly ill patients. N. Eng. J. Med. 320:844.

⁵² Todo esto que se comenta en el marco teórico se ha tomado en cuenta para hacer el cuestionario y dar las opciones de respuesta señalando lo que es deseable que respondan lo que es tolerable y lo que es tradicional. Ver el cuestionario en anexos.

El saber: se logra con la formación estructurada en la universidad y la asimilación por el sujeto cognoscente con el esfuerzo y estrategias de aprender. La meta inicial dentro del perfil de egreso es el dominio de la atención primaria de la salud que consiste en conocer lo básico de los padecimientos, la estructura y función normal de células, tejidos, aparatos, sistemas y del ser humano integrado como persona para resistir a los agentes potencialmente patógenos del medio ambiente físico y social y el conocimiento de los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud⁵³.

La atención primaria de la salud es eminentemente educativa y es amplísima “todo lo humano interesa y debe considerarse como corporeidad, es decir, integración de partes y no suma de partes”⁵⁴. El perfil del médico la contempla, es su esencia pero las instituciones asistenciales la ponen a un lado y obligan al estudiante en el internado de pregrado a diagnosticar y tratar los padecimientos ya activos en aquellos pacientes que asisten a la consulta con la enfermedad en pleno (Heridas, infecciones, tumores, desordenes endocrinos, obesidad, etc.) Es cuando el médico en formación se vuelve tratante de enfermedades y no previsor de daños. La expectativa cambia del campo biófilo o todo aquello que se apega a proteger la vida al campo necrófilo o todo aquello que ya está transitando hacia la muerte o el daño permanente⁵⁵. Ahora el profesional en formación desea saber cuanto antes todo aquello que sirve para diagnosticar y curar efectivamente.

El poderlo hacer: Dentro del perfil del egresado de medicina el poder hacer se refiere a la operativización de los programas preventivos de salud es decir, que el cáncer no se desarrolle, que la diabetes y la obesidad no aparezcan que las enfermedades degenerativas de la edad

⁵³ Savill J. (1997) El papel de la biología celular molecular en la comprensión de las enfermedades. *British Medical Journal* 5: 171-4.

⁵⁴ Lucas, L. R. (2001) *Antropología y problemas bioéticos*, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid. “Valor moral del cuerpo y valores humanos”, página 24 y ss.

⁵⁵ Los términos biófilo y necrófilo están tomados del libro de Erich Fromm (1978) “*El corazón del hombre*” Editorial F. C. E. México. En donde biófilo es aquel que se apega a desarrollar lo vital y necrófilo todo aquel que permite la evolución natural hacia el caos.

no causen invalidez, que el comportamiento sexual no traiga consigo secuelas permanentes o mortales, que la educación reproductiva limite las muertes por el embarazo y el parto, etc. Pero además que el médico egresado sea capaz de atender los padecimientos más comunes de la población y referir a aquellos que reconozca como pertenecientes a las especialidades médicas y lo haga así como un profesional ético.

El poder hacer no se refiere al dominio del uso de aparatos y técnicas auxiliadas por instrumentos de precisión que no están al alcance de su trabajo y preparación, no se refiere a asumir todas las responsabilidades de lo complejo del daño en algunos pacientes difíciles de tratar, sin embargo la alta presión asistencial y la burocratización de las consultas, desvían la atención hacia otras metas porque se ve reducida la capacidad resolutive acompañada 'de una importante frustración y sentimiento de minusvalía'⁵⁶.

Expectativas sociales No hace muchos años el médico era considerado como un profesional capaz de ver y atender "todos los problemas de desorden mental, corporal, social y de desarrollo de los pacientes" Se le veía como a un sabio con elevado prestigio con una alta consideración social y un importante estatus económico⁵⁷.

Actualmente con la pulverización de la actividad del médico en múltiples especialidades raro es el día, que no sale en la prensa una noticia de negligencia médica, que los hace sentir en permanente acoso, pero también con noticias sobre importantes logros médicos que repercuten en exigencia del público para proporcionar el beneficio publicitado, es decir, se le exigen al médico milagros terapéuticos. Esto da con frecuencia una sensación de obligación al tiempo que la política administrativa del hospital dice: ¡no gaste!, y el paciente exige ¡cúreme y no cometa errores!⁵⁸

⁵⁶ Scout, C. S. et al (1991) Clinical behavior and skills that faculty from 12 institutions judged were essential for medical students to acquire, *Academia Medicine* 66(2): 106.

⁵⁷ Lain Entralgo, P (2003) "Historia de la Medicina". Editorial Masson, cuarta parte, sección III capítulo 2 pp.309-320.

⁵⁸ Magallón, I. J. (2002) La responsabilidad profesional de los médicos. *Revista Derecho Privado*. 1:45 a 72.

Ahora el médico se protege contra el maltrato y se adelanta maltratando mental, social y trascendentalmente al paciente al recargarlo de estudios innecesarios pues sólo llevan el sentido de comprobar que se hizo todo lo científicamente posible aunque se le deje en la calle al paciente. De otra manera los profesionales de la salud se sentirán perseguidos, demandados y mal tratados socialmente.

2.4.1.2.- El factor profesional

Dentro de las “Características de la atención primaria” están las habilidades de comunicación para el trato directo y continuado con los pacientes, con los grupos vulnerables a algún tipo de enfermedades y las familias que integran a la sociedad y el arte de la comunicación implica un buen acervo de conocimientos médicos, una capacidad de reconocer relaciones entre los datos que conforman el fenómeno salud o enfermedad, la relación entre el huésped, el agente patógeno y el medio ambiente. Todo esto en el contenido médico, en el arte de ejercer la profesión requiere del conocimiento fundamental del comportamiento humano, la corriente filosófica dominante, las expectativas del paciente y la sociedad en general y todas las posibles formas efectivas de comunicación cara a cara y a distancia utilizando los medios.

Expectativas sobre comunicación. El arte en la relación médico paciente es fundamental, conforma el 90% de la actividad del médico y esta relación está mediada por la comunicación, de manera que el lenguaje debe dominarse y la construcción del discurso debe surtir su efecto. Dentro de las funciones de la comunicación las más conflictivas en la relación medico paciente son las connotativas, conminativas y las fáticas porque su fondo es emotivo y la emoción bien conducida puede conducir al convencimiento de cooperación del paciente con los planes del médico para restablecer la salud o prevenir la enfermedad⁵⁹.

Una de las expectativas fundamentales que debiera tener el médico sería la de dominar la comunicación efectiva construyendo

⁵⁹ Guiraud, Pierre. (1972) La semiología Editorial siglo XXI, México.

sólidamente un conocimiento psicológico del comportamiento humano, un conocimiento antropológico de la cultura de ambos y un fundamental dominio de los procesos de comunicación, pero eso no se ve, se da por entendido que todo universitario posee esa cualidad y por lo tanto no es expectativa.

Expectativas morales y éticas. Otra de las expectativas del profesional de la salud en formación debiera ser un sólido conocimiento de la ética y la moral, indispensables para la toma de decisiones respetando siempre la dignidad humana, alejándose de la enajenación del paciente y de sí mismo, conocimiento que se aplica anidado en la atención profesional y que no es menos importante que el dominio del uso de medicamentos y medidas quirúrgicas de resolución de un caso. El conocimiento de un sólido contenido ético y moral aleja al médico del desprestigio profesional promovido por su actuación y sus resultados en un grupo social. Sin embargo esta expectativa no se ve como tal, se improvisa en situaciones comunes y se problematiza en situaciones especiales cediendo, como solución, al comité de ética el caso⁶⁰.

El profesional de la salud debe promover su vocación de servicio para alcanzar una mayor proximidad al sufrimiento de las personas cada día, para proponerse una mayor implicación emocional para cuidar de la salud y bienestar de las personas pues eso significa curar (cuidar).

Expectativas ontológicas. La clave del éxito profesional para curar (cuidar) está en tener presente siempre esa integridad de partes de un paciente y no reducir a la enfermedad a un mal orgánico con repercusiones emocionales y económicas solamente. Aunque en la institución se aprende a ser eficiente el resultado es que el médico en formación pone más atención al síntoma que a la persona integral, avanza hasta el síndrome y le interesa ponerle una etiqueta al padecimiento, sin embargo es el paciente el que importa. De manera

⁶⁰ Sgreccia, E. (1996) "Bioética y experimentación en el hombre". Manual de Bioética. Editorial Diana, México. Páginas 523 a 527.

que una expectativa deseable en el plano profesional es no olvidar la dignidad del paciente alejarse de la enajenación y cosificación del enfermo alejándose al mismo tiempo de rutinas.

Expectativas económicas y sociales. Es necesario darle su justa dimensión a las expectativas de remuneración de los servicios de cada médico. Lo primero es no dañar, lo segundo es lograr el verdadero estado de salud del paciente, es decir, no solo restablecer el daño orgánico funcional sino cuidar de que el paciente vigile el control de las causas de la enfermedad y con su esfuerzo y conocimiento avance en su desarrollo saludablemente, lo demás, los honorarios médicos los pone las leyes del comercio, de manera que otra de las expectativas que debiera tener el médico es saber regular sus honorarios, a igual beneficio integral, igual rétribución económica pero no al tanteo y con la idea de obtener cuanto antes riqueza material y status social aunque así lo haya visto en algunos profesionales docentes⁶¹.

Las altas expectativas de retribución económica al profesional de la salud que surgen de la burocratización del empleo en las instituciones de salud (jerarquías de médico especialista y médico general, especialista troncal y especialista de tercer nivel, etc.) han hecho ver al profesional que con un trabajo burocrático, es decir cumpliendo con las funciones marcadas en el contrato de trabajo según su rama, es suficiente para desempeñarse como médico. El efecto vislumbrado es el de retrasar el desarrollo humano del profesional al reducirle sus motivaciones personales.

2.4.1.3.- El factor institucional.

Expectativas de protección laboral y del patrimonio. Uno de los factores que posiblemente modifican las expectativas de los internos de pregrado y del personal nuevo que ingresa a una institución es la visión y misión laboral de esa corporación, es la presión por el trabajo asistencial excesivo que demanda el paciente, el sindicato del paciente,

⁶¹ Wilshire, B. (1990) "Professionalism as Purification Ritual Alienation and Desintegration in the University" *Journal of Higher Education*, 61 (13).

la toma de decisiones de los directivos después de una evaluación o por otras causas, el factor se llama atención al paciente enfermo (nuevamente nos referimos a que la actitud del profesional de la salud de esperar a un ser enfermo y no a un ser para educarlo y prevenir que se enferme gravemente, es cultura de la muerte). La visión institucional centrada en el tratamiento eficiente del paciente, provoca agobios, escaso tiempo de dedicación al paciente y aumento de posibilidad de cometer errores. La primera defensa del médico es que no lo cesen del trabajo, la segunda es que no le reduzcan sus ingresos, la tercera es evitar la demanda civil o penal y la cuarta es que no se sienta mal por el ejercicio de su profesión. Los resultados son: cumplir con los mínimos requeridos a su perfil, evitar compromisos con pacientes con padecimiento no bien definido, recurrencia a las rutas de defensa sindical, programar anticipadamente sus ausencias laborales legales y cargar algunos servicios, particularmente los laboratorios y los gabinetes⁶². Las expectativas cambian de desarrollo a defensa.

Burocratización excesiva

Expectativas políticas y de prestigio social. El doble filo del progreso científico médico ha derivado en una exigencia del paciente a los beneficios de los tratamientos de punta y a un encarecimiento de los servicios por un lado y por el otro a una tecnificación y deshumanización del profesional de la salud con una visión falsa de prestigio, al pensar que quien más al día está en cuanto a gabinetes de diagnóstico y tratamiento para equipar su consultorio o su sanatorio, más prestigio profesional tiene y más protección tiene contra demandas ante la falla del tratamiento. Esto lleva a visualizar otras expectativas como las de tener un negocio propio, tener un gabinete elegante, llegar a tener influencia política en el sector salud como delegado de una región, subdelegado de una subregión, director de hospital, jefe de división, jefe de servicio, jefe de enseñanza, etc. Con ello busca poder y

⁶² Wanzer, S. H. (1989) The physician's responsibility toward hopelessly ill patients. N. Eng. J. Med. 320:844.

prestigio social. Esa no es una labor para la que se ha preparado un médico sino que es un trabajo que surge de la modernidad en donde la interdisciplinariedad es necesaria, por ejemplo un administrador de un hospital debería ser un médico con formación en administración de empresas o de contabilidad, o de relaciones públicas, etc. Sin embargo quienes ocupan esos cargos, como el de jefatura de enseñanza e investigación sin ser un médico con formación pedagógica, educativa o de investigación, no se dan cuenta de esa necesidad y responsabilidad, simplemente se justifica que hayan sido médicos de prestigio para tener autoridad de jefe. La consecuencia es hacer daño o limitar el avance de los usuarios del servicio en su desarrollo personal profesional.

Escaso trabajo real de equipo

Expectativas de convivencia humana. Una expectativa importante es la de alcanzar una buena capacidad de relacionarse entre profesionales dentro de una institución y una sociedad desarrollada científicamente. La visión deformada en una sociedad de producción y consumo hace que los profesionistas tengan expectativas de competencia, de revanchismo más que de cooperación y colaboración para el progreso de todos. El egoísmo es la consecuencia de esta visión de desarrollo, el menosprecio de quienes no dominan un campo o no ostentan por lo menos un título semejante al del médico no tiene por qué tener autoridad en una decisión. Las profesiones que son auxiliares de la atención médica a los enfermos suelen verse como limitadas o inferiores y no como diferentes, de manera que ante un conflicto la parte vulnerable es el auxiliar de diagnóstico o de tratamiento o quien menos reconocimiento tenga en el éxito de una atención sea el auxiliar "Sanó alguien de su enfermedad, fue por la intervención médica. Se murió o se dañó permanentemente, fue por la intervención paramédica". La expectativa que debiera estar presente en la formación

del profesional de la salud sería la de convivencia humana entre profesionales⁶³.

Descoordinación con los especialistas

Expectativas de autodesarrollo. Todo el ambiente laboral del médico debe promover su autodesarrollo que, como persona, tiene en su dignidad puesto que al desarrollarse él, mejora su entorno y se adapta a la dialéctica de desarrollo social y ambiental, será promotor de la salud del medio ambiente, promoverá el desarrollo humano sustentable, la convivencia pacífica, el progreso humano sin competencia desleal, porque como promotor de la salud y manejando la triada ecológica de la salud considerada esta como el completo bienestar personal social y de autodesarrollo, tiene injerencia en todos los campos del desenvolvimiento humano (Hans Jonás, Op cit.) de no hacerlo la sociedad futura dañada se lo reclamará. De manera que una expectativa del profesional de la salud será su desarrollo multidisciplinario para completar su vocación de servicio.

Sintonía con las gerencias

Expectativas de integración al conglomerado social. Como ser humano, ciudadano y educador el médico debe tener un claro conocimiento de las leyes para ser justo. Con frecuencia los dictámenes médicos benefician o perjudican a alguien en su autodesarrollo al fallar un veredicto de libertad o prisión, de remuneración de un daño o ser eximido de él. Un médico tiene una grave responsabilidad de ser veraz, prudente y justo en su profesión. Es parte legal y moral de la impartición de justicia. Su profesión es eminentemente humanista y recorre todos los estratos integradores del ser humano (ya se han señalado, son el material, el orgánico, el mental, el social y el trascendental de todo ser humano por lo que se le considera persona y con este atributo se le considera digna⁶⁴) De manera que una de las

⁶³ Francis C. K. (2004) Professionalism and the medical student. Ann Intern Med. 141: 735-736.

⁶⁴ Wojtyla, K. (1982) Persona y acción, B. A. C. Madrid, p.241.

expectativas que debiera tener todo médico en formación sería la de integrarse al conglomerado social por el conocimiento de los derechos y los deberes de las personas, incluye el conocimiento de las leyes de la república y los tratados internacionales en base a la ley natural, conocimientos que servirán para su trabajo científico de investigación con respeto al género humano y su medio vital.

De esta manera, lo que se considera la variable dependiente puede investigarse en el grupo de internos de pregrado en el ISSSTE en su inicio y sus variaciones en la primera mitad del internado, tiempo en el que ya habrá percibido lo suficiente el trabajo real dentro de la institución.

CAPÍTULO III

LA APROPIACIÓN DE LAS EXPECTATIVAS PARA SER PROFESIONAL MÉDICO

Antes de reconocer lo que el ser humano pretende lograr en su vida es necesario tener presente cual es el estatuto de ese ser humano en vías de formarse profesional, de ese punto de partida pueden reconocerse los derechos y obligaciones para trabajar en el acotamiento de ellas dentro de una comunidad activa. Es por eso que conviene tener el concepto del alumno, del médico, del paciente y de las personas que integran la sociedad, antes de seguir por la ruta de la investigación propuesta.

3.1.- El concepto del médico, del alumno y del paciente como personas.

3.1.1.- El alumno

El alumno de medicina, es ante todo una persona y conserva ese estatuto toda su vida⁶⁵. Es por lo tanto un ser libre para su desarrollo en la vida, tiene derecho a formarse como un profesionista, así como está en su mente, perfeccionando el modelo inicial hasta acercarse al modelo ideal de profesional que se tratará en el subcapítulo al final. Es posible que se piense que el estudiante es un individuo o ciudadano al que se le conceptualiza por sus deberes dentro de una institución educativa y se le considere como un individuo que cumple con la disciplina de las normas escolares, porque es la inscripción a la escuela lo que le da carácter de alumno, sí, es posible que así sea, pero de esa manera se le reduce su calidad de persona a un ser sometido por un plan institucional. En un nivel conceptual más reducido aun, se le considerará como un aprendiz de la profesión médica, eso es lo que se escucha de los docentes: "Los muchachos vinieron a aprender y tienen obligación de aceptar las tareas que se les imponen, cumplir los

⁶⁵ Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Estatuto: Establecimiento. Regla que tiene fuerza de ley para el gobierno de un cuerpo.

horarios con puntualidad, ser pulcros y obedientes, pero sobre todo estudiosos”, de ahí el apelativo de estudiante.

Como el estudiante tiene un estrato implícito en su persona llamado trascendencia, que lo hace buscar su auto desarrollo, sus derechos como aspirante a ser médico están concentrados en la idea de ser formado integralmente, es decir, en las ciencias médicas y para la vida profesional y no solamente ser formado en ellas sino también en las ciencias humanas pues de otra manera él tendría que buscar la forma de ser un profesional activo frente a los pacientes, hecho que requiere de muchos más conocimientos, particularmente los de la comunicación y las actitudes para lograr el respeto a la dignidad de los pacientes.

En el modelo educativo cognoscitivo⁶⁶, que es un modelo que le da responsabilidad al estudiante para apropiarse de los saberes de las ciencias médicas y las sociomédicas, se hace ver que el trabajo primordial del estudiante es hacerse cargo de su aprendizaje de la profesión, porque hay fuentes abundantes de consulta para tomar los datos que le sean útiles, no todos los conocimientos sobre un tema los tiene el profesor, él sólo aporta la experiencia del uso de datos, se sabe que el docente cuando responsabiliza al alumno, funge como coordinador de la dinámica de aprendizaje y como inductor emotivo para aprender con significado.

No basta con que el alumno asista puntual a escuchar atentamente sus clases, porque esa es una disciplina convencional y funcional de la escuela que conviene a todos los alumnos y docentes, ese no es trabajo primordial del estudiante sino una obligación necesaria, con asistir y oír atentamente la clase no se forma un profesionalista, pero en la vida diaria los docentes comentan que la lista de asistencia es primordial, pues con las asistencias y faltas se quita y se da derecho a examinarse en las secciones de temas⁶⁷.

⁶⁶ Hernández Rojas, C. Paradigmas en psicología educativa. Editorial Paidós, 1989.

⁶⁷ Reglamento de evaluación para el estudiante de medicina. Gaceta médica de la

Tampoco es un trabajo *primordial* del estudiante inteligente (el que emplea sus conocimientos conscientemente para actuar) aprobar todas y cada una de las materias, y se dice inteligente, porque dentro del aula los estudiantes se vuelven sumisos y reactivos a los mandatos del docente, del programa, de la autoridad y del estatuto universitario, pero el estudiante que usa libremente su inteligencia busca su beneficio más allá de aprobar todas sus materias. Aprobar todas las materias es un hecho necesario de control escolar para ser promovido pero no garantiza que haya aprendido lo necesario para su profesión.

Como señala el modelo cognoscitivo del procesamiento de la información, el estudiante rinde más si durante su formación está libre de sanciones, sólo en esa actividad, es decir, que no se penalice si su aprendizaje es lento o su rendimiento es de baja calificación. Se sabe que no todas las materias conducen al logro de expectativas personales, que algunas están siendo motivadas por el docente y las condiciones en que avanza la ciencia y la tecnología, pero que hay otras materias que no están suficientemente ponderadas y motivadas por el docente y que, el bajo rendimiento en ellas no debería causar sanción, sino vislumbrar la necesidad de más dirección.

En la dinámica escolar, se piden mínimos de tareas que deben cumplirse para tener elementos de calificación, esa es una estrategia de control de la calificación que hace el docente, pero esa actividad la marca el modelo tradicional y todos los modelos educativos; porque pueden cumplirse los mínimos de tarea requerida en el programa y por la autoridad docente y no cumplirse una expectativa personal de formación médica.

En el conductismo y en la enseñanza tradicional, el premio y la sanción son los reforzadores más comúnmente usados, en la facultad de medicina se hacen cuadros de honor por el rendimiento escolar, se promueve a mejores plazas a quien tiene el más alto número de calificación y, la comunidad estudiantil y la sociedad en general

admiran a quien ostenta un diez o una calificación cercana al diez, sin embargo eso no es garantía de aprendizaje y estar en la ruta de adquirir una expectativa profesional, tal vez la que se logra es una expectativa escolar costumbrista de salir como el mejor calificado.

Toda organización y trabajo en equipo requiere de disciplina que se operativiza como obediencia a quien dirige la labor. Los directivos de la formación médica guían sus indicaciones por la misión y la visión del plantel pero todo ello conduce a cumplir expectativas externas al alumno y a veces se introducen mandatos que ponen en riesgo la integridad del profesional, es el caso de la objeción de conciencia cuando el superior indica que: "Como el médico sabe la técnica de producir un aborto, debe hacer su trabajo cuando se le solicite" cuando en la solicitud existen múltiples factores que competen a la responsabilidad del médico y del paciente dentro de una sociedad con valores, o en otro caso, si el médico sabe como emplear un grupo de medicamentos se le induce a usarlos aunque la respuesta a su uso no produzca el efecto deseado en un paciente en particular y prolongue una vida que está en declinación. Es a lo que se llama "empecinamiento terapéutico" que provoca una agonía prolongada, una "distanasia"⁶⁸.

Por lo anterior, para que el estudiante de medicina pueda alcanzar sus expectativas dentro de su libertad/responsabilidad, está obligado a obedecer si su formación profesional contempla los valores fundamentales de respeto a la vida, la salud y la vida plena de los pacientes.

Se percibe que no basta con obedecer en aplicar normas aunque estén muy bien fundamentadas científicamente, tampoco basta señalar una obediencia en aplicar los conocimientos médicos en situaciones parecidas a las que estudió en el aula, porque cada paciente es único, en él no puede hacerse lo que se estudió como enfermedad y tratamiento de la misma. Hay más factores que influyen en el manejo

⁶⁸ Pessini, Leo. Distanasia. ¿Hasta cuando prolongar la vida? Ediciones Dabar, México, 2005.

de los pacientes, por eso interviene en la obediencia el código ético, los criterios de manejo de un padecimiento pero también, los factores particulares que el paciente ostenta, ese es el fundamento del "Consentimiento informado", producto del Informe Belmont raíz del Principialismo bioético dentro del campo de estudio de las teorías de la bioética.

Todas estas características del estudiante de medicina en formación son puntos clave a tomarse en cuenta por el docente para que se conduzca a ejercer una dinámica formativa centrada en la persona, centrada en el alumno, como dice Carl Rogers en su aportación a la docencia (modelo humanista de la educación)⁶⁹ En el análisis expuesto interviene la bioética, la ética y la experiencia que van dejando las generaciones de médicos en las distintas especialidades. Tomar en cuenta estas aportaciones abona el terreno del estudiante en formación para tener libertad para alcanzar sus expectativas en una escala de valores para el campo de formación profesional y para la vida.

3.1.2.- El médico.

Pero como el fin de la formación médica prescrita en el currículum de la carrera, es llegar a alcanzar el perfil de egreso, esto es, lograr un médico, entonces pasamos a analizar lo que es deseable que el docente tenga en mente del perfil profesional, no solamente lo que está escrito en el Plan de estudios, sino cómo lo interpreta y cómo lo enriquece.

Al médico egresado de la licenciatura en medicina humana se le considera una persona que ha alcanzado un grado de desarrollo tal que le permita ser reconocido dentro de un grupo de trabajo (gremio) productivo que cumple con un código ético particularmente centrado en los valores humanos, en la administración de bienes económicos y en el beneficio para la sociedad, es decir conserva en su esencia su libertad de desarrollo social.

⁶⁹ Rogers. C. (1978) *Libertad y creatividad en la educación*. Editorial Paidós, B. Aires.

Una vez concluida la carrera el médico ejerce su profesión libremente y en ella se apoya para lograr las demás expectativas de largo plazo, no es suficiente conceptualizar al médico como un profesional que está en tránsito hacia la formación especializada, todo ello porque no siempre es ese un propósito en su formación o, si lo es, no siempre tiene la oportunidad de alcanzar el espacio para ingresar a las especialidades médicas y no por ello dejará de tener ese derecho a ser médico general en toda la plenitud del término.

Cuando los demás médicos, en particular los especialistas, catalogan al médico general como un profesional de menos nivel de formación que un especialista se está ejerciendo discriminación y violencia contra su dignidad, no es el mismo campo de trabajo el del especialista. El médico general está formado particularmente para ver en extenso a los pacientes, reconocer su medio ambiente y su forma de vida que influye en su salud, con el fin de hacer medicina preventiva por la educación para la salud, pero en un problema en el que se requiere de atención especializada es donde interviene el médico especialista, y ni siquiera es conocedor de todo lo necesario en el ramo, tal vez sería superado por el científico, sin embargo cada uno trabaja en su campo.

El médico es una persona que tiene libertad para autodesarrollarse y la sociedad científica y la sociedad en general deberá reconocer ese derecho. De tal manera que los derechos que tiene el médico ya titulado se concentran en la libertad para ejercer su profesión y seguir su desarrollo continuo, no hay por qué obligarlo a tener una preparación específica, "de más altura" como se considera al especialista para que pueda trabajar en el campo de la salud. Tiene derecho a solicitar trabajo según su perfil de profesional médico y no debe ser relegado por considerarlo limitado, es el caso siguiente: La solicitud de trabajo para ingresar a una institución como médico de atención en el primer nivel es restringida para darle lugar al especialista en Medicina Familiar, que ejerce el mismo trabajo pero que ha recibido

formación en programas institucionales de salud. En caso de que no haya suficientes especialistas en este ramo, entonces se contrata al médico general.

No es lo mismo catalogar al médico como un científico porque no lo es en el sentido de la palabra que implica dedicarse a la investigación científica, que ser considerado como un profesionista. Este médico ejerce con pacientes su profesión, aquel trabaja en el laboratorio en la certificación de los nuevos conocimientos sobre la ciencia médica, trabaja con muestras de pacientes o con especímenes biológicos, por lo tanto, al médico se le considera profesionista viéndolo como un ser autónomo y libre para pertenecer sin coerción alguna a una asociación de colegas con los que se identifique, esté o no certificado, porque la certificación es una norma convencional de control jurídico para ejercer, tampoco debe considerársele como un tipo de profesional, así como aparece en el directorio telefónico. El es un médico y el término implica toda su formación.

Los grados obtenidos en las universidades e institutos de estudios superiores aumentan el acervo social y científico de un profesionista, se libera de la universidad como licenciado, puede seguir hacia las maestrías y doctorados en el plano académico o puede optar por las especialidades según la profesión. La condición del médico general es la de un licenciado que atiende al primer nivel pero no es inferior en rango a otros de mayor preparación especializada sino que es diferente en su trabajo. Con ello se le respeta su lugar en el gremio. No podrán todos los egresados de la licenciatura ser especialistas, sin embargo con lo que tienen, pueden ejercer libremente su profesión.

Si no se ha perdido la misión del médico, entonces podrá decirse que su trabajo esencial es lograr recuperar la salud del paciente o mantenerla y junto a ella promover el desarrollo integral de cada paciente, no de su grupo de pacientes, sino así, personalizado, a cada paciente.

Si fuera un médico sin formación humanista suficiente, contextualizando cada problema, entonces bastaría con trabajar ceñido al plan científico de manejo de padecimientos orgánicos y psíquicos, sin importar la procedencia del paciente, su cultura y sus expectativas de desarrollo.

Estaría muy restringida la visión del trabajo del médico cuando se le pide que trabaje solamente en la planeación y administración de los recursos de salud porque se reduciría su visión al campo de la burocracia, hecho que es corriente observar en las instituciones inclusive se le llama a ese médico "muy institucional".

Ahora es preciso definir quien es el ser que se pone en manos del médico porque también de su concepto depende el tipo de expectativas que pretenda alcanzar en su formación el estudiante al ingresar a su trabajo en el hospital.

3.1.3.- El paciente.

3.1.3.1.- *El concepto de corporeidad.*

La explicación satisfactoria del proceder médico y de todas las profesiones dedicadas a la salud, depende de tener claro el concepto de corporeidad que es la unidad empírica, antropológica, ontológica, filosófica y jurídica llamada persona y que nos introduce al terreno del Principio de totalidad. Se trata de la conceptualización profunda de lo que es el ser humano.

El ser humano es el ser de sí mismo, es la percepción de sí mismo que nace de su interioridad y procede de una cadena que se inicia en el origen de la vida. El hombre tiene un ser propio y un ser en común como los demás que existen y con los que interactúa. Es en la persona donde se condensan el ente individual y el ente social.

El hombre aislado es indigente en lo espiritual, cultural y moral por lo tanto, la existencia es una misión en el mundo que se completa experimentándose en común.

Todas estas certezas se han ido construyendo a lo largo de la historia y conforman el horizonte del Principio terapéutico por medio del cual se permite al profesional de la salud intervenir en la corporeidad de los demás como iniciativa, para apoyar las potencialidades intrínsecas del ser natural humano o abstenerse de hacerlo si no se tiene certeza de actuar bien.

La corporeidad es entonces, la integridad ontológica⁷⁰ de la persona misma.

En el plano biológico, el ser humano construye su propia corporalidad por el orden genético que lleva en su interior, para procesar los alimentos con los que se mantiene, de manera que pueda hacer su misión en el mundo⁷¹ pero la corporalidad solamente es una parte de la corporeidad, entonces, la corporeidad es el todo fundamental del ser humano que contiene al cuerpo como unidad orgánica y funcional autónoma.

3.1.3.2.- La unidad ontológica.

El hombre para relacionarse requiere de una estructura jerárquica en la que se ven tres niveles: El estrato fundamental llamado orgánico-vegetativo, es el nivel biológico; el nivel intermedio es conocido como sensorial psicofisiológico y que se concibe como estrato psíquico y, el nivel superior o racional que tiene dos subniveles el psicosocial y el espiritual a los que puede referirse como estrato social y trascendental o histórico. Son estratos que están integrados necesariamente. En los seres vivos es esencial la organización jerárquica para mantener la unidad, para que uno solo sea el ser de las diversas partes que lo constituyen y se reconozca como la unidad sustancial.

Santo Tomás de Aquino mencionó que la persona entiende intelectualmente la unidad captando primero al ente total y después a sus partes, así, cada ente se distingue de los otros, pero no de sí

⁷⁰ Ontología es el estudio de las partes trascendentales (evolutivas) del ser.

⁷¹ Arregui V. Choza, V. Filosofía del hombre, Instituto de Ciencias para la familia, Rialp, Madrid, 138. 2002

mismo, de esa manera se va generando el concepto de diversidad y multitud.

Los entes conciben la corporeidad como la unidad trascendental, que se refiere al desarrollo guiado por sí mismo, realizan en sí mismos la unidad sustentada en el nivel espiritual. La subsistencia de la persona es el modo en que el ser real se posee plenamente y dispone libremente de sí, es un absoluto, es un fin en sí mismo, y por eso se le reconoce como persona. Ese es el sentido ontológico de corporeidad.

3.1.3.3.- Naturaleza y razón.

En el reino de la naturaleza el animal responde a un orden y finalidad, que están determinados, no es libre, el finalismo va ligado al concepto de naturaleza como devenir y ser de las cosas. Cada hombre siendo un ser natural con su forma de obrar y de ser con sus facultades racionales, tiene su propia naturaleza que le permite situarse en un lugar central del universo.

El concepto ente en general, incluye todas las cosas, tiene el sentido de ser como un todo en sí mismo, un ser independiente al que sólo se le opondría la nada y, de ella no puede depender porque no existe, el ente humano es absoluto en sí mismo, es a lo que se llama ser digno. El sentido de absoluto es interior a sí mismo, es captarse a sí mismo, y el humano es un fin en sí mismo porque está dotado de la razón que lo percibe. De manera que el centro de atención entre humanos es la persona, no el cuerpo ni la mente de una persona sino su totalidad.

3.1.3.4.- Ontología y moral.

Durante la concepción del ser humano se fusionan el cuerpo biológico y el espíritu para formar una persona, se pone en acto lo que ya se ha llamado corporeidad que va desarrollándose desde las primeras etapas de la vida.

Las dos condiciones fundamentales para la subsistencia del ser humano son: la vida y la salud, con la salud el hombre es capaz de

desarrollar sus capacidades de la mejor manera, la privación de ella se opone en mayor o menor grado a la realización deseada y, es un mal ontológico al que ayudará el profesional de la salud a recuperar.

El Principio de totalidad está orientado a la conservación de la vida o a la restauración de la salud, en aplicarlo actúan directamente dos personas, el profesional de la salud y el paciente cuyos actos serán buenos o malos según el propósito, de manera que de la relación surge la acción moral.

3.1.3.5.- La unidad corpórea.

La vida humana y la corporeidad son valores y límites dentro de la concepción unitaria de la persona que conducen a dar respuesta a las interrogantes sobre la justificación del comportamiento ético práctico ejercido con libertad responsable⁷²

Con el fin de analizar el comportamiento humano hay que distinguir los componentes de la unidad personal y en cada uno de ellos observar también el desequilibrio cuando se presenta, por ello conviene reconocerlos.

El estrato biológico.

La persona humana físicamente es exclusiva, pertenece al mundo sensible, es captada por los sentidos de los demás y precisa estar anatómicamente completa y funcionalmente sana, de golpe puede captarse esa integridad, de la misma manera se percibe la diferencia de cada ser que es único e irreplicable, y que adopta una identidad para que pueda conocerse con un nombre propio.

La unicidad biológica obliga intrínsecamente al hombre a velar por su integridad corporal y que los demás que conviven con él, durante la historia de su vida, sostengan o potencien esa integridad, porque a todos conviene por ser entes comunicables, sociales por naturaleza.

⁷² Lucas, R. Antropología y problemas bioéticos, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid. "Valor moral del cuerpo y valores humanos", página 24 y ss. 2001.

El estrato psicológico.

El hombre es un ser-en-el-mundo que se relaciona consigo mismo y con los otros por medio de sus cualidades mentales, por su conciencia y su voluntad. Cada persona "Es una presencia subjetiva", se auto percibe porque tiene intimidad, así, el cuerpo ya no es un ser-objeto de conocimiento como los demás sino un objeto-sujeto que conforma una corporeidad para que el yo se exprese.

Tan pronto como el hombre satisface sus necesidades biológicas, busca su origen, reflexiona sobre las causas próximas y distantes de su entorno y de sí mismo. Cuando se trata de develar el misterio de su existencia, el hombre se pregunta si es solamente un ser material⁷³, o un ser puramente espiritual⁷⁴ o una mezcla de ambos "un ser corpóreo-espiritual" que puede estar unido accidentalmente⁷⁵ o sustancialmente⁷⁶.

Por lo tanto, una de las razones por la cual el ser humano tiene obligaciones de mantener una "mente sana en un cuerpo sano" es que no hay otra manera de mantenerse como ser-en-el-mundo y formar parte del organismo social sin causarle desorden. La salud o la enfermedad en el estrato psíquico influye en el desarrollo de los deberes morales, de manera que los argumentos éticos están fundamentados en un tipo particular de antropología, en este caso la antropología hilemórfica que comprende a la unión sustancial de cuerpo y alma, en

⁷³ Las antropologías materialistas consideran al hombre como un ser cuyo espíritu es materia un poco más evolucionada; rechazan las pruebas de la inmortalidad del alma y minimizan la dignidad del hombre, afirman que el destino del hombre es terreno: Demócrito, Feuerbach y Marx.

⁷⁴ Los filósofos que promueven las corrientes espiritualistas consideran al hombre como un ser únicamente espiritual, afirman que el cuerpo es sólo una falsa apariencia de su ser. George. Berkeley.

⁷⁵ Los promotores de la unión accidental consideran al alma y al cuerpo como cosas o seres sustanciales independientes que se unen al azar o por accidente. Algunas de las filosofías de ésta corriente: el hinduismo, platonismo, cartesianismo y maniqueísmo.

⁷⁶ Los defensores de la unión sustancial consideran que el cuerpo y el alma integran una sustancia natural, el cuerpo es la materia prima y el alma la forma sustancial. La naturaleza espiritual de su alma ejecuta algunas operaciones que pueden ser conocidas por sus efectos. La antropología hilemórfica une las propuestas del reconocimiento de una naturaleza humana incomunicable ontológicamente y la dimensión dinámica donde se establece la comunicación consigo mismo, con otros seres humanos, con el mundo y con Dios: Aristóteles y Santo Tomás de Aquino.

donde el hombre, al estar constituido por estos elementos de igual importancia recibe el nombre de persona⁷⁷.

El estrato social.

El ser humano como ser-en-el-mundo se relaciona mejor por medio de su ser corpóreo cuando está organizado por sus funciones psíquicas pero luego se conforma plenamente como un ser social, por necesidad y por voluntad, ya que el mundo no puede ser de otra forma que físico y humano. La comunicación verdadera es el nexo entre seres humanos. Se trata de una comunicación corpórea y también articulada utilizando el lenguaje y los símbolos.

El ser humano precisa, para ser social, de una integridad corporal, psíquica y social que se inicia en el seno familiar. En el ambiente de la familia aprende la persona a integrar en su corporeidad el estrato social que es parte de su ser pleno y a la vez percibe a los demás en su identidad particular.

El estrato trascendental (histórico o espiritual).

El ser humano es un ser-en-el-mundo pero a la vez no pertenece al mundo físico totalmente, tiene metas más allá como un ser trascendente, porque es un “espíritu encarnado”, que evoluciona, se desarrolla, se perfecciona y algún día, tarde o temprano, pierde lo encarnado como crisálida convertida en mariposa para volar entonces y continuar su camino. Para Karl Rahner, el hombre es un “espíritu en el mundo” (*Geist in Welt*)⁷⁸

La persona humana es una naturaleza racional subsistente y su dignidad radica en el hecho de subsistir⁷⁹. Karol Wojtyła va más allá,

⁷⁷ Boecio definió a la persona como hipóstasis de naturaleza racional. Santo Tomás añadió el término individual para significar sustancia primera -haciendo referencia a que se trata de un ente concreto, singular, con alma y cuerpo, unidos esencialmente. La autoconciencia, racionalidad y libre albedrío están proporcionadas por el **esse** que es el acto de ser.

⁷⁸ Ortega y Gasset, J. *Sobre la expresión fenómeno cósmico Tomo II*, Obras completas, Madrid, 578. 1998.

⁷⁹ Santo Tomás de Aquino. I, q. 29, a. 1

dice que es un ser de naturaleza moral (no importa que no piense siendo niño o estando en coma)

De esta manera la persona le pone sentido a su vida al elegir libremente su fin último y los medios para alcanzarlo a través de actos inmanentes y trascendentes^{80,81}.

Integración de los cuatro estratos.

El hombre es a la vez una parte del mundo como individuo único y exclusivo mientras que la humanidad pretende ser una totalidad mayor, representativa en el mundo.

En el estrato orgánico se presentan contingencias o accidentes en un ser determinado: raza, sexo, estatura, peso, color, etc., que determinan el carácter singular de las apariencias de cada ser humano, pero ese estrato nunca se concibe separado de sus demás instancias. *“El cuerpo sólo no es la persona, ni se identifica con la persona, sino con una unidad sensible”*⁸²

El estrato orgánico del humano es, esencialmente una organización de materia viva, que contiene al espíritu. Esta es la razón que justifica las obligaciones morales de respeto y atención al cuerpo evitando las agresiones innecesarias y el sufrimiento.

En el estrato psíquico se observa una serie de contingencias, por la organización de los componentes mentales en cantidad y calidad, según el desarrollo de la persona, los cuales se muestran en la corporeidad. Las funciones psíquicas propician la integridad corporal y su relación social e íntima. Así está conformada la especie humana.

El estrato social es contingente en cuanto que cada ser humano forma parte de un todo que evoluciona a cada instante para subsistir. Cada ser humano tiene su particular tarea para trabajar en el todo sensible. Porque el ser humano en esencia es social.

⁸⁰ Forment, E. *Lecciones de Metafísica*, Rialp, Madrid, 348-362. 1992.

⁸¹ Beuchot, M. *Los derechos humanos y su fundamentación filosófica*, F. C. E., México. 1997

⁸² Wojtyła, K. *Persona y acción*, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid, p.241. 1982

El estrato trascendental es contingente también puesto que cada ser fue dotado de una conciencia de “lo otro” y del “más allá”. La visión del hombre como espíritu encarnado es el cimiento filosófico de los valores humanos relacionados con la corporeidad, que no son externos a él sino que tienen su fundamento en la propia naturaleza humana.

La organización más compleja de la vida humana da como resultado la unión mística del yo con el tu para integrar el nosotros conformando el plano social, identificando a cada persona por su carácter de ser único e irrepetible, digno en toda su expresión.

Así está integrado el campo donde actúa el Principio de totalidad en la persona humana, pero hace falta constantemente evaluar si esa visión y concepto están en los estudiantes, en los internos en su campo hospitalario y en los médicos ya formados con o sin especialidad. Esa es una valoración periódica necesaria.

3.2.- Las expectativas del médico considerado científico.

El profesional en continua superación.

Una vez formado el profesional dentro de un plan de estudios universitario se enfrenta ahora a la responsabilidad de mantenerse actualizado, es ahora un “adulto profesional” que se autorregula, pero entonces debe tener una visión para la selección del aprendizaje de los saberes que precisa al percibirse profesional persona y no profesional trabajador de un engranaje social productivo y en desarrollo continuo⁸³. Estas son las consideraciones que se pueden hacer sobre la formación continua.

La tendencia divisoria que ofrecen los centros educativos para la formación constante, es exacerbada por la profesionalización de todos los campos académicos. Considérese el estatus del docente, para mantenerse en la universidad en donde el profesor debe pasar la mayor parte de su tiempo pensando en el futuro, trabajando para lograr,

⁸³ Carvallo V. A. Médicos y profesionalismo. Pacientes e información Rev Méd Chile 2005; 133: 253-8

mediante la publicación de investigaciones, la aprobación de los especialistas reconocidos en toda la nación como autoridades en la materia. La investigación debe ser reproducible de alguna manera adoptando la forma de una tenue analogía con el ideal científico. La supervivencia del profesor en la profesión o en la universidad depende de su actualización para mantener su identidad como persona. Sin embargo en la realidad, la comunidad local de estudiantes, de profesionales jóvenes y viejos, pasa a segundo plano.

Como se cree que el único camino hacia el conocimiento firme es la ciencia sólida y la técnica dominada y hay un sólo método científico que ya es conocido, la tendencia educativa sigue el camino de formar médicos científicos con habilidades técnicas haciendo de las humanidades algo secundario o auxiliar. Así es como esta actitud frente a la formación profesional enmascara automáticamente el significado que la educación ha tenido durante milenios.

Se sabe que las personas viven en educación continua voluntaria e involuntaria. El término latino del verbo *educare* quiere decir "conducir" término que tiene un significado muy diferente del verbo *instruere*, cuyo sentido es el de incorporar una habilidad o hacer en la mente un depósito de información, y la acción escolar es meramente instruir.

El sentido completo de la formación escolar es el trabajo de un educador y no simplemente un instructor, porque el educador, en cada sesión de aula o taller, también es conducido y se convierte en un coeducando. De ahí sale la visión de la educación continua, que es más imperiosa en el profesional activo.

El más antiguo significado de educación no toma en cuenta la transmisión de progreso en el conocimiento a una de las instancias constitutivas del yo, por ejemplo, para el cuerpo las habilidades psicomotrices de un entrenamiento, para la mente las actitudes y la comprensión de datos interrelacionados dentro de un fenómeno. No es posible que un docente médico introduzca este conocimiento en cada

interno de pregrado porque cada uno de ellos es persona, es decir un ser único e irrepetible en el mundo. El que enseña, con la exclusividad de lo que esto significa no logra nunca su objetivo porque cada aprendiz es singular en captar al mundo, se le puede obligar a que memorice, pero al no comprender, olvidará en corto plazo, se le puede conducir con las técnicas pedagógicas de objetivos, pero una vez que cese el refuerzo positivo o negativo olvidará el proceso. Luego entonces el verdadero sentido de las actividades formativas para la profesión médica deberá ser de coeducando y más simplemente acciones de aprendizaje conjunto, construido cada día.

El profesionista en formación se hace insistentemente una pregunta mientras aprende: ¿Qué es lo que haré de mí mismo en este mundo singular que me rodea? ¿En qué es bueno que me convierta? No le satisface ir imitando a la ciencia, aunque cada disciplina se esfuerza por aplicar el método científico a esferas particulares de temas estudiando cada vez problemas aislados; las contribuciones de los diferentes investigadores se acumulan pero no siempre se integran como resultados expuestos por el investigador, se realiza el progreso "científicamente" en "el campo" y, sobre todo, se establece la identidad de los investigadores mediante el reconocimiento otorgado por los líderes en la materia pero como está aislado de las otras disciplinas, entonces debe ser acondicionado en el quehacer profesional de una manera que se deforma el conocimiento originalmente presentado.

Por ejemplo, se sabe que la dieta elemental contiene concentrados de nutrientes sin residuo, es útil para quienes no tienen funcionando bien su tubo digestivo, luego entonces, yo médico veo que uno de mis pacientes es delgado por constitución orgánica, le receto dieta elemental con lo que hago una deformación del significado de la dieta elemental. Este tipo de dieta no sirve para engordar y no es para personas que tienen la posibilidad de alimentarse naturalmente.

La educación después de obtener la licenciatura es para lograr la identidad profesional, aunque esto debe comenzarse en el pregrado, sin

embargo la política educativa y la tradición, mantienen a la universidad moderna dividida en la dedicación a las ciencias y a las cuasi ciencias humanidades por los mismos prejuicios de la investigación del siglo XVII que dividen a la persona en mente y subjetividad por una parte, y cuerpo y objetividad, por otra.

En esta visión no hay tiempo para reflexionar y plantear interrogantes educativos desde el punto de vista de un yo singular que se confronta a sí mismo en su yo como un agente moral. Es más el profesional de la salud no se ve como un ser moral definido sino relativo porque le falta la formación humanista.

Cuando el profesional médico no tiene claro su concepto de persona se inclina a pensar que los juicios morales solamente expresan 'la idiosincrasia personal o colectiva, los cambiantes sentimientos subjetivos. Así es que su preocupación obsesiva es ser reconocido por los colegas profesionales pero en su yo profundo no puede eliminar la molesta incertidumbre acerca de lo que es bueno hacer por su vida y para formar su ser ideal.

Lo dicho es una herencia del siglo XVII cuando se decía que el individuo es una mente particular ligada en cierta forma a un cuerpo mecánico en un mundo mecánico, lo cual es falso, pues ya se ha señalado el estatuto de persona que es más que cuerpo mente.

El profesional egresado de la carrera de medicina se ve obligado a asociarse para crear una identidad colectiva o de gremio para crear "contratos" con otros para constituir sociedades: de gastro, de ginecología, de cirugía, de algología, etc., de un grupo que lo identifique de otros y le de un poco de consuelo por su necesidad existencial profesional.

La superación continua debe pasar sobre la crisis de la universidad que se presenta como una escisión epistemológica de la formación integral del médico y del investigador médico por lo tanto requiere mantener el concepto de persona en todo momento para mirar en todo trabajo un abanico de proyecciones del ser al que se atiende. La

ciencia presupone "valores" que no puede expresar y justificar en sus propios términos científicos que son: la capacidad de imaginar hipótesis, evaluar imparcialmente la evidencia, aceptar sin reservas cualquier verdad descubierta por inesperada o, incluso, incómoda que resulte, la capacidad de controlar las ilusiones y el yo como mero ego.

Considérese que la ciencia tiene un tipo de valores que son propios de la naturaleza en general pero que no son aplicables a la persona humana porque esta es compleja, porque presupone valores de libertad y responsabilidad, pero la ciencia social también tiene un límite, dados sus términos y métodos no puede probar que sus propios supuestos son verdaderos y legítimos. El estudio profesional verdadero es aquel que estudia al mundo y a los seres humanos en forma más reflexiva, amplia e histórica —sin duda no con precisión, pero de manera fundamental—, planteando investigaciones sobre lo que es el hombre y que es lo humano a través del estudio de las humanidades.

Puede verse a la educación continua como el intercambio entre disciplinas por lo que debe liberarse así lo que está obstaculizado por la división en la universidad y el empleo de vocabularios y métodos y organizaciones profesionales mutuamente excluyentes. Si se aíslan en su campo de trabajo las tachadas de cuasi científicas humanidades, entonces no harán la labor de mediación y combinación esencial para la matriz del aprendizaje profesional y de la vida.

Hay un problema en la formación profesional por lo que se entiende como "educación" en la mayoría de las universidades que se han apartado de la esencia de la realidad humana que da a la educación su significado formativo y no instructivo. Esto es muy evidente en el nivel de educación de pregrado por la influencia epistemológica y la adopción pedagógica⁸⁴ al inicio del siglo XX, que refleja los sesgos psico-físicos, atomizantes y mecanicistas del siglo XVII, todo convertido a ciencia dura, medible y reproducible, nada de

⁸⁴ Es la organización educativa dentro de un hospital para la formación médica propuesta por Abraham Flexner.

humanidades ni metafísicas, menos teologías. Se debe estudiar para producir bienes y servicios.

Véase reflexivamente que no importan en sí mismos los éxitos de la ciencia, bienvenidos sí, importa más el por qué, para qué, para quién y con qué fines. No me sirve saber que el trasplante hepático es una opción de alivio para una colangitis esclerosante si en mi región no hay tecnología para lograrla y en el bolsillo de los pacientes no hay dinero que sostenga todo el proceso del trasplante, además de tener en cuenta que hay una legislación para procurar órganos y para trasplantarlos a pacientes en una lista de espera, etc. Son los hechos sociales que se adosan al producto de la investigación científica, que es bienvenida pero que en realidad está limitada⁸⁵.

Hoy la educación continua profesional, después del título de pregrado está en manos de los grupos de universidades privadas que limitan el acceso a la formación por los costos mientras que en las universidades públicas hay saturación para absorber el flujo de integrantes de la clase media que esperan la oportunidad para ponerse en el camino para vivir mejor y si es posible con poder y riqueza, o por lo menos con el afán de liberarse de la ignorancia y las restricciones que causan los prejuicios de la clase a la que se pertenece.

La formación continua cuesta dinero y cuesta encontrar la oportunidad de alcanzarla, a veces es el ingreso a las residencias médicas, otra a los intercambios con universidades extranjeras y en algunos casos el aprendizaje de habilidades como los cursos de imagenología y endoscopia que dan modos rápidos y cómodos de ejercer una profesión con más ganancia aunque no siempre con más servicio. Ojalá y esa fuera la forma de producir nuevos conocimientos⁸⁶, pero no, por siempre queda la idea de reproducir y vender lo que se sabe, si

⁸⁵ Holstadter, R. *Anti-Intellectualism in America Life*, Nueva York: Random House, 1963, p. 301.

⁸⁶ Bledstein, B. *The Culture of Professionalism: The Middle Class and the Development of Higher Education in America*, Nueva York: Norton, 1976, pp. 86, 274-281.

tuvieran formación humanista suficiente, verían más integralmente el fenómeno y servirían mejor.

Ninguna persona con conocimientos puede negar en conciencia que las disciplinas segmentadas y profesionalizadas han producido grandes adelantos en ciertos campos, especialmente en las ciencias naturales y las matemáticas, pero también echan mano de disciplinas de corte social como la educación y la ética, la política y el derecho.

La universidad, como institución educativa, está en crisis; Calvin Schrag sintetiza los informes acerca de esta crisis reportados en los más renombrados niveles del sistema educacional norteamericano: La Fundación Carnegie, la Comisión Nacional para la Excelencia en la Educación, la Fundación Nacional para las Humanidades, la Asociación de "Colleges" Estadounidenses y otros grupos que dicen: "En estos informes se critica la falta de coherencia curricular, la amenaza de un excesivo vocacionalismo, la hiperespecialización, la autocomplacencia de los profesores, los intereses políticos y las fantásticas fidelidades departamentales" que han corroído la educación liberal⁸⁷.

La crítica al sistema educativo para la formación continua profesional hace ver que los expertos son profesionistas con especialidad pero como profesores, en particular los jóvenes, no tienen tiempo para el desarrollo personal, para atender los asuntos familiares y los derechos cívicos, ni tiempo para dedicarle a la superación individual y la educación en sus diversos aspectos. El nivel profesional del yo se separa del nivel personal, y la reflexión sobre la vida tiende a disociarse de lo que compete a la vida. De tal manera que la educación continua ofrecida, perpetúa la visión segmentada de los conocimientos que ofrece la universidad.

La universidad como fábrica de conocimientos con su extensión en los hospitales escuela, no ofrece espacios para que los conocedores se confronten a sí mismos, cada uno como una persona que está

⁸⁷ Schrag, C. Involvement, "Integrity, and Legacy in American Liberal Education". Trabajo presentado en la International Association of Philosophy and Literature, Seattle, 3 de mayo de 1986.

comprometida, que ríe, sufre y crea un mundo particular. El conocer no genera a partir de sí mismo ninguna validación de los supuestos de la actividad misma: integridad, libertad, responsabilidad, bondad. Solamente una concepción coherente del conocer de los eruditos y el mundo conocido.

Aunque parezca larga la digresión, todo ello tiene que ver con la visión de formación profesional en carreras tan integradas entre lo científico y lo humanista como la medicina, la psicología, la enfermería, la odontología y otras más dedicadas a mantener saludable a la persona y la sociedad.

3.3.- Las expectativas del médico para ser considerado profesionalista.

Las expectativas comienzan con la formación profesional en todo el sentido de la palabra formación, porque incluye al proceso en el que se consideran a los docentes, los alumnos, el programa, la pedagogía, el perfil de egreso y toda aquella burocracia que facilita las acciones.

La visión docente y la actividad pedagógica son un foco de atención, el docente que tiene como concepto de paciente, alumno y compañero de trabajo de manera que la persona tratará a todos ellos como personas, y su pedagogía estará centrada en la persona⁸⁸ así como su trato de médico paciente lo estará también, según la propuesta de Carl Rogers en su concepto de aprendizaje humanista. De otra forma se seguirán tratando en el proceso de aprendizaje como dos seres ajenos pero comprometidos por una visión escolar⁸⁹.

En el cuadro siguiente se cotejan la visión de la tendencia pedagógica y la reflexión sobre la tendencia por tres corrientes muy empleadas en la facultad de Medicina Humana de la UNACH que puede servir de comparativo para que se vislumbre en los alumnos la línea a seguir rumbo a la profesión médica.

⁸⁸ McCombs, G. *La clase y la escuela centrada en el aprendiz*. Editorial Paidós. Barcelona, 1998.

⁸⁹ Glasser W., 1990. *The quality school: Profesor and students without coercion*. Harper Collins, N. York, perennial library, página 26

VISIÓN DE LA TENDENCIA	REFLEXIÓN SOBRE LA TENDENCIA.
<p>1.- La pedagogía natural. Es la tendencia a enseñar contenidos temáticos y habilidades e imponer actitudes profesionales en aras de la disciplina y el código profesional</p> <p>Los procesos siguen siendo los de enseñanza/aprendizaje, por clase magistral o toma de clase. Alcanzar objetivos conductuales y reforzar la respuesta o simplemente enseñar.</p> <p>Se evalúa la memoria de contenidos temáticos y las habilidades prácticas.</p> <p>Se registra el rendimiento, se reprueba o se aprueba según la cuenta obtenida por suma y promedio.</p> <p>Se avanza imponiendo disciplina, autoridad y legalidad verticalmente. El alumno recibe pero no retroalimenta.</p>	<p>1.- La justificación está en la necesidad objetiva de apropiarse de la realidad, de ser científicos al egresar.</p> <p>La justificación está en la necesidad del paciente de ser atendido con eficacia para que le resuelvan parte de su problema de salud.</p> <p>El método vertical de enseñanza presupone que alguien es autoridad en la materia y no precisamente autoridad científica sino empírica. Presupone a alguien con necesidad de aprender pero por medio de la disciplina de dejarse formar.</p> <p>Se evalúa cotejando lo que sabe el experto contra lo que recuerda el alumno en un cuestionario.</p> <p>Los enfermos no pueden estudiarse objetivamente sino como enfermedad.</p>
<p>2.- La Enseñanza de la Medicina Basada en Evidencias. El mismo enunciado dice enseñar. Enseña el experto y no se sabe si el alumno memoriza o aprende.</p> <p>Las evidencias son el centro del predicado. Las evidencias son garantía de científicidad. Se trata de aprender del resultado del análisis de múltiples estudios sobre el mismo tema, tamizados por la significatividad estadística.</p> <p>El alumno debe aprender las evidencias tal cual se presentan con el argumento estadístico del tamaño de la varianza.</p> <p>Se evalúa memoria de contenidos temáticos y procedimientos.</p> <p>El perfil del docente no cambia, el sabe y sabe lo que debe, el alumno no sabe o sabe lo que no debe.</p>	<p>2.- Las evidencias nacen del resultado de un metaanálisis. Generalmente las investigaciones que participan se elaboran en escenarios del primer mundo tecnificado y disciplinado en investigación. Ese mundo tiene su propio contexto y sus variables difieren de las del tercer mundo.</p> <p>En las evidencias, todo lo que sea fenomenológico no es científico y se le resta peso al ponderar los resultados con la estadística paramétrica, de manera que el alumno aprende objetivamente contenidos que no responden a su realidad sino a la estadística.</p> <p>El propósito de formar profesionales de la salud es atender integralmente los problemas de salud de cada paciente, no de aprender de manera descontextualizada una enfermedad, un procedimiento o un modelo teórico.</p>

Conclusión.- Se mantiene la injusticia en todos los niveles al no considerarse dignos a los participantes. No lo es el docente, ni el médico ya formado, no lo es el alumno, no lo son los pacientes, todos son individuos dentro de un proceso prefabricado o tradicional de comportamiento para control por quienes planean las acciones sociales.

VISIÓN DE LA TENDENCIA	REFLEXIÓN SOBRE LA TENDENCIA.
<p>3.- Una de las modalidades de la formación profesional en la que se le reconoce calidad de aprendizaje al alumno es el método pedagógico de Aprendizaje Basado en Problemas.</p> <p>El docente prepara los problemas, propone el método en sus pasos y operativiza las acciones, con una duración del contenido disciplinario que va más allá del ciclo escolar.</p> <p>La atención de la enseñanza está sobre el método de 3 pasos y el contenido temático a discutir.</p> <p>El centro pedagógico es el aprendizaje.</p> <p>La evaluación se hace con problemas sobre el contenido temático del curso.</p>	<p>3.-.El método ABP ingresa en el modelo pedagógico cognoscitivista o de la teoría del procesamiento de la información. Le da un espacio al alumno para desarrollar sus cualidades críticas y de exploración del campo temático profesional, pero no es integrador del proceso de formación profesional porque tamiza en problemas el contenido temático del curso.</p> <p>El método clínico de aprendizaje de las ciencias de la salud incluye en el problema planteado al diagnóstico diferencial y remite al alumno a los escenarios reales.</p> <p>El método clínico procede planteándose problemas continuamente sobre un fenómeno incógnita. Se aprende repitiendo el método sobre el contenido.</p> <p>La evaluación no termina, es una evaluación propia y externa y se controla con reactivos sobre un problema piloto.</p>
<p>4.-.El aprendizaje de la medicina basada en competencias profesionales.</p> <p>El método pedagógico promete ser variado pero la delimitación del propósito conduce al método tradicional de enseñanza/aprendizaje y más directamente a la enseñanza que al aprendizaje, de lograrse será memorístico y limitado.</p> <p>La promesa teórica es aprender a ser, a hacer y a saber hacer, sin embargo este propósito responderá a una pregunta ¿Para qué? Y la respuesta es, para ser competitivo en el mercado de trabajo. Así como está diseñado el perfil dentro del mundo de control político en la globalización y el servicio en las instituciones, de manera que la visión no es verdadera sino falaz.</p> <p>Se evalúa la adquisición de la competencia en una escala jerárquica y no se aprueba el ciclo o la unidad si no se domina. Así como sucede con los objetivos conductuales.</p>	<p>4.-.El plan educativo comienza planteándose las funciones indispensables en el proceder profesional eficiente, después señalando las competencias correspondientes a aprender.</p> <p>Se observa el proceso como la acción dentro de una cuadrícula en donde el paciente es un organismo que piensa y que vive dentro de una sociedad homogénea al que se le puede tratar en diferentes niveles según se dominen las competencias de la profesión.</p> <p>El médico es un experto al servicio de un departamento en una institución, el paciente es un ser biológico, psicológico y social quedando a libre decisión del profesionista si es digno o no lo es.</p> <p>Basta la aprobación de haber alcanzado las competencias en alguno de sus niveles para ser considerado experto. La facultad cumple así con los ideales del conductismo de llegar pronto y económicamente al mercado de trabajo con alto rendimiento de su engrane de producción.</p>

Conclusión.- Se mantiene la injusticia en todos los niveles al no considerarse dignos a los participantes. En estas condiciones seguirá exigiéndose calidez al profesional.

3.4.- Las expectativas externas al alumno que deben cumplirse.

No siempre se ve el médico en formación como profesional sino como investigador y esa confusión puede ser que su visión a futuro es lograr ser un investigador y vea al paciente como un ser que le sirve para reconocer factores etiológicos de un padecimiento o terapéuticos de alivio a un desorden corporal, por ello se considera como una expectativa externa que debe cumplirse a su tiempo y en la profundidad del nivel de formación en etapas más distantes. Se hace una reflexión de lo que es el trabajo de investigar con las aportaciones de Ignacio Núñez de Castro⁹⁰.

El investigador por su trabajo y su reconocimiento social es un profesionista que busca la verdad desvelando lo oculto de la naturaleza, del hombre y la sociedad, puede decirse entonces, que el investigador es un profesional de la ciencia que busca su realización personal con este medio de vida que le proporcione lo necesario para vivir.

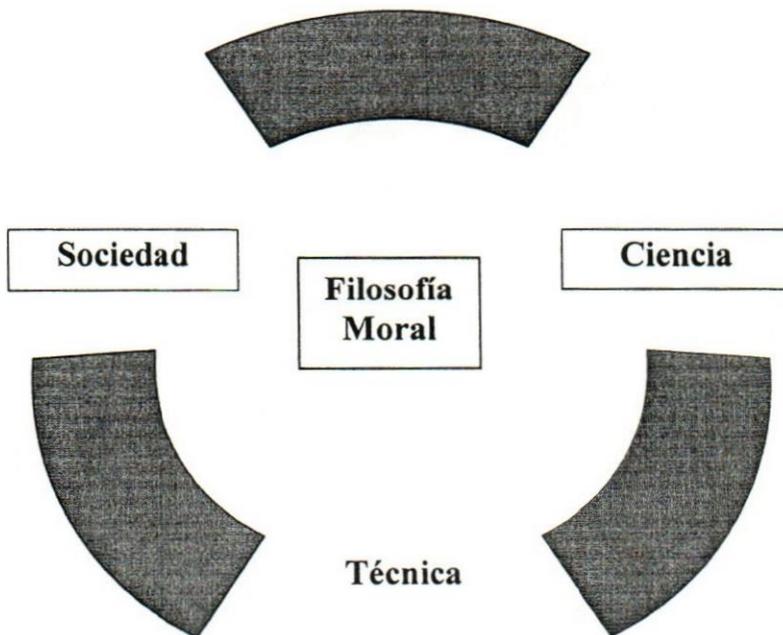
El campo de trabajo del investigador está en las instituciones, las universidades y los laboratorios industriales principalmente, a veces es un empleado de las empresas multinacionales farmacéuticas en donde su deber ser se mediatiza a la misión de la empresa y se diluye su propia ética.

El investigador trabaja con una ética que nace en su trabajo y en su formación integral, incluyendo sus motivaciones profundas que pueden rebasar la libertad propia y no emerjan con claridad en el plano de su investigación, ni en el proceso, ni en el producto. Puede verse que el investigador es un ser contextualizado en el que interviene su propia historia y la externa.

⁹⁰ Núñez de Castro Ignacio. En: José de Acosta La nueva alianza de las ciencias y la filosofía. Editorial, Universidad Pontificia de Comillas. Madrid, 2001.

La expectativa en la formación científica implica una actitud moral y sin ella fácilmente caería en una opción de daño social como fue el caso de los estudios de la energía nuclear en sus albores cuando se pensó que beneficiaría a la humanidad y sin embargo se convirtió en bomba atómica para disuadir al enemigo de la cuenca del Pacífico de terminar la II Gran Guerra del siglo XX y rendirse o la investigación libre de los médicos del Tercer Reich que dio pie a la formulación del código de Nuremberg por sus atrocidades. De manera que el conocimiento en sí mismo no es suficiente para dominar las causas negativas de lo que el hombre emprende, puesto que se han seguido haciendo después, bombas atómicas más potentes que la destructora de las ciudades japonesas eliminadas del mapa.

Obsérvese este círculo de alimentación con flechas de doble cola, en donde la técnica apoya al desarrollo de la ciencia, pero la ciencia da origen a la técnica y ambas provienen del estudio de la realidad en la que se incluye la sociedad pensante.



El dominio de la técnica sirve a la sociedad en algunas de sus necesidades pero a la vez regula la prevalencia de aquella y, la sociedad

y el ambiente son el sustrato donde se origina la ciencia, etc. Estos son puntos donde se ancla el argumento de la regulación del conocimiento por el comportamiento ético en los profesionales y ético político en quienes toman las decisiones para una comunidad determinada.

El trabajo del científico, hoy día es calificado por la sociedad a través de sus voces críticas en donde cada hipótesis de trabajo está metida en la criba de la falsación poperiana⁹¹ para señalar sus debilidades en cuanto se detecten, la ciencia así se ve libre para decidir lo que pretenda investigar y cómo lo hará pues está ahí el artículo 19 de la Declaración de los Derechos Humanos del Hombre del 10 de diciembre de 1948 que dice “Todo individuo tiene derecho a la libertad de... investigar y recibir información y opiniones, el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión” así, el trabajo científico se hace transparente y afecta al “modo de vida” o modo de vivir que es la raíz de la crítica moral, pero hay necesidades a tomar en cuenta como es la esencia del alumno, del médico, del paciente, del docente y de toda persona que se integra en una sociedad antes de actuar.

Los médicos en los últimos períodos de formación pretenden reforzar su formación con los procesos de investigación y deben tomar en cuenta que los protocolos de investigación del científico para ser financiados deben ser aprobados y pasados por el tamiz de los expertos, para que una vez concluido el trabajo pase a la divulgación en búsqueda de méritos calificados por la sociedad interesada, pero las acciones deben ser acotadas por la bioética por el respeto a la dignidad de las personas. Este es el caso de la investigación en células embrionarias, la clonación y el ensayo de medicamentos que se han puesto en serio dilema crítico llevado a las cámaras legislativas debido al análisis ético.

⁹¹ Chalmers. ¿Qué es esa cosa llamada ciencia? Editorial siglo XXI, México, 2000. “La falsación de las teorías”, página 56 y ss.

La investigación debe hacer sentir que crea competencias entre instituciones educativas y de atención a los pacientes, competencias para lograr afianzar el poder de unos grupos sobre otros para la perpetuación de aquellos y el exterminio de éstos, lo que se considera que es un grave atentado contra la vida, la dignidad y el concepto del hombre y ha sido motivo de diferentes Declaraciones y Códigos deontológicos obligatorios presentados como Tratados Internacionales en defensa de la humanidad (Nuremberg, Helsinki I y II, Ámsterdam, Tokio, etc.) y es la muestra de la regulación de la ciencia por la conciencia crítica de la sociedad.

Desde la formación universitaria se debe ir metiendo al científico en el mundo de los valores. En las instituciones de salud es deseable que actúen juntos dos comités, el de investigación y el de bioética. De manera que no **todo** lo que se puede hacer se hace sin más que los argumentos de la ciencia y la libertad porque avanza aquella. Toda acción tiene reacción y esta es la que hay que valorar, ¿A quién se beneficia y a quien se perjudica? Es la primera pregunta de donde parte el análisis de la propuesta de investigación, ¿Cuál es la magnitud del beneficio y cual la del daño? Porque ya se dijo que la ciencia no es neutra, en el círculo se ve que tiene su origen en los seres pensantes que son sociales, ellos la crean y a la sociedad se le devuelven los frutos.

La sociedad cree y espera tanto de la ciencia aplicada para el bienestar humano que forma un inconsciente colectivo en el que subyace la idea de que se debe realizar todo aquello que técnicamente se pueda hacer y que los legisladores trabajen después para controlar los efectos en el hombre y en el medio ambiente emitiendo leyes obligatorias con su respectiva sanción a quien las transgreda.

El científico incluso tiene su propia ética en el trabajo, despliega en este su honestidad al comunicar sus hallazgos a través de un método, la veracidad de su proceder y la humildad de no transpolar lo

poco que logra, en lo universal. El científico es una célula que trabaja para descubrir y construir el tejido de los secretos de la realidad.

Desde la facultad y en los hospitales, el investigador deberá ser prudente en su proceder pues la temeridad lesiona al querer aquel llegar a ser famoso en corto plazo a como de lugar.

Cuando la expectativa de ser investigador se mantiene firme, hay que pensar que la ciencia debe seguir de cerca el concepto del hombre al cual sirve, debe tener un rostro humano enfrente cada vez que inicie su tarea, hecho que se refleja en los fines de la investigación y responde a las preguntas planteadas cuatro párrafos más arriba que responden a la verdadera búsqueda de solución a los problemas humanos y la búsqueda de la verdad. Sólo así el médico investigador transitará sin prisas haciendo el bien y evitando el mal.

3.5.- El perfil del médico deseable.

Ahora puede visualizarse una expectativa de lo que es deseable en un médico en formación con un enfoque analizado por Augusto Hortal⁹².

La medicina es una profesión reconocida por las personas porque reúne las características de ese sector de servicios productivo para la sociedad, ahora necesaria para acceder, con documentos probatorios, al mercado de trabajo para la atención de los enfermos y educación de la población para que no enferme.

Con la educación en todos los campos de acción, resume el informe Delors en 1996, se aprende a conocer, a aprender, a vivir juntos y a ser, con la ayuda de los educadores en todas las ramas conocidas del saber que actúan como facilitadores, para acceder al conocimiento y madurar como personas y llegar también al mundo científico; sin embargo, cada rama del saber tiene una especialidad docente, es decir, la docencia se erige como factor común de los saberes

⁹² Hortal, A. *La formación profesional* En: José de Acosta La nueva alianza de las ciencias y la filosofía. Editorial, Universidad Pontificia de Comillas. Madrid, 2001

con la finalidad de organizar y transmitir con eficacia lo conocido y plantear lo que falta por conocer⁹³

Ante cualquier problema complejo que surja en la sociedad, los expertos y los políticos recurren a la escuela en búsqueda de soluciones aquellas que ya están elaboradas o las que están por ser construidas a partir del perfil epidemiológico y socioambiental de que se trate. Ahí trabajan los docentes médicos y su conocimiento central está guiado por la pedagogía para la disciplina que dominan, también de ahí surge su código ético que puede analizarse a la luz, por ejemplo del Principialismo utilitarista: La beneficencia, la autonomía, y la justicia suponiendo la no maleficencia o bien del personalismo humanista cuyo centro está en el respeto a la dignidad de la persona.

Un médico profesional docente ético formador de otros médicos en el hospital o en el aula, hace siempre el bien cuando ejerce bien su profesión, favorece el aprendizaje efectivo de sus alumnos porque ese es el bien intrínseco que se propone lograr. Este es el principio de beneficencia que lleva adherido el principio de justicia mientras trabaja.

La formación humana progresa cuando se nota la individualización del pensamiento y la acción en la vida y en la profesión, es decir, se nota que va desapareciendo el andamiaje de dependencia durante la formación⁹⁴ (Vygotsky). Es decir, se trabaja en la formación de médicos para conseguir la autonomía del alumno como médico en su comunidad. El matiz ético del docente en las aulas y el hospital, incluye favorecer la autonomía de los educandos porque son personas de deberes y obligaciones que, al asimilarlas, actuarán en los ámbitos en donde se sitúen y lo deberán hacer con responsabilidad.

La docencia médica conforma su ética también al considerar, sin cansarse de repetir, porque a menudo se hace a un lado, al alumno como una real persona que vive en una sociedad, esto es, la justicia

⁹³ Esteve, J. M., Franco, S., y Vera, J. Los profesores ante el cambio social. Repercusiones sobre la salud de los profesores. Editorial Anthropos, Barcelona, 1995.

⁹⁴ Daniels, H. Vygotsky y la pedagogía. Editorial Paidós, México, 2003, Pedagogía y mediación, página 15 y siguientes.

estará implícita en la relación médico paciente como lo fue docente alumno en la escuela de acuerdo al deber ser y el estatus actual de la costumbre social en evolución constante. El docente médico se encuentra engarzado en una sociedad que cuestiona su trabajo en el campo ético.

La docencia médica en el hospital, la clínica o en la universidad es para formar, seres críticos que sirvan adecuando sus conocimientos a los tiempos sin dejar de lado la beneficencia, la justicia, la reducción del daño y concepción de una sociedad personalista. Formará investigadores también controlados por principios y fines éticos sin caer en la ficción especulativa.

La formación profesional debe mantener un equilibrio de acciones, trabajar sobre el saber teórico, sobre las habilidades al aplicar la teoría en la solución de los problemas y en la difusión de los conocimientos en la escala jerárquica natural de la formación constante de cuadros profesionistas nuevos pero con actitud de no hacer daño y propiciar el desarrollo integral del paciente.

La profesión docente en ciencias de la salud por vocación en el aula o el hospital, implica superación y actualización para ser congruentes con los propósitos básicos de lo que pretende en sí la docencia que es, formar profesionales idóneos para la solución de los problemas sociales vigentes y detectados⁹⁵.

La vocación es la manifestación del convencimiento de lo que se sabe y se transmite en teoría y práctica porque la vocación configura la personalidad del profesional. De manera que quien tiene a una profesión como medio para ganar un sueldo o una posición social, o enriquecerse, estará empleando lo externo de su profesión. **Tendrá** una profesión igual que tiene bienes, pero no **será** un profesionista en toda la plenitud del término porque el ser apunta siempre a la esencia.

⁹⁵ Aranguren, J. L., Ética y estética en Xavier Zubiri. Editorial Trotta, Madrid, 1996.

CAPÍTULO IV.

Las actitudes de los médicos y las expectativas del interno de pregrado adscrito al Hospital de Especialidades Belisario Domínguez del ISSSTE.

El estudio es exploratorio y es diagnóstico, se parte de una suposición de que las expectativas del interno de pregrado estarán más inclinadas a la visión del presente, a la efectividad, la eficiencia y la calidad vistas como una expectativa de logro exitoso y de prestigio económico, legalizado por el gasto empleado para adquirir tecnología y formación en su manejo.

Se efectuó un estudio longitudinal en dos tiempos con los alumnos sobre un mismo cuestionario de expectativas deseables, tolerables y tradicionales tomadas de la teoría consultada sobre el tema. Además un estudio en una sola ocasión para conocer las actitudes de los profesores del ISSSTE que son los adscritos al hospital y por lo mismo los encargados de su formación profesional.

Los mismos cuestionarios de expectativas se aplicaron en el mes de enero del 2008 y nuevamente en agosto del mismo año con el fin de reconocer si las expectativas del registro basal se mantenían, se incrementaban en porcentaje o disminuían o simplemente no cambiaban de ponderación.

El estudio de tesis de grado da respuesta a las preguntas de investigación que se plantean así: ¿Existe una relación armónica entre la disponibilidad educativa de los docentes del Hospital de Especialidades Belisario Domínguez del ISSSTE y las expectativas de los "internos de pregrado"?

¿Existe una correlación entre las expectativas de los internos de pregrado en la primera y la segunda prueba?

Los hallazgos justifican el bloque de expectativas presentadas porque están acordes con el Plan de estudios cuyo interés mayor se ve en la inclusión de materias propiamente de la profesión y la

disminución posible de las materias humanistas que son el nexo irremplazable del trato con personas. Los resultados del estudio serán una guía, dentro de otras más, para renovar el currículum, porque todo cambia.

4.1.- EL ANÁLISIS EN RELACIÓN A LAS EXPECTATIVAS POSIBLES.

El punto de partida de la investigación está en la concepción de que los procesos educativos en el internado de pregrado en el ISSSTE toman en cuenta:

- 1.- El trabajo de los médicos adscritos que fungen como docentes.
- 2.- A los internos como alumnos.
- 3.- A la institución con su propia organización.
- 4.- A los pacientes y,
- 5.- A la sociedad en general.

De esta manera las expectativas se visualizan en cada uno de esos intervinientes en el proceso formativo profesional.

4.1.1.- La opinión de los médicos adscritos que fungen como docentes. .

Se efectuó la colección de datos en el mes de enero del 2008 por medio de un cuestionario de 10 preguntas sobre los conceptos de estudiante, médico en proceso de formación y el médico general ya formado, con tres posibles respuestas, una deseable en relación al motivo de la pregunta, la otra tolerable por tener algunas limitaciones en su contenido y la última con una inclinación tradicional sobre el motivo de la pregunta, porque así se escucha con frecuencia la opinión de los profesionistas médicos, docentes formales o no.

El cuestionario se aplicó a 27 médicos adscritos al Hospital Belisario Domínguez del ISSSTE, que fungen "de facto" como docentes de los estudiantes de medicina que cursan su internado rotatorio de

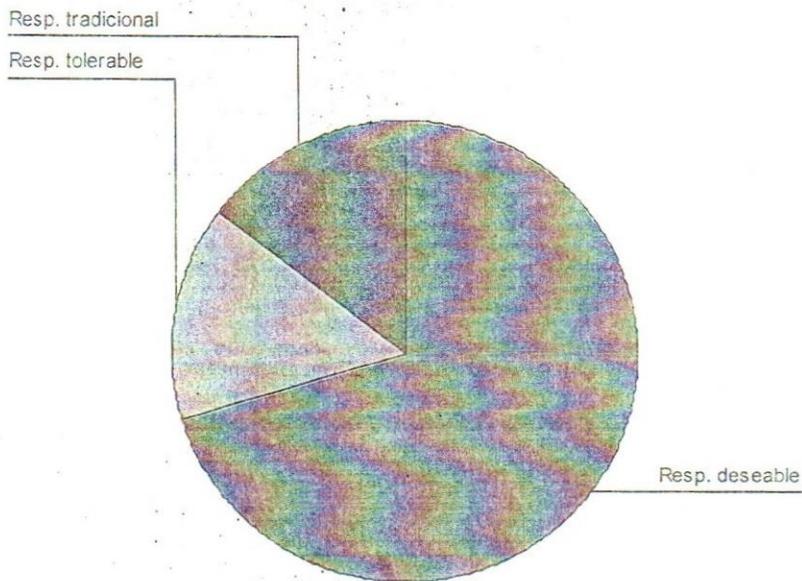
pregrado durante un año obligatorio. Todos los participantes son médicos con base en su puesto de trabajo por lo tanto tienen alguna influencia legal sobre la formación médica.

La intención de conocer las opiniones de los participantes tiene como objetivo conocer lo que piensan sobre el estudiante de medicina, sobre la formación del estudiante incluyendo sus derechos y lo que tienen en mente sobre el perfil del médico. Este reconocimiento conforma una idea general de las posibles actitudes que tenga el “docente” para el alumno, conociendo las respuestas que a continuación se tienen.

De las 10 actitudes examinadas se encontraron 6 deseables, hecho que es loable pues favorece desarrollo personal de los internos:

1.- Los derechos del estudiante de medicina en la escuela como respuesta deseable la dieron 19 médicos (70.4%): “Los derechos del estudiante le permiten ser formado integralmente y no solamente en las ciencias médicas”. La respuesta tolerable la dieron 4 médicos (14.8%): “El derecho del estudiante consiste en ser formado con toda la calidad científica de la medicina” y la respuesta tradicional 4 médicos (14.8%): “El derecho del estudiante de medicina consiste en acceder a todas las instalaciones de calidad que ofrezca la escuela”

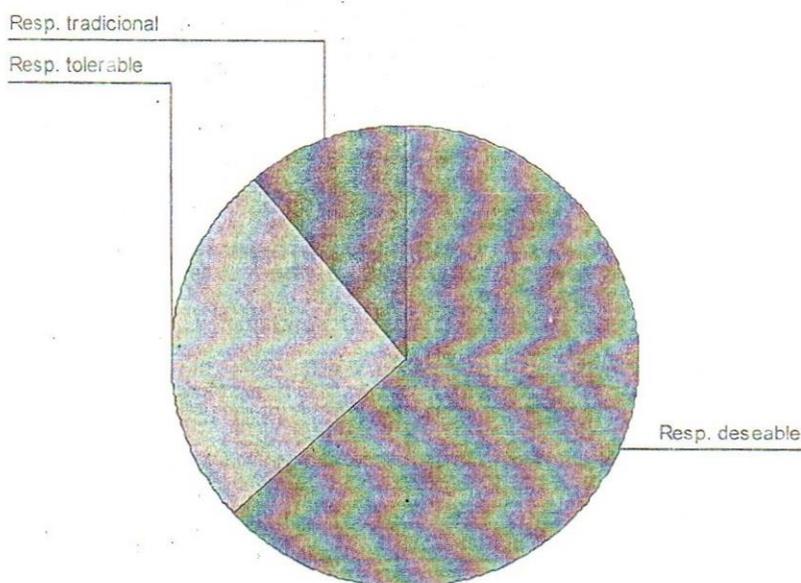
Derechos del estudiante en la escuela



Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

2.- El trabajo primordial del estudiante inteligente de medicina tiene a la respuesta deseable de 17 médicos (63%) que aceptan que “El trabajo primordial del estudiante inteligente de medicina es hacerse cargo de su aprendizaje en la profesión médica” 7, (25.9%) aceptan la respuesta tolerable: “El trabajo primordial del estudiante inteligente de medicina es asistir puntualmente y escuchar atentamente sus clases” y hay 3 médicos (11.1%) que aceptaron la respuesta tradicional: “El trabajo primordial del estudiante inteligente de medicina es aprobar todas y cada una de sus materias”.

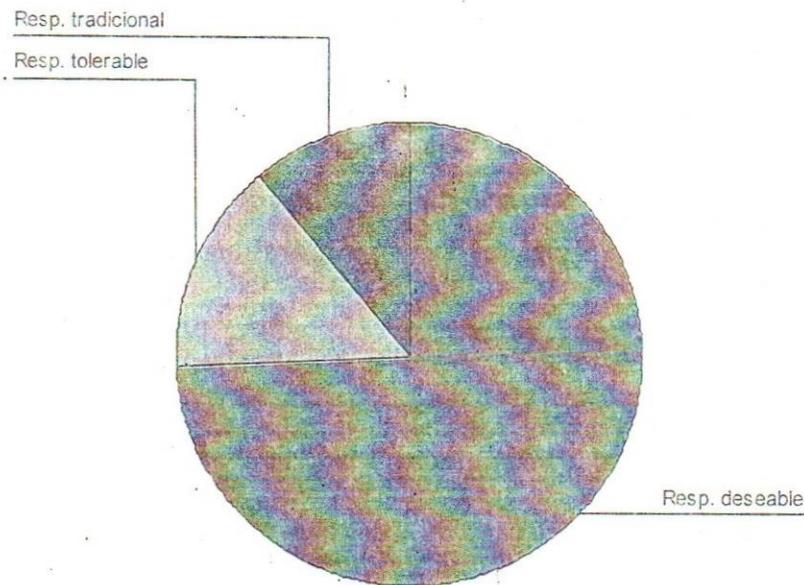
Trabajo primordial de estudiante inteligente



Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

3.- La obediencia del estudiante de medicina en su formación tiene un límite que está en la respuesta deseable aceptada por 20 médicos, 74.1%: “La obediencia del estudiante de medicina en su formación llega hasta el límite de los valores fundamentales de respeto a la vida, la salud y la vida digna”. La respuesta tolerable la aceptaron 4 médicos, 14.8%: “La obediencia del estudiante de medicina en su formación llega hasta la obligación de aplicar los conocimientos médicos en situaciones parecidas” y la respuesta tradicional aceptada por 3 médicos, 11.1%: “La obediencia del estudiante de medicina en su formación llega hasta la obligación de hacer lo que científicamente está comprobado”.

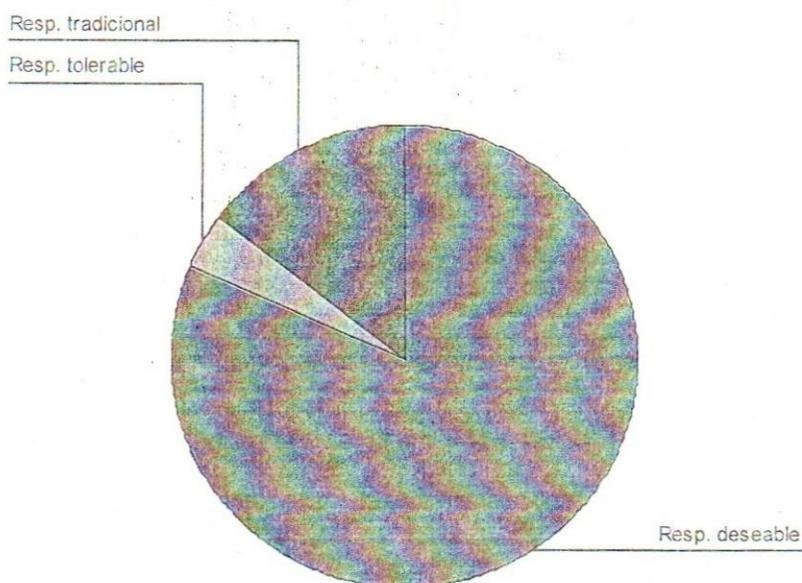
Obediencia del estudiante en su formación



Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

4.- El médico titulado es para el adscrito la respuesta deseable que aceptan 22 médicos (81.5%): "El médico titulado es un ser libre con derecho a ganarse la vida con su profesión". La respuesta tradicional la aceptan 4 médicos (14.8%): "El médico titulado es un profesional de menos nivel de formación que un especialista" y la respuesta tolerable la tiene 1 médico (3.7%): El médico titulado es un profesionista más en transición a la especialidad".

Concepto de médico titulado



Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

5.- Los derechos del médico titulado están en la respuesta deseable aceptada por 18 médicos (66.7%): “Los derechos del médico titulado consisten en ser libre para ejercer dignamente su profesión para su desarrollo continuo”. La respuesta tolerable la aceptaron 9 médicos (33.3%): “El médico titulado tiene derecho a recibir una preparación de más altura para competir en el mercado de trabajo” No hay respuesta tradicional: Los derechos del médico titulado consisten en esperar un turno en el mercado de trabajo por sus limitaciones”.

¿Cuales son los derechos del médico titulado?

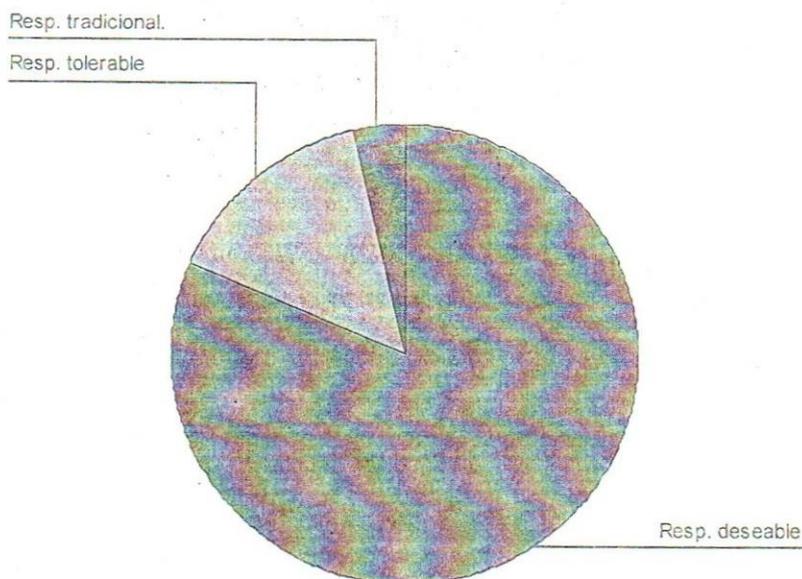
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	% acumulado
Deseable	18	66.7	66.7	66.7
Tolerable	9	33.3	33.3	33.3
Tradicional				100.0
Total	27	100.0	100.0	

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

6.- El trabajo esencial del médico está en la respuesta deseable aceptada por 22 médicos (81.5%): “El trabajo esencial del médico es trabajar para la salud y el desarrollo integral de cada paciente”. La respuesta tolerable aceptada por 4 médicos, (14.8%) “El trabajo esencial

del médico es trabajar ceñido al plan científico de los padecimientos orgánicos y psíquicos” y la respuesta tradicional aceptada por 1 médico, (3.7%): “El trabajo esencial del médico es trabajar en la planeación y administración de los recursos de la salud”.

Trabajo esencial del médico



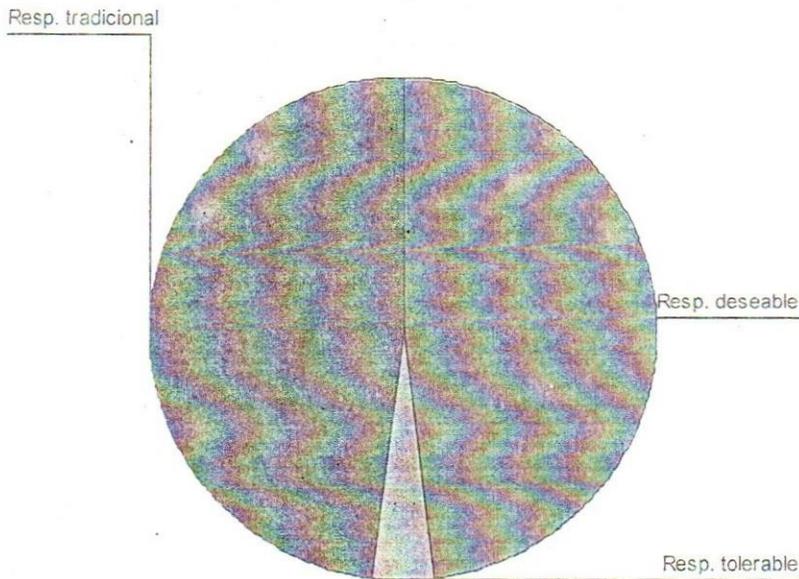
Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Hasta este momento se considera que existen buenas actitudes de los médicos adscritos al Hospital Belisario Domínguez del ISSSTE para que las expectativas que despliegan los internos al inicio de su trabajo, se cumplan o se mejoren. Las demás actitudes exploradas están en la imprecisión en la respuesta como las siguientes, que están con bajo porcentaje en lo deseable y semejante proporción en lo tolerable que es una opinión propiamente médica sin mayor trascendencia.

1.- El concepto de estudiante para el adscrito al ISSSTE. Está en igual porcentaje entre lo deseable y lo tradicional. Para lo deseable 13 médicos, (48.1%) señalan lo deseable; al aceptar que el estudiante de medicina “Es un ser libre con derechos a ser el profesionista que desea ser” y otros 13 médicos, (48.1%) señalan lo tradicional: “Es el aprendiz de la profesión médica”. Solamente 1 médico 1, (3.7%) acepta la opción

tolerable al decir que el estudiante “Es un individuo disciplinado a las normas escolares”.

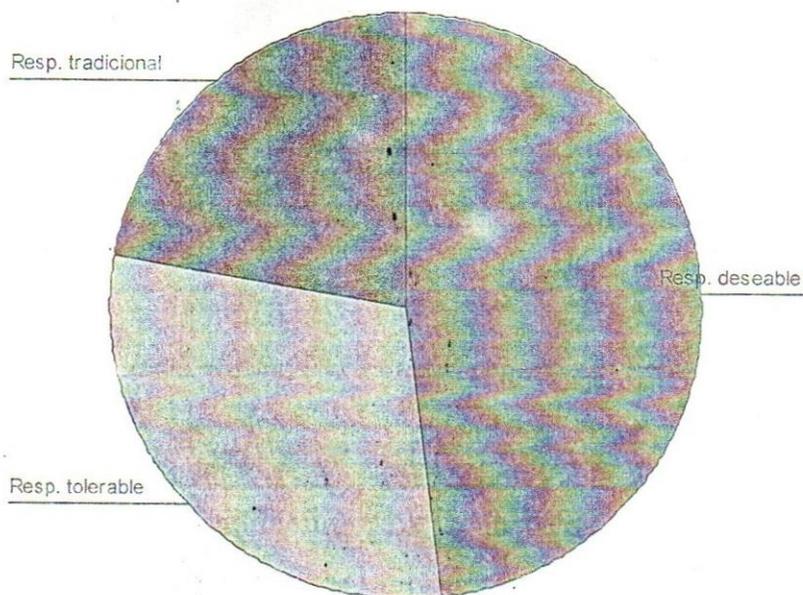
¿Qué es el estudiante de medicina



Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

2.- El médico como profesionista es para 13 médicos, (48.1%) la respuesta deseable: “El médico como profesionista es un ser autónomo y libre para pertenecer sin coerción a una asociación de colegas”. Para 8 médicos, (29.6%) la respuesta tolerable: “El médico como profesionista es un ser obligado a ser certificado periódicamente” y para 6 médicos, (22.2%) la respuesta tradicional: “El médico como profesionista es un ser registrado en un padrón de profesionistas bien definidos”.

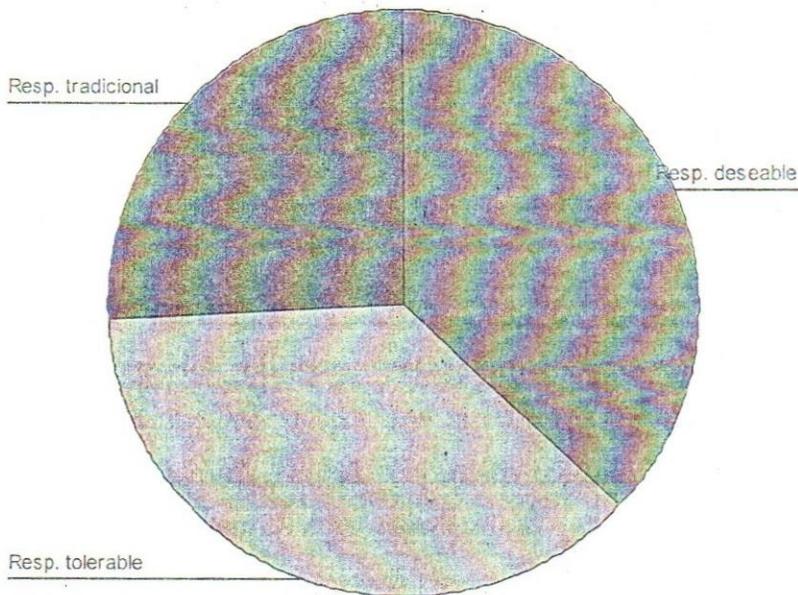
El médico como profesionista



Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez, Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

3.- La condición académica del médico se expresa de manera indecisa en la respuesta deseable aceptada por 10 médicos, (37%): “La condición académica del médico es la de ser un profesionista menos formado en una rama médica específica, pero no un profesional inferior”. Está en la respuesta tolerable aceptada por 10 médicos, (37%): “La condición académica del médico es la de ser un profesional formado en lo elemental de la medicina” y en la respuesta tradicional aceptada por 7 médicos, (25.9%): “La condición académica del médico es la de un profesional exclusivo del primer nivel de atención a la salud”.

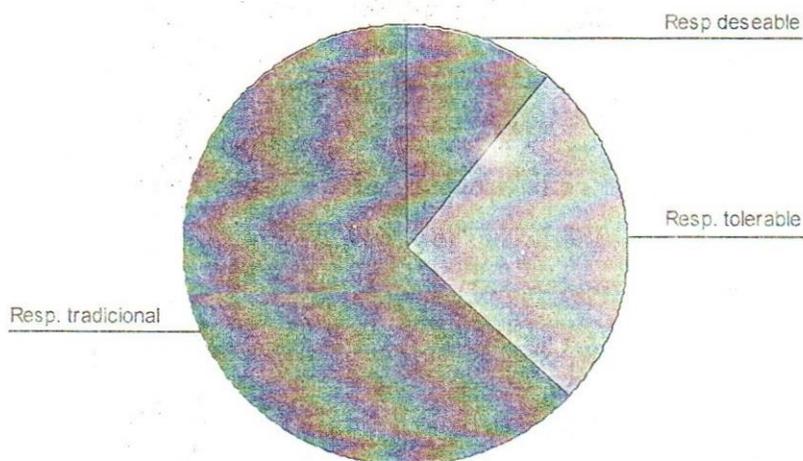
Condición académica del médico



Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

La actitud de precisión en el campo tradicional de las respuestas es sobre lo que se considera una condición favorable para que el estudiante aprenda más a profundidad. La opción de respuesta tradicional es dominante aceptada por 17 médicos, (63%) que dicen que: “La condición para que el estudiante de medicina aprenda más a profundidad es recibir los estímulos al mérito oportunamente y las sanciones por retardo en el aprendizaje”. La respuesta tolerable fue aceptada por 7 médicos, (26%) que dicen que: “La condición es que cumpla puntualmente todas las tareas requeridas” y la aceptación de la respuesta deseable por 3 médicos, (11.1%) dice que: “La condición es estar libre de sanciones por el proceso de aprendizaje”.

Condición para aprender a profundidad



Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Comentario:

Las 6 actitudes deseables favorecen el desarrollo de las expectativas exhibidas por los internos al inicio del internado, una precisa en el campo tradicional es semejante a lo que se exige de todo individuo sin particularizarlo como persona y las 3 actitudes de imprecisión debido a los porcentajes obtenidos, hacen pensar que la planta de docentes favorecerá o incrementará la adquisición de las expectativas planteadas por el estudiante.

La disponibilidad de los docentes del hospital Belisario Domínguez del ISSSTE, en Tuxtla Gutiérrez Chiapas, se refleja en la selección de 6 actitudes deseables que favorecen el desarrollo de las expectativas exhibidas por los internos al inicio de su ciclo escolar hospitalario, se señaló también claramente una opción en el campo tradicional de las actitudes docentes porque es semejante a lo que se exige de todo individuo sin la necesidad de considerarlo persona; también se seleccionaron 3 opciones de actitudes que, por los porcentajes obtenidos demuestran imprecisión selectiva, por lo que los resultados hacen pensar que la planta de docentes favorece o

incrementa la adquisición de las expectativas planteadas por el grupo de estudiantes.

La visión de los adscritos se registró una sola vez y puede verse su efecto al comparar la selección de opciones de los internos al inicio de su internado y al concluir 6 meses.

4.1.2.- Las expectativas de los alumnos antes de ingresar al internado y después de cumplir 6 meses de trabajo.

Se efectuó un estudio con colección de datos al inicio de un periodo de internado de pregrado en el ISSSTE, Hospital Belisario Domínguez en Tuxtla Gutiérrez y otra colección de datos al haber concluido seis meses de internado en la misma institución. El cuestionario presenta expectativas deseables de tener y seleccionar o reconocer en el cuestionario porque las desea la sociedad, son congruentes con la dignidad de las personas y las marcan los expertos según la bibliografía; expectativas tolerables por ser las que tiene todo estudiante y son congruentes con su perfil educativo y otras expectativas tradicionales o de visión inmediata que tiene todo ciudadano por la cultura y la costumbre y las leyes vigentes.

El punto de referencia son las expectativas deseables observadas en la literatura sobre el proceder del médico, la visión de los expertos y la visión de la sociedad con lo que se construye la visión de un médico deseable. Por esta razón el análisis de los datos se enfoca a conocer las expectativas deseables que se mantienen por arriba de la media de selección, que se incrementan a los 6 meses o sufren decremento o se mantienen por debajo del 50% de la selección.

4.1.2.1.- Visión de expectativas de los alumnos con mantenimiento, incremento o decremento.

Las expectativas que se mantuvieron en 50% o más o se incrementaron en la opción deseable propuesta en el instrumento de colección de datos fueron las siguientes:

1.- Lo que en general esperan los internos como alumnos en el hospital:

Esperar del servicio en el que les toque trabajar tener los conocimientos, las habilidades y las actitudes a imitar en un médico ideal según su rama médica, es decir, en su especialidad. La expectativa deseable pasó del (83.3%) al 94.4% es decir fue mejorada con la experiencia a los 6 meses de trabajo en el hospital.

Cuadro 3

¿Qué esperas de los médicos de servicio? Primer período

Encuesta	Que tengan los conocimientos, las habilidades y las actitudes a imitar en un médico ideal en su rama médica	Que sean los mejores médicos con formación en investigación médica.	Tradicional	Total
Casos	15	2	1	18
Total	83.3%	11.1%	5.6%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 4

¿Qué esperas de los médicos de servicio? Segundo período

Encuesta	Que tengan los conocimientos, las habilidades y las actitudes a imitar en un médico ideal en su rama médica	Que sean los mejores médicos con formación en investigación médica.	Tradicional	Total
Casos	17	1		18
Total	94.4%	5.6%		100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Diciembre 2008.

Esperar para formarse como médicos, que los adscritos a cada servicio demuestren disponibilidad para formarlos. La expectativa deseable pasó del 55.6% al 77.8%, es decir, mejoró a los 6 meses de experiencia hospitalaria.

Cuadro 5

¿Qué esperas del ISSSTE para formarte? Primer período.

Encuesta	Que los médicos adscritos a cada servicio tengan disponibilidad para formar médicos	Que tenga un jefe de enseñanza con formación docente y de investigación.	Tradicional	Total
Cuenta	10	2	6	18
Total	55.6%	11.1%	33.3%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 6**¿Qué esperas del ISSSTE para formarte? Segundo período.**

Encuesta	Que los médicos adscritos a cada servicio tengan disponibilidad para formar médicos	Que tenga un jefe de enseñanza con formación docente y de investigación.	Tradicional	Tota
Cuenta	14	3	1	18
Total	77.8%	16.7%	5.6%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

En la relación con sus compañeros de trabajo institucional, 77.8% optaron por decir que los compañeros son un apoyo intelectual y laboral por el tiempo en que dura el entrenamiento. Esta proporción se mantiene después de 6 meses de trabajo.

Cuadro 11**¿Quienes son para ti tus compañeros de internado? Primer período**

Encuesta	Son el apoyo intelectual y laboral en el transcurso del internado	Tolerable.	Son los futuros competidores en el campo de trabajo en las instituciones.	Total
Cuenta	14		4	18
Total	77.8%		22.2%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 12**¿Quienes son para ti tus compañeros de internado? Segundo período.**

Encuesta	Son el apoyo intelectual y laboral en el transcurso del internado	Son estudiantes de distinta procedencia que inevitablemente trabajarán en el mismo servicio.	Tradicional	Total
Cuenta	14	1	3	18
Total	77.8%	5.6%	16.7%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

La visión sobre los colaboradores paramédicos durante el internado en el ISSSTE da una expectativa de trabajo, los consideran al iniciar el internado como personas con conocimientos que apoyan la actividad médica y el conocimiento médico, 94.4%. La visión se mantiene a los 6 meses de servicio.

Cuadro 13

¿Quiénes son para ti las enfermeras, bioquímicos y secretarías del ISSSTE? Primer período.

Encuesta	Son personas con conocimientos que apoyan la actividad médica y el conocimiento médico.	tolerable	Son individuos que trabajan bien o mal en su campo y tienen una escala inferior para tu aprendizaje profesional	Total
Cuenta	17		1	18
Total	94.4%		5.6%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 14

¿Quiénes son para ti las enfermeras, bioquímicos y secretarías del ISSSTE? Segundo período.

Encuesta	Son personas con conocimientos que apoyan la actividad médica y el conocimiento médico	Son personas más o menos permanentes en la institución que nada te enseñarán en el campo médico.	Tradicional	Total
Cuenta	17	1		18
Total	94.4%	5.6%		100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

2.- Lo que los internos esperan en lo particular:

La percepción del valor para aprender una habilidad manual ya sea para el diagnóstico o para el tratamiento, es deseable percibir que se aprende en el cuerpo de una persona para su mejor atención y aprender el valor de la dignidad, 77.8%. A los seis meses de internado la percepción del valor de la opción deseable se incrementa al 83.3%.

Cuadro 17

¿Qué valor tiene para ti aprender una habilidad manual para diagnóstico y tratamiento? Primer período

Encuesta	El valor de aprendizaje en el cuerpo de una persona para su mejor atención y el valor de la dignidad	El valor de Comprender lo que en teoría no entendías aunque nunca más la apliques pues seguirás otra especialidad	Tradicional	Total
Cuenta	14	3	1	18
Total	77.8%	16.7%	5.6%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 18**¿Qué valor tiene para ti aprender una habilidad manual para diagnóstico y tratamiento? Segundo período**

Encuesta	El valor de aprendizaje en el cuerpo de una persona para su mejor atención y el valor de la dignidad	El valor de Comprender lo que en teoría no entendías aunque nunca más la apliques pues seguirás otra especialidad.	Tradicional	Total
Cuenta	15	2	1	18
Total	83.3%	11.1%	5.6%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

Hay una expectativa detrás de la visión del aprendizaje de procedimientos diagnósticos, 77.8% vio que es deseable se aprenda de preferencia la habilidad clínica porque centra su atención en el paciente y no los procedimientos invasivos (riesgosos) porque centran su atención en los instrumentos y la técnica. A los seis meses de internado la visión del aprendizaje de procedimientos diagnósticos deseable se incremento al 94.4%.

Cuadro 19**¿Qué piensas del aprendizaje de procedimientos diagnósticos?****Primer período.**

Encuesta	Que deben ser aprendidos de preferencia los de habilidad clínica y los menos invasivos	Que deben aprenderse a toda costa los procedimientos tecnológicos porque abrevian el tiempo de atención y son más científicos.	Tradicional	Total
Cuenta	14	3	1	18
Total	77.8%	16.7%	5.6%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 20**¿Qué piensas del aprendizaje de procedimientos diagnósticos?****Segundo período.**

Encuesta	Que deben ser aprendidos de preferencia los de habilidad clínica y los menos invasivos	Que deben aprenderse a toda costa los procedimientos tecnológicos porque abrevian el tiempo de atención y so más científicos	Tradicional	Total
Cuenta	17	1		18
Total	94.4%	5.6%		100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

Detrás del significado de lo que es el uso de las radiografías y ultrasonido y el auxilio del laboratorio, hay una expectativa deseable al percibir que esos auxiliares son la extensión de la observación clínica para llegar a la certidumbre del diagnóstico y el ajuste de un

tratamiento, 77.8%. A los 6 meses de internado la significación de los estudios paraclínicos se hizo absoluta.

Cuadro 21

¿Qué significa para ti el empleo de la imagenología y el aporte del laboratorio clínico? Primer período.

Encuesta	Que es la extension de la observación clínica para llegar a la certidumbre del diagnóstico y el ajuste de un tratamiento.	Que sin estos auxiliares la institución baja de calidad y los médicos están imposibilitados para el trato de los pacientes.	Tradicional	Total
Cuenta	14	2	2	18
Total	77.8%	11.1%	11.1%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 22

¿Qué significa para ti el empleo de la imagenología y el aporte del laboratorio clínico? Segundo período.

Encuesta	Que es la extension de la observación clínica para llegar a la certidumbre del diagnóstico y el ajuste de un tratamiento	Que sin estos auxiliares la institución baja de calidad y los médicos están imposibilitados para el trato de los pacientes.	Tradicional	Tota
Cuenta	18			18
Total	100.0%			100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

El interno intenta aprender el uso de medicamentos dentro de un plan porque es importante cotejar la sintomatología de la enfermedad, la fisiología de defensa y el empleo de los medicamentos idóneos al caso y no solamente recetar 94.4%. Esta expectativa de aprendizaje con la intención deseable es total al terminar 6 meses de internado.

Cuadro 27

¿Cuál es tu intención sobre el aprendizaje de la farmacoterapia? Primer período

Encuesta	Es importante cotejar sintomatología, fisiología y el empleo de los medicamentos idóneos al caso dentro de un plan terapéutico.	Que se debe dominar esta parte del tratamiento y de ser posible hacer una maestría en farmacología para ser el mejor médico	Total
Cuenta	17	1	18
Total	94.4%	5.6%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

¿Cuál es tu intención sobre el aprendizaje de la farmacoterapia? Segundo período

Encuesta	Es importante cotejar sintomatología, fisiología y el empleo de los medicamentos idóneos al caso dentro de un plan terapéutico	Que se debe dominar esta parte del tratamiento y de ser posible hacer una maestría en farmacología para ser el mejor médico	Total
Cuenta	18		18
Total	100.0%		100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

Las maniobras médicas sin instrumentos y las quirúrgicas con equipo es importante visualizarlas en su plano correcto, 94.4% al inicio de su ciclo formativo eligieron la opción deseable, perciben que es indispensable aprenderlas pero lo más importante es valorar en quien se aplican. A los 6 meses de servicio se mantiene la misma visión que al inicio del internado.

Cuadro 29

¿Qué esperas del aprendizaje de maniobras médico quirúrgicas? Primer período

Encuesta	Es indispensable pero lo más importante es valorar en quien se aplican	Tolerable	Total
Cuenta	17	1	18
Total	94.4%	5.6%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 30

¿Qué esperas del aprendizaje de maniobras médico quirúrgicas? Segundo período

Encuesta	Es indispensable pero lo más importante es valorar en quien se aplican	Tolerable	Total
Cuenta	17	1	18
Total	94.4%	5.6%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

Una de las habilidades prioritarias a aprender en lo deseable es a dominar aquellas maniobras clínicas de salvamento y la visión del 77.8% es la deseable, es prioridad aprender a mantener permeable la vía aérea que todavía no se obstruye y mantener la irrigación del cerebro. A los seis meses de trabajo la visión de prioridad se mantiene en un porcentaje ligeramente menor.

Cuadro 31**Señala la habilidad prioritaria para aprender en el internado.****Primer período**

Encuesta	Mantener permeable la vía aérea no obstruida y mantener la perfusión encefálica.	Efectuar traqueostomías y drenajes pleurales en las emergencias.	Tradicional	Total
Cuenta	14	1	3	18
Total	77.8%	5.6%	16.7%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 32**Señala la habilidad prioritaria para aprender en el internado.****Segundo período**

Encuesta	Mantener permeable la vía aérea no obstruida y mantener la perfusión encefálica	Efectuar traqueostomías y drenajes pleurales en las emergencias.	Tradicional	Total
Count	13	2	3	18
Total	72.2%	11.1%	16.7%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

Otra de las habilidades prioritarias a aprender en el internado, que es deseable por el perfil del médico general, es la de valorar los datos en las diferentes radiografías, ultrasonidos, tomografías y resonancias magnéticas porque son estudios de apoyo para un diagnóstico, 94.4% seleccionaron la opción. A los 6 meses de internado esta opción es total.

Cuadro 35**Señala otra habilidad prioritaria a aprender en el internado.****Primer período**

Encuesta	La valoración de los datos en diferentes Rx, ultrasonido, TAC y resonancia	La aplicación de medicamentos dilatadores del cérvix y el uso de USG doppler obstétrico.	Total
Cuenta	17	1	18
Total	94.4%	5.6%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 36

Señala otra habilidad prioritaria a aprender en el internado.

Segundo período

Encuesta	La valoración de los datos en diferentes Rx, ultrasonido, TAC y resonancia	La aplicación de medicamentos dilatadores del cérvix y el uso de USG doppler obstétrico.	Total
Cuenta	18		18
Total	100.0%		100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

3.- Lo que en general se percibe que los adscritos esperan del interno y estos de aquellos.

Los internos desean en el 83.3% que un adscrito tenga aptitudes que estimulen el aprendizaje de conocimientos, de habilidades y actitudes frente al paciente. A los 6 meses de servicio todos seleccionaron la opción deseable.

Cuadro 43

Señala lo deseable de un médico adscrito para que tú aprendas en el internado. Primer período

Encuesta	Encuesta	Que estimule tu aprendizaje de conocimientos, Habilidades y actitudes frente al paciente	Que te deje artículos de investigación sobre los problemas de su servicio y que te los revise y comente.	Total
Primer periodo	Cuenta	15	3	18
Total	Total	83.3%	16.7%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 44

Señala lo deseable de un médico adscrito para que tú aprendas en el internado Segundo período

Encuesta	Encuesta	Que estimule tu aprendizaje de conocimientos, Habilidades y actitudes frente al paciente	Que te deje artículos de investigación sobre los problemas de su servicio y que te los revise y comente.	Total
Segundo periodo	Cuenta	18		18
Total	Total	100.0%		100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

Se espera que los adscritos vean en el interno la condición de persona que necesita de aprendizaje en la profesión médica, opción seleccionada por el 61.1% de los internos. A los 6 meses se incrementa la expectativa al 66.7%.

Cuadro 45

¿Qué crees que ven los adscritos en un interno como base de formación? Primer período

Encuesta	Tu condición de persona necesitada de aprendizaje en la profesión médica.	La escuela de la que procedes, tu promedio y tu manera de hablar y conducirte.	Tradicional	Total
Cuenta	11	6	1	18
Total	61.1%	33.3%	5.6%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 46

¿Qué crees que ven los adscritos en un interno como base de formación? Segundo período

Encuesta	Tu condición de persona necesitada de aprendizaje en la profesión médica	La escuela de la que procedes, tu promedio y tu manera de hablar y conducirte	Tradicional	Total
Cuenta	12	6		18
Total	66.7%	33.3%		100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

El interno espera en lo deseable ser disciplinado en el trabajo por los planes de logro en el servicio con reflexión de la tarea y crítica de las fortalezas y debilidades de él mismo, 77.8%. A los 6 meses de trabajo la expectativa deseable pasa al 94.4%.

Cuadro 47

¿Qué significa para ti ser obediente y disciplinado en el internado? Primer periodo

Encuesta	Trabajar en los planes de logro en el servicio con reflexión de la tarea y crítica de las fortalezas y debilidades.	Que cumplas con las tareas de turno y guardia sin proponer acciones.	Tradicional	Total
Cuenta	14	3	1	18
Total	77.8%	16.7%	5.6%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

¿Qué significa para ti ser obediente y disciplinado en el internado? Segundo periodo

Encuesta	Trabajar en los planes de logro en el servicio con reflexión de la tarea y crítica de las fortalezas y debilidades	Que cumplas con las tareas de turno y guardia sin proponer acciones	Tradicional	Total
Cuenta	17	1		18
Total	94.4%	5.6%		100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

El interno cuando tiene consciencia de sí sabe cuando es reactivo y cuando tiene iniciativa, lo deseable es que no sólo haga su trabajo sino que lo mejore con acciones de iniciativa, es una opción elegida por 88.9%. La visión mejora al 94.4% después de cursar 6 meses de internado.

Cuadro 49

¿Qué significa para ti ser proactivo en el internado? Primer periodo

Encuesta	Que no sólo hagas tu trabajo sino que lo mejores con acciones de iniciativa.	Que hagas más guardias y entres a más eventos terapéuticos quirúrgicos.	Tradicional	Total
Cuenta	16	1	1	18
Total	88.9%	5.6%	5.6%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 50

¿Qué significa para ti ser proactivo en el internado? Segundo periodo

Encuesta	Que no sólo hagas tu trabajo sino que lo mejores con acciones de iniciativa	Que hagas más guardias y entres a más eventos terapéuticos quirúrgicos.	Tradicional	Total
Cuenta	17		1	18
Total	94.4%		5.6%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

4.- Lo que en particular se percibe que los adscritos esperan del interno y estos de aquellos

También como un ejercicio de visualización hay algo que se desea no provenga del adscrito, lo deseable es que de suficientes explicaciones sobre un problema que el interno debe dominar y no haga lo contrario.

Es una opción vista por 12 el 66.7%. A los 6 meses de servicio mejora al 83.3%.

Cuadro 57

¿Qué no deseas que haga el adscrito en el servicio Primer periodo

Encuesta	Evitar dar más explicaciones sobre un problema que el interno ya debe dominar	Que se queden después del horario de servicio para tener una plática sobre un problema médico del servicio	Que sea la jefatura de enseñanza quien ponga los temarios de estudio diario.	Total
Cuenta	12	3	3	18
Total	66.7%	16.7%	16.7%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 58

¿Qué no deseas que haga el adscrito en el servicio? Segundo periodo

Encuesta	Evitar dar más explicaciones sobre un problema que el interno ya debe dominar	Que se queden después del horario de servicio para tener una plática sobre un problema médico del servicio	Que sea la jefatura de enseñanza quien ponga los temarios de estudio diario.	Total
Cuenta	15		3	18
Total	83.3%		16.7%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

El interno visualiza al equipo de trabajo del que formará parte en el hospital y de ese equipo percibe que el adscrito a un servicio esperará que lo ayude a lograr la acreditación y certificación de calidad de su servicio, 66.7%. La expectativa mejora a los 6 meses de servicio, 77.8%.

Cuadro 59

Quando se trabaja con internos ¿Qué espera un adscrito de su equipo de trabajo? Primer periodo

Encuesta	Que lo ayude a lograr la acreditación y la certificación de calidad de su servicio	Que el interno haga el trabajo rutinario que al adscrito le quitaría tiempo para dedicarlo a otra actividad	Tradicional	Total
Cuenta	12	5	1	18
Total	66.7%	27.8%	5.6%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 60**Cuando se trabaja con internos ¿Qué espera un adscrito de su equipo de trabajo? Segundo periodo**

Encuesta	Que lo ayude a lograr la acreditación y la certificación de calidad de su servicio	Que el interno haga el trabajo rutinario que al adscrito le quitaría tiempo para dedicarlo a otra actividad	Tradicional	Total
Cuenta	14	4		18
Total	77.8%	22.2%		100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

El interno espera que su trabajo sea óptimo si el adscrito le da una comunicación interpersonal planteando todos los problemas comunes al servicio 66.7%. La visión deseada mejora a los 6 meses 72.2%.

Cuadro 61**¿Qué esperas del médico adscrito para lograr un trabajo diario óptimo? Primer periodo**

Encuesta	Una comunicación cara a cara entre personas planteando los problemas comunes del servicio.	Tolerable	Que sea estricto en el mandar y sancionar cuando se trasgreda una norma	Total
Cuenta	12	2	4	18
Total	66.7%	11.1%	22.2%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 62**¿Qué esperas del médico adscrito para lograr un trabajo diario óptimo? Segundo periodo**

Encuesta	Una comunicación cara a cara entre personas planteando los problemas comunes del servicio..	Tolerable	Que sea estricto en el mandar y sancionar cuando se trasgreda una norma	Total
Cuenta	13	1	4	18
Total	72.2%	5.6%	22.2%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

5.- En lo general la institución ISSSTE espera lo siguiente:

Puede verse y, esperarse que el interno perciba cómo puede colaborar en que el ISSSTE alcance su expectativa de considerarse la mejor opción en formación profesional. Percibieron lo deseable “que colabore con atención a los programas y normas, estudio, disciplina y

dedicación al estudio de problemas específicos”, 72.2%. A los 6 meses de trabajo la opción se incrementó a 77.8%.

Cuadro 65

¿Cómo puede colaborar un interno a la expectativa del ISSSTE? Primer período

Encuesta	Con atención a programas y normas, estudio, disciplina y dedicación al estudio de problemas específicos.	Presentando el mejor promedio escolar y la recomendación de un médico adscrito por sus méritos	Tradicional	Total
Cuenta	13	4	1	18
Total	72.2%	22.2%	5.6%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 66

¿Cómo puede colaborar un interno a la expectativa del ISSSTE? Segundo período

Encuesta	Con atención a programas y normas, estudio, disciplina y dedicación al estudio de problemas específicos.	Presentando el mejor promedio escolar y la recomendación de un médico adscrito por sus méritos.	Tradicional	Total
Cuenta	14	3	1	18
Total	77.8%	16.7%	5.6%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

Puede esperarse que las jefaturas del hospital requieran del interno que como máximo tenga uno de los mejores promedios de su carrera, 72.2%. A los 6 meses se ve la opción deseable incrementada al 77.8%.

Cuadro 69

¿Qué esperan del interno las jefaturas de enseñanza y los servicios del hospital? Primer período

Encuesta	Como máximo que tenga uno de los mejores promedios de su carrera.	Que sea hijo de trabajador de la salud o trabajador de la salud en superación	Tradicional	Total
Cuenta	13	4	1	18
Total	72.2%	22.2%	5.6%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 70

¿Qué esperan del interno las jefaturas de enseñanza y los servicios del hospital? Segundo período

Encuesta	Como máximo que tenga uno de los mejores promedios de su carrera.	Que sea hijo de trabajador de la salud o trabajador de la salud en superación	Tradicional	Total
Cuenta	14	4		18
Total	77.8%	22.2%		100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

La visión del ISSSTE de lo que desea evitar para que no suceda es que alguno de sus alumnos sea causa de escándalo por indisciplina o por deficiencia formativa, 72.2%. A los 6 meses de servicio se ve que la opción deseable se mantiene.

Cuadro 71

¿Qué es lo que el ISSSTE desea evitar al máximo? Primer período

Encuesta	Que alguno de sus alumnos sea causa de escándalo por indisciplina o por deficiencia formativa	Que le envíen a los alumnos de más bajo promedio o los rezagados	Que le envíen más alumnos de pregrado que los que normalmente acepta	Total
Cuenta	13		5	18
Total	72.2%		27.8%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 72

¿Qué es lo que el ISSSTE desea evitar al máximo? Segundo período

Encuesta	Que alguno de sus alumnos sea causa de escándalo por indisciplina o por deficiencia formativa.	Que le envíen a los alumnos de más bajo promedio o los rezagados	Que le envíen más alumnos de pregrado que los que normalmente acepta	Total
Cuenta	13	2	3	18
Total	72.2%	11.1%	16.7%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

6.- En lo particular la institución ISSSTE espera lo siguiente:

La visión de una expectativa institucional deseable es que los internos y el personal paramédico trabajen en armonía, 83.3%. A los 6 meses se observa igual a la expectativa.

Cuadro 75**¿Qué espera en lo particular la dirección del ISSSTE al trabajar en equipo? Primer período**

Encuesta	Que los internos y el personal paramédico trabajen en armonía	Tolerable	Que los conflictos que surjan los lleven ante las jefaturas y los directivos y no los resuelvan en horas de trabajo	Total
Cuenta	15		3	18
Total	83.3%		16.7%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 76**¿Qué espera en lo particular la dirección del ISSSTE al trabajar en equipo? Segundo período**

Encuesta	Que los internos y el personal paramédico trabajen en armonía	Que el interno de pregrado imponga su autoridad por el conocimiento que tiene de la salud/enfermedad	Tradicional	Total
Cuenta	15	2	1	18
Total	83.3%	11.1%	5.6%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

Una expectativa deseable sobre el área de enseñanza es que cada día mejore el acerbo de consulta de datos para el tipo de trabajo que se desempeña y el perfil de formación profesional, 66.7%. A los 6 meses la expectativa ascendió a 88.9%.

Cuadro 77**¿Qué esperas que tenga el área de enseñanza del ISSSTE? Primer período**

Encuesta	Que cada día mejore el acerbo de consulta de datos para el tipo de trabajo que se desempeña y el perfil de formación profesional	Al menos que exista una computadora personal para el estudio diario con impresora	Tradicional	Total
Cuenta	12	5	1	18
Total	66.7%	27.8%	5.6%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

¿Qué esperas que tenga el área de enseñanza del ISSSTE?

Segundo período

Encuesta	Que cada día mejore el acerbo de consulta de datos para el tipo de trabajo que se desempeña y el perfil de formación profesional	Al menos que exista una computadora personal para el estudio diario con impresora.	Tradicional	Total
Cuenta	16	2		18
Total	88.9%	11.1%		100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

7.- En lo general la sociedad espera lo siguiente:

Al observar que el trabajo del médico es frente a pacientes, es posible que un paciente espere un trato con dignidad y con eficiencia profesional para sus problemas de salud, el 72.2% eligió esta opción. A los 6 meses la opción es 94.4%.

Cuadro 79

¿Que esperará un paciente de quien lo atiende en la consulta o el hospital? Primer período

Encuesta	Un trato con dignidad y con eficiencia profesional para sus problemas de salud.	Que se le cumplan sus peticiones cuando solicite estudios rutinarios o especializados.	Total
Cuenta	13	5	18
Total	72.2%	27.8%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 80

¿Que esperará un paciente de quien lo atiende en la consulta o el hospital? Segundo período

Encuesta	Un trato con dignidad y con eficiencia profesional para sus problemas de salud	Tolerable	Total
Cuenta	17	1	18
Total	94.4%	5.6%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

Se visualiza lo que un paciente espera de todo el personal de un servicio es que el personal, incluyendo al interno, resuelva su problema con eficiencia, 72.2%. A los 6 meses la selección deseable se incrementa 83.3%.

Cuadro 83**¿Qué espera un paciente en cada servicio del personal que va a atenderlo? Primer período**

Encuesta	Que el personal médico y paramédico incluyendo al interno le resuelva su problema con eficiencia	Evitar las colas y espera de toda burocracia institucional	Total
Cuenta	13	5	18
Total	72.2%	27.8%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 84**¿Qué espera un paciente en cada servicio del personal que va a atenderlo? Segundo período**

Encuesta	Que el personal médico y paramédico incluyendo al interno le resuelva su problema con eficiencia	Evitar las colas y espera de toda burocracia institucional	Total
Cuenta	15	3	18
Total	83.3%	16.7%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

Todas estas expectativas representan lo óptimo del alumno al mantenerlas como deseables e incrementarlas con la experiencia hospitalaria.

4.1.2.2.- Las expectativas que se iniciaron con menos del 50% e incrementaron su frecuencia a más del 50% en la opción deseable propuesta en el instrumento de colección de datos fueron las siguientes:

1.- Lo que esperan en lo general los internos como alumnos

El estudiante espera del trabajo en el internado que pueda tener oportunidades para observar eventos importantes en los pacientes y después estudiarlos en los textos correspondientes para mejorar la atención, 44.4% opción deseable que se incrementa a 61.1%.

Cuadro 1**¿Qué esperas del internado de pregrado? Primer período.**

Encuesta	Oportunidades para observar eventos importantes en los pacientes y estudiarlos en los textos.	Que los médicos de cada servicio enseñen temas clave puntualmente	Tradicional	Total
Casos	8	7	3	18
Total	44.4%	38.9%	16.7%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 2**¿Qué esperas del internado de pregrado? Segundo período.**

Encuesta	Oportunidades para observar eventos importantes en los pacientes y estudiarlos en los textos.	Que los médicos de cada servicio enseñen temas clave puntualmente	Tradicional	Total
Casos	11	6	1	18
Total	61.1%	33.3%	5.6%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

2.- Lo que espera en particular el interno de pregrado.

Lo deseable es que los internos percibieran que la farmacoterapia es parte de un plan terapéutico (porque no basta solo el fármaco) en la fase de enfermedad fue una opción prevista por 33.3% al inicio del internado, pero la visión pasa a 66.7% a los 6 meses de trabajo.

Cuadro 23**¿Qué importancia tiene para ti la farmacoterapia? Primer período**

Encuesta	Es una parte de un plan terapéutico en la segunda fase de la enfermedad pero no es exclusiva	Es la esencia de la formación médica y hay que aprender dosis frecuencia y días en que se observa la efectividad.	Tradicional	Total
Cuenta	6	9	3	18
Total	33.3%	50.0%	16.7%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

¿Qué importancia tiene para ti la farmacoterapia? Segundo período

Encuesta	Es una parte de un plan terapéutico en la segunda fase de la enfermedad pero no es exclusiva	Es la esencia de la formación médica y hay que aprender dosis frecuencia y días en que se observa la efectividad	Tradicional	Total
Cuenta	12	4	2	18
Total	66.7%	22.2%	11.1%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

La visión deseable de lo que un buen profesionalista médico debe tener son conocimientos clínicos, de investigación y de sociomedicina como la comunicación médico paciente, las actitudes éticas y la política de salud para guiar a sus pacientes 44.4%. A los 6 meses de internado la visión deseable aumenta al 50%.

Cuadro 37

¿Qué conocimientos debe tener un buen profesionalista médico? Primer período

Encuesta	Clínicos, de investigación y de sociomedicina (comunicación, ética, política, etc.)	Metodologías científicas, todos los valores de escalas de pronóstico, dominio de la farmacología	Tradicional	Total
Cuenta	8	6	4	18
Total	44.4%	33.3%	22.2%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 38

¿Qué conocimientos debe tener un buen profesionalista médico? Segundo período

Encuesta	Clínicos, de investigación y de sociomedicina (comunicación, ética, política, etc.)	Metodologías científicas, todos los valores de escalas de pronóstico, dominio de la farmacología.	Teorías de las ramas médicas, valoración costo beneficio de la atención médica y conocer la Ley federal de salud y la Norma oficial de salud.	Total
Cuenta	9	2	7	18
Total	50.0%	11.1%	38.9%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

Una expectativa surge también al percibir lo que es la calidad de atención en un paciente, lo deseable es que se tenga claro el concepto que el paciente es persona y los compañeros de trabajo son persona, así se tomarán en cuenta todos los atributos de atención, los internos

optaron por esta propuesta deseable en 33.3% y a los 6 meses de trabajo del interno la opción deseable pasó a 55.6%.

Cuadro 39

¿Cuál es el concepto de calidad en la atención de un paciente?

Primer período

Encuesta	Tener claro el concepto de que el paciente es persona y los compañeros de trabajo son persona	La satisfacción con la atención clínica o quirúrgica del paciente en cualquier circunstancia.	Tradicional	Total
Cuenta	6	7	5	18
Total	33.3%	38.9%	27.8%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 40

¿Cuál es el concepto de calidad en la atención de un paciente?

Segundo período

Encuesta	Tener claro el concepto de que el paciente es persona y los compañeros de trabajo son persona	satisfacción con la atención clínica o quirúrgica del paciente en cualquier circunstancia	Tradicional	Total
Cuenta	10	7	1	18
Total	55.6%	38.9%	5.6%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

3.- El docente adscrito a la institución espera en lo general.

Cuando un interno ya domina lo básico de un servicio ha de imaginar que el médico adscrito espera algo de él y lo deseable es que en las guardias resuelva los problemas o sea sincero en presentárselos al jefe de servicio, opción elegida por el 22.2%. A los seis meses se incrementa la opción a 50%.

Cuadro 55

Una vez que haya madurado el interno en el servicio ¿Qué espera de él el médico adscrito? Primer periodo

Encuesta	Que en las guardias sea quien resuelva los problemas o los externe al jefe de servicio	Que cambie a otro servicio y aprenda procedimientos y prescripciones nuevas.	Tradicional	Total
Cuenta	4	9	5	18
Total	22.2%	50.0%	27.8%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Una vez que haya madurado el interno en el servicio ¿Qué espera de él el médico adscrito? Segundo periodo

Encuesta	Que en las guardias sea quien resuelva los problemas o los externe al jefe de servicio	Que cambie a otro servicio y aprenda procedimientos y prescripciones nuevas.	Tradicional	Total
Cuenta	9	8	1	18
Total	50.0%	44.4%	5.6%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

Estas expectativas no se habían percibido al inicio del internado pero aparecieron con más claridad durante los 6 primeros meses de trabajo por influencia del medio y posiblemente del comportamiento de sus médicos adscritos.

4.1.2.3.- Las expectativas que se iniciaron con el 50% o más y disminuyeron su frecuencia en la opción deseable propuesta en el instrumento de colección de datos fueron las siguientes:

1.- Lo que en general esperan los internos como alumnos:

El estudiante al inicio del internado percibe que la función del interno es lograr entender los conocimientos médicos al tiempo que aplica la teoría a la práctica 88.9%, pero esta expectativa se modifica durante su experiencia de trabajo pasando al 55.6%. Se deduce que algo sucedió durante 6 meses para que disminuyera.

¿Cuál es la función del interno? Primer periodo.

Encuesta	Entender los conocimientos médicos aplicando la teoría a la práctica	Trabajar del mejor modo para que los pacientes recuperen su salud	Tradicional	Total
Cuenta	16	1	1	18
Total	88.9%	5.6%	5.6%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 8**¿Cuál es la función del interno? Segundo período.**

Encuesta	Entender los conocimientos médicos aplicando la teoría a la práctica	Trabajar del mejor modo para que los pacientes recuperen su salud	Tradicional	Total
Cuenta	10	7	1	18
Total	55.6%	38.9%	5.6%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

2.- Lo que en particular esperan los internos como alumnos:

La expectativa de lo que se espera con el trato directo con los pacientes es la propuesta como deseable, (88.9%) se espera corroborar los conocimientos teóricos, adquirir actitudes y la retroalimentación de los conocimientos débiles. A los seis meses de trabajo la expectativa deseable disminuye al 77.8%.

Cuadro 15**¿Qué esperas del contacto directo con los pacientes en el ISSSTE? Primer período.**

Encuesta	La corroboración de los conocimientos teóricos, la adquisición de actitudes y la retroalimentación de tus conocimientos débiles.	Tolerable	Que te reconozcan como uno de los mejores estudiantes médicos bien orientado en tu vocación de servir.	Total
Cuenta	16		2	18
Total	88.9%		11.1%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 16**¿Qué esperas del contacto directo con los pacientes en el ISSSTE? Segundo período.**

Encuesta	La corroboración de los conocimientos teóricos, la adquisición de actitudes y la retroalimentación de tus conocimientos débiles	Aprender habilidades invasivas (sondas, suturas, punciones) que no pueden aprenderse en otra parte y son necesarias para tu profesión.	Tradicional.	Total
Cuenta	14	2	2	18
Total	77.8%	11.1%	11.1%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

Una de las expectativas de aprendizaje es el cuidado de las heridas superficiales ya suturadas con medicamentos, lo deseable es que se traten tan bien las heridas al suturarlas que no se requieran siempre medicamentos variados luego entonces, la farmacoterapia es secundaria y lo primordial es el trato adecuado de la herida, 55.6%. Una

vez que los internos han cursado el primer semestre de internado han cambiado la expectativa a la tolerable, disminuyó la opción deseable a 33.3%.

Cuadro 25

¿Qué importancia le das a la farmacoterapia en el tratamiento de las heridas superficiales ya suturadas? Primer período.

Encuesta	La farmacoterapia es secundaria	Sin la farmacoterapia el paciente tendrá dolor e infección, la importancia es primordial.	Tradicional	Total
Cuenta	10	7	1	18
Total	55.6%	38.9%	5.6%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 26

¿Qué importancia le das a la farmacoterapia en el tratamiento de las heridas superficiales ya suturadas? Segundo período.

Encuesta	La farmacoterapia es secundaria	Sin la farmacoterapia el paciente tendrá dolor e infección, la importancia es primordial	Tradicional	Total
Cuenta	6	11	1	18
Total	33.3%	61.1%	5.6%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

3.- El docente adscrito en el área de la salud espera en lo general

Hay una esperanza del interno frente a sus docentes de cada servicio, lo deseable es que espera que le pidan disciplina, obediencia y atención para aprender lo que en su servicio se ve, 50%. A los 6 meses la opción descendió a 33.3%.

Cuadro 41

¿Qué debe esperar de ti el médico adscrito a un servicio? primer período

Encuesta	Que seas disciplinado, obediente, atento para aprender lo que en su servicio se ve	Que apliques todos tus mejores conocimientos de la materia que estudiaste en las aulas.	Tradicional	Total
Cuenta	9	8	1	18
Total	50.0%	44.4%	5.6%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

¿Qué debe esperar de ti el médico adscrito a un servicio?

Segundo período

Encuesta	Que seas disciplinado, obediente, atento para aprender lo que en su servicio se ve	Que apliques todos tus mejores conocimientos de la materia que estudiaste en las aulas.	Tradicional	Total
Cuenta	6	11	1	18
Total	33.3%	61.1%	5.6%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

4.- En lo general el ISSSTE espera lo siguiente:

Al finalizar un ciclo escolar es deseable que el ISSSTE espere que en cada ciclo escolar haya un reconocimiento por haber cumplido con la formación profesional de un alumno en ciencias de la salud, 61.1%. A los 6 meses de trabajo la expectativa deseable desciende a 55.6%.

Cuadro 67

¿Qué se espera del ISSSTE al finalizar un ciclo de internado?

Primer período

Encuesta	Que en cada ciclo escolar haya un reconocimiento de haber cumplido con la formación profesional de un alumno en ciencias de la salud.	Tolerable	Que no haya habido deserciones ni demandas causadas por los internos de pregrado	Total
Cuenta	11	3	4	18
Total	61.1%	16.7%	22.2%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 68

¿Qué se espera del ISSSTE al finalizar un ciclo de internado?

Segundo período

Encuesta	Que en cada ciclo escolar haya un reconocimiento de haber cumplido con la formación profesional de un alumno en ciencias de la salud.	Que en el próximo ciclo escolar le envíen un mayor número de internos para satisfacer la demanda de trabajo	Tradicional.	Total
Cuenta	10	5	3	18
Total	55.6%	27.8%	16.7%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

Todas estas expectativas representan lo óptimo del alumno al inicio del internado pero con la experiencia hospitalaria descendió la opción por ellas a favor de las tolerables y las tradicionales.

4.1.2.4.- Las expectativas que se mantuvieron en los dos períodos por debajo del 50% en la opción deseable propuesta en el instrumento de colección de datos fueron las siguientes:

1.- Lo que esperan en general los internos como alumnos.

La visión al inicio del internado de lo que le da calidad a la organización en la institución despertará una expectativa, debería verse que la calidad se representa por el trabajo armónico de los médicos con la jefatura y la administración para la formación médica, esta opción fue seleccionada por 38.9%. A los 6 meses de trabajo en el hospital, la opción se mantiene en la misma proporción.

Cuadro 9

¿Cómo detectas una organización de calidad del ISSSTE para el pregrado? Primer período.

Encuesta	El trabajo armónico de los médicos con la jefatura y la administración para la formación médica	Tener un jefe de enseñanza postgraduado relacionado con tu facultad para trabajar los programas de pregrado.	Tradicional	Total
Cuenta	7	3	8	18
Total	38.9%	16.7%	44.4%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 10

¿Cómo detectas una organización de calidad del ISSSTE para el pregrado? Segundo período.

Encuesta	El trabajo armónico de los médicos con la jefatura y la administración para la formación médica	Tolerable.	La dotación de espacios físicos, materiales de aprendizaje y un programa de cursos médicos de alta calidad	Total
Cuenta	7		11	18
Total	38.9%		61.1%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

2.- Lo que espera en particular el interno como alumno.

Otra de las habilidades que tiene prioridad de ser aprendida en el internado es la del dominio de instrumentos clínicos para diagnóstico de los padecimientos de urgencia, sin embargo esa visión fue aceptada el 27.8% y a los 6 meses la opción deseable se mantiene en 27.8%

creciendo la selección tradicional que se refiere al aprendizaje de lo que se hace en la unidad de cuidados intensivos por médicos especialistas que es dominar la calibración de un ventilador de volumen.

Cuadro 33

Señala otra habilidad prioritaria a aprender en el internado.

Primer período

Encuesta	El dominio del uso del oftalmoscopio para Valorar urgencias encefálicas.	Lectura del electrocardiograma y del electroencefalograma por las patologías más comunes	Tradicional	Total
Cuenta	5	11	2	18
Total	27.8%	61.1%	11.1%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 34

Señala otra habilidad prioritaria a aprender en el internado.

Segundo período

Encuesta	El dominio del uso del oftalmoscopio para Valorar urgencias encefálicas	Lectura del electrocardiograma y del electroencefalograma por las patologías más comunes.	Dominar la calibración de un ventilador de volumen en terapia intensiva	Total
Cuenta	5	10	3	18
Total	27.8%	55.6%	16.7%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

3.- El docente adscrito en el área de salud espera en lo particular.

En un ejercicio de visión desde el adscrito se vería lo que éste espera del interno en su labor y lo deseable es que vea que aprenda lo más pronto posible el trabajo base de su servicio, pero apenas el 44.4% vieron esta opción como buena. A los 6 meses la visión deseable no mejora se mantiene en el mismo porcentaje, al contrario, aparece la visión tradicional que tiene cualquier persona del interno en aprendizaje, que sea obediente y que no critique las acciones que le parezcan incorrectas.

Cuadro 51

De ser tú un médico adscrito de hospital, ¿Qué esperarías del trabajo de un interno? Primer período

Encuesta	Que aprenda lo más pronto posible el trabajo base de su servicio	Que sepa con soltura hacer maniobras clínicas y señalar un diagnóstico por lo estudiado en su escuela.	Tradicional	Total
Cuenta	8	10		18
Total	44.4%	55.6%		100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 52

De ser tú un médico adscrito de hospital, ¿Qué esperarías del trabajo de un interno? Segundo periodo

Encuesta	Que aprenda lo más pronto posible el trabajo base de su servicio	Que sepa con soltura hacer maniobras clínicas y señalar un diagnóstico por lo estudiado en su escuela	Que sea obediente y que no critique las acciones que le parezcan incorrectas	Total
Cuenta	8	9	1	18
Total	44.4%	50.0%	5.6%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

La visión deseable de lo que un buen profesionista médico debe tener son conocimientos clínicos, de investigación y de sociomedicina por ejemplo la comunicación médico paciente, las actitudes éticas y la política de salud para guiar a sus pacientes fue seleccionada por 44.4%, sin embargo a los 6 meses de internado la visión deseable aumenta al 50% pero no pasa la media.

Cuadro 37

**¿Qué conocimientos debe tener un buen profesionista médico?
Primer período**

Encuesta	Clínicos, de investigación y de sociomedicina (comunicación, ética, política, etc.)	Metodologías científicas, todos los valores de escalas de pronóstico, dominio de la farmacología	Tradicional	Total
Cuenta	8	6	4	18
Total	44.4%	33.3%	22.2%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

¿Qué conocimientos debe tener un buen profesionista médico?

Segundo período

Encuesta	Clinicos, de investigación y de sociomedicina (comunicación, ética, política, etc.)	Metodologías científicas, todos los valores de escalas de pronóstico, dominio de la farmacología.	Teorías de las ramas médicas, valoración costo beneficio de la atención médica y conocer la Ley federal de salud y la Norma oficial de salud.	Total
Cuenta	9	2	7	18
Total	50.0%	11.1%	38.9%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

Puede visualizar un interno como un ejercicio mental lo que un médico adscrito a un servicio espera que haga frente a los problemas médicos, lo deseable es que espere que trabaje con certeza al comprender bien el problema, selección del 38.9%, pero después de cursar 6 meses de servicio se refuerza la opción tolerable de estudiante de ir a estudiar tanto como sea necesario para aprender del caso 77.8% y la opción deseable desciende a 16.7%.

Cuadro 53

¿Qué espera un médico adscrito institucional de un interno frente a los problemas? Primer periodo

Encuesta	Que no haga algo si no ha entendido bien el problema	Que haga tantas revisiones bibliográficas del caso como sean necesarias para aprender.	Que vaya a consultar sobre lo que proceda hacer con otro médico del mismo servicio	Total
Cuenta	7	8	3	18
Total	38.9%	44.4%	16.7%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 54

¿Qué espera un médico adscrito institucional de un interno frente a los problemas? Segundo periodo

Encuesta	Que no haga algo si no ha entendido bien el problema	Que haga tantas revisiones bibliográficas del caso como sean necesarias para aprender	Tradicional	Total
Cuenta	3	14	1	18
Total	16.7%	77.8%	5.6%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

4.- La institución espera en lo general.

El ISSSTE como institución muestra una expectativa en su misión y visión de servicio, en el rubro de formación de médicos, lo deseable es que considere ser reconocida como la mejor sede en formación profesional, el 16.7% de internos reconoció esta opción. A los 6 meses de servicio se incrementa un poco la opción deseable a 27.8%.

Cuadro 63

¿Cuál consideras que es la expectativa del ISSSTE como institución de salud y de formación de médicos? Primer periodo

Encuesta	Ser reconocida como la mejor sede en formación profesional	Ser una institución u hospital certificado y acreditado con los estándares internacionales de organización (ISO).	Que incrementen los recursos para educación cuando demuestre calidad educativa.	Total
Cuenta	3	5	10	18
Total	16.7%	27.8%	55.6%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 64

¿Cuál consideras que es la expectativa del ISSSTE como institución de salud y de formación de médicos? Segundo periodo

Encuesta	Ser reconocida como la mejor sede en formación profesional.	Ser una institución u hospital certificado y acreditado con los estándares internacionales de organización (ISO).	Que incrementen los recursos para educación cuando demuestre calidad educativa.	Total
Cuenta	5	9	4	18
Total	27.8%	50.0%	22.2%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

5.- La sociedad espera en general.

Específicamente lo que un paciente esperaría de la atención de un interno en cualquier lugar de la institución como una opción deseable es que se comunique, lo oriente lo suficiente para lograr el consentimiento de las acciones que se le ofrezcan y así lo vio el 44.4% de los internos al inicio de su internado, pero a los 6 meses se incrementa la selección de la opción tolerable 11 (61.1%) y disminuye la deseable al 22.2%.

Cuadro 81**¿Qué espera un paciente del interno que lo atiende en consultorio u hospital? Primer período**

Encuesta	Comunicación, orientación suficiente para el consentimiento de las acciones que se le ofrezcan	Qué el médico adscrito decida lo que hay que hacer en cada caso	Tradicional	Total
Cuenta	8	7	3	18
Total	44.4%	38.9%	16.7%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Enero 2008.

Cuadro 82**¿Qué espera un paciente del interno que lo atiende en consultorio u hospital? Segundo período**

Encuesta	Deseable	Qué el médico adscrito decida lo que hay que hacer en cada caso	Tradicional	Total
Cuenta	4	11	3	18
Total	22.2%	61.1%	16.7%	100.0%

Fuente: Francisco E. Laguna Vázquez. Hospital ISSSTE Tuxtla Gutiérrez. Julio 2008.

Todas estas expectativas representan una baja percepción de lo que conviene esperar de una formación hospitalaria, se mantuvieron bajas y bajaron más con la experiencia hospitalaria posiblemente por falta de reflexión durante el trabajo y la observación de lo que el medio de trabajo muestra.

CAPÍTULO V

UNA VISIÓN COMPARATIVA.

Una vez que se ha detectado en el estudio que de las 10 actitudes examinadas en los docentes se encontraron 6 deseables, se sabe que este hecho es loable pues favorece desarrollo personal de los internos porque mantiene o incrementa sus expectativas al reconocer satisfactoriamente:

- 1.- Los derechos del estudiante de medicina en la escuela
- 2.- El trabajo primordial del estudiante inteligente de medicina.
- 3.- La obediencia del estudiante de medicina en su formación.
- 4.- Que el médico titulado es un ser libre con derecho a ganarse la vida con su profesión.
- 5.- Que los derechos del médico titulado consisten en ser libre para ejercer dignamente su profesión para su desarrollo continuo.
- 6.- Que el trabajo esencial del médico es trabajar para la salud y el desarrollo integral de cada paciente.

Además en el estudio con los internos la evolución de las expectativas que marcaron al inicio y después de 6 meses de trabajo se observó que:

a) Las expectativas que se mantuvieron en 50% o más o se incrementaron en la opción deseable propuesta en el instrumento de colección de datos fueron las siguientes en el plano deseable:

- 1.- Lo que en general esperan los internos como alumnos en el hospital hubo 4.
- 2.- Lo que esperan en particular dieron 7.
- 3.- Lo que los adscritos esperarían de los internos señalaron 4.
- 4.- Lo que en particular se percibe que los adscritos esperan del interno y estos de aquellos se obtuvieron 3.

5.- Lo que en general la institución ISSSTE espera dieron 3.

6.- En lo particular la institución ISSSTE espera se registraron 2.

7.- Lo que en general la sociedad espera marcaron 2.

En total 25 expectativas deseables. *Todas estas expectativas representan lo óptimo del alumno al mantenerlas como deseables e incrementarlas con la experiencia hospitalaria.*

b) Las expectativas que se iniciaron con menos del 50% e incrementaron su frecuencia a más del 50% en la opción deseable propuesta fueron las siguientes:

1.- Lo que esperan en lo general los internos como alumnos marcaron 1.

2.- Lo que espera en particular el interno de pregrado dieron 3.

3.- El docente adscrito a la institución espera en lo general dio 1.

Estas expectativas no se habían percibido al inicio del internado pero aparecieron con más claridad durante los 6 primeros meses de trabajo por influencia del medio y posiblemente del comportamiento de sus médicos adscritos.

c) Las expectativas que se iniciaron con el 50% o más y disminuyeron su frecuencia en la opción deseable propuesta en el instrumento de colección de datos fueron las siguientes:

1.- Lo que en general esperan los internos como alumnos señalaron 1.

2.- Lo que en particular esperan los internos como alumnos señalaron 2.

3.- El docente adscrito en el área de la salud espera en lo general escogieron 1.

4.- En lo general el ISSSTE espera lo siguiente dio 1.

Todas estas expectativas representan lo óptimo del alumno al inicio del internado pero con la experiencia hospitalaria descendió la opción por ellas a favor de las tolerables y las tradicionales.

d) Las expectativas que se mantuvieron en los dos períodos por debajo del 50% en la opción deseable propuesta en el instrumento de colección de datos fueron las siguientes:

1.- Lo que esperan en general los internos como alumnos selección,1.

2.- Lo que espera en particular el interno como alumno, selección 4.

No hubo señalamiento en el inciso 3.

4.- La institución espera en lo general dio 1.

5.- La sociedad espera en general dio 1.

Todas estas expectativas representan una baja percepción de lo que conviene esperar de una formación hospitalaria, se mantuvieron bajas y bajaron más con la experiencia hospitalaria posiblemente por falta de reflexión durante el trabajo y la observación de lo que el medio de trabajo muestra.

De todo el resultado de la investigación puede plantearse una reflexión sobre lo que es deseable en el médico como un cotejo entre lo investigado antes de la investigación y lo que se documentó después de obtenidos los resultados. El médico deseable debe ser reflexivo, ético, pleno en valores superiores, dedicado a una superación continua, humanista, respetuoso de la dignidad humana, conocedor de los principios de donde parte su trabajo profesional y además colaborativo con el personal de salud.

5.1.- El médico deseable es reflexivo.

La profesión médica no es un cúmulo de saberes sino de actitudes frente a la vida y la salud auxiliado por el saber científico, el trabajo médico es arte en el que se aplica un saber de la naturaleza

física, social y espiritual del ser humano, luego entonces el médico debe ser crítico por el juicio valorativo de lo correcto y lo incorrecto, el bien y el mal, y reflexivo porque sus decisiones son conclusiones para cotejar las premisas que le plantea un problema conciso.

Por su naturaleza de científico, la tendencia del médico es hacia la comparación de eventos, selección de procedimientos y de situaciones con el fin de llevar alivio a las dolencias. En su trabajo diario despeja hipótesis emitidas como una posibilidad diagnóstica que debe comprobarse o descartarse para quedarse con una alternativa. La esencia de la profesión es la reflexión y la esencia del humano es la búsqueda de la verdad o el conocimiento cierto de las cosas⁹⁶. De tal forma que no se considera completo a un médico que actúa por rutina, por mandato heterogéneo (de la autoridad) sin que pase por el tamiz de sus valores.

Por otro lado el médico profesional es reflexivo porque tiene ante sí a un enfermo cuya integridad está en riesgo de deshacerse, porque está ante un ser complejo por sus componentes integrados, cada paciente es único aunque tenga una enfermedad que se ha estudiado en común en cualquier ser vivo por su respuesta defensiva. La exclusividad la da la diferente procedencia del estímulo que trastorna a cada estrato, así el norteamericano y el inglés tendrán un estrato social semejante por la tendencia actitudinal utilitarista, una psique pragmática y una corporalidad que es producto de su interacción con su medio ambiente, ambiente que durante el año tiene menos luz que el trópico y sus hábitos alimentarios dependen de su región, cultura y economía, etc. Todas estas consideraciones crean en el médico activo una reflexión y una crítica del fenómeno salud, enfermedad.

5.2.- El médico deseable es ético

Porque la medicina es una *profesión*, es un servicio efectivo, en su contenido es una ciencia y en los modos de trabajar un arte, ya se ha

⁹⁶ Ayllón, J. R. (1994). *En torno al hombre*, Rialp, Madrid

multicitado que los médicos deben percibir que son *profesionales* en todo momento, que no es científico puro porque no trabajarán con animales de experimentación, ni en espacios cerrados y controlados como son los laboratorios.

Una vez que ha creado esa conciencia y la mantiene, se integra “de facto” a un gremio de profesionales de la salud en donde se supone habrá hecho una promesa pública de servicio (“...y si no cumpliere, que la sociedad se lo demande”) hace una declaración pública con la fuerza de una promesa de que actuará haciendo el bien y evitando el mal en lo posible.

Por tradición en las diferentes culturas se reconoce a la medicina, la abogacía jurisprudencia, la educación y el sacerdocio o cuidado de las almas como las profesiones por excelencia. En cada una de ellas hay un código ético que se convierte en un deber ser y por eso una norma ética (deontológica) que subyace como directriz a las costumbres de la cultura donde se vive.

No puede concebirse una profesión sin la marca del deber, sin el contenido disciplinario y sin la metodología sistemática para proceder, con las características de lo que es un profesional (o profesionista):

1. Tener competencia en un especial bloque de conocimientos y dominio de habilidades como la medicina humana.
2. Tener el conocimiento de un código que lo distingue de otras actividades laborales, con el reconocimiento de responsabilidades y deberes específicos hacia las personas a las que sirve y hacia la sociedad en general.
3. Ser capaz de procesar leyes (jurisprudencia) para ser partícipe del derecho a ser juez en la admisión de nuevos miembros, ser jurado (de facto) para disciplinar y excluir a aquellos que transgredan la norma o por falla sostenida en la competencia, o porque fallen en la observación de los deberes y las responsabilidades a las que se comprometieron en su juramento.

4.- Ser un prestador de servicios que vive de su profesión, recibe la moneda de cambio por sus bien administrados servicios, por ello se incluye en su ética la valoración de dos bienes grandes, su bonhomía y la ganancia material, que estará lejos del sentido de negocio en sí mismo y se verá como consecuencia.

La línea entre un negocio y una profesión no es nítida, pues la mercadología ha hecho a los profesionales que se involucren en negocios y se conviertan en sirvientes y asalariados de los dueños del dinero, pasando así a justificar un modo de organizar su vida. Sin embargo, sigue manteniéndose una esencia necesaria que distingue a los profesionales médicos del negociante, estos tienen un deber puesto en la confianza de aquellos a los que sirven.

Los profesionales tienen un deber demandante de asegurar que sus acciones y consejos, sirvan al bienestar de sus pacientes, cueste lo que cueste. Esa es la razón por la cual se ha hecho una Ley general de salud en los estados y se han hecho los códigos de procedimientos y las declaraciones y cumbres para definir, conceptuar y normar las actividades del profesional de la medicina⁹⁷.

De esta manera, las profesiones tienen cohesión en los códigos de ética en donde se especifican las obligaciones que se desprenden de su deber fiduciario.

La conciencia de que hay un código surge cuando los problemas éticos ocurren, cuando aparece un conflicto entre obligaciones y deberes de confianza y las metas personales de los afectados.

En el pregrado debe comenzarse a tratar siempre de una persona paciente y continuarla en la formación de especialistas e investigadores, todo ello basado en el valor de la confianza, en el de la esperanza de un mundo más humano y del amor y amistad para la convivencia.

⁹⁷ Correa Vial., Sgreccia, E. (Eds) The dignity of the dying person. Proceedings of the fifth Assembly of the pontifical Academy for life. Librería Editrice Vaticana, Vaticano, 2000. Páginas 240 a 241.

No hay que partir de cero, porque todavía no se extingue la bonhomía en el gremio médico ya que no ha olvidado que el primer tratamiento que sana y que recibe un paciente es, la atención compasiva y prudente de un médico"⁹⁸.

5.3.- Los valores esperados en la atención del médico considerado profesional.

Desde 1990, la Asociación Americana de Medicina Interna ha estado trabajando en el *Proyecto Profesionalismo* para desarrollar y promover la conciencia de identidad en todo el gremio médico.

El profesionalismo implica la superación continua en conocimientos, actitudes y habilidades benefactoras desde su formación temprana en las escuelas y facultades, con un fin de óptimo servicio en las siguientes direcciones⁹⁹:

* **Altruismo:** Esto quiere decir que el médico está obligado a cuidar del beneficio del paciente, mediatizando el propio.

* **Rendir cuentas de sus acciones:** Los médicos tienen como "patrón inmediato" a los pacientes, los tienen como jueces que califican, a sus enfermos y aquellos que acuden a recibir guía para conservar la vida y la salud, por eso el médico acepta la responsabilidad de dar cuenta de sus acciones a los pacientes, a la sociedad en cuanto a eventos de su profesión.

* **La máxima preparación:** Los médicos están obligados a hacer un compromiso de aprender de por vida libando de todas las fuentes del saber que estén a su alcance. El médico es un profesionista que va dejando unos conocimientos menos sólidos por otros más acabados, constantemente pone en la balanza las hipótesis para medir su peso y

⁹⁸ La compasión se refiere a convivir con el paciente el sufrimiento, no significa mirar como debilitado o inferior a quien sufre. Com= Al mismo tiempo, passio= un movimiento vehemente. Sentir la pasión del otro.

⁹⁹ <http://eduserv.hscer.washington.edu/bioethics/topics/profs.html> 2007.

su solidez, de otra forma romperá un hilo del código que ha jurado y que es proporcionar el máximo beneficio a sus pacientes.

* **Responsabilidad sin límites:** Un médico considerado profesional debe estar disponible en todo momento y siempre listo, para atender a su paciente en desgracia, por enfermedad y sufrimiento cuando está de guardia hospitalaria, porque ha aceptado el compromiso de servir a la comunidad.

* **Honorabilidad e integridad personal:** El médico se distingue de los demás profesionistas por su compromiso con la justicia, por reconocer sus fortalezas y debilidades, por ser honestos y seguir el principio de integridad en su interacción con los pacientes y la sociedad en la prevención de daños.

* **Amor al prójimo doliente:** El médico está obligado a respetar a los pacientes en su integridad, esto incluye a considerarlos persona a seres que viven en familia. Está obligado a respetar la forma de ser de los otros médicos (aunque puede disentir por su forma de actuar si causa daño como profesional médico puesto que se dijo que es juez “de facto” para admitir o sancionar a otros profesionales médicos¹⁰⁰) y otros profesionales de la salud (psicólogos, nutriólogos, odontólogos, químicos, bacteriólogos, sanitaristas, etc., incluyendo a los estudiantes de medicina, a los residentes y las enfermeras) a quienes debe considerar como colegas.

Estos valores deben ir apareciendo nítidamente durante la formación del médico cuyo modelo está en los docentes pues el perfil de estos incluye su probidad, su profesionalismo y su integridad ética¹⁰¹.

5.4.- El médico estará en superación continua.

Una vez formado el profesional dentro de un plan de estudios universitario se enfrenta ahora a la responsabilidad de mantenerse

¹⁰⁰ Jonsen, A. R., Braddock, C. H., Edwards, K. A. *Professionalism en: Ethics in Medicine*, University of Washington School of Medicine. 1999.

¹⁰¹ Gualdrón, A. J. Estudiante de cuarto semestre de medicina Universidad Nacional de Colombia correspondencia: ajaguag@unal.edu.co

actualizado, es ahora un "adulto profesional" que se autorregula, pero entonces debe tener una visión para la selección del aprendizaje de los saberes que precisa al percibirse persona responsable y no sólo profesional trabajador de un engranaje social productivo y en desarrollo continuo¹⁰². Estas son las consideraciones que se pueden hacer sobre la formación continua.

La tendencia divisoria que ofrecen los centros educativos para la formación permanente, es exacerbada por la profesionalización de todos los campos académicos.

Como se cree que el único camino hacia el conocimiento firme es la ciencia sólida y hay un sólo método científico que ya es conocido, la tendencia educativa sigue la ruta de formar médicos científicos con habilidades técnicas haciendo de las humanidades algo secundario o auxiliar. Se sabe que las personas viven en educación continua voluntaria e involuntaria pero la educación continua es más imperiosa en el profesional activo.

El profesionista en formación se hace insistentemente una pregunta mientras aprende: ¿Qué es lo que haré de mí mismo en este mundo singular que me rodea? ¿En qué es bueno que me convierta? No le satisface ir imitando a la ciencia, aunque cada disciplina se esfuerza por aplicar el método científico a esferas particulares de temas estudiando cada vez problemas aislados, por eso el médico se ve acondicionado en el quehacer profesional de una manera que se deforma el conocimiento originalmente presentado al señalarse las particularidades en lugar de las generalidades.

La situación del médico después de obtener la licenciatura es busca lograr la identidad profesional, aunque esta identidad debe formarse desde el pregrado, sin embargo la política educativa y la tradición, dividen a las ciencias y las cuasi científicas humanidades por los prejuicios de la investigación del siglo XVII que divide a la persona

¹⁰² Carvallo V. A. Médicos y profesionalismo. Pacientes e información *Rev Méd Chile* 2005; 133: 253-8

en mente y subjetividad por una parte, y cuerpo y objetividad, por otra, el resultado es que el profesional de la salud no se ve como un ser moral definido sino relativo porque le falta la formación humanista.

Cuando el profesional médico no tiene claro su concepto de persona se inclina a pensar que los juicios morales solamente expresan la idiosincrasia personal o colectiva, los cambiantes sentimientos subjetivos. Así es que su preocupación obsesiva es ser reconocido por los colegas profesionales pero en su yo profundo no puede eliminar la molesta incertidumbre acerca de lo que es bueno hacer por su vida y para formar su ser ideal. Entonces el profesional egresado se ve obligado a asociarse para crear una identidad colectiva o de gremio, crea "contratos" con otros para constituir sociedades que lo identifiquen de otros y le den un poco de consuelo por su necesidad existencial profesional.

La ciencia presupone "valores" que no puede expresar y justificar en sus propios términos científicos: la capacidad de imaginar hipótesis, evaluar imparcialmente la evidencia, aceptar sin reservas cualquier verdad descubierta por inesperada o, incluso, incómoda que resulte, la capacidad de controlar las ilusiones y el yo como mero ego.

La ciencia tiene un tipo de valores que son propios de la naturaleza en general pero no son aplicables a la persona humana por ser compleja, presupone valores de libertad y responsabilidad, pero, dados sus términos y métodos, no puede probar que sus propios supuestos son verdaderos y legítimos.

En la práctica no importan en sí mismos los éxitos de la ciencia, más importa el por qué, el para qué, para quién y con qué fines se emplea. Son los hechos sociales que se adosan al producto de la investigación científica los que utiliza el profesional, la ciencia positiva es bienvenida pero está limitada¹⁰³.

¹⁰³ Holstadter, R. *Anti-Intellectualism in America Life*, Nueva York: Random House, 1963, p. 301.

Hoy la educación continua profesional, después del título de pregrado está en manos de los grupos de universidades privadas que limitan el acceso a la formación para producir nuevos conocimientos¹⁰⁴, pero esa formación da la idea de que sirve para reproducir y vender lo que se sabe, pero si tuvieran formación humanista suficiente, verían más integralmente el fenómeno y servirían mejor.

Ninguna persona con conocimientos puede negar en conciencia que las disciplinas segmentadas y profesionalizadas han producido grandes adelantos en ciertos campos, especialmente en las ciencias naturales y las matemáticas, apoyadas en las llamadas cuasi ciencias de corte social como la educación y la ética, la política y el derecho que dan como resultado que los ciudadanos lleguen a integrarse en gremios o ser legalizados sus títulos, o tener un método de formación profesional.

"En estos informes sobre educación médica se critica la falta de coherencia curricular, la amenaza de un excesivo vocacionalismo, la hiperespecialización, la autocomplacencia de los más preparados, los intereses políticos y las fantásticas fidelidades departamentales" que han corroído la educación liberal¹⁰⁵.

El conocer no genera a partir de sí mismo ninguna validación de los supuestos de la actividad misma como son: la integridad, libertad, responsabilidad, bondad; solamente manifiesta una concepción coherente del conocer de los eruditos y el mundo conocido, pero eso no es parte de lo deseable en un profesionista de la salud.

5.7.- El humanismo deseable en el médico.

Puesto que el servicio médico es una demanda social y el servicio se hace por vocación y en los casos no deseados por dedicación (para

¹⁰⁴ Bledstein, B. *The Culture of Professionalism: The Middle Class and the Development of Higher Education in America*, Nueva York: Norton, 1976, pp. 86, 274-281.

¹⁰⁵ Schrag, C. *Involvement, Integrity, and Legacy in American Liberal Education*. Trabajo presentado en la International Association of Philosophy and Literature, Seattle, 3 de mayo de 1986.

hacer algo o ser alguien) o negocio, en todos los casos se requiere planeación, administración y evaluación del trabajo diario y periódico con apoyo multicéntrico, legal, educativo, sociológico, administrativo, político, de alguna manera antropológico, incluida ahí la acción humana de comunicación y relación humana laboral, etc., por esa complejidad necesaria se requiere de una cuidadosa y sensible programación formativa en el médico.

A veces surge la pregunta de si se requieren más clínicas, hospitales, centros de atención para el diagnóstico y el tratamiento, o es prioritaria la "formación continua" de profesionales que trabajen con los programas educativos para lograr la prevención de la enfermedad o preservar la salud¹⁰⁶ y eso debe estar también en la mente de un médico para el servicio, es decir, la planeación.

El médico debe ser formado para educar porque el paciente como persona necesita educación, para administrar en su atención los recursos, de los bienes limitados como los productos sanguíneos y la donación de órganos, algunos aparatos complejos en su funcionamiento como las máquinas de hemodiálisis y los ventiladores electrónicos, avances de la ciencia que no tienen por qué causar controversia en su uso por lo escaso, se requiere conciencia constante de humanismo y educación para la salud.

Uno de los factores que influyen en la cosificación del profesional es la sobrepoblación de médicos generales, médicos familiares y de las especialidades troncales, esto hace que el médico se convierta para la sociedad en un individuo productivo dentro de la industria de la salud cuando debe dársele un lugar digno para desempeñar un trabajo, considerarlo persona para atender a personas.

Como en el profesiograma del médico se incluye la investigación en salud, el médico investigador considerado persona tendrá como prioridad humanista, la conciencia de que no es dueño de la vida humana por más benéfica que parezca su investigación. A los seres

¹⁰⁶ Berlinger, G. Ética de la salud. Editorial El segador, Milán, 1994.

humanos no se les debe tratar como cuerpos, por eso mismo se debe ser cuidadoso en incurrir en posiciones pseudohumanitarias como las que aceptan el aborto, la eutanasia, las manipulaciones genéticas, la clonación humana, el exceso terapéutico para mantener una vida que naturalmente se extingue¹⁰⁷; dentro del programa de educación para la salud en los enfermos crónicos se hará conciencia que no es tolerable el comercio de órganos y tejidos como las córneas y la sangre, práctica indeseable en una sociedad de consumo y pragmática.

El colmo de la aberración de la investigación ligada al comercio y a la búsqueda de prestigio, es causar daños irreversibles en pacientes simulando accidentes terapéuticos, para extraer órganos “legalmente” por aquello del concepto de muerte cerebral señalado por el Parlamento inglés en el siglo XX.

La calidad de la atención médica se refiere a la visión del médico para considerar al paciente como persona desde los inicios de la vida hasta el final atendiéndolo con toda su sapiencia y humanismo fundamentado en los principios de respeto a la vida, subsidiariedad y el principio de totalidad dentro de su cultura y alcances socioeconómicos de la población y la condición de cada paciente.

La calidad de atención no debe sustentarse en la posibilidad de pago del servicio, la muestra de que se puede lograr este objetivo la dieron los países socialistas de la centuria pasada¹⁰⁸.

Al paciente hay que enseñarle que la salud es un ideal, es un equilibrio dinámico que en el existir fluctúa con amenaza de manifestarse como disfunción pasajera, enfermedad o defunción.

Epicuro consideraba que la salud se manifiesta en “El goce equilibrado de los placeres”. Aristóteles concebía a la salud como “La realización de las propias capacidades y el ejercicio de las actividades

¹⁰⁷ En relación con el ensañamiento terapéutico habría que pensar en el retruécano “Conviene tratar de dar más vida a los años y no más años a la vida” con un inmortalidad ociosa.

¹⁰⁸ Hickey, A. y cols. “Reliability and validity of judgement analysis as method for assessing quality of life” Br. J. Clin. Pharmac. 27: 155, 1989.

racionales". Séneca, el estoico, pensaba que la salud "Es la felicidad como armonía interior y conquista de las virtudes". Sócrates señaló a sus jueces "Pero ahora es tiempo de irse, hoy a morir, vosotros a vivir y, quien de nosotros se vaya a una condición mejor, no lo sabe nadie, excepto Dios"¹⁰⁹.

5.8.- El médico es filósofo.

El médico con formación personalista debe aprender que la vida es un lapso que va del nacimiento a la muerte, incluida esta, porque ha habido intentos por cuantificar la calidad de vida utilizando el criterio de su duración, el estado de bienestar físico, social y económico, por la reducción de la mortalidad en los pueblos, por la producción científica a favor del cuerpo, la mente y los modos de vida, pero todo sigue siendo pasajero, todo es cambio, todo es dialéctico, inmisericorde a las esperanzas humanas de felicidad inmortal.

El médico y el paciente son testigos que la vida comienza y termina, que nacimiento y muerte pertenecen al acto de vivir, es el principio y el fin inevitable, pero que existe un don de conciencia por aferrarse a la vida cuando se está ascendiendo la curva de la existencia y, que se percibe el fin al ir descendiendo la pendiente hasta llegar al punto final, que se es vulnerable a las acciones del ambiente físico y social pero que ello es parte de la ley natural física y biológica, sin embargo también se ha recibido de la especie, el instinto de la búsqueda constante de la homeostasis, la conciencia de que la vida es movimiento organizado y teleológico y que en esos momentos se percibe salud.

Las reflexiones de este trabajo tienen la intención de potenciar las cualidades del médico que le den responsabilidad y credibilidad para que se sienta capaz de alcanzar por sí mismo su formación y su éxito profesional, conviviendo con sus colegas más experimentados y más

¹⁰⁹ Platón. Diálogos. Apología de Sócrates. Editorial Aguilar, Madrid. 1987.

preparados en alguno de los campos que a él le servirán de referente para tratar a los pacientes.

5.9.- La expectativa de alcanzar calidad en la atención es el respeto a la dignidad.

Todo médico con características científicas, por los conocimientos objetivos, precisos, reproducibles y medibles que ha asimilado en la vida de estudiante, forma parte del complejo cultural contemporáneo y tradicional, es decir tiene el reflejo de la ideología y los valores del país que la creó, señala Ortega y Gasset en el ensayo sobre la universidad. Por esta razón hay que saber si los participantes en el proceso de formación profesional son concientes para educar en la dualidad científico humanista que se señala en las expectativas de los alumnos¹¹⁰. ¿Queda en duda si siempre perciben que deben ser capaces de atender la enfermedad de los pacientes y a los pacientes mismos como entes individuales, autónomos y dignos de respeto?

Por las pláticas informales con los alumnos cuando se sienten en confianza con los docentes o en la libre expresión del aula, se entera uno que desean ser investigadores, que pretenden encontrar en las aulas a los docentes que hagan ciencia lógico/matemática y ciencia humanística, sin embargo quien tiende hacia la investigación sabrá que renuncia a la consulta particular especializada y a la ganancia de estipendios que le harán la vida familiar y social más llevadera, si no lo tiene así en la mente se encontrará algún día dentro de un laboratorio y en una oficina haciendo cálculos estadísticos y estocásticos sobre su trabajo, estará dependiente de CONACYT o de los institutos de investigación de las universidades, por eso se piensa que sólo algunos seguirán exitosamente el camino de la investigación y puede afirmarse que la investigación médica es para pocos de los que ingresan a las aulas por generación, el resto será un médico clínico.

¹¹⁰ Grebe B. G. "formación médica en la última década: cambios curriculares, políticos y legales" Medicina y ética 13(3):269, 2002.

La formación tradicional del médico es la que compete a la formación humanista pero, como toda tradición sufre cambios, la absorben las modas de las culturas dominantes y es por eso que se ha ido perdiendo esa formación cultural humanista y la de extensión o la de vinculación que ha sido cambiada por la búsqueda de la efectividad, del trabajo basado en el principio de costo/beneficio, todo médico busca el prestigio y la instrumentalización de los diagnósticos y tratamientos.

Cuando la universidad y, en particular, la facultad de medicina, no incluye en sus currícula la formación cultural, el profesional médico va quedándose limitado en el arte para ser atraído por el canto de las sirenas, como ya se ve año con año, en que muchos médicos recién egresados sufren por no haber logrado un lugar en un hospital para la especialización, es decir, se va haciendo propenso a caer en la obsesión por la barbarie del espacialismo, barbarie por ser limitante, por ser un reflejo de la producción industrial en serie y por ser para algunos.

La inclusión curricular de la formación cultural dentro del perfil del egresado, propicia la transmisión continua de ideas sobre la humanidad enferma y el deseo vehemente de mantenerse sana, también provoca este sentimiento la presencia del mundo como conglomerado en evolución dentro de ecosistemas, lo que convierte a cualquier profesional en un crítico permanente por el ejemplo de los docentes y de la "orden" del contenido curricular temático y metodológico.

El médico actualmente activo se localiza en los hospitales de las instituciones de seguridad social trabajando dentro de patrones de convenio, por ejemplo: se le asigna un número determinado de pacientes, se le da un horario y se le fincan responsabilidades institucionales, pero contempla también la necesidad de ocuparse en su tiempo libre en la misma profesión desplegando otra calidad de atención para el medio particular, entonces se vuelve un médico de deberes y derechos, el humanismo le surge de cuando en cuando, pero no es un denominador común.

Al médico se le encuentra en las oficinas del sector salud haciendo programas, en estos se encuentra el compromiso político de atender a las masas para mantenerlas satisfechas, de manera que se exige calidad y recientemente se agregó en los comunicados de los directivos la palabra homófona de calidez, para maquillar el compromiso político con un poco de humanismo.

Al médico activo se le encuentra como especialista en los consultorios de alto prestigio por sus instalaciones doblegando su humanismo al mejor postor, ahí se trata con amabilidad al "cliente", pero esa amabilidad es diplomacia respaldada por un valor agregado llamado honorario médico. Quien ha perdido capacidad de crédito como paciente solvente simplemente se le excluye por diplomacia o por ley de oferta demanda.

Al médico activo también se le encuentra en laboratorios y gabinetes, en grupos de seguros que ya están contaminados de la mercadotecnia y el lucro respaldado por las leyes del comercio y la ley positiva del país. En estos médicos también está la diplomacia pero no el humanismo. Claro está que el paciente también contribuye a esa cultura y acepta sin convicción que es la única manera de acceder a la medicina apoyada por la tecnología.

Cada universidad transita hoy día por el proceso de humanizar a los universitarios revisando, al menos en medicina, los enfoques y modelos de sistemas de atención a la salud, en especial las normas éticas y los derechos legales de los pacientes es ya una obligación para la inclusión curricular¹¹¹.

Esta medida refuerza la atención del estudiante en su humanismo que manifiesta al ingresar a la escuela profesional donde se inscribió, porque la mayoría de los alumnos, dicen que estudian medicina para aliviar el dolor de tantos seres que sufren, pocos refieren que vivirán de sus ganancias, esta medida ayuda a controlar la idea de

¹¹¹ Cumbre Mundial de Educación Médica. Declaración Edimburgo 1993. Rev. Cubana de Educ. Med. Superior 14(3): 270-83, 2000.

lucro profesional que brota por la piel de sus profesores aunque no lo digan, idea que se hace efectiva y subyuga a los pacientes irremediabilmente.

Este aparente deber ser es lo que se ha buscado en esta investigación, indagar qué es lo que subyace a la acción, porque el especialista parece haber renegado de su formación básica por considerarla, “el pasado” superado en la carrera médica, es decir, ya no le corresponde atender otra dolencia del paciente que no sea la limitada a su especialidad, en cambio suple su “deficiencia” echando a andar el rompecabezas de especialistas dentro de una economía de grupo lesionando la dignidad del paciente, sin que sea conciente tal médico porque no tuvo formación insistentemente humanista anidada en su formación científica.

Ante esta realidad ha estado latente el deseo de que, el médico no deberá formarse como técnico, como pretenden sus docentes, como pretende la corriente postmoderna de atención a la salud, como se muestran los médicos de su localidad y de las metrópolis y aquellas que se exhiben en los programas televisivos de médicos¹¹². El deseo apunta a que el profesional de la salud logre tener un desarrollo personalista porque está al servicio de la vida y de la salud, es decir tiene una tarea humana. Es al médico persona y no al profesionista técnico a quien se entrega el paciente incondicionalmente, presuponiendo su formación humanista y científica.

5.10.- El médico y los principios.

La medicina vista como un comercio, como un servicio sometido a las normas de calidad para satisfacer al cliente debe convertirse otra vez en arte, debe volver a colocarse en su lugar, estar por encima de la medicina ciencia porque esta gana en precisión pero pierde en humanismo, el paciente conceptualizado como persona es un fin y no un medio, por eso se prefiere aquella medicina ciencia y arte, como

¹¹² Discovery Channel. “Médico residente” Programa semanal. “Rescate 911” de la misma programación televisiva estadounidense.

directiva del quehacer médico y poner a la técnica al servicio del hombre.

Se cree que si la sociedad cambia en sus objetivos y valores estará conciente de que el humano todavía necesita consuelo, alivio y respeto, y que el médico debe rescatar a la sociedad de la tecnificación consumista, acelerada y violenta porque espera al enfermo, no al paciente sano para prevenirle sus posibles males y da la impresión de que atiende solamente al paciente que se muere en condiciones de emergencia y no ve a aquellos que buscan el tiempo necesario para lograr construir la relación médico paciente, indispensables para asimilar el daño que padece y entender los planes en los que él participa para su curación.

Se espera ver no al profesionalista de alivio sintomático, sino al sabio educador, clínico y promotor de la salud, que procure un tratamiento curativo, e involucre al paciente en su curación.

La tarea es a contracorriente pero la perseverancia en el trabajo que se espera sea continuo y verdadero, pensado, planeado y sentido es para que haya cambio tarde o temprano. El problema está en las manos del educador médico.

5.11.- La expectativa del médico con personal de salud es ser colaborativo.

En la actualidad es inevitable que el profesional de la salud esté inmerso en un sistema burocrático, puesto que trabajará en una institución de salud ya sea en el campo propio de la atención y la prevención o en el campo de la planeación, administración y evaluación de los recursos en salud. Así es que el directivo aparece como burócrata, disciplina social en la que no fue formado en la universidad y en su facultad de procedencia. Se trata de una figura esencial para la operativización del trabajo institucional y que parte de la naturaleza del conocimiento y la fábrica de conocimientos heredadas del siglo XVII-

XVIII con la Revolución industrial que afectó a todos los campos del saber y la medicina no fue ajena a esa influencia.

Como las áreas "sustantivas de atención a la sociedad" no pueden relacionarse entre sí naturalmente, debe existir una especialidad llamada "administración" dedicada a las cuestiones de procedimientos, en donde surge la necesidad del trabajo en equipo con actitud colaborativa. El trabajo médico funciona como un organismo con cerebro en la toma de decisiones y orden en donde cada articulación y músculo deben ser coordinados con los demás para el funcionamiento óptimo tomando en cuenta el costo/beneficio o simplemente la economía del procedimiento.

Desde la formación del médico en el pregrado se ve que la universidad profesionalizada se ha vuelto una institución burocratizada, en la que cada módulo está dedicado a sus propias particularidades de trabajo sin ver el todo del cual forma parte. Cada uno está de acuerdo en trabajar con los demás y es la administración la que organiza los cauces de acción efectiva y congruente. Las piezas de la institución sólo pueden juntarse de forma burocrática, administrativa, legalista. Lo que el profesional médico es, depende de los términos en que se reconoce a sí mismo ese concepto base es que se reconoce como trabajador y no siempre como persona.

Pensar así, remite al plano filosófico en la reflexión sobre la verdad, sobre el significado, el conocimiento, la integridad, la bondad, el concepto de persona y no simplemente de *ser* humano y del mundo como *totalidad*. Una ausencia de reflexión filosófica del trabajo profesional llevará a la alienación de la vida y al rechazo del trabajo colaborativo.

En realidad esta forma de ser es una medida del abrumador poder del profesionalismo. El profesionalismo tiene este poder, porque tras su fachada científica o cuasi científica aprovecha las fundamentales energías de formación de la identidad, tradicionalmente vistas como rasgos religiosos.

El profesionalismo sin humanismo suficiente puede verse particularmente imperioso, descontrolado e insensible, porque en su "sofisticación" no le es agradable ver sus bases humanistas. El ser humano es social por naturaleza y esta sociedad tiende a regirse con el principio de oro "no hagas a otro lo que no quieras que te hagan a ti", de manera que en grupo, el profesional médico debe ser persona para asistir y educar a personas o de otra forma se verá como un técnico hábil profesional, pero no aparecerá en todo el sentido de la palabra como un servidor, interactuando con otros profesionales de la salud y de las humanidades en la institución.

Una concepción del conocimiento que cosifica al mundo en el que se incluye a las personas, y lo trata tal como se vive concretamente hoy día, no puede encontrarle sentido al rol médico deseable. El médico fracasa en su insatisfacción porque es un ser trascendente y no lo dejan ser, lo controlan las leyes del producir y consumir, las leyes del nihilismo, no puede verse como un ser en evolución, como un ser integrado y eso estimula un deseo insistente de destrucción y no colaboración voluntaria y vocacional en el trabajo.

Cualquiera puede percibir costos del profesionalismo que son muy evidentes, despersonalizan al tamizar el trabajo dentro de la sociedad productiva y en esas condiciones es fácil de controlar al trabajador como pieza de maquinaria sometido también a las leyes de la administración.

El mérito profesional tiene la libertad de trabajar aislado o asociarse para tener los mejores resultados de su propósito, por ejemplo: la actividad clínica del profesional lo relaciona con los auxiliares paraclínicos, los trabajos técnicos profesionales (el médico que emplea aparatos) se relacionan con los ingenieros de aparatos, los médicos frente a la sociedad se relacionan con el campo legal, es decir, cada profesional puede trabajar solo siempre y cuando domine los conocimientos de las demás ciencias en las que se apoya o, se relaciona colaborativamente con los demás profesionales dentro de su gremio

particular o institucional y esa relación es comunicativa de persona a persona, como hecho deseable y no de profesional a profesional como partes de un engrane productivo de servicios, porque de esta manera se lentifica el proceso, debido a normas y reglamentos y finalmente queda insatisfacción y frustración.

Es justamente esta costumbre azarosa de la cercanía personal, lo que va desapareciendo debido al intento diario de destacar como un profesional médico o académico dentro de las "exhaustivas" divisiones del trabajo especializado y la preferencia por algunos temas evitando al todo social y la realidad. Es por esto que, en medio de todos los triunfos de las ciencias, los profesionales médicos tienden a alienarse de sí mismos. "Nosotros, los eruditos, no nos conocemos ni a nosotros mismos", escribió Nietzsche. Como no puede dejar de relacionarse ningún ser humano vivo, el trabajo colaborativo es necesario para sentirse todos como una persona.

Se hará un médico colaborativo en la institución aquel que ha dejado atrás la tendencia al aislamiento y la tradición de hacer méritos y cuando se deja de lado la fórmula tácita: "Yo soy yo y nosotros somos nosotros, porque somos total y puramente nosotros mismos, completamente distintos de aquellos que no han sido seleccionados y confirmados por los méritos y la ley". Como Mary Douglas ha señalado: "El tribalismo no ha muerto y la verdadera identidad de uno depende de 'no mezclar lo que debe mantenerse separado' "¹¹³, los adelantados y los atrasados, los despiertos y los despistados.

La resistencia al cambio.

Cuesta mucho facilitar el cambio después de haberse formado en un sistema de méritos con frecuente dificultad porque se cree que todos los que aspiren a un buen lugar en la sociedad, deben ser purificados primero para merecer prestigio profesional. Sencillamente, los especialistas que han gastado sus energías vitales en lograr

¹¹³ Abbott, A. Status and Status Strain in the Professions. American Journal of Sociology, 86 (1981), 823-825.

reconocimiento ajustándose a normas establecidas y vigiladas por sus respectivos centros de formación, no renunciarán a la ligera a esos saberes y dominios ni los verán combinados con otros extraños, de manera que exclamarán “yo soy especialista en ginecología, no tengo por que saber de endocrinología porque no es mi especialidad” y, “aquel es cirujano, no tiene por qué opinar de filosofía o historia”.

En síntesis, el perjuicio causado por los extremadamente profesionalizados campos académicos es un claro problema que comienza en el pregrado, sigue cultivándose en el postgrado y en aquellos médicos dedicados a la investigación en un campo impuesto por la división del trabajo, en una sociedad no personalista sino pragmática materialista, consumista y orientada al éxito personal.

El profesional médico debe entender que su profesión no puede ser monopolizada por un único campo del conocimiento, pues la complejidad del ser humano precisa de otros enfoques complementarios y de otras acciones que potencializan el tratamiento que partiría del médico en una línea recta, pero en un abanico por un profesional multidisciplinario, es decir no sólo dedicado a la medicina sino a la comunicación, la psicología, la cultura, el comportamiento social por ejemplo en la higiene y la alimentación, etc.

Las ciencias y las humanidades ya no deben estar totalmente aisladas unas de otras. El incremento gradual del poder institucional real para los estudios interdisciplinarios es promisorio. Pero debemos evitar el pánico "irracional" que nos acosa ante las amenazas a la profundamente arraigada identidad profesional y personal, los temores a la contaminación, la polución y la disolución.

CONCLUSIONES.

La tesis.

La respuesta a la pregunta de investigación que motivó el trabajo ¿Existe una relación armónica entre la disponibilidad educativa de los docentes del Hospital de Especialidades Belisario Domínguez del ISSSTE y las expectativas de los “internos de pregrado”? es la siguiente:

1.- Existe una buena relación armónica entre las actitudes de los docentes del internado de pregrado en el Hospital de Especialidades Belisario Domínguez, ISSSTE, en Tuxtla Gutiérrez Chiapas y el mejoramiento de las expectativas deseables del interno de pregrado que manifestaron al inicio de su formación hospitalaria.

2.- Existen en la mente de los internos de pregrado 25 expectativas para su formación en el plano deseable que se mantuvieron o se incrementaron durante los 6 meses de trabajo. Otras 5 expectativas que se iniciaron con menos del 50% e incrementaron su frecuencia a más del 50% en la opción deseable propuesta. Otras 5 expectativas que se iniciaron con el 50% o más y disminuyeron su frecuencia en la opción deseable. Hubo 9 expectativas que se mantuvieron en los dos períodos por debajo del 50% en la opción deseable propuesta. Por lo tanto hay una congruencia entre las expectativas de los internos al inicio y durante su entrenamiento y una armonía con las actitudes de los médicos al interactuar durante la formación profesional.

El perfil profesional del médico en la sociedad.

La vista global es que la medicina supone un área de responsabilidad compleja que no sólo pretende mejorar o alcanzar la salud de una persona, sino que tras de sí se encuentra el bienestar de las familias, las comunidades y, en general, de la sociedad. El concepto de profesionalismo en medicina, o mejor, de competencia profesional es dinámico y cursa paralelo al progreso de la sociedad. Es en la escuela

de medicina, donde está la primera oportunidad (y tal vez la única) donde deben exponerse los principios de responsabilidad ilustrada a los alumnos para lograr la formación de los profesionales que requiere la sociedad: críticos, investigadores y creadores de ideas fuertes¹¹⁴.

En el estudiante está el germen de la bonhomía y el ideal de servicio que no debe contaminarse con egoísmos apercebidos del profesional que lo guía al repetir los roles que él enfrentó durante su formación en el postgrado. El estudiante dispone de tiempo para observar y pensar, mente para crear sus propias redes de significado y corazón para apropiarse de las actitudes del humanismo en el servicio.

Los alumnos reflexivos observan a diario en los hospitales como es deficiente el ejercicio de la justicia social que lesiona la conciencia y que da la impresión de que nunca se ejercerá plenamente, por ejemplo en los servicios de urgencia en hospitales de la seguridad social¹¹⁵.

La formación profesional no debe desligarse nunca de los principios éticos del humanismo, no debe reducir al mundo práctico la acción de la justicia distributiva, tampoco debe olvidar que el paciente es persona y que la ciencia médica que aplica es una herramienta del pensamiento para tener certeza de actuar con seguridad en el cambio de las ciencias de la vida que integran también, como una evidencia al ser humano sin ser sus funciones bioquímicas el ser de él.

El amor que nace de la conciencia de entender al mundo es el acicate para la preparación continua, para la búsqueda constante de verdades con las que trabajar. La comunicación y la actitud de servicio hacen posible que el médico ejerza de manera económica sus funciones sin provocar desorganización social institucional.

Luego entonces la ciencia y el humanismo son los dos pilares de la profesionalización del médico en ciernes y en ellos confluyen las expectativas de superación durante la formación médica. Alcanzar la

¹¹⁴ Francis C. K. Professionalism and the medical student. *Ann Intern Med.* 141: 735-736. 2004.

¹¹⁵ Epstein, R. M., Hundert, E. M. Defining and assessing professional competence. *JAMA.* 287: 226-235. 2002.

integración de las ciencias de la vida llamadas básicas con la práctica clínica, aceptar las limitaciones individuales, desarrollar actividades comunicativas, generar preguntas que conduzcan a la producción de nuevo conocimiento, respetar a los pacientes, mantener viva la curiosidad clínica, reconocer los prejuicios emocionales y los errores cometidos, son habilidades que deben ser adquiridas porque condicionan la competencia del profesional de la medicina.

Así, más que simples observadores de la realidad, los alumnos de medicina están llamados a vencer múltiples retos: la construcción de una medicina humanista en medio de la globalización y la era tecnológica, realidad que se construye día con día.

RECOMENDACIONES.

LO DESEABLE PARA ALCANZAR LAS EXPECTATIVAS EN MEDICINA.

El punto de partida.

En las últimas cinco décadas, la medicina se ha transformado sorprendentemente, considerándose un período corto cuando se piensa en un arte y una ciencia que se ha construido en varios milenios atrás¹¹⁶.

El progreso de este lapso sólo es comparable, al de finales del siglo XIX, cuando se agregaron disciplinas médicas tales como la anatomía patológica, la bacteriología y la incipiente inmunología, que confirieron al arte de atender enfermos, una categoría científica que desde entonces ha progresado en forma incesante en todos los niveles estructurales de la corporalidad del ser humano¹¹⁷. La revolución objetiva, representa un progreso indiscutible en casi todas las áreas de la atención médica, en base a evidencias estadísticas que no son otra cosa que el análisis científico de las investigaciones sobre el caso, hecho que se llama metaanálisis en una palabra. Para muestra del aporte del metaanálisis está el caso de los múltiples tratamientos de enfermedades degenerativas¹¹⁸. Sin embargo, el progreso en la medicina en general, ha tenido cambios apenas perceptibles en la organización de los servicios de salud, la aplicación de los códigos éticos, la introducción de maneras de administrar los servicios y aplicar las leyes regionales e internacionales¹¹⁹ todavía sigue habiendo injusticia en la distribución de los beneficios de salud a las zonas pobres y marginadas, por eso se piensa que, hay áreas en las que no puede hablarse de progreso como en el Sureste de México.

¹¹⁶ Terrés A. M. Medicina del tercer milenio. Rev Med IMSS. 36(3): 245-52. 1998.

¹¹⁷ Savill J. El papel de la biología celular molecular en la comprensión de las enfermedades. British Medical Journal 5: 171-4. 1997.

¹¹⁸ Berger A. Logran clonar células productoras de dopamina para tratar enfermedad de Parkinson. Br. Med. J; 6: 204. 1998.

¹¹⁹ Ley general de Salud de los Estados Unidos Mexicanos 2000.

El progreso en ciencias de la salud demanda una reflexión sobre los conceptos de paciente como persona, de estudios integrados en las facultades de medicina con la bioética, el derecho, la antropología y la filosofía para lograr que el médico potencialice al paciente que está en sufrimiento para que supere el daño en su corporeidad, que sea un trabajador con visión de justicia social, solidaridad y subsidiariedad.

Lo antes dicho no es un deseo sino una visión de diagnóstico y una propuesta de cambio con atención en: la bioética, las declaraciones, los códigos, estatutos y tratados internacionales que han creado un movimiento mundial con el fin de cambiar de fondo el acto médico¹²⁰.

En toda la formación profesional hay que hacer ver a los estudiantes que algunos de los eventos sociales, científicos de nuevos conocimientos y métodos de trabajo y los movimientos de pensamiento antropológico y filosófico han influido en el cambio de paradigma en las profesiones de la salud. Estos factores causales pueden agruparse en la forma siguiente:

- La historia natural de la enfermedad ha sufrido modificaciones.
- Las ciencias han dado origen a nuevos conocimientos
- La ciencia ha dado pauta a la aplicación de nuevas tecnologías en la medicina.
- Los conceptos de administración y economía han hecho evolucionar los costos de la atención.
- La crueldad en la investigación médica del Tercer Reich, el surgimiento del pragmatismo materialista norteamericano y la evolución del Derecho en las sociedades democráticas han hecho surgir a la bioética.

¹²⁰ Howson C. P., Fineberg, H. V., Bloom, B. R. World Health: The pursuit of global health: the relevance of engagement for developed countries. *Lancet* 351: 586-90. 1998.

- Los avances continuos en educación, pedagogía, didáctica, currículum, la comprensión de los procesos de aprendizaje han innovado la formación médica.
- La distribución global de las formas de producir y vender han dado origen a nuevas formas de financiamiento en cuanto a gastos para la salud.

1.- La historia natural de la enfermedad ha cambiado.

En algunos casos, la modificación del perfil epidemiológico se debe a que la forma de hacer tratamientos en los pacientes ha modificado la historia natural de las enfermedades, además la presencia de polución por las formas de vivir y la aparición de nuevos virus extraídos de su habitat natural, han causado modificaciones genéticas que descubre la nueva tecnología en el diagnóstico molecular y genético¹²¹. Ahora el ejercicio del médico, enfrenta enfermedades distintas a las de hace 50 años y eso cambia las expectativas de formación en todos los niveles.

Las formas de alimentarse, la emergencia de sustancias pseudoalimentarias que entretienen el hambre antes de sentarse a comer, la llamada "fast food", el stress causado por la competencia en el trabajo y los espacios vitales ha sido causa en México y en otras partes del mundo, de un incremento en la obesidad y las enfermedades metabólicas como la diabetes que antes no tenía ni la presencia en los cuadros de morbilidad, ni la mortalidad o las complicaciones que el médico observa hoy.

La diabetes es actualmente un problema de salud pública que requiere campañas de educación al pueblo y pone en alerta al médico general para buscar formas de prevenirla, reconocerla en forma temprana y manejarla en forma adecuada. Por eso el profesional médico general debe ser formado para atenderla con suficiencia, porque no es

¹²¹ Sen K, Bonita R. Global health status: two steps forward, one step back. Lancet; 356: 577-82. 2000.

ahora una enfermedad del especialista endocrinólogo, como lo era en los años cincuenta.

Lo mismo ha sucedido con los padecimientos alérgicos del aparato respiratorio como el asma. En las décadas anteriores, muy raramente el enfermo asmático llegaba a estar en peligro de muerte; hoy la incidencia de la enfermedad y su gravedad son motivo de diversos reportes¹²² es fácil caer en la tentación de atribuirlos a los cambios al aire contaminado; sin embargo, tanto su morbilidad y gravedad se reportan por igual en regiones sin problemas de aire contaminado. El EPOC (la enfermedad pulmonar obstructiva crónica), en sus componentes de bronquitis crónica y enfisema, no ocupaban la atención preponderante del neumólogo o del internista en la década de los cincuenta. Hoy, principalmente en los núcleos de población urbanos, en poblaciones que han logrado un aumento en el promedio de vida, son padecimientos importantes¹²³. Así hacerse especialista en neumología es una visión futura de desarrollo profesional.

Otros padecimientos que han variado la epidemiología por la emergencia de enfermedades nuevas o modificación de la fisiopatología de las conocidas son el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y su cortejo de padecimientos que conducen a la muerte. El tabaquismo, el alcoholismo y la drogadicción son problemas de salud pública estimulada por los medios masivos de comunicación, cuya atención prevención por la educación y tratamiento asistencial, corresponde al médico en su ejercicio diario¹²⁴.

2.- Las ciencias han dado origen a nuevos conocimientos.

El progreso en nuevas técnicas e instrumentos para diagnóstico y tratamiento han hecho una revolución en la formación profesional porque todo evoluciona para bien y para mal como parte de la ley de

¹²² Pearce, N, Douwes J., Beasley R. Is allergen exposure the major primary cause of asthma? *Journal of Thorax*: 55 (5): 424-31. 2000.

¹²³ Barne, P. J. Chronic obstructive pulmonary disease. *Medical progress*. 343 (4): 269-80. 2000.

¹²⁴ Dayton J. M, Merson M. H. Global dimensions of the Aids epidemic: implications for prevention and care. *Infect Dis Clin North Am*. 14 (4): 791-808. 2000.

compensaciones. La historia natural de una enfermedad, se ha modificado por los nuevos enfoques, por ejemplo: en 1950 la tuberculosis pulmonar estaba en fase de pandemia en los países pobres, los pacientes morían de hemoptisis masiva. Los pacientes recibían manejos cruentos como el neumoperitoneo, las toracoplastias y las resecciones pulmonares para detener la hemoptisis. Hoy el tratamiento es médico con farmacoterapia y mínimas cirugías.

El problema hoy es una interacción entre inmunodeficiencia, hacinamiento en las grandes ciudades y tuberculosis además de que se presenta la resistencia de los bacilos a los medicamentos¹²⁵.

Hay nuevos y numerosos medicamentos más eficaces y menos agresivos, al menos se tiene un control más estrecho de aquellos potencialmente dañinos por las dosis y el tiempo de recibirlos. La repercusión de éste avance ha sido alargar la esperanza de vida y con ella van apareciendo los nuevos problemas demográficos y económicos en la distribución del gasto en los servicios médicos¹²⁶. Se ha sumado al avance, el perfeccionamiento del manejo de tejidos y órganos que han permitido los trasplantes y salvar vidas que en el pasado estaban condenadas. El diagnóstico oncológico oportuno ha hecho que los cánceres puedan ser curables.

3.- La tecnología médica y los manejos en el diagnóstico y el tratamiento.

Siempre en el campo médico del diagnóstico y tratamiento es donde se ha visto la influencia del avance en las ciencias médicas por la aplicación de nuevas tecnologías costosas e inaccesibles para todos los necesitados al emerger pero después accesibles con menos costo, por ejemplo: La radiología pasó de ofrecer las radiografías simples, algunas contrastadas y las tomografías lineales a una amplia gama de posibilidades que se han encomendado a una especialidad diagnóstico

¹²⁵ Orlovic D, Kularatne R, Ferraz V, Smego R. A. Dual pulmonary infection with *Mycobacterium* and *Pneumocystis carinii* in patients with human immunodeficiency virus. Clin Infect Dis. 32(2): 289-94. 2001.

¹²⁶ CONAPO Situación demográfica de México. <http://www.CONAPO.gob.mx>

terapéutica llamada imagenología que incluye: la ultrasonografía, la tomografía axial computarizada, con la variante de la imagen por emisión de positrones para hacer el diagnóstico funcional de las regiones corporales, la resonancia magnética que es una variedad resolutive del ultrasonido. Ese es un espectro de posibilidades en la formación profesional del nuevo médico en el campo de la ciencia natural pero que conlleva su parte formativa ética y humanística.

La evolución endoscópica ha sido todo un evento maravilloso por el empleo de los instrumentos con fibra óptica, las fuentes de luz fría, las dimensiones de los aparatos y los implementos de coagulación, irrigación, lavado, sección y sutura, cuando en el pasado todos los instrumentos eran rígidos y cortos, se ha llegado hasta el empleo de cámaras capsulares tan pequeñas que pueden transcurrir por los conductos corporales e ir dando registros en las computadoras¹²⁷.

Lo mismo ha sucedido en cirugía, los avances son sorprendentes: pues se habla de cirugía en tejidos con el auxilio del microscopio y el endoscopio, es lo que se ha llamado microcirugía, la cirugía a corazón abierto, las anastomosis de vasos para hacer puentes, la cirugía laparoscópica y endoscópica, avances que hicieron posible los trasplantes de órganos¹²⁸.

Los estudios de laboratorio para el diagnóstico de la medicina asistencial y la medicina preventiva como el tamizaje del recién nacido, han hecho crecer tanto técnicas como reactivos y especialidades de estudios de laboratorio con elevada sensibilidad para eliminar los falsos datos o el error de detección (positivo o negativo), pasaron estos estudios de 30 en las décadas pasadas a más de 130 posibilidades.

Los avances deslumbrantes ahora deberán pasar en la enseñanza de la medicina a su uso racional y a la indicación precisa tomando en cuenta los factores sociomédicos que afectan a los pacientes. No es

¹²⁷ Ouedraogo M, et al. Contribution of bronchial fibroscopy in developing countries. *Rev Mal Respir* 18(3): 297-300. 2000.

¹²⁸ Weber A, Stammberger U, et al. Thoracoscopic Lobectomy for benign disease a singles centre study on 64 cases. *Eur J. Cardiothoracic Surg.* 20(3): 443-48. 2001.

moral y ético emplear para el apoyo diagnóstico de una bronquitis una tomografía o una resonancia magnética cuando la telerradiografía de tórax es suficiente. No es ético solicitar un estudio de pruebas de funcionamiento hepático para una ictericia obstructiva cuando se sabe que el paciente es portador de cálculos en la vesícula que es fuente de cálculos y de ictericia por obstrucción, ni marcadores tumorales en un paciente con diagnóstico de neoplasia maligna en fase terminal, etc., es decir, la formación profesional tiene la iniciativa de mostrar el armamentario diagnóstico y terapéutico pero también la actitud ética de seleccionar la mejor opción para un paciente pobre o depauperado por el manejo de su enfermedad.

4.- Los conceptos de administración y economía en la atención médica.

Los avances en todos los sentidos de lo que espera aprender el nuevo médico han dado origen a nuevos enfoques y actitudes en relación a economía, seguridad social, presupuesto para el sector salud, las organizaciones sindicales para velar por intereses en el campo de la salud y de la protección laboral, porque esos avances han encarecido la atención médica tanto en la consulta en las clínicas, como los servicios institucionales particularmente encarecido el presupuesto para mantener un día cama en las alas de internamiento y muchas veces más en las camas de terapia intensiva.

Se pondera el encarecimiento en un 2,000% comparativamente con lo que el enfermo pagaba en los años 50 por consulta, cirugía e internamiento. De ahí surge la necesidad de que en el currículum se inserten estudios de sociomedicina, de ética y bioética, de estimación de costos, de planeación, administración y evaluación de la atención en salud y que se haga hincapié, por el bien del enfermo y la sociedad, en la prevención, que es una prioridad en los países desarrollados¹²⁹.

¹²⁹ Arredondo A, Damián T. Costos económicos en la producción de servicios de salud: Del costo de los insumos al costo de manejo de caso. Salud P. Méx; 39: 117-24. 1997.

5.- Las ciencias sociales en apoyo al trabajo médico.

La revolución del conocimiento es multidisciplinaria, en todos los sentidos se avanza aprovechando los descubrimientos en un campo científico para modificar posturas en otros, por ejemplo los avances en psicología han afectado a la pedagogía, los avances en la neurología y la neurofisiología han tenido influencia en la psicología, la pedagogía, la selección de personal para los centros de trabajo. El avance en la óptica, la acústica, la dinámica, la estática, la informática, la cibernética ha causado grandes ajustes al estudio de las ciencias médicas, pero a la vez la inclusión de estudios fundamentales sobre lenguaje, lengua, información, comunicación, literatura, filosofía, ética, estética, etc. todo ello ha dado pauta a modificar la visión del paciente y su atención y todo ello se ha vuelto indispensable para incluir en el curriculum de las carreras médicas.

6.-La pedagogía y la organización curricular en la formación médica.

La enseñanza de pregrado se ha movido de los modelos tradicionales y conductistas a los modelos del constructivismo pero con la angustia oscilante de formar efectivamente para un tipo de trabajo que parece técnico y urgente para atender la demanda de un tipo de pacientes que no requieren una atención minuciosa. Es el caso de las heridas simples, de los procedimientos diagnósticos de solución rápida y efectiva, el manejo de síntomas de padecimientos disfuncionales transitorios, por eso hay una corriente de formación curricular basada en competencias profesionales¹³⁰, sin embargo como en el "fast food" no es una decisión satisfactoria, se cumple en apariencia pero el paciente es corpóreo, es persona y es digno. De manera que el modelo educativo promisorio es el constructivista.

El exceso de alumnos es un fenómeno que incide negativamente en las universidades y centros hospitalarios de formación profesional

¹³⁰ Sabido, Siglher, M. A. Viniestra Velásquez L. Competencia y desempeño clínicos en diabetes. Rev. Invest. Clin. 50:211 a 216, 2003.

porque impide la enseñanza personalizada cuyo objetivo es enseñar a aprender los conocimientos médicos y el alumno tiene como tarea aprender a aprender, se pretende lograr un profesional crítico y reflexivo y no uno reactivo y mecanicista en su trabajo institucional¹³¹.

El postgrado es una extensión del pregrado y no debe cambiar el modelo constructivista, de aprendizaje entre los participantes porque es un continuo aprender el ciclo de vida profesional, auxiliados por la ciencia natural y las ciencias humanas. En el postgrado se debe actuar ya con una ética bien definida pues el principal elemento de aprendizaje es un ser humano considerado persona. No basta tener un buen presupuesto para docencia, tener los mejores planes y programas definidos, excelentes laboratorios y gabinetes, los mejores técnicos auxiliares de la atención al cuerpo del paciente, se requieren verdaderos profesionales, visiones y misiones con orientación biófila (preventiva inclinada hacia la vida) que tengan en cuenta al ser humano con el concepto claro de persona y no de individuo, paciente enfermo y menos de ficha o laminilla.

7.- Las nuevas formas de financiamiento para la salud.

Toda esta revolución y necesidad de ajuste continuo entre la multidisciplinariedad de conocimientos y la interdisciplinariedad de acciones compartidas ha hecho la nueva postura de ver y atender los procesos de salud en la sociedad moderna pues la complejidad de la medicina ha dado por resultado el aumento constante de los costos, ha hecho indispensable la intervención de los economistas, planificadores y evaluadores persiguiendo la calidad, la intervención de las leyes por medio de decretos para asignar los presupuestos si están en los estándares internacionales de organización (ISO), para constituir los comités necesarios de vigilancia y la intervención de los abogados y

¹³¹ Hilliard, R. I. "How do medical students learning styles and factors that affect these learning styles. *Teaching and Learning in Medicine*. 7(4): 201, 1995. En donde se dice que al profesor le compete enseñar a aprender la carrera. Existe un modelo educativo que se basa en el sistema de representación que anima a utilizar muy frecuentemente los apoyos didácticos para estímulo visual, auditivo o de movimiento y otro que es el sistema de Newble y Entwistle con tres modalidades: Aprendizaje superficial, aprendizaje profundo y aprendizaje estratégico.

jurisprudentes para crear leyes que regulen el trabajo de los profesionales de la salud, pero centremos la atención en los costos.

La revolución en ciencias de la salud ha propiciado que intervengan modelos de financiamiento del trabajo médico para resolver y no para complicar la situación puesto que al costo de la atención médica se agrega el costo de los intermediarios que lo financian o que lo administran.

La mercadología ha hecho su aparición en el noble quehacer de los profesionales de la medicina por lo atractivo de sus ofertas, por los recursos escasos para la atención como los trasplantes de órganos, el diagnóstico y la terapia génicos, por la participación de múltiples profesionales expertos en parcelas de la medicina y por las comodidades que se dan al paciente y los familiares en las estancias hospitalarias, por eso, han aparecido los comerciantes para regular lo que el médico en su preparación y especialidad no puede regular, los costos.

Para la mercadología la medicina se ha convertido en un negocio redituable, que ha cambiado la esencia del acto médico, ha pasado de una acción de solidaridad social a un negocio que se hace atractivo para las expectativas de vida social del médico en corto plazo.

Equilibrio entre tecnología y lo tradicional en la formación profesional.

Se ha comentado que la práctica médica contemporánea, no es muy aceptable así como está y eso afecta a la percepción de la educación profesional que ha dado un vuelco a favor de la visión científicista de la formación médica, principalmente en los antes llamados medios auxiliares del diagnóstico, o el de la práctica de la medicina defensiva o en la forma ya casi inconsciente de considerar la profesión médica como una actividad “moderna”, empresarial, con matices de contrato comercial, en que alguien solicita un servicio técnico a un experto y éste lo otorga mediante una lícita remuneración.

El estudio efectuado ha mostrado que los docentes responden, con la seguridad y aplomo de su experiencia profesional para intentar reflejar en los estudiantes la nobleza de la misma, el sentido humanístico tradicional y los valores morales y éticos que tanto se han debilitado en la sociedad contemporánea del mundo entero.

Pero también sucede que, sin darse cuenta, no contribuyen a inculcar en los alumnos el equilibrio que debe existir entre la tecnología de punta y la aplicación clínica tradicional conveniente –pues la mayoría trabajan en hospitales del segundo nivel y proceden en su formación de especialidad del tercer nivel–.

También se ha visualizado que en la formación del profesional de la salud, es obligatorio dar información sobre lo actual y más reciente de las bases científicas del conocimiento y, durante el paso del alumno por las clínicas de especialidad, insistir tanto en la nosología como en los métodos propedéuticos, en la terapéutica y en los procedimientos auxiliares del diagnóstico, incluyendo los más recientemente incorporados porque muchos de éstos, como es conocido, ayudan a la comprensión de la fisiopatología de las condiciones mórbidas, amplían el conjunto de datos clínicos útiles y extienden las posibilidades terapéuticas intencionadas; el ejemplo se ha señalado en párrafos anteriores en la imagenología intervencionista, las múltiples gammagrafías y en la biología molecular con los estudios genéticos y genómicos que pronto se irán haciendo rutinarios.

Debe conservarse una cierta cautela y no exagerar las indicaciones en detrimento de los usos y costumbres tradicionales. El alumno debe considerar el avance tecnológico en su justo medio.

Decía el doctor Marañón que, en medicina, las innovaciones tienen que ponerse en cuarentena y todos comprendemos que igualmente dañino es dejarse deslumbrar por el “último grito de la moda” como empecinarse en un conservadurismo ciego. El alumno debe ser conciente en que la propedéutica de hoy en día es la misma desde principios del siglo XX y que la clínica tradicional que se realiza con los

órganos de los sentidos y aparatos elementales como el estetoscopio tampoco ha evolucionado.

Hay que ser realistas y reconocer que por la clínica se acerca al diagnóstico en un gran número de casos pero que mediante el uso posterior de técnicas intermediarias sencillas como el laboratorio clínico y la radiología sin medios de contraste, se llega al diagnóstico en 80% de las ocasiones.

La insistencia en la validez del método clínico que, tranquiliza, y ayuda psicológicamente al enfermo y cumple con los fines últimos de la profesión, y por otro la dotación al alumno del conocimiento de la tecnología de avanzada, puede llegarse a conocer mejor y respetar su profesión y para conservar al médico, un deseo de progreso y exigencia de mejores condiciones en su práctica.

Se recomienda entonces visión de futuro, actitud ética, crítica, valorativa ante la cultura del mundo que nos afecta y que solamente con voluntad se puede adecuar pues son acontecimientos de la vida que están fuera del control pero que la toma de decisiones depende en 90% de la forma como reaccionamos ante ellos, pero se requiere de una visión del mundo y una visión de lo que conviene al mundo y al grupo social donde se trabaja, eso se logra con una formación profesional integral como se ha venido proponiendo y no solamente formación en competencias profesionales básicas, avanzadas y especiales. El hombre persona, es creativo y trascendente.

ANEXOS.

ANEXO 1.

CUESTIONARIO PARA LOS DOCENTES CON LA. CODIFICACIÓN DE RESPUESTAS.

**Concepción del estudiante de medicina como persona,
individuo, aprendiz.**

(Cuestionario para factores psicológicos o de concepto.)

Cuestionario que se aplicará a los docentes.

1.- Se pretende que el alumno se caracterice considerado como una persona en formación. Un ser en existencia al encuentro de su esencia.

1.- Señale que es para usted **el estudiante** de medicina.

- 1.- Es un individuo disciplinado a las normas escolares.
- 2.- Es un ser libre con derecho a ser el profesionalista que desea ser.
- 3.- Es el aprendiz de la profesión médica.

2.- ¿Cuales son los derechos **del estudiante** de medicina en la institución educativa?

- 1.- Ser formado con toda la calidad científica de la medicina.
- 2.- Ser formado integralmente y no solamente en las ciencias médicas.
- 3.- Acceder a todas las instalaciones de calidad que ofrezca la escuela.

3.- ¿Cuál es el trabajo primordial **del estudiante** inteligente de medicina?

- 1.- Asistir puntualmente y escuchar atentamente sus clases.
- 2.- Aprobar todas y cada una de sus materias.
- 3.- Hacerse cargo de su aprendizaje en la profesión médica.

4.- ¿Cuál es la condición para que **el estudiante** de medicina aprenda más a profundidad?

- 1.- Estar libre de sanciones por el proceso de aprendizaje.
- 2.- Cumplir puntualmente todas las tareas requeridas.
- 3.- Recibir los estímulos al mérito oportunamente y las sanciones por retardo en el aprendizaje.

5.- ¿Hasta donde llega la obediencia **del estudiante** de medicina en su formación?

- 1.- Obligación de hacer lo que científicamente está comprobado.
- 2.- Obligación de aplicar los conocimientos médicos en situaciones parecidas.
- 3.- A formarse en los valores fundamentales de respeto a la vida, la salud y la vida digna.

Comentarios.

Respuestas deseables: 2,2,3,1,3
Respuestas tolerables: 1,1,1,2,2
Respuestas tradicionales:3,3,2,3,1

Conceptos sobre lo que es el médico egresado.

II.- El médico egresado de la licenciatura en medicina humana se considera una persona con un grado de desarrollo para ingresar a un grupo de trabajo (gremio) productivo en bienes valorales (valores humanos) y bienes económicos.

1.- ¿Qué es para usted **El médico** titulado?

- 1.- Es un ser libre con derecho a ganarse la vida con su profesión.
- 2.- Es un profesional más en transición a la especialidad.
- 3.- Es un profesional de menos nivel de formación que un especialista.

2.- ¿Cuáles son los derechos del **médico** titulado?

- 1.- A esperar un turno en el mercado de trabajo, por sus limitaciones.
- 2.- A ser libre para ejercer dignamente su profesión para su desarrollo continuo.
- 3.- A recibir una preparación de más altura para competir en el mercado de trabajo.

3.- ¿Quién es el **médico** como profesionalista?

- 1.- Un ser autónomo y libre para pertenecer sin coerción a una asociación de colegas.
- 2.- Un ser obligado a ser certificado periódicamente.
- 3.- Un ser registrado en un padrón de profesionistas bien definidos.

4.- ¿Cuál es la condición académica del **médico**?

- 1.- Un profesional menos formado en una rama médica específica. No un profesional inferior.
- 2.- Un profesional formado en lo elemental de la medicina.
- 3.- Un profesional exclusivo del primer nivel de atención de la salud.

5.- ¿Cuál es el trabajo esencial del **médico**?

- 1.- Trabajar por la salud y el desarrollo integral de cada paciente.
- 2.- Trabajar ceñido al plan científico de los padecimientos orgánicos y psíquicos.
- 3.- Trabajar en la planeación y administración de los recursos de la salud.

Comentario.

Respuestas deseables:	1,2,1,1,1
Respuestas tolerables:	2,3,2,2,2
Respuestas tradicionales:	3,1,3,3,3

ANEXO II

CUESTIONARIO PARA LOS ALUMNOS CON LA CODIFICACIÓN DE RESPUESTAS.

En negritas la respuesta deseable.

En rojo la respuesta tolerable.

En azul la respuesta tradicional.

CUESTIONARIO DE EXPECTATIVAS.

1.- El estudiante espera en general:

Mejor enseñanza de los docentes.

1.- ¿Qué esperas del internado de pregrado en esta institución?

a) Que los médicos de cada servicio te enseñen puntualmente temas clave.

b) Oportunidades para observar eventos importantes en los pacientes y estudiarlos en los textos.

c) Que se cumplan con las clases del programa del internado de pregrado

2.- ¿Qué esperas de los médicos de cada servicio en la institución donde llevas el internado?

a) Que te califiquen justamente al término de tus labores en el servicio.

b) Que sean los mejores médicos con formación en investigación médica.

c) Que tengan los conocimientos, las habilidades y las actitudes a imitar de un médico ideal en su rama médica.

La mejor organización académica institucional.

3.- ¿Qué esperas de la institución donde estudias el pregrado para tu formación?

a) Que los médicos adscritos a cada servicio tengan disponibilidad para formar médicos.

b) Que tenga un jefe de enseñanza con formación docente y de investigación.

c) Que la administración de todas las facilidades para aprender cómodamente los programas del pregrado.

4.- ¿Cuál es la función del interno de pregrado en la institución?

a) Trabajar del mejor modo para que los pacientes recuperen su salud.

b) Entender los conocimientos médicos aplicando la teoría a la práctica.

c) Cumplir con las cláusulas del contrato que hiciste con la institución para obtener el documento de liberación.

5.- ¿Cómo detectas una organización de calidad en la institución para el pregrado?

a) Tener un jefe de enseñanza postgraduado relacionado con tu facultad para operativizar programas de pregrado.

b) La dotación de espacios físicos, materiales de aprendizaje y un programa de cursos médicos de alta calidad.

c) El trabajo armónico de los médicos con la jefatura y la administración para la formación médica.

La mejor relación con sus compañeros de trabajo institucional.

6.- ¿Quiénes son para ti tus compañeros de internado de pregrado?

a). Son el apoyo intelectual y laboral en el transcurso del internado de pregrado.

b) Son estudiantes de distinta procedencia que inevitablemente trabajarán de algún modo en tu servicio designado.

c) Son los futuros competidores en el campo de trabajo en las instituciones

7.- ¿Quiénes son para ti las enfermeras, bioquímicos y secretarías de la institución donde cursas el internado de pregrado?

a) Son personas más o menos permanentes en la institución que nada te enseñarán en el campo de tu profesión.

b) Son personas con conocimientos que apoyan la actividad médica y el conocimiento médico.

c) Son individuos que trabajan bien o mal en su campo y tienen una escala inferior para tu aprendizaje profesional.

El estudiante espera en lo particular:

Reconocer la utilidad del aprendizaje de la teoría

8.- ¿Qué esperas del contacto directo con los pacientes en la institución donde cursas el internado de pregrado?

a) Que te reconozcan como uno de los mejores estudiantes médicos bien orientado en tu vocación de servir.

b) Aprender habilidades invasivas (sondas, suturas, punciones) que no pueden aprenderse en otra parte y son necesarias para tu profesión.

c) La corroboración de los conocimientos teóricos, la adquisición de actitudes y la retroalimentación de tus conocimientos débiles.

9.- ¿Qué valor tiene para ti aprender una habilidad manual para el diagnóstico y el tratamiento?

a) El valor de tener un conocimiento más para prevenir la angustia posterior y si una base de prestigio médico.

b) El valor del aprendizaje en el cuerpo de una persona para su mejor atención y el valor de la dignidad humana.

c) El valor de comprender lo que en teoría no entendías aunque nunca más la apliques pues seguirás otra especialidad.

Dominar procedimientos diagnósticos.

10.- ¿Qué piensas del aprendizaje de procedimientos diagnósticos?

a) Que deben aprenderse a toda costa los procedimientos tecnológicos porque abrevian el tiempo de atención y son más científicos.

b) Que deben ser aprendidos solamente aquellos que practica la institución por protocolo de atención.

c) Que deben ser aprendidos de preferencia los de habilidad clínica y los menos invasivos.

11.- ¿Qué significa para ti el empleo de la imagenología y el aporte del laboratorio clínico?

a) Que es la extensión de la observación clínica para llegar a la certidumbre del diagnóstico y el ajuste de un tratamiento

b) Que es lo más importante que se aprende en una institución para dar calidad de atención a los pacientes.

c) Que sin estos auxiliares la institución baja de calidad y los médicos están imposibilitados para el trato de los pacientes.

Dominar planes farmacoterápicos.

12.- ¿Qué importancia tiene para ti la farmacoterapia?

a) Es fundamental porque sin medicamentos (o cirugía) no puede lograrse un tratamiento hacia el alivio del paciente.

b) Es una parte de un plan terapéutico en la segunda fase de la enfermedad pero no es exclusiva.

c) Es la esencia de la formación médica y hay que aprender dosis, frecuencia y días en que se observa la efectividad.

13.- ¿Qué importancia le das a la farmacoterapia en el tratamiento de las heridas superficiales ya suturadas?

a) Un tratamiento primordial sobre la inmovilización y el aseo.

b) Sin la farmacoterapia el paciente tendrá dolor e infección, la importancia es primordial.

c) La farmacoterapia es secundaria.

14.- ¿Cuál es tu intención sobre el aprendizaje de la farmacoterapia?

a) Que es importante cotejar sintomatología, fisiología y el empleo de los medicamentos idóneos al caso dentro de un plan terapéutico.

b) Que es la parte de mi formación a la que más tiempo debo darle en el internado.

c) Que debo dominar esta parte del tratamiento y de ser posible hacer una maestría en farmacología para ser el mejor médico.

Dominar habilidades médico/quirúrgicas de atención en cada servicio.

15.- ¿Qué esperas del aprendizaje de maniobras médico quirúrgicas?

a) Es fundamental el dominio para que un médico sea médico aunque sea epidemiólogo.

b) Es indispensable pero lo más importante es valorar en quien se aplican.

c) Las que deben aprenderse en un hospital son las mediadas por instrumentos como los rayos X y las endoscopías.

16.- Señala la habilidad prioritaria a aprender en el internado de pregrado.

a) Efectuar traqueostomías y drenajes pleurales en las emergencias.

b) Mantener permeable la vía aérea no obstruida y mantener la perfusión encefálica.

c) Lectura del ECG y la dosificación de aminos presoras en las emergencias cardiovasculares.

Introducirse al manejo clínico con alta tecnología.

17.- Señala la habilidad prioritaria a aprender en el internado de pregrado.

a) El dominio del uso del oftalmoscopio para valorar urgencias encefálicas.

b) Dominar la calibración de un ventilador de volumen en terapia intensiva.

c) Lectura del Electro cardiograma y del electroencefalograma por las patologías más comunes.

18.- Señala la habilidad prioritaria a aprender en el internado de pregrado.

a) La aplicación de medicamentos dilatadores del cérvix y el uso de USG doppler obstétrico.

b) La habilidad de aplicar clavos intramedulares y yesos para fracturas de huesos largos

c) La valoración de los datos en diferentes tipos de Rx, USG y TAC y RM.

Obtener un óptimo aprendizaje de su profesión.

19.- ¿Qué conocimientos debe tener un buen profesionista médico?

a) Metodologías científicas, todos los valores de escalas pronósticas, dominio de la farmacología.

b) Teorías de las ramas médicas, valoración costo beneficio de la atención médica y conocer la Ley federal de salud y la Norma oficial de salud.

c) Clínicos, de investigación y de la sociomedicina (comunicación, ética, política, etc.)

20.- ¿Cuál es el centro del concepto calidad en la atención de un paciente?

a) La satisfacción con la atención clínica o quirúrgica del paciente en cualquier circunstancia.

b) El empleo de los recursos de salud (materiales y trabajadores) con óptimo rendimiento.

c) Tener claro el concepto de que el paciente es persona y los compañeros de trabajo son persona.

1.- El estudiante espera en general:

Mejor enseñanza de los docentes.

Respuestas deseables: b, c, a, b, c, a, b, c, b, c, a, b, c, a, b, b, a, c, c, c.

Respuestas tolerables: a, b, b, a, a, b, a, b, c, a, c, c, b, c, a, a, c, a, a, a.

Respuestas tradicionales: c, a, c, c, b, c, c, a, a, b, b, a, a, b, c, c, b, b, b, b.

2.- El docente adscrito en el área de salud espera del interno en lo general:

Que los estudiantes adscritos a su servicio ya sean hábiles para atender el trabajo

21.- ¿Qué debe esperar de ti el médico adscrito a un servicio?

a) Que apliques todos tus mejores conocimientos de la materia que estudiaste en las aulas.

b) Que seas disciplinado, obediente, atento para aprender lo que en su servicio se ve.

c) Que cumplas con los reglamentos del hospital y que lo apoyes para sacar su trabajo sin problemas.

22.- Señala lo que es deseable de un médico adscrito para que tú aprendas en el internado de pregrado.

a) Que estimule tu aprendizaje de conocimientos, habilidades y actitudes frente al paciente.

- b) Que te deje artículos de investigación sobre los problemas de su servicio y que te los revise y comente.
- c) Que te deje hacer maniobras quirúrgicas y diagnósticas con instrumentos como muestra científica.

Que sean los más inteligentes en su área.

23.- ¿Qué crees que los médicos adscritos ven en un interno de pregrado como base para tu formación?

- a) Tu inteligencia, tu salud, tu presentación aparente, la familia de la que procedes.
- b) La escuela de la que procedes, tu promedio y tu manera de hablar y conducirte.

c) Tu condición de persona necesitada de aprendizaje en la profesión médica.

Que sean disciplinados y de preferencia, obedientes y proactivos.

25.- ¿Qué significa para ti ser obediente y disciplinado en el internado de pregrado?

- a) Que cumplas con las tareas de turno y guardia sin proponer acciones.

b) Trabajar en los planes de logro en el servicio con reflexión de la tarea y crítica de las fortalezas y debilidades.

- c) Que no causes reportes ni te hagas acreedor a castigos de guardia y tengas mejores notas.

26.- ¿Qué significa para ti ser proactivo en el internado de pregrado?

- a) Que señales lo mal hecho y la indisciplina de los demás mientras cumples tus obligaciones.

b) Que no sólo hagas tu trabajo sino que lo mejores con acciones de iniciativa.

- c) Que hagas más guardias y entres a más eventos terapéuticos quirúrgicos.

Espera en lo particular:

Disminuir las dificultades diarias para cumplir con su trabajo.

27.- De ser tú un médico adscrito de hospital, ¿Qué es lo que esperarías del trabajo de un interno de pregrado?

- a) Que sepa con soltura hacer maniobras clínicas y señalar un diagnóstico por lo estudiado en su escuela.

b) Que aprenda lo más pronto posible el trabajo base de su servicio.

- c) Que sea obediente y que no critique las acciones que le parezcan incorrectas.

Que el estudiante ayude a resolver problemas y no a complicarlos.

28.- ¿Qué ha de esperar un médico adscrito institucional de un interno de pregrado frente a los problemas?

a) Que no tenga iniciativa de hacer algo si no ha entendido bien el problema.

b) Que vaya a consultar sobre lo que proceda hacer con otro médico del mismo servicio.

c) Que haga tantas revisiones bibliográficas del caso como sean necesarias para aprender.

29.- Una vez que el interno haya madurado en el servicio adscrito ¿Qué espera de él el médico adscrito?

a) Que cambie a otro servicio y aprenda procedimientos y prescripciones nuevas.

b) Que en las guardias sea quien resuelva los problemas o los externe al jefe de servicio.

c) Que se oriente bien hacia la especialidad de ese servicio.

Disminuir el tiempo de atención académica al alumno porque “ya debe saber lo necesario”

30.- ¿Cuál consideras que es una esperanza negativa de un médico adscrito a un servicio?

a) Evitar dar más explicaciones sobre un problema que el interno ya debe dominar.

b) Que sea la jefatura de enseñanza quien ponga los temarios de estudio diario.

c) Que se queden después del horario de servicio para tener una plática sobre un problema médico de su servicio.

Obtener la mejor calificación en el desempeño de su trabajo institucional.

31.- Cuando se trabaja con internos de pregrado en un servicio. ¿Qué espera un adscrito de su equipo de trabajo?

a) Que le den una beca con gastos pagados cuando él la necesite.

b) Que lo ayude a lograr la acreditación y la certificación de calidad de su servicio.

c) Que el interno haga el trabajo rutinario que al adscrito le quitaría tiempo para dedicarlo a otra actividad.

32.- ¿Qué esperas de un médico adscrito para lograr un trabajo diario óptimo?

a) Que sea estricto en el mandar y sancionar cuando se trasgreda una norma.

b) Que asista a diario y puntualmente a su trabajo en el área asignada.

- c) Una comunicación cara a cara entre personas planteando los problemas comunes del servicio.

2.- El docente adscrito en el área de salud espera del interno en lo general

Que los estudiantes adscritos a su servicio ya sean hábiles para atender el trabajo.

Respuestas deseables: .b, a, c, b, b, b, a, b, a, b, c.

Respuestas tolerables: a, b, b, a, c, a, c, a, c, a,

Respuestas tradicionales: .c, c, a, c, a, c, b, c, b, a, b.

3.- La institución espera del interno en lo general:

Ser reconocida como la mejor sede en formación profesional.

33.- ¿Cuál consideras que es la expectativa del ISSSTE como institución de salud y de formación de médicos?

a) Ser reconocida como la mejor sede en formación profesional.

b) Ser una institución u hospital certificado y acreditado con los estándares internacionales de organización (ISO)

c) Que incrementen los recursos para educación cuando demuestre calidad educativa.

34.- ¿Cómo puede colaborar un interno de pregrado a la expectativa de la institución donde trabajará?

a) Con asistencia diaria y a tiempo, con la identificación visible de su grado y cumplimiento de la disciplina institucional.

b) Presentando el mejor promedio escolar y la recomendación de un médico adscrito por sus méritos.

c) Con atención a programas y normas, estudio, disciplina y dedicación al estudio de problemas específicos.

Egresar a los mejores alumnos puestos a su servicio.

35.- ¿Qué se espera de la institución de salud donde se forman internos de pregrado al finalizar cada ciclo escolar

a) Que en cada ciclo escolar haya un reconocimiento de haber cumplido con la formación profesional de un alumno en ciencias de la salud.

b) Que no haya habido deserciones ni demandas causadas por los internos de pregrado.

c) Que en el próximo ciclo escolar le envíen un mayor número de internos para satisfacer la demanda de trabajo.

Evitar al máximo la indisciplina en los alumnos a su cargo.

36- ¿Qué esperan del interno de pregrado las jefaturas de enseñanza y los servicios del hospital?

a) Como máximo que tenga uno de los mejores promedios de su carrera.

b) Como mínimo que sea disciplinado en alguno de los servicios.

c) Que sea hijo de trabajador de la salud o trabajador de la salud en superación.

Evitar al máximo el desprestigio institucional de su sede.

37.- El trabajo formativo de las instituciones y hospitales se conoce tarde o temprano. ¿Qué es lo que cada sede formativa desea evitar al máximo?

a) Que le envíen a los alumnos de más bajo promedio o los rezagados.

b) Que le envíen más alumnos de pregrado que los que normalmente acepta.

c) Que alguno de sus alumnos sea causa de escándalo por indisciplina o por deficiencia formativa.

Espera en lo particular:

Que docentes adscritos y alumnos sean simbióticos en el trabajo.

38- Cada hospital sede tiene su forma particular de ser percibido. ¿Qué percibes que espera el ISSSTE en el plano educativo?

a) Que haya los especialistas más calificados de la región.

b) Que los docentes adscritos a un servicio y los internos de pregrado sean simbióticos en el trabajo.

c) Que los adscritos eviten conflictos con los internos y estos sean más obedientes sin objeción alguna.

Que el personal paramédico y los alumnos sean colaboradores.

39.- En el trabajo colaboran diferentes profesionistas. ¿Qué espera en lo particular la autoridad hospitalaria donde se formará el interno de pregrado?

a) Que el interno de pregrado imponga su autoridad por el conocimiento que tiene de la salud/enfermedad

b) Que los conflictos que surjan los lleven ante las jefaturas y los directivos y no los resuelvan en horas de trabajo.

c) Que los internos y el personal paramédico trabajen en armonía.

Que cada día mejore el acerbo de consulta de datos para la atención de los alumnos.

40.- Cada institución tiene su parte administrativa y de planeación. ¿Qué esperas que tenga el área de trabajo de enseñanza e investigación de la sede donde trabajarás?

- a) Jefes con grados altos en docencia e investigación.
- b) Al menos que exista una computadora personal para el estudio diario con impresora.
- c) **Que cada día mejore el acervo de consulta de datos para el tipo de trabajo que se desempeña y el perfil de formación profesional.**

3.- La institución espera del interno en lo general:

Ser reconocida como la mejor sede en formación profesional.

Respuestas deseables: a, c, a, a, c, b, c, c.

Respuestas tolerables: b, a, b, b, a, c, b, a.

Respuestas tradicionales: c, b, c, c, b, a, a, b.

4.- La sociedad espera en general:

Que todo el personal, incluyendo a los internos (que no distingue de los adscritos) resuelva de la mejor manera sus dolencias.

41.- Los pacientes no distinguen siempre entre adscritos y estudiantes de pregrado. ¿Qué esperará un paciente de quien lo atiende en la consulta o el hospital?

a) Que se le cumplan sus peticiones cuando solicite estudios rutinarios o especializados.

b) Un trato con dignidad y con eficiencia profesional para sus problemas de salud.

c) Un trato profesional, puntual en su cita y con tiempo suficiente para su consulta.

Que reciba oportuna y eficazmente la atención como persona.

42.- ¿Qué espera del interno de pregrado el paciente que lo trata en consulta y hospital?

a) Comunicación, orientación suficiente para el consentimiento de las acciones que se le ofrezcan.

b) Un diagnóstico y tratamiento oportuno, suficiente y efectivo para su dolencia.

c) Que el médico adscrito decida lo que hay que hacer en cada caso.

Espera en lo particular: En cada servicio

Que el personal médico y paramédico sea capaz de resolver sus dolencias con eficacia.

43.- ¿Qué espera un paciente en cada servicio del personal que va a atenderlo?

a) Evitar las colas y espera de toda burocracia institucional.

b) Que el personal médico y paramédico incluyendo al interno le resuelva su problema con eficiencia.

c) Que el personal sea calificado y certificado para su perfil de trabajo.

Que el personal médico y paramédico sea humanista en el trato a sus dolencias.

44.- ¿Qué cualidad del interno de pregrado es sobresaliente en la atención a los pacientes?

a) Que tenga una presentación social digna de acuerdo a su grado profesional.

b) Que considere a cada paciente y a cada compañero de trabajo como persona.

c) Que proceda de una escuela de prestigio y sea uno de los mejores calificados.

4.- La sociedad espera en general:

Que todo el personal, incluyendo a los internos (que no distingue de los adscritos) resuelva de la mejor manera sus dolencias.

Respuestas deseables: b, a, b, b.

Respuestas tolerables: c, b, c, a.

Respuestas tradicionales: a, c, a, c.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA.

- Abbagnano, N. y Visalberghi, A. Historia de la pedagogía F. C. E. México, 1995.
- Aranguren, J. L., Ética y estética en Xavier Zubiri. Editorial Trotta, Madrid, 1996.
- Arredondo A, Damián T. Costos económicos en la producción de servicios de salud: Del costo de los insumos al costo de manejo de caso. *Salud P. Méx*; 39: 117-24. 1997.
- Arregui V. Choza, V. Filosofía del hombre, Instituto de Ciencias para la familia, Rialp, Madrid, 138. 2002.
- Ayllón, J. R. (1994). *En torno al hombre*, Rialp, Madrid.
- Beuchot, M. Los derechos humanos y su fundamentación filosófica, F. C. E., México. 1997
- Bericat, E.: *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social: Significado y medida*, Editorial Ariel, Barcelona, 1998.
- Berlinger, G. Ética de la salud. Editorial El segador, Milán, 1994.
- Bochenski, I. M. La filosofía actual. F. C. E. México, 2002.
- Cano García, Evaluación de la calidad educativa Editorial La muralla, Madrid, 1998.
- Carrillo, F. *La responsabilidad profesional del médico*. Editorial Porrúa, México. 2000.
- Chalmers. *¿Qué es esa cosa llamada ciencia?* Editorial siglo XXI, México, 2000.
- Comenio J. A. Didáctica magna Editorial Porrúa, Colección sepan cuantos" Número 167, México, 1997.
- CONAPO Situación demográfica de México. <http://www.CONAPO.gob.mx>
- Daniels, H. Vygotsky y la pedagogía. Editorial Paidós, México, 2003.
- De Acosta, J. La nueva alianza de las ciencias y la filosofía. Editorial, Universidad Pontificia de Comillas. Madrid, 2001.
- Descantes-Guanter, J. M. y Lopez Yopez, J.: *Teoría y técnica de la investigación científica*, Editorial Síntesis, Madrid, 1996.
- Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española.
- Drane J. F. *Cómo ser un buen médico*. Santa Fe de Bogotá. San Pablo, 1993
- Esquilo. Las siete tragedias "Prometeo encadenado" Editorial Porrúa, colección Sepan Cuantos, número 11, México, 1985.
- Esteve, J. M., Franco, S., y Vera, J. Los profesores ante el cambio social. Repercusiones sobre la salud de los profesores. Editorial Anthropos, Barcelona, 1995.

- Glasser W., 1990. *The quality school: Profesor and students without coercion*. Harper Collins, N. York, perennial library.
- Gracia D. (1998) *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. Santa Fe de Bogotá. Ed. El Buho Ltda..
- Guyton, A. Tratado de fisiología médica. Editorial McGraw Hill, México, 2003.
- Hernández R. G. *Paradigmas de la Psicología educativa*. Editorial Paidós Barcelona. 1987.
- Kerlinger F. N. Investigación del comportamiento Métodos de investigación en ciencias sociales. 4ª edición, McGraw Hill, México, 2001.
- Lain Entralgo P. *La relación médico-enfermo*. Madrid: Alianza Editorial, 1983.
- Ley General de Salud en su título cuarto, capítulo III, artículo 95, que entró en vigor el primero de julio de 1984.
- Lifshitz, A. (1999) *La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica*. UNAM- IMSS, México.
- Luckmann, A. Lachman, J. L. y Butterfield, E. O. Cognitive psychology and information processing: and introduction, Editorial Erlbaum, Hillsdale, Nueva Jersey, 1979.
- Kottow Miguel, (2005) *Introducción a la bioética*, Editorial Mediterráneo. Pág. 61 a 68.
- McCombs, G. *La clase y la escuela centrada en el aprendiz*. Editorial Paidós. Barcelona, 1998.
- Moore, H. *Tratado de embriología humana* "El embrión de 2 semanas o día 14, Editorial Interamericana, México 2000
- Palacios, J. La cuestión Escolar Editorial LAIA, Barcelona, 1989.
- Pearce, N, Douwes J., Beasley R. Is allergen exposure the major primary cause of asthma? *Journal of Thorax*: 55 (5): 424-31. 2000.
- Platón. *Diálogos. Apología de Sócrates*. Editorial Aguilar, Madrid. 1987.
- Rogers. C. (1978) *Libertad y creatividad en la educación*. Editorial Paidós, B. Aires.
- Snyders, G. Historia de la pedagogía Editorial Oikos-Tau, Barcelona, 1974, tomo II.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA.

- Abbott, A. Status and Status Strain in the Professions. *American Journal of Sociology*, 86 (1981), 823-825.
- Angell M. (1993) The doctor as a double agent. *Kennedy Inst. Ethics J.* 3: 279-86.
- Asociacion Medica Mundial. La Declaracion de Helsinki, en *The Ethical Dimensions of the Biological Sciences*, edited by Ruth E. Bulger, E. heitman, and S.J. Reiser. Cambridge University Press. Cambridge. 1993.
- Barne, P. J. Chronic obstructive pulmonary disease. *Medical progress.* 343 (4): 269-80. 2000.
- Beck J, Brandt E. N. Jr, Blackett P, Copeland K. (2001) Prevention and early detection of type II diabetes in children and adolescents. *J. Oklahoma State Med Assoc.* 94(8): 355-61.
- Berger A. Logran clonar células productoras de dopamina para tratar enfermedad de Parkinson. *Br. Med. J;* 6: 204. 1998.
- Bledstein, B. *The Culture of Professionalism: The Middle Class and the Development of Higher Education in America*, Nueva York: Norton, 1976, pp. 86, 274-281.
- Carvallo V. A. Médicos y profesionalismo. Pacientes e información *Rev Méd Chile* 2005; 133: 253-8.
- Correa Vial., Sgreccia, E. (Eds) *The dignity of the dying person. Proceedings of the fifth Assembly of the pontifical Academy for life.* Libreria Editrice Vaticana, Vaticano, 2000.
- Cumbre Mundial de Educación Médica. Declaración Edimburgo 1993. *Rev. Cubana de Educ. Med. Superior* 14(3): 270-83, 2000.
- Dayton J. M, Merson M. H. Global dimensions of the Aids epidemic: implications for prevention and care. *Infect Dis Clin North Am.* 14 (4): 791-808. 2000.
- Discovery Channel. "Médico residente" Programa semanal. "Rescate 911" de la misma programación televisiva estadounidense.
- El gobierno federal de México Programa Nacional de Desarrollo, 2001-2006.
- Epstein R. M, Hundert E M. Defining and assessing professional competence. *JAMA.* 287: 226-235. 2002.
- Forment, E. *Lecciones de Metafísica*, Rialp, Madrid, 348-362. 1992.
- Francis C. K. Professionalism and the medical student. *Ann Intern Med.* 141: 735-736. 2004.
- From Trials of War Criminals before the Nuernberg Military Tribunals under Control Council Law No. 10, vol 2 Washington, D.C: U.S. Government Printing Office, 1949.

- Fromm, E. (1978) *“El corazón del hombre”* Editorial F. C. E. México.
- Guiraud, Pierre. (1972) *La semiología* Editorial siglo XXI, México.
- Grebe B. G. (2002) “formación médica en la última década: cambios curriculares, políticos y legales” *Medicina y ética* 13(3):269.
- Goic A. (1993) El juramento hipocrático ¿una veneración ciega? *Vida Médica*, 44:25-28.

<http://eduserv.hscer.washington.edu/bioethics/topics/profs.html>
2007.

- Gualdrón, A. J. Estudiante de cuarto semestre de medicina Universidad Nacional de Colombia correspondencia: ajaguag@unal.edu.co
- Hickey, A. y cols. “Reliability and validity of judgement analysis as method for assessing quality of life” *Br. J. Clin. Pharmac.* 27: 155, 1989.
- Hilliard, R. I. (1995) “How do medical students learning styles and factors that affect these learning styles”. *Teaching and Learning in Medicine.* 7(4): 201.
- Hillman A. L. (1987) Financial incentives for physicians in HMOs: Is there a conflict of interest? *N Engl J of Med:* 317: 1743-8.
- Holstadter, R. *Anti-Intellectualism in America Life*, Nueva York: Random House, 1963, p. 301.
- Howson C. P., Fineberg, H. V., Bloom, B. R. World Health: The pursuit of global health: the relevance of engagement for developed countries. *Lancet* 351: 586-90. 1998.
- Jonás H. (1997) Técnica, Medicina y ética. Editorial Paidós, Barcelona.
- Jonsen, A. R., Braddock, C. H., Edwards. K. A. (1999) “Professionalism” en: Ethics in Medicine, University of Washington School of Medicine.
- Lacadena, R. (2003) *Bioética y genética*. Universidad Marquex de Comillas. Barcelona.
- La Declaración de los Derechos Humanos y del Hombre sede de las naciones unidas en Nueva York, USA El 10 de octubre de 1948.
- ‘La Educación Médica en los Estados Unidos y Canadá. Un Informe a la Fundación Carnegie para el Avance de la Enseñanza’*, fue publicado en 1910.
- Lam, T. P. “Early introduction of clinical skills teaching in a medical curriculum factors affecting students’ learning”. *Med. Ed.* 36(3):233, 2002.
- Lucas, L. R. (2001) Antropología y problemas bioéticos, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid.
- Magallón, I. J. (2002) La responsabilidad profesional de los médicos. *Revista Derecho Privado.* 1:45 a 72.

- Mazze R. S, et al. (1994) Staged diabetes management. Toward an integrated model of diabetes care. *Diabetes Care*. 17(1): 56-66.
- Mifsud T. (2002) *Agenda valórica en Chile*. Santiago de Chile. Santillana.
- Ouedraogo M, et al. Contribution of bronchial fibroscopy in developing countries. *Rev Mal Respir* 18(3): 297-300. 2000.
- Orlovic D, Kularatne R, Ferraz V, Smego R. A. Dual pulmonary infection with *Mycobacterium* and *Pneumocystis carinii* in patients with human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis*. 32(2): 289-94. 2001.
- Ortega y Gasset, J. Sobre la expresión fenómeno cósmico Tomo II, Obras completas, Madrid, 578. 1998.
- Pessini, Leo. (2005) *Distanasia. ¿Hasta cuando prolongar la vida?* Ediciones Dabar, México.
- Plan de Estudios 1993 de la carrera de Médico cirujano en la facultad de medicina humana de la UNACH "Metodología de la enseñanza", página 30.
- Reglamento de evaluación para el estudiante de medicina. Gaceta médica de la UNACH, Facultad de Medicina Humana. Mayo de 1995.
- Sabido, Siglher, M. A. Viniegra Velásquez L. Competencia y desempeño clínicos en diabetes. *Rev. Invest. Clin*. 50:211 a 216, 2003.
- Sánchez M. A. (1998) *Historia, teoría y método de la medicina: Introducción al pensamiento médico*. Barcelona, España. Masson.
- Savill J. (1997) El papel de la biología celular molecular en la comprensión de las enfermedades. *British Medical Journal* 5: 171-4.
- Schön, D. "El profesional reflexivo" Editorial Paidós, Barcelona, 2002.
- Schwarz, R. M. (1998) On moving towards international standards in health professions education. *Changing Medical Education and Medical Practice*. WHO, Geneva Switzerland.
- Scout, C. S. et al (1991) Clinical behavior and skills that faculty from 12 institutions judged were essential for medical students to acquire, *Academia Medicine* 66(2): 106.
- Schrag, C. Involvement, "Integrity, and Legacy in American Liberal Education". Trabajo presentado en la International Association of Philosophy and Literature, Seattle, 3 de mayo de 1986.
- Segundo Congreso de la Sociedad de Educación médica de Euskadi (SEMDE) Bilbao, octubre del 2006. www.ehu.es/SEMDE.
- Sen K, Bonita R. Global health status: two steps forward, one step back. *Lancet*; 356: 577-82. 2000.
- Sgreccia, E. (Eds) (2000) The dignity of the dying person. Proceedings of the fifth Assembly of the pontifical Academy for life. Libreria Editrice.
- Stocker K, Witzkin H, Iriart C. (1999) The exportation of managed care to Latin America. *N Engl J Med*. 340: 1131-6.

Terrés A. M. Medicina del tercer milenio. Rev Med IMSS. 36(3): 245-52. 1998.

Wanzer, S. H. (1989) The physician's responsibility toward hopelessly ill patients. N. Eng. J. Med. 320:844.

Wilshire, B. (1990) "Professionalism as Purification Ritual Alienation and Desintegration in the University" Journal of Higher Education, 61 (13).

Weber A, Stammberger U, et al. Thoracoscopic Lobectomy for benign disease a singles centre study on 64 cases. Eur J. Cardiothoracic Surg. 20(3): 443-48. 2001.

Wojtyla, K. "Persona y Acción" Editorial BAC, Madrid, 1978.