



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE POSGRADO EN PEDAGOGÍA

El médico ante la muerte: la formación de los residentes de la Facultad de Medicina
de la UNAM

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTOR EN PEDAGOGÍA

PRESENTA:

JOSÉ DANIEL MORALES CASTILLO

TUTORA PRINCIPAL:

Dra. Norma Georgina Gutiérrez Serrano
Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias

COMITÉ TUTOR:

Dra. María Asunción Álvarez del Río
Facultad de Medicina

Dr. Marco Antonio Jiménez García
Facultad de Estudios Superiores Acatlán

Dra. Patricia Mar Velasco
Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación

Dra. María del Socorro Oropeza Amador
Facultad de Estudios Superiores Aragón

Ciudad Universitaria, Cd. Mx. junio 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradezco

Antes que nada, se impone mi gratitud a la Universidad Nacional Autónoma de México. Gran parte de mi formación académica y personal la forjé aquí, siempre estaré en deuda.

Expreso mi profunda admiración, reconocimiento y respeto a mis dos grandes mentoras: Dra. Teresa I. Fortoul, y Mtra. Margarita Varela. La mayor de mis gratitudes por su apoyo incondicional y desinteresado. Aprendí de ustedes de la mejor manera que se puede aprender: con el ejemplo. Han sido mi brújula en innumerables ocasiones; emular su disciplina, trabajo, constancia, y sentido humano resulta esperanzador.

Especial mención a la Dra. Aketzali Flores, por insertarme al ámbito hospitalario y atender mis infinitas dudas médicas. Fuiste parte de esta tesis de inicio a fin, construimos en conjunto, a la par de nuestra valiosa amistad.

A los integrantes del Comité Tutorial: Dra. Asunción Álvarez, siempre recordaré nuestros encuentros como un remanso de paz, en los que tus palabras me reconfortaron y dieron aliento en momentos difíciles. Dra. Norma G. Gutiérrez, hizo posible que mi proyecto tuviera cabida en el posgrado, agradezco haberme permitido la independencia y autonomía intelectual. Dr. Marco A. Jiménez, sus seminarios me resultaron inspiradores y enriquecieron mi horizonte teórico. La precisión y rigurosidad de sus observaciones me hicieron recordar lo mucho que aún tengo por aprender. Dra. Socorro Oropeza, fuiste oídos dispuestos y lectura certera. Me hiciste esforzar más allá de lo que pensé que podría, reconozco tu agudeza metodológica y contribución para que esta tesis se articulara de mejor manera. Dra. Patricia Mar. Hay encuentros que surgen por una extraña y afortunada casualidad, el nuestro parece que fue producto del azar, y ello aportó una chispa de emoción al final de este trabajo que fue construido en torno al sentir de muchas personas.

A mis dos familias: aprecio y valoro su gran apoyo, comprensión y paciencia a lo largo de este trayecto.

A Gandhi Hernández, por la ocasión en la que nuestros proyectos académicos se empataron y tuvimos la oportunidad de construirlos en paralelo, y de crecer juntos también. Fui afortunado de tener alguien con quien compartir esta importante y decisiva etapa formativa.

Dedico esta tesis a *los residentes*, esos médicos anónimos que dieron sentido y vida a este trabajo.

Esta investigación se llevó a cabo con el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) por medio de su Programa Nacional de Posgrados de Calidad 2016/2020.

De la muerte: un capítulo personal...	5
Introducción	11
CAPÍTULO 1. La gran interrogante del ser. De La Muerte y los muertos	30
La función simbólica de La Muerte: del instinto a la objetivación	32
Etimología y tipología de La Muerte	35
Negro: configuraciones conceptuales sobre La Muerte en el tiempo	37
Antecedentes de La Muerte como fenómeno de estudio	42
La Muerte en la Escuela. Tres perspectivas de análisis	
CAPÍTULO 2. Educabilidad y formabilidad del residente	55
De la <i>Bildung</i> a la <i>Bildsamkeit</i>	56
Educabilidad y formabilidad en la Facultad de Medicina y en el hospital	71
Los Servicios de Salud en México	79
El Centro Médico Nacional Siglo XXI	83
Las Especializaciones Médicas en México	90
Panorama del Plan Único de Especializaciones Médicas PUEM, UNAM	93
Política gubernamental y formación médica	97
El promedio obtenido: implicaciones en la formación del residente y la atención médica	99
Una práctica desafiante: la guardia en la residencia	106
CAPÍTULO 3. Al encuentro con los residentes	109
Perspectivas de origen de los Estudios de Caso	110
Los Estudios de Caso Múltiples	115
Un Enfoque Narrativo	119
Las Especializaciones elegidas	121
Análisis de la Información - La Cultura Médica	136
Tiempo y ritmo en el hospital	143
La subcultura del residente	146
Estudiante y fuerza de trabajo en el hospital: El Médico Residente como Educador	148

CAPÍTULO 4. La residencia médica. Una metamorfosis en el hospital	156
La autonomía del ser en torno a la muerte. Una necesaria reflexión	156
Una aproximación a la muerte y la enfermedad en el hospital	161
El consultorio médico y la comunicación de noticias difíciles	164
La consulta oportuna con el especialista: la gran diferencia	169
Diagnóstico, pronóstico, tratamiento y desenlace	174
La Esperanza en el tratamiento	179
¿Adaptación o costumbre? El paciente y el médico ante la muerte	182
La presencia de la Universidad en el hospital	188
El médico y el enfermo: dos mundos paralelos	192
Rasgos de personalidad de los especialistas y el afrontamiento de la muerte de sus pacientes	201
Profesionalismo y ética médica	222
Conclusiones	234
El factor tiempo: un parámetro fundamental en la medicina	234
Caminos contiguos: la enfermedad del paciente y la formación como especialista	239
Un viaje concluido. Reflexiones finales	246
Anexos: Guiones de entrevistas a profesores y residentes	254
Bibliografía	256

La obra maestra del hombre es perdurar.
Fausto. J.W. Goethe.

Tú eres el tronco invulnerable y nosotros las ramas,
por eso es que este hachazo nos sacude
J. Sabines.

De la muerte: un capítulo personal...

Qué peculiar...El contacto con la muerte de un ser humano evoca sentimientos tan distintos dependiendo de las circunstancias en las que la muerte acontece. Y es que el "contacto" no siempre significa tocar, acercarse o vivir la muerte del otro. El dolor que provoca la ausencia de una persona no depende siempre de la cercanía o distancia física, sino acaso del lazo que se tuvo con ella. No obstante, este lazo tampoco obedece necesariamente a vínculos filiales, éstos no son garantía de que la muerte del otro provoque en "los que se quedan" tristeza o padecer. En este sentido, me pregunto si la muerte de alguien debe propiciar siempre dolor y pena: ¿es lo correcto?, ¿lo debido?, ¿lo que se tiene que sentir?

A mi modo de ver, el sentir del ser humano ante cualquier circunstancia de la vida no tendría porqué ser obligado, fingido, falso, ni mucho menos impuesto. ¿Es este el caso de la muerte?, ¿somos libres de nuestro sentir ante el suceso de la muerte?, ¿por qué en no pocas ocasiones hablar sobre la muerte provoca ansiedad, nerviosismo, incomodidad, a veces incluso genera molestia?

Sin duda, la muerte es un suceso que, de manera muy particular evoca y suscita en quien la piensa, nombra, o atestigua, distintos pensamientos y sentimientos. Hay quienes se atreven a reflexionarla, mientras que otros la eluden porque el nombrarla, dicen, es evocarla.

Es muy difícil saber con mayor profundidad las razones por las que las personas no desean hablar sobre la muerte, quizá no pensarla los haga sentir que se aleja.

Entonces, me resulta relativamente más sencillo cuestionarme por qué hay personas que sí pensamos la muerte y sí la nombramos. Supongo que es menos complicado (supongo) porque existen registros, documentos, pinturas, música, libros, etc., que abordan el tema de la muerte, así como las implicaciones y sensaciones en quienes seguimos vivos.

A diferencia de quienes ocultan, eluden, o niegan el tema de la muerte, encuentro en los que sí se interesan por reflexionar sobre ella una inquietud y empatía genuinas, no tanto por los que ya murieron, sino por quienes están vivos y, más aún, por los que están a punto de fallecer. Abordar el tema no significa invocar, atraer, o incitar a la muerte. Más bien coadyuva a una comprensión en dos sentidos: el primero, respecto a los que sufren y viven la pérdida del *otro* cercano-familiar-amigo-paciente. ¿Qué decirle?, ¿cómo decirlo?, ¿hay alguna forma de “ayudar” al (los) doliente(s)? En segundo lugar, encarar el tema de la muerte nos recuerda y sitúa también como finitos.

Contrario a lo que podría creerse, estoy convencido de que reflexionar sobre la muerte nos sitúa en el presente-viviendo, porque pensar la muerte nos coloca casi de inmediato en el inevitable instante que está transcurriendo ahora. Esto lo pensó y escribió, sin duda alguna, mucho mejor que yo Octavio Paz: “Todo es hoy. Todo está presente. Todo está, todo es aquí. Pero también todo está en otra parte y en otro tiempo. Fuera de sí y pleno de sí...” (Paz, 1956).

De tal suerte que, el epígrafe que he colocado al inicio del texto pertenece a su vez a un poema intitulado: “Algo sobre la muerte del mayor Sabines”. Dedicado a su padre fallecido, Sabines escribe en otra parte del texto: “Me avergüenzo de mí hasta los pelos por tratar de escribir estas cosas. ¡Maldito el que crea que esto es un poema! (Sabines, 2012). La muerte no se celebra, se repulsa.

Ahora bien, no todas las personas que se han interesado, escrito o reflexionado sobre el tema de la muerte han experimentado un deceso cercano.

Por ejemplo, Elisabeth Kübler-Ross (1997) escribió que, durante una de sus visitas a los campos de exterminio nazi después de la guerra, se sintió profundamente conmovida al encontrar en las paredes de las barracas algunos dibujos de mariposas, realizados probablemente por algunos niños poco antes de ser ejecutados.

Entendido como un claro mensaje alusivo a la transformación de oruga a mariposa, a partir de ese momento supo que su vida estaría consagrada al cuidado de los enfermos y los moribundos; dedicando tiempo, atención y escucha en los momentos más vulnerables del ser humano.

También la fe religiosa propicia la reflexión y escritura sobre la muerte. En dos de sus más recientes publicaciones: "Una muerte feliz" (2016), y "Morir con dignidad. Un alegato a favor de la responsabilidad" (2010), Hans Küng aborda, a sus más de 80 años, un tema que persiste tabú en diversas sociedades modernas: la eutanasia. Él mismo reconoce estar cada vez más cerca de la muerte y, por ello, acepta sin temor ni angustia el momento *de la despedida* :

Me gustaría morir consciente y despedirme digna y humanamente de mis seres queridos. Morir para mí significa una muerte sin nostalgia, ni dolor por la despedida, sino una muerte con una completa conformidad, una profundísima satisfacción y paz interior (Küng, 2016).

Desde luego, en el caso de Küng, la reflexión y escritura sobre la muerte no se remonta a los últimos años de su obra. En más de sesenta años de crítica hacia los pontificados subsecuentes al de Juan XXIII, su prolífica obra es ampliamente reconocida en el ámbito teológico, pero también en el filosófico y humanista. La reflexión sobre Dios, la vida y la muerte se encuentran presentes invariablemente en gran parte de su obra, empero, el mal de Parkinson que lo aqueja lo han hecho pensar en recurrir al suicidio asistido: "...no quiero seguir viviendo como una sombra de mí mismo" (Martínez García, 2013).

También es preciso decir que frente a la adversa situación del padecimiento de una enfermedad, o la llegada a una edad avanzada la percepción sobre la vida y la muerte adquieren un cariz especial.

Alrededor de ello, Maeterlinck (1957) señala cómo en muchas ocasiones los seres humanos actuamos sin razón ni tregua respecto a la muerte:

Las enfermedades no tienen nada en común con aquello que las termina. Pertenecen a la vida y no a la muerte. Olvidamos con facilidad los más crueles sufrimientos que nos devuelven la salud, y el primer sol de la convalecencia borra los más insoportables recuerdos de la alcoba donde padecemos. Pero si llega la muerte, en un instante la abrumamos con todo el mal que arribó antes que ella. Ni una lágrima que no recordemos para reprochársela, ni un grito de dolor que no se vuelva un grito de acusación. Ella sola soporta el peso de los horrores de la naturaleza o de la ignorancia de la ciencia que han prolongado inútilmente suplicios en cuyo nombre se la maldice porque les pone término (Maeterlinck, 1957: 11).

En otros casos, hay quienes debido al ámbito de su profesión se relacionan directamente no solo con el 'tema' de la muerte, sino con el suceso mismo: es el caso de los médicos. Ya sea como médico general o como especialista, la muerte será un suceso al que se enfrentará invariablemente durante todo el ejercicio de su profesión.

¿Por qué escribir entonces sobre la muerte? Quizá la pérdida de alguien cercano, un ser querido, provoca volcarse y escribir en busca de alivio, pero no es el caso de todos. Lo que sí me parece común en la mayoría de los interesados, es un constante cuestionamiento sobre la existencia y finitud humana. Lo que motiva y alienta la reflexión es, sin duda, la presencia y ausencia de las personas.

Para Platón:

El ejercicio de la muerte es un ejercicio espiritual que consiste en cambiar de perspectiva, en pasar de una visión de las cosas dominada por las pasiones individuales a una representación del mundo gobernada por la universalidad y la objetividad del pensamiento (Gabilondo, 2003: 33).

Mi caso es uno semejante al de Jaime Sabines, pero también mi quehacer profesional cotidiano me llevó a cuestionarme sobre la muerte, y la manera en que los médicos afrontan y asumen (aunque también en muchas ocasiones evaden o niegan) la pérdida de sus pacientes.

Aunque por lo general el aspecto profesional es el que se reconoce y escribe en trabajos académicos como este, considero prudente y necesario abordar las implicaciones personales que propiciaron la idea del proyecto, y que motivaron en gran parte el desarrollo de este. Es entonces un acto de honestidad conmigo y con quienes tengan a bien ser lectores de este trabajo.

Mi abuela

A mi derecha, un marco plateado y con fondo azul. Es el retrato de mi abuela junto al secreter en el que he escrito casi todas las líneas que conforman esta tesis. Asida a un bastón con fortaleza y serenidad, también me parece ver en su mirada algo de nostalgia, quizá (imagino) es la mirada de alguien que ya no ve más al pasado, y en cambio, consigue plantarse en ese instante preciso en el que la fotografía le fue tomada. Vuelvo a ver su retrato y siento tristeza al saber que ya no está. Es raro para mí, aunque nuestra relación jamás fue cercana, desde que murió pienso que los últimos años que vivió pudieron haber sido mejores, más alegres y con menos dolor.

Puedo distinguir también que esa tristeza que emerge en mí se debe en gran medida al dolor profundo, profundísimo que mi madre siente por la muerte de mi abuela. Según recuerdo, el ocaso de la enfermedad fue lo más duro para todos quienes estuvieron junto a mi abuela sus últimos días *aquí*.

La mujer dura y de carácter indomable, nunca desistió ante el peor de los diagnósticos ni dudó un segundo en hacer cuanto fuera necesario para afrontar la enfermedad que habitó su cuerpo durante años.

Huésped mortal, la obligó a llamar, pedir y necesitar de sus hijos como jamás lo había hecho en su vida. En los momentos en que el dolor se instaló en su cuerpo no hubo tregua, ni piedad, ni tampoco tiempo para lamentarse por lo que ocurría, lo apremiante: disminuir el dolor y el sufrimiento que se volvieron cotidianos.

El estado de alerta de quienes la cuidaron jamás se convirtió en rutina, era imposible habituarse. El dolor y sufrimiento de mi abuela presagió siempre su proximidad hacia la muerte.

Así, radical e irremediable, un día simplemente no miró más, ni habló tampoco, suspiró... ya no estuvo más. Su muerte fue un relámpago en la vida de todos. Han transcurrido años desde su partida, y los ecos permanecen.

Contumaz hijo, la pérdida es un respirar bajo las olas. Su vida antes agitada, rápida, turbulenta, intensa, chispazo, roja y hoguera, es ahora lenta, pausada y gris...vivió con mi abuela toda su vida. Hijos muchos, parejas tantas. Devoto sí...a mi abuela. Mi abuela y él, siempre juntos. Mucho tiempo los pensé como agua y aceite, pero al pasar de los años descubrí que no lo eran, sino más bien fuego y pólvora. Imagino entonces lo difícil de encontrarse nulo de fuego sabiéndose pólvora pura, y me siento incapaz. La vida pareció detenerse, y quizá nunca retomó el compás habitual...el de siempre.

Mi madre afrontando día con día la muerte de mi abuela, y de pronto, su hermano murió también. Impredecible como lo fue toda su vida, la muerte le llegó sin aviso, no hubo alternativas, enfermedades, ni antesalas, solo ocurrió.

Hijos muchos, parejas tantas, pero al final solo mi madre frente a una cama de hospital se empapa los dedos en la nuca mojada de su hermano que desde hace horas no está más *aquí*. Pienso que ahora está con mi abuela y otra vez es feliz.

Introducción

La muerte de los pacientes constituye un acontecimiento inherente al ejercicio médico y, particularmente en la práctica clínica, es un evento cotidiano e inevitable. Las causas por las que ocurre un deceso en el hospital son tan diversas como los pacientes que son atendidos en él. En este sentido, las tasas de morbimortalidad¹ también son distintas de acuerdo con el servicio médico del cual se trate, sin embargo, dada la naturaleza de ciertas especializaciones es posible inferir en cuáles la incidencia de fallecimientos es mayor que en otras. Por supuesto, lo anterior no debe interpretarse como si se tratara de “mejores” o “peores” servicios, sino que las características de las enfermedades o las circunstancias por las que una persona es atendida por un especialista se relacionan, de cierto modo, con los posibles desenlaces médicos. Así, la probabilidad de que ocurra un deceso en el hospital, supongamos, en el servicio de urgencias, es mayor al que podría suceder en el servicio de oftalmología. Claro está que lo anterior no constituye una regla inalterable o totalmente predecible; el trabajo cotidiano en el ambiente clínico es, ante todo, característicamente incierto.

Desde luego, un escenario desafortunado en el hospital nos hace pensar, en primer lugar, en el paciente fallecido y sus dolientes. En este contexto, la muerte de toda persona es lamentable y supondría de parte del personal médico una reflexión (y en muchos casos, futura corrección o mejora) respecto al proceder clínico: ¿qué se hizo adecuadamente y qué no?, ¿se hizo todo lo “médicamente posible”?, ¿hubo una apropiada relación y comunicación médico-paciente-familia?

¹ Se refiere al número de personas que enferman y mueren en una determinada población. Ambos términos: morbilidad y mortalidad están íntimamente relacionados, pues muchas enfermedades son la causa directa de la muerte de las personas. Cuando se habla de tasas de morbimortalidad debe comprenderse como la relación entre las defunciones y las causas médicas que las producen.

No es casual que el verbo más recurrente, y acertado, para referirse al trabajo en el hospital sea el *hacer*.

Probablemente para aquellos que experimentan el dolor por la muerte de un ser querido, dichas preguntas carezcan ya de sentido ante el irremediable suceso, sin embargo, para el personal médico que estableció una relación con el paciente, aquellas reflexiones, interrogantes, y posibles planes y estrategias de mejora tendrían que formar parte de su práctica cotidiana, independientemente del pronóstico y desenlace de la enfermedad en el paciente.

Al respecto, es importante decir que el cuestionamiento a la práctica médica por parte de los pacientes, y que se expresa en inconformidades cara a cara con el personal de salud, o bien, de manera formal a través de las autoridades competentes es complejo y puede surgir no solo tras la muerte del paciente, sino incluso desde la emisión del diagnóstico. Dada la naturaleza de la relación que se establece entre el médico y el paciente ante una circunstancia de enfermedad, la diversidad de situaciones que podrían derivar en una inconformidad o queja son innumerables y no siempre procedentes.

Lamentablemente, dichas situaciones lejos de constituir casos excepcionales o aislados, son cada vez más recurrentes. De acuerdo con cifras del Informe anual de Actividades de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) 2019², la dependencia recibió 17,182 asuntos por la prestación de los servicios médicos³, 13.5% más que las registradas en 2018. La siguiente tabla 1 muestra el incremento de asuntos recibidos de 2016 a 2019:

² A enero de 2021, éste es el informe más reciente. Es muy probable que el retraso obedezca a la situación de la pandemia.

³ Es importante distinguir entre un "Asunto por la prestación de los servicios médicos" y una "Queja" propiamente. No todas las solicitudes presentadas ante la CONAMED requieren o derivan en un proceso arbitral (queja). Pueden tratarse, por ejemplo, de asuntos o conflictos competentes a otra dependencia gubernamental, o que se solucionan mediante una orientación o gestión inmediata de parte de la CONAMED al usuario, y ante la institución de salud correspondiente.

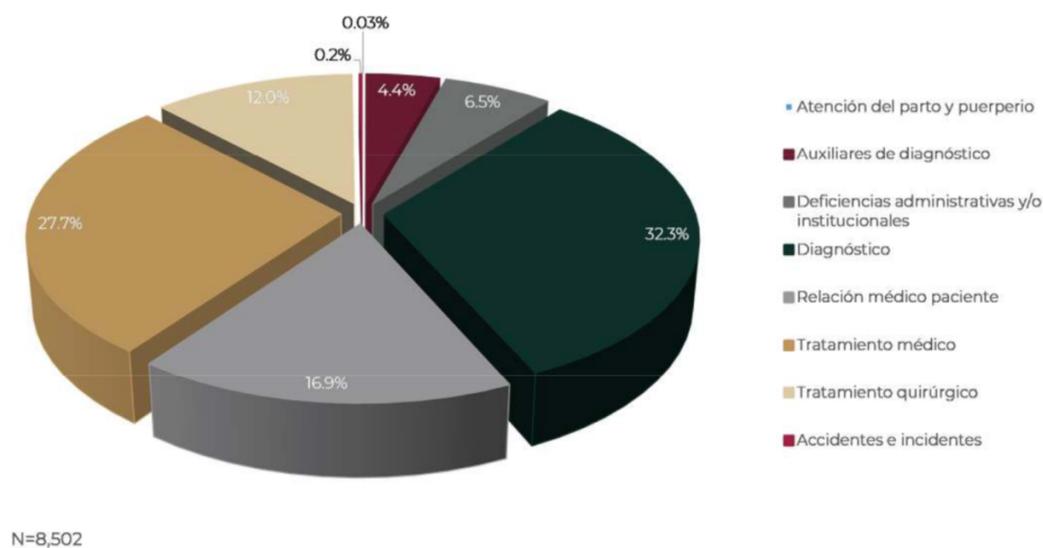
Asuntos recibidos	
2016	14,214
2017	15,256
2018	15,283
2019	17,182

Tabla 1. Asuntos recibidos por la CONAMED, 2016-2019.

Fuente: (Tapia, 2020)

<https://cutt.ly/HlttKpS>

De aquella cifra inicial, mil 781 se resolvieron mediante Gestión Inmediata⁴, y 1,410 fueron admitidos como quejas e iniciaron un proceso arbitral. De los 17 mil 182 asuntos, se registraron 8,502 motivos de inconformidad, de acuerdo al Protocolo de Atención de Quejas Médicas, los cuales se muestran gráficamente a continuación:



Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED), CONAMED 2019

Figura 1. Motivo de los asuntos, 2019.

⁴ La CONAMED define la Gestión Inmediata como sigue: En los escenarios en donde un asunto amerita una pronta solución por así exigirlo la situación de salud del paciente, cuando se relacione exclusivamente a requerimientos de atención médica o de los derechos que le otorga la ley al paciente desde el punto de vista médico, pueden ser resueltos de manera oportuna.

Como se observa, los cinco principales motivos causantes de inconformidad por los usuarios de los servicios médicos son:

- 1) Diagnóstico (32.3 %)
- 2) Tratamiento médico (27.7%)
- 3) La Relación médico-paciente (16.6 %)
- 4) El Tratamiento quirúrgico (12%)
- 5) Deficiencias administrativas (6.5%)

Las unidades médicas involucradas con los asuntos por la prestación de los servicios médicos, resueltos mediante gestión inmediata son: Instituto Mexicano del Seguro Social (68%), el ISSSTE (26%) y la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (2%). Gráficamente se presenta a continuación:

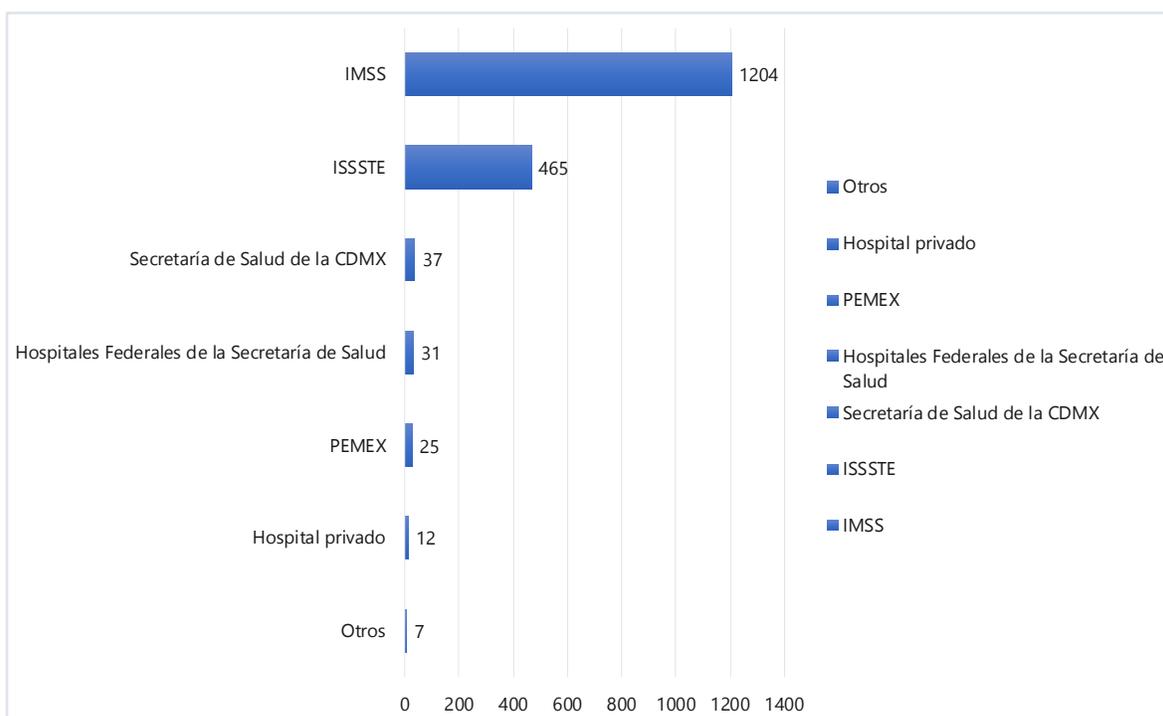


Figura 2. Gestiones por prestador involucrado, 2019.
Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED), 2019.

Los motivos principales por los que se realizaron las gestiones inmediatas fueron: tratamiento médico (35%); diagnóstico (34%); relación médico paciente (17%); deficiencias administrativas y/o institucionales (14%).

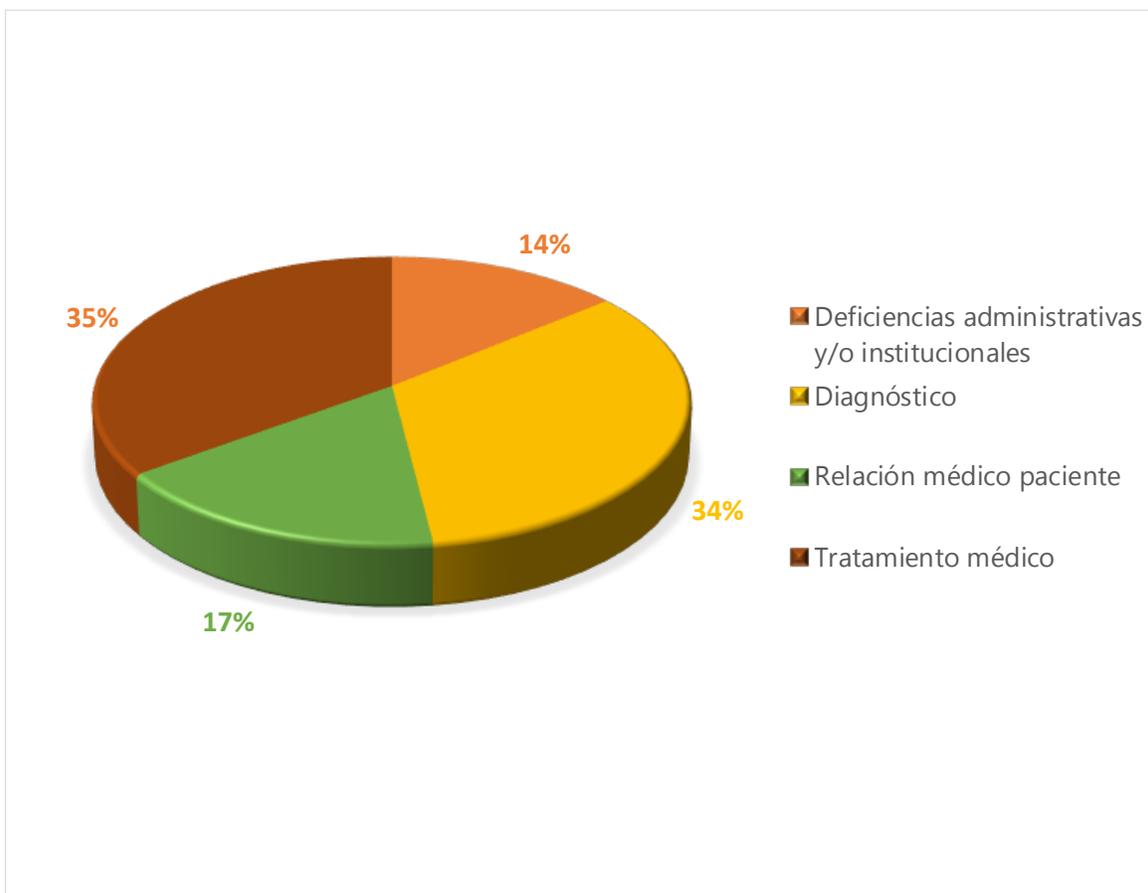


Figura. 3. Motivos de las gestiones, 2019.
Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED), 2019.

Respecto a las Gestiones Inmediatas por modalidad del tratamiento médico en 2019, se observan las distinciones como sigue:

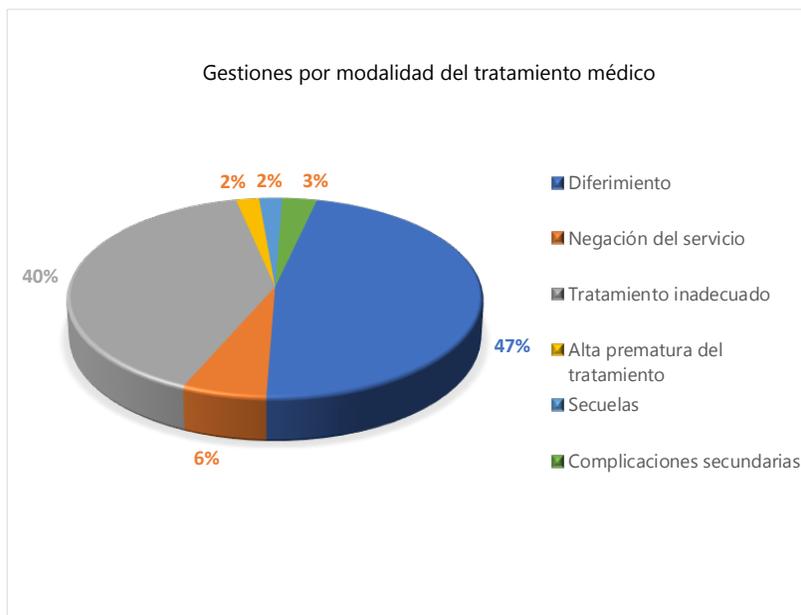


Figura 4. Gestiones por modalidad del tratamiento, 2019.
Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED), 2019.

Ahora bien, tratándose de la Gestión Inmediata por modalidad de diagnóstico se muestra la siguiente gráfica:



Figura 5. Gestiones por modalidad de diagnóstico, 2019.
Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED), 2019.

En cuanto a la Gestión por modalidad médico-paciente, vemos la siguiente figura:

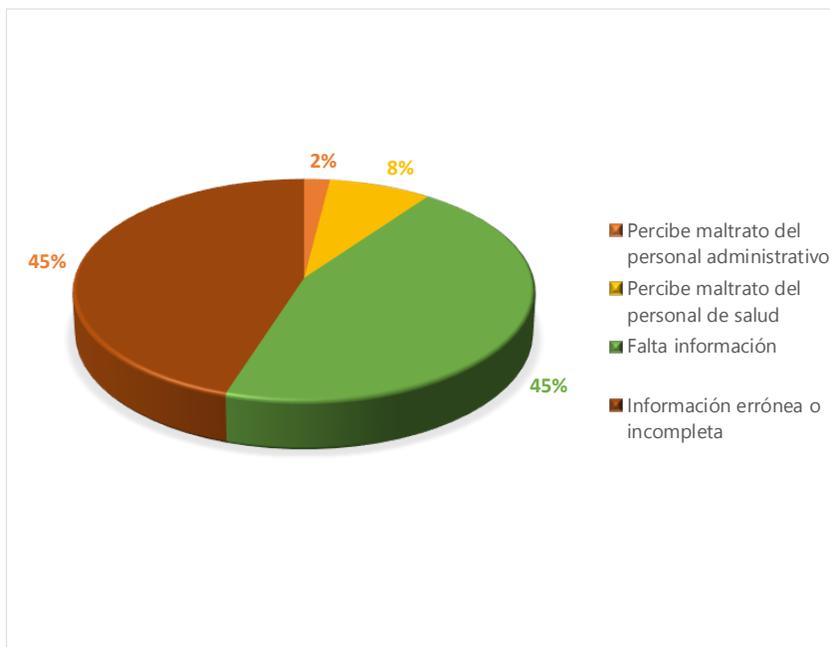


Figura 6. Gestiones por relación médico paciente, 2019.
Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED), 2019.

Finalmente, las Gestiones derivadas por deficiencias administrativas se muestran como sigue:

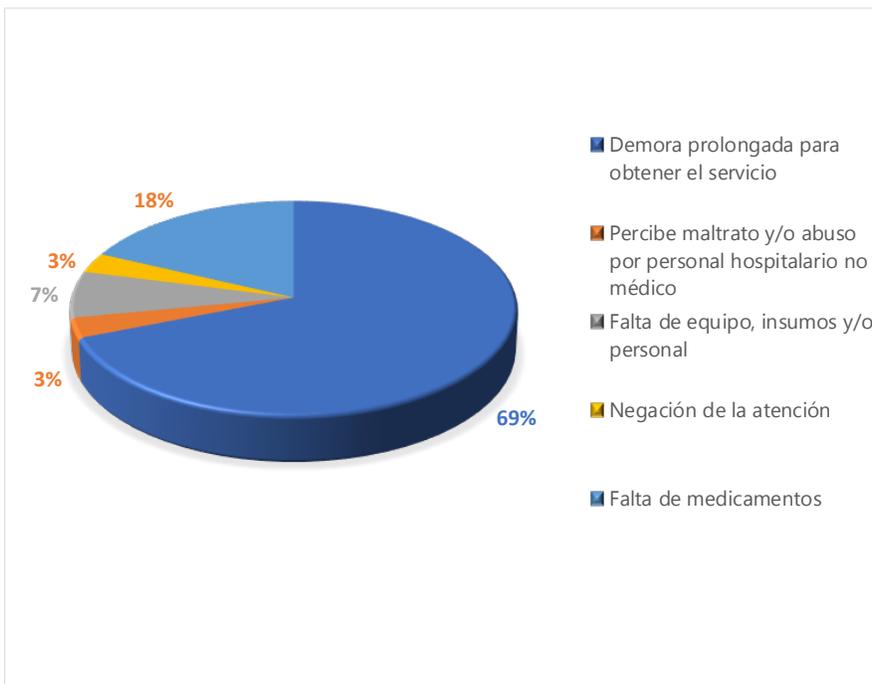


Figura 7. Gestiones por deficiencias administrativas, 2019.
Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED), 2019.

Referente a los procesos arbitrales, es decir, las quejas que sí procedieron, la CONAMED enfatiza que en esta etapa conciliatoria la dependencia coordina el proceso y establece las reglas que facilitan la generación de acuerdos y soluciones factibles al conflicto.

Es así que durante el ejercicio 2019, de las 1,410 quejas procedentes se concluyeron en ese mismo periodo 1,110, adicionalmente, en 47 asuntos se firmó por ambas partes un compromiso arbitral. De las quejas concluidas en esta etapa, 343 fueron conciliadas pero en 757 asuntos no se logró un acuerdo entre las partes, de éstas, 538 concluyeron por "falta de voluntad conciliatoria" (71%) y 216 por "falta de interés procesal" (29%).

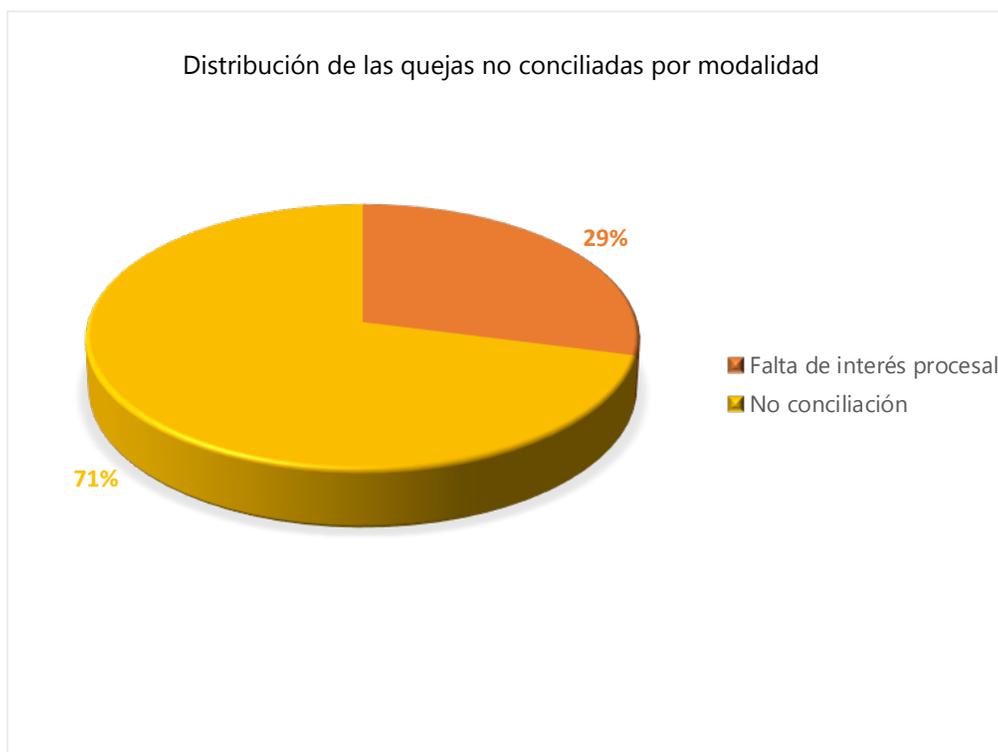


Figura 8. Distribución de las quejas no conciliadas por modalidad, 2019.
Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED), 2019

Ahora bien, de las 343 quejas conciliadas, destaca la de "Transacción" con 236 quejas; por "Aclaración Aceptada" 105, y por desestimiento de la acción dos casos. Veamos los siguientes gráficos:

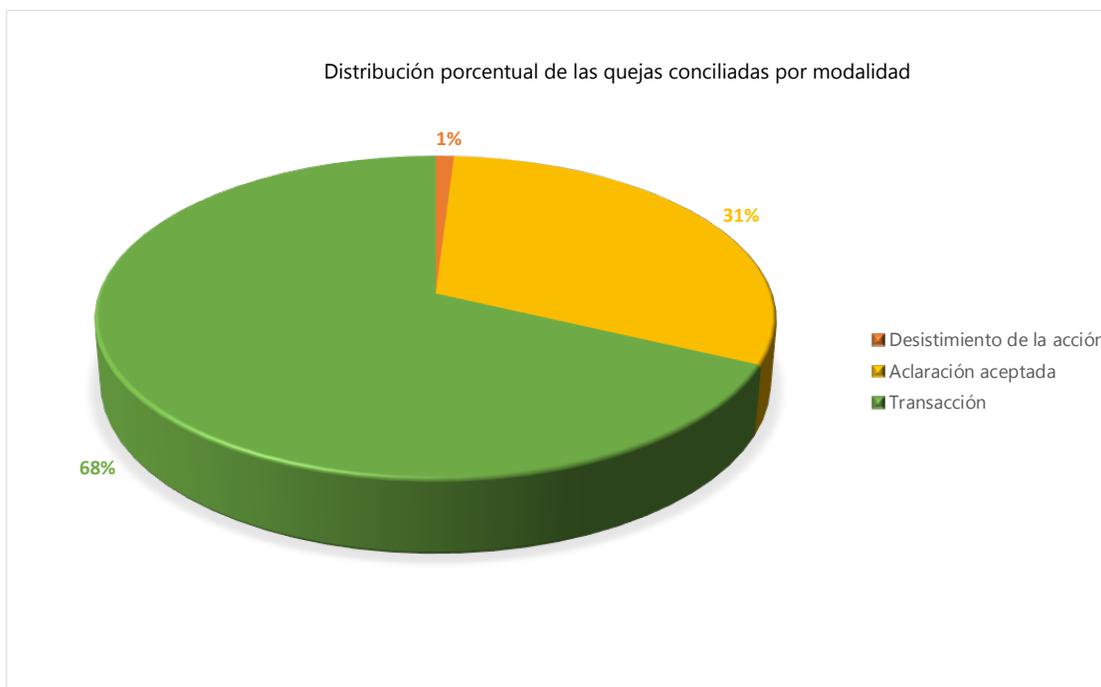


Figura 9. Distribución porcentual de las quejas conciliadas por modalidad, 2019.
Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED), 2019

Las cifras presentadas en los informes anuales de la CONAMED son pertinentes, muestran parte del complejo panorama nacional del acontecer hospitalario respecto a las inconformidades de los usuarios hacia los servicios de la salud. Sin embargo, también es cierto que principalmente en las instituciones públicas, los usuarios no siempre denuncian por diversos motivos: desconocimiento de sus derechos, miedo, falta de tiempo, o pensar que una denuncia requiere un gasto de dinero que no siempre se tiene, y que además no garantiza una solución favorable.

Más que un conjunto de cifras, no debe olvidarse que esos números hablan de personas y de sus historias de vida. Llámese Asunto por la Prestación de los Servicios Médicos, controversia o queja médica, éstas son reflejo de una situación particular adversa. Las consecuencias derivadas de un servicio deficiente pueden ser desde una simple confusión médico-paciente; la generación de secuelas o afectaciones de por vida, e incluso la muerte del paciente.

Dicho lo anterior, los datos expresados en porcentajes, gráficas y tablas resultan convenientes porque explican parte de la compleja problemática *a posteriori* de un servicio médico, siempre perfectible.

Merece la pena destacar que, a excepción del número de muertes maternas, en el periodo 2019 la CONAMED no reportó ni caracterizó otro tipo de fallecimientos relacionados con malas prácticas médicas. ¿Es posible deducir entonces que la resolución de los asuntos por la prestación de los servicios médicos, así como de las quejas es efectiva y se consigue una intervención oportuna? Lamentablemente no es así. Recordemos que en 2019 hubo 757 asuntos en los que no se logró un acuerdo entre las partes, ¿qué procedió entonces? Se iniciaron juicios cuya duración fluctúa de tres a siete años; en el transcurso de los procesos algunos pacientes mueren, otros asuntos caen en la “modalidad de no conciliación por caducidad”, y unos más abandonan el proceso por hastío (Tapia, 2020). Es difícil saber con exactitud la situación final de todas las inconformidades, así como el alcance real que tiene un acto de negligencia médica.

Hay que decir también que no todas las reclamaciones presentadas ante la CONAMED revelan deficiencias del personal médico, en ocasiones la responsabilidad o eventual culpabilidad de una situación desafortunada es del propio paciente, por ejemplo: no seguir un tratamiento como le fue indicado, abandonarlo, medicarse inadecuadamente, o combinar medicamentos alópatas con remedios alternativos que, a veces, son contraproducentes para la enfermedad o condición padecida⁵.

Como se ve, la vasta complejidad del acontecer en el hospital es susceptible de análisis desde distintos ángulos, así como en diferentes momentos por los que el paciente atraviesa en el transcurso de la enfermedad o del padecer, a decir:

⁵ Esto no significa que todas las opciones alternativas a la medicina alópata sean dañinas, incluso algunas coadyuvan a la recuperación de los enfermos, la cuestión estriba en establecer una comunicación efectiva con el médico tratante a fin de evitar futuras complicaciones o contraindicaciones en el tratamiento inicial.

diagnóstico, pronóstico y desenlace. Por otro lado, no podemos olvidar *la otra parte*: el personal médico.

Independientemente de la resolución a la que lleguen cada una de las quejas o asuntos presentados ante la CONAMED, no hay que perder de vista que en todos los casos, el solo hecho de haber acudido a esta dependencia indica que un conflicto o controversia (ya sea con el personal médico o con el administrativo) no encontró buen cauce dentro de la institución donde se generó. Evidentemente, ello da cuenta de acciones emprendidas por individuos que habrán de asumir o deslindar su posible responsabilidad ante la autoridad correspondiente, sin embargo, en no pocos casos también revela prácticas y costumbres recurrentes a nivel institucional, o bien, que forman parte del *habitus*⁶ propiamente médico.

Con esto en mente, es posible distinguir que toda intervención de la dependencia se sitúa en un *segundo momento*, por nombrarlo de algún modo. El *primer momento* lo entendemos como aquello que aconteció dentro de la institución de salud antes de recurrir a la CONAMED: el surgimiento del conflicto o desacuerdo, así como los intentos que hubo (o no) para resolver la (s) disputa (s) entre los involucrados.

Todos los esfuerzos que se realizan desde la CONAMED como instancia conciliadora son valiosos porque se procura establecer acuerdos convenientes para ambas partes, y que de otro modo no fue posible. Vale la pena decir que, si bien es fundamental dar solución a la diversidad de problemáticas antes enunciadas, también lo es (o tendría que ser) disminuir y en la mayor medida de lo posible evitar

⁶ De acuerdo con Cristiano (2011), los aspectos generales del concepto bourdieuano son: la idea de un "esquema" o "principio" que se desarrolla a partir de la experiencia social, que resulta más o menos estable en el tiempo, que es productor de prácticas y representaciones, y que permite que la acción sea más o menos espontánea sin dejar de ser razonable. Además, no es solo un fenómeno cognitivo (*doxa*), sino también práctico y corporal (*ethos* y *hexis*).

que se repitan prácticas inadecuadas, negligentes, u omisiones perjudiciales para la salud y calidad de vida del paciente.

Si lo anterior es claro, ¿por qué persisten y se incrementan año tras año las inconformidades de los pacientes por los servicios de salud recibidos? Particularmente en las instituciones de salud pública, esto ocurre al menos desde 2016. Entonces: ¿qué se está haciendo mal?, ¿acaso los pacientes son cada vez más exigentes?, ¿es algo irremediablemente característico del sistema de salud mexicano?, ¿qué relación hay con la formación médica (si es que la hay)?

Imposible abordar en un solo trabajo todas las posibles relaciones o aristas que constituyen el problema de la atención en salud en nuestro país, sin embargo, en este trabajo interesa investigar específicamente sobre lo que sucede en el hospital, en la formación y práctica médica de los residentes de ciertas especializaciones. Centramos la atención allí, porque es en la clínica donde las tres funciones profesionales del médico: atención médica, investigación, y educación se aprenden, demuestran, evalúan y apropian, constituyendo así el quehacer cotidiano de los especialistas en formación (Plan Único de Especializaciones Médicas, 2011).

De acuerdo con el PUEM, independientemente de la especialidad ejercida, la concatenación y desempeño de las tres funciones caracteriza y propicia una *práctica médica de calidad*. Por ende, la atención médica coadyuva y da sentido a la investigación, la función educativa es el vehículo que posibilita la integración acción-conocimiento-acción, y la investigación dota de racionalidad a las decisiones médicas al generar conocimiento nuevo.

Particular interés provoca la primera función *atención médica*, ya que en sí misma constituye una experiencia de aprendizaje al requerir la aplicación permanente de los conocimientos adquiridos por los especialistas noveles; comprende también el desarrollo de habilidades intelectuales, destrezas y competencias psicomotrices necesarias para la solución de problemas de salud

propios de su especialidad. De este modo, es evidente la estrecha relación entre esta primera función y la educativa. No se comprende la formación del especialista médico sin el acompañamiento y cercanía con un profesional experto quien, al tiempo que desarrolla su trabajo, dirige, evalúa y supervisa la práctica de los residentes quienes lo auxilian en las tareas de atención a la salud.

En el caso de esta investigación, y en el entendido de la importancia y rol central de los residentes en la atención médica del tercer nivel, interesa comprender cuál es la formación de los residentes en torno a la muerte de los pacientes y la comunicación de noticias desafortunadas. Es conveniente distinguir si la muerte de los pacientes la afrontan y asumen como inherente al ejercicio de la medicina y a la inexorable condición humana. Si el suceso se concibe como una oportunidad continua de aprendizaje y mejora profesional y personal, o por el contrario; la muerte se percibe contrapuesta al quehacer del especialista, un revés al ejercicio médico al que se le debe combatir a toda costa y bajo cualquier circunstancia.

Partimos del supuesto de que ambas concepciones permean la formación del residente, y se reflejan invariablemente en la atención médica brindada a los pacientes. Las dos percepciones configuran los modos de hacer y de ser frente al paciente, pero también constituyen el *habitus* médico el cual facilita la adhesión y aceptación del residente por parte del gremio especialista al cual aspira a pertenecer.

Ciertamente, la muerte del paciente no es una situación o acontecimiento en el que a los médicos se les forme o instruya *ex profeso*. Claro está que el estudio de la vida, la salud, y la enfermedad supone reconocer la existencia de la muerte, sin embargo, esta asunción que se da por obvia quizá no sea tan fácil de concebir en una época en la que el avance de la ciencia y las opciones de tratamientos médicos es galopante.

En este sentido, nuestro problema de investigación se construye reconociendo que, a pesar de que la muerte está presente en la cotidianidad de todos los hospitales, la educación para la muerte orbita la periferia de los Planes y Programas educativos de la Medicina; ya sea en el pregrado o en la residencia médica, es probable que existan contenidos en el currículum a los que nunca más se enfrentarán los estudiantes, sin embargo, la muerte de los pacientes es un acontecimiento que la mayoría de los médicos presenciara y afrontara a lo largo de todo su ejercicio profesional.

Más aún, en los médicos se depositan las esperanzas de los pacientes y de los familiares en los momentos de mayor vulnerabilidad. De los médicos se espera y da por sentado que sabrán *lo que hay que hacer* cuando ocurra un deceso. Lo anterior nos conduce a pensar que la formación y afrontamiento en torno a la muerte de los pacientes se ancla, justifica, prevalece y privilegia en el acontecer cotidiano, en la práctica misma en la clínica. ¿Acaso se aprende más y mejor *en la práctica?*, ¿qué estrategias utilizan los profesores para enseñar (si es que esto es posible) sobre la muerte de los pacientes?, ¿qué estrategias emplean los residentes para afrontar y comunicar escenarios desafortunados a sus pacientes y familiares?, ¿cuáles son las implicaciones personales en los residentes, respecto a la muerte de los pacientes?

Por lo tanto, el objetivo de esta tesis se condensa en la siguiente pregunta de investigación: ¿cuáles son las prácticas que dan cuenta de la formación de los residentes, en torno a la muerte de los pacientes y la comunicación de malas noticias?

Para ello se analiza y caracteriza el proceso formativo de los residentes de las siguientes especializaciones: Medicina Interna, Pediatría, Oncología Médica y Radiooncología. A través de un diseño metodológico de Estudio de Casos Múltiple, se pretenden los siguientes objetivos: a) Reconocer en la práctica de los residentes la forma en la que comunican noticias difíciles al paciente y familiares; b) Analizar de

qué manera los profesores inciden en la formación de los residentes, respecto a la muerte de los pacientes; c) Identificar cuáles estrategias utilizan los residentes para afrontar la muerte de los pacientes y; d) Distinguir en los residentes cuál es el sentido de la muerte de los pacientes, de acuerdo con las características propias de su especialización médica.

En el primer capítulo se abordan algunos elementos relevantes a la etimología, tipología, y ciertas consideraciones conceptuales de la muerte en el tiempo. Lo anterior es pertinente en la investigación si estimamos que la muerte física ciertamente es un suceso ordinario en el hospital, lo es para los médicos, pero no para la familia del difunto cuyo acontecimiento es único, irreversible y radical. La problematización de la experiencia de la muerte coadyuva a comprender y dar sentido al por qué la medicina concibe la muerte de los pacientes de cierto modo, y luego entonces, se establecen pautas de conducta y comportamiento más o menos explícitos que se expresan frente al enfermo, y dan lógica a los tipos de atención médica brindada.

Se muestra también un panorama del estado del arte en torno a las aproximaciones y estudios circunscritos a la muerte desde la Pedagogía en general, y de la escuela en particular. Esto es oportuno, por un lado, porque nos permite situar y orientar nuestro trabajo en función del *corpus* de investigaciones que anteceden nuestro objeto de interés, y que han sido construidas desde el ámbito de la disciplina pedagógica.

Por otro lado, se consideró útil aproximarse a ciertos estudios que refieren al espacio escolar como el más propicio e idóneo para que, desde las edades más tempranas, el tema de La Muerte y las experiencias alrededor de ella comiencen por abordarse de manera habitual, pero no como una asignatura o contenido adicional al currículum, sino porque su inclusión explícita y abierta responde a una condición inherente al ser humano.

Las experiencias en torno a La Muerte no se circunscriben a la pérdida de seres queridos; a lo largo de nuestra vida enfrentaremos muchos tipos de pérdidas, por lo que contar con estrategias para afrontarlas (o al menos sobrellevarlas) resulta mucho más efectivo que dar por sentado que, llegado el momento, el sujeto intuirá qué hacer frente a ellas. Se impulsa entonces una escuela que amplía su ámbito de intervención y apoyo, sin que ello implique la injerencia en el actuar y sentir estrictamente personales o privados.

Esta propuesta resulta conveniente al recordar que, si bien los residentes se desempeñan cotidianamente en la clínica, esta es también una institución de formación-*escuela* en la que el vínculo con la Facultad de Medicina persiste a lo largo de toda la residencia; conjuntamente avalan y certifican la validez de los estudios de especialización. Al mismo tiempo, resulta sorprendente y desconcertante saber que, en una profesión como la medicina el tema de La Muerte, y la muerte de los pacientes no figure explícitamente en el Plan de Estudios ni en los Programas operativos de las especializaciones médicas, sin embargo, aunque el tema no se aborde "formalmente", la muerte de los pacientes acontece y los médicos la encarán de alguna manera, quizá tácitamente.

El segundo capítulo se enlaza con el primer apartado porque la atención médica que se brinda a los pacientes y, en particular, a aquellos que se encuentran en una situación que compromete irremediablemente su vida, responde no solo al libre arbitrio y buen (o mal) juicio del médico tratante, refiere sobre todo a un proceso formativo que inicia en el pregrado pero que no concluye al terminar la residencia, es un *continuum* a lo largo de todo el ejercicio de la carrera médica.

Por ello es oportuna la discusión referente a un concepto ineludible y frecuente en el ámbito de la Educación y de la Pedagogía: Formación. Rodeado de múltiples significados, perspectivas, orientaciones, y afinidades teórico-filosóficas, *Bildung* pareciera definirse de acuerdo con el cristal con que se mire.

En nuestro caso, fue imprescindible abordar el concepto con detenimiento dadas las características específicas de la formación médica, a decir, determinada por su continuidad o prolongación más allá de los años de estudio formal en la Facultad de Medicina y en el hospital de adscripción, aunado a dos elementos ineludibles y determinantes en el proceso formativo de los residentes: el promedio académico y las guardias.

En este capítulo situamos también nuestro objeto de estudio en un espacio concreto, y justificamos el por qué hablar de formación y atención médica especializada en México remite usualmente a la Facultad de Medicina de la UNAM y, por supuesto, al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ambas instituciones con una sólida trayectoria e historia en la educación y formación de profesionales de la salud.

Hacia el tercer capítulo, propiamente metodológico, se expone cual fue el proceder en esta investigación: se explica y justifica por qué los estudios de caso en general, y los estudios de caso múltiples en particular, condujeron este trabajo. Aquí se muestra con detalle cada una de las cuatro especialidades elegidas, así como algunos elementos históricos notables que tienen por objeto revelar ciertas coincidencias de origen en nuestro país, y que se relacionan con su implementación en el Centro Médico Nacional Siglo XXI. La exposición con detenimiento responde también a la importancia que tiene en los estudios de caso múltiples la elección y descripción de cada uno de ellos. Así, de acuerdo con algunos autores (Stoeker, 1991); (Martinez Carazo, 2006); (López González, 2013), los estudios de caso permiten la exposición y comprensión de relaciones causales complejas, a la luz de las descripciones de perfil detallado distinguiéndose, no obstante, de los reportes de carácter etnográfico.

Se indica también el Enfoque Narrativo como la perspectiva epistemológica que condujo la problematización de la realidad y el análisis de los testimonios recabados. Por último, se expone la doble función característica de los residentes: estudiantes y trabajadores del hospital de adscripción.

El último capítulo comienza con una importante reflexión respecto a la autonomía del ser en torno a la muerte. Resulta pertinente si se reconoce que cada vez es menos frecuente que las personas fallezcan en sus hogares, rodeados de sus familias, en tanto, es más probable que sea un hospital donde ocurra el lamentable suceso. En este sentido, la toma de decisiones conjunta médico-paciente-familia requiere la preparación y entrenamiento de los médicos ante escenarios de salud críticos.

Posteriormente, comienza a describirse el contexto institucional hospitalario en el que los residentes se desempeñan como estudiantes, pero también como trabajadores del hospital al que ahora están adscritos. Es en esta caracterización del proceso formativo de los residentes, que es posible comprender el por qué de las prácticas, modos de hacer y de ser de los especialistas en torno a la comunicación de malas noticias, y la eventual muerte de sus pacientes.

Se abordan también los distintos momentos por los que un paciente atraviesa al recurrir a un especialista médico, situaciones que no solo implican al médico tratante, sino que dan cuenta del sistema de salud en nuestro país en el que, en muchas ocasiones, el orden burocratizado dificulta la atención médica oportuna y eficiente. Es en este espacio institucional delimitado en el que los residentes desempeñan sus estudios de especialización, adoptando (o rechazando) un sinnúmero de conductas, modos de hacer y de ser propios del gremio al que aspiran a pertenecer, y que habrán *de formar parte* de ellos como especialistas.

Es por ello que resulta de suma importancia concluir con un apartado dedicado al profesionalismo y ética médica, condiciones imprescindibles en el ejercicio de la medicina.

CAPÍTULO 1

La gran interrogante del ser. De La Muerte y los muertos

Hablar de la muerte no es sencillo, existen muchas razones por las cuales el tema se niega, oculta o ignora. La percepción respecto a la muerte no ha sido siempre la misma, de acuerdo con la literatura especializada en el tema, la concepción actual de la muerte es producto de un proceso histórico que se ha configurado a través del tiempo. Además, la muerte no es un tema susceptible de asir con facilidad debido a que su tratamiento comprende elementos religiosos, socioculturales, psicológicos y desde luego educativos. La muerte es, ante todo, un acontecimiento radical. En este sentido, Žižek (2014:18) señala que todo «acontecimiento» tiene una característica fundamental: “la aparición inesperada de algo nuevo que debilita cualquier diseño estable”. Al respecto, bien podría reflexionarse sobre qué tan inesperada *es* o puede llegar a *ser* efectivamente la muerte. Ciertamente, es posible anticipar la muerte frente a situaciones particulares: condiciones de enfermedad crónica; accidentes cuyo pronóstico compromete infortunadamente la vida; personas de una edad muy avanzada; entre otras. Sin embargo, aún en las circunstancias mencionadas, para el grueso de seres humanos es imposible conocer de antemano y con exactitud el día y hora precisa en la que se morirá⁷. A decir de Mantegazza (2006: 168) saberlo constituiría una desgracia: “La muerte, en sí, no es una cosa tan horrible, posiblemente. A todos nos llegará. El problema sería si supiéramos, aunque fuera dentro de un siglo, o dos, el momento preciso en que vendrá”.

⁷ Empero, hay excepciones en las que sí es posible esta certeza: los condenados a muerte, o quienes por diversas circunstancias recurren a la eutanasia. Complejas situaciones en las que no profundizaremos en este trabajo.

Vida y muerte persisten como un fenómeno simultáneo, en una indisociable relación que se establece desde la primera bocanada y hasta la última exhalación, así:

El niño que nace lleva en sí una promesa de muerte, es ya *un-muerto-en-potencia*, pero la persona que fallece puede esperar sobrevivir en la memoria de los que aún quedan con vida, y en todo caso mantenerse parcialmente en el patrimonio genético que lega a su descendencia. Thomas, L-V. 2017.

Merece la pena distinguir entre hablar de *La* muerte y hablar de *Los* muertos. La muerte ha sido un constructo clave para la filosofía oriental y occidental al considerarse un tema ontológico, ya que permite ampliar el conocimiento y la búsqueda de significados de la propia vida y de la especie humana. La muerte es quizá la gran interrogante del *ser* y "...siempre estará basada en una suposición o en el mejor de los casos, definida desde el más absoluto de todos los silencios" (Arocha, 2015, p. 2). En tanto, *los* muertos *fueron* seres humanos que habitaron y compartieron un mundo en común con otros, pero que ahora *son* individuos desaparecidos en el tiempo, ausentes, y cuya morada (quizá) resida en los sueños, en "la borrosa patria de los muertos" (Paz, O. 1975).

Al respecto, Ariès (2016) distingue fundamentalmente dos actitudes ante la muerte. La primera, a la vez más antigua, extendida y común, es la que refiere a la resignación del destino colectivo como especie y que se resume en la fórmula *Et moriemur*, todos moriremos. La segunda, cuyos orígenes radican en el siglo XII alude más bien al reconocimiento de la existencia individual, y que se ciñe a *la muerte propia*.

A decir de aquel historiador, la actitud ante la muerte puede parecer inmóvil a través de periodos muy largos, casi acrónica. No obstante, en ciertos momentos, intervienen cambios, casi siempre lentos y quizá inadvertidos.

Es importante aclarar que no se trata de una actitud nueva que reemplazará la anterior, sino de alteraciones sutiles que, paulatinamente la resignifican⁸.

Por su parte, en la historia de la pedagogía se encuentran pocas reflexiones en torno al tema y es difícil encontrar pensamientos y propuestas en aras de una posible educación para la muerte. Como bien señala Herrán (2011: 29)

...ni Comenio en su "Didáctica Magna" consideró la muerte entre los conocimientos enseñables al niño menor de seis años, ni Rousseau en su "Emilio" reparó en su educatividad ni apuntó soluciones didácticas para la muerte, aunque considerara necesario enseñar no directivamente el sufrimiento al niño y le aproximara al aprendizaje de otro tabú, como es la enfermedad terminal.

La función simbólica de La Muerte: del instinto a la objetivación

No es la lógica el único camino que conduce a la verdad.
Maeterlinck, M. 1957.

Cuenta el mítico relato "La huida de Quetzalcóatl", que el rey-Dios de Tula, viejo y enfermo recibía constantemente la visita de diversas entidades de la noche, entre ellas Tezcatlipoca; quienes acudían al encuentro lo hacían para "mostrarle su cuerpo" (el de Quetzalcóatl), obligarlo a abandonar Tula, y conducirlo hacia el *Tiillan Tlapallan*. Durante uno de estos encuentros, Tezcatlipoca le entregó un espejo a Quetzalcóatl para que se mirara en él, y al tiempo le dijo estas palabras: "*Maximiximati, maximotta Topiltzin*" (Conócete a ti mismo, mírate mi príncipe); entonces la imagen reflejada en el espejo le reveló el rostro de un hombre muerto, es él mismo. Quetzalcóatl comprende entonces su condición de ser mortal, y es llevado a un sitio especial en el inframundo: el lugar de lo negro y lo rojo, el *Tiillan, Tlapallan*: un lugar

⁸ El exhaustivo y consagrado trabajo histórico de Ariés, P. (1975) sitúa las distintas y cambiantes concepciones de la muerte en Occidente a través del tiempo; centra su atención en la manera en que se ha pasado gradualmente de la muerte familiar y "domesticada" de la Edad Media, a la muerte cohibida y displicente de nuestros días.

mítico en el que la pira funeraria calcina los cuerpos que después se regenerarán. Fue así como las cenizas de Quetzalcóatl renacieron, y lo convirtieron en estrella del alba (Johansson K, 2016).

Por supuesto, dicho relato mítico envuelve un gran simbolismo que ha sido ampliamente estudiado, particularmente en el ámbito de la arqueología precolombina y, a propósito de ello, es pertinente detenernos un momento y ahondar en la reflexión sobre la finitud de la existencia.

El ser humano tal como lo conocemos hoy, capaz (por ejemplo) de leer lo que yo acabo de escribir es resultado de una lenta y compleja evolución que implicó vastas modificaciones genéticas que respondieron a una adaptación al medio geográfico en perpetuo cambio.

De manera que, durante mucho tiempo el hombre se condujo a similitud del resto de primates mediante un conocimiento heredado genéticamente: el instinto (Morris, 1972).

De acuerdo con Jean Piaget, si bien el instinto constituye de cierta manera un *conocimiento*, éste no es resultado de un aprendizaje, sino que es innato: "la cognición es la regulación de los intercambios funcionales con el mundo exterior". Acorde con esta definición, la habilidad para cazar de los animales, la distinción de las abejas para la recolección del polen en ciertos tipos de flores, o la asombrosa capacidad adaptativa de las xerófitas aún siendo sésiles, son respuestas cognitivo-adaptativas a las condiciones bio-lógicas del medio ambiente (Piaget, 1977). En este contexto auténticamente biológico, las facultades del ser eran sólo adaptativas "no se distinguían del *mundo* al que pertenecían. *Eran* el mundo (Johansson K, 2012. p. 51).

Siguiendo a Johansson (2012) es la aparición de la función simbólica⁹ la que “determinó la dualidad fundamental de la condición humana en *ser que es*, y a la vez *se ve* en el acto de ser”. Los seres humanos, como todos los seres vivos mueren, y ello obedece a nuestra naturaleza biológica y genética, no obstante, a diferencia de las plantas y el resto de animales, el hombre puede objetivar la muerte en términos cognitivos y considerarla simbólicamente.

Es así como la adquisición de la función simbólica no surgió en un momento específico, sino que fue el resultado de la propia evolución, en la que además la conciencia también se consolidó paulatina y gradualmente de acuerdo con etapas específicas de adaptación del ser. Se considera entonces que durante el largo y lento proceso de humanización hubo no solo transformaciones fisiológicas, sino que también surgieron nuevas funciones orgánicas de carácter simbólico (Johansson K, 2012).

Es por ello que, con la gradual incorporación de la función simbólica en los marcos de evolución biológica, aquel ser dirigido fundamentalmente por el *instinto*, comenzó a *objetivar* en términos cognitivos el mundo a su alrededor, y más aún, se objetivó a sí mismo propiciando una dualidad de carácter existencial, que significó nada menos que el rasgo distintivo del hombre y el resto de seres vivos.

Siendo así, “La huida de Quetzalcóatl” constituye una muestra de la toma de conciencia del ser humano sobre su existencia finita. Esta conciencia de finitud, hay que decirlo también, no es exclusiva de los pueblos prehispánicos, los mitos cosmogónicos de todas las culturas del mundo¹⁰ recobran en sus textos características y alusiones propias de esta etapa culminante del desarrollo humano.

⁹ Es la capacidad cognitiva exclusivamente humana que permite representar hechos y acontecimientos mediante símbolos.

¹⁰ Por ejemplo, en la mitología nórdica escrita en el siglo XIII se encuentra el mito del Ragnarök: un evento apocalíptico que versa sobre la creación y la destrucción del mundo, sin embargo, de igual

¿Por qué es fundamental reconocer la función simbólica respecto a la muerte? Porque la muerte biológicamente vivida no constituía un problema hasta que se asumió simbólicamente: “Es cuando la mente humana la objetiva, es decir etimológicamente, la ‘lanza delante’, que la muerte se vuelve un problema, palabra cuya etimología significa también, curiosamente, ‘colocado delante’ (de sí)” (Johansson K, 2012).

De poco en poco, el desarrollo de las facultades cognitivas propiamente humanas implicó un tipo de relación del hombre con el mundo, su cosmovisión, se fue constituyendo en una “mito-logía” en la que la dimensión corpórea del sujeto comulgaba con los objetos exteriores a él, de tal suerte que se prescindía de la mediación reflexiva.

Así, en el entendimiento del acontecer *fuera* del ser (y en relación con la muerte) no es posible hallar una mediación reflexiva, sino más bien una explicación acorde con el desarrollo cognitivo del hombre de entonces: el mito. “Antes de que hubiera un *Logos* existía un *Mythos*, y los primeros balbuceos cognitivos del hombre en relación con la muerte fueron de índole mitológica” (Johansson, 2012).

Etimología y tipología de la muerte

La muerte es una palabra polisémica y cuyo significado adquiere mayor relevancia en el entendimiento socio cultural que en el propiamente lingüístico. Si bien la palabra deriva del latín *mors mortis* (amargo) y significa término de la vida, el vocablo adquiere todo el sentido en el momento que se presenta como un acontecimiento inevitable y radical.

En este sentido, se coincide con ciertos autores que señalan la existencia de diferentes tipos de muerte y no una muerte única hay, por lo tanto, diversas formas

forma que en los mitos prehispánicos, el fin de la historia no se concibe de forma lineal, sino como un final cíclico en el que el mundo termina y renace perpetuamente.

de muerte (Rojas, 2002). Este autor distingue entre muerte biológica, la cual se encuentra invariablemente en el cadáver tras la muerte física. Hay la muerte psíquica de aquel que, debido a una enfermedad mental (digamos esquizofrenia) se encierra en sí mismo; la muerte social del recluso en una prisión por el resto de su vida; la muerte del jubilado que se encierra aislado de su trabajo; la muerte del anciano abandonado en un asilo; la muerte religiosa que algunos encuentran, por ejemplo, en la excomunión.

Puede distinguirse además la muerte natural, inversa a la muerte accidental (homicidio, accidentes, masacre); la muerte exterior, provocada por acontecimientos naturales (huracanes, inundaciones) o la muerte por sí mismo, en el caso de aquel que se suicida. Se coincide entonces con Thomas, L.V. (2017) al decir que la muerte *es en plural*.

Al respecto conviene advertir dos ideas distintas pero entrelazadas entre sí: una se refiere al tipo de muerte, y la otra, al sentido que ese tipo de muerte tiene para las personas.

Por ejemplo, el fenómeno de la muerte de un suicida se explica, primero, a través de la evidencia que comprueba que el fallecimiento sucedió a causa de un atentado a la propia vida. Luego entonces, la muerte del suicida puede ser susceptible de comprensión religiosa, por ejemplo, para el judaísmo (2014):

En cierta forma, el suicidio es considerado un acto más grave que un asesinato, ya que quien mata a un ser humano puede arrepentirse sinceramente de sus actos. El suicida -por el contrario- dada la irrevocabilidad de su acción niega la posibilidad del arrepentimiento.

Ciertamente, aquella tipología de la muerte contribuye a distinguir con mayor precisión sobre el hecho de la muerte, sin embargo, la comprensión del fenómeno es asequible en cuanto la aproximación se efectúa a través de la percepción, actitudes, creencias y valores que se asumen frente a la muerte.

Negro: Configuraciones conceptuales sobre La Muerte en el tiempo

Cuando en 1915 Kazimir Malevich pintó la primera versión de “El Cuadrado Negro”, el artista ruso plasmó una de sus más inquietantes y representativas aportaciones al suprematismo¹¹. Al presentarse aquella y otras 38 pinturas más del autor en la exposición *Last Futurist Exhibition of Paintings 0.10* en San Petersburgo, los críticos de arte de aquella época hablaron de “la muerte de la pintura” al referirse particularmente al provocador “Cuadrado Negro”.

Aunado también a la inminente revolución bolchevique, el suprematismo emergió entonces como algo más que una propuesta de arte moderno, significó “la ruptura total y definitiva con lo anecdótico y narrativo que en múltiples referentes del arte abstracto se encubría; propiciando así un discurso netamente plástico y formal” (Costas, 2008). Entonces, ¿qué fue más abrumador: el color negro o la cuadrática perfección? Geometría y color enmarcados que apuestan por la representación de la realidad sin anécdotas, paisajes, ni relaciones personales, tan solo la simple abstracción pura.

Sin duda, el uso del color y la geometría constituyen dos de los elementos estructurales básicos del arte, pero particularmente el color negro fue provisto de importancia hasta los siglos XIV y XV al pintar de gala los ropajes de los monarcas y la nobleza (González, 2016).

Con hasta cincuenta tonos diferentes (azabache, petróleo, grafito, carbón, etc.) el negro es probablemente el color con mayor simbolismo negativo en la

¹¹ El suprematismo surgió en Rusia hacia 1915-1916. Impulsa y promueve el gusto por la geometría abstracta y el arte no figurativo. La llamada “supremacía formal” significa la representación de un universo visual conformado por formas geométricas puras. Por lo tanto, el suprematismo rebate los convencionalismos del arte en búsqueda de la *pura sensibilidad* geométrica, amén de alcanzar una abstracción casi insuperable y simple. Costas, 2008.

sociedad occidental. Asociado con la noche y sus peligros, el negro se relaciona directamente con la muerte, el luto, el vacío, la tristeza y la melancolía.

Se habla, por ejemplo: de la devastadora epidemia Peste Negra; el desplome de todos los mercados de valores del mundo en el Lunes Negro, 1987; del derrumbe de la bolsa de valores de *Wall Street* un Jueves Negro de 1929; o la Primavera Negra de Cuba, en la que hubo arrestos múltiples contra la disidencia del gobierno de Fidel Castro en 2003.

En el cine, la comedia negra es un género que aborda temas *difíciles*: muerte, política o religión, de manera humorística. En la literatura, existe la novela negra, incluso con cuatro tipologías particulares: con un detective como protagonista (por ejemplo, la serie *Todo Belascuarán Shayne*, de Paco Ignacio Taibo II); desde el punto de vista de la víctima; con el *focus* en el criminal; y bajo el lente del juez.

La novela negra representa escenarios complejos rodeados de violencia, angustia, miedo, inseguridad y corrupción, principalmente en los sistemas políticos de las sociedades modernas de comienzos del siglo XX.

Incluso en el lenguaje cotidiano se nombra como *oveja negra* al integrante de una comunidad o familia que se distingue del resto del grupo por su comportamiento ajeno o distante al habitual, al "normal". Más aún, en lengua inglesa la palabra *nigger* o "*N-word*" (como suele referirse el vocablo públicamente), constituye un insulto racial hacia las personas de raza negra. El significado social que tiene en los Estados Unidos, constituye un tabú debido a su enorme carga histórica referente a la segregación, violencia, denigración y exclusión.

Qué decir de una "lista negra", que se integra de personas o instituciones indeseables, y quizá hasta *en la mira*.

No obstante, el negro denota también elegancia, anarquía, misterio y secreto. La industria del vestido y la moda no podrían concebirse sin el color negro.

Es el distintivo de la sobriedad, la seriedad, y es ampliamente utilizado en el vestido de magistrados, jueces, sacerdotes y religiosos de diversos cultos.

En el ámbito deportivo, el negro es utilizado como símbolo neutro y distintivo en los uniformes de árbitros de fútbol, o en los pantalones de los *réferis* del boxeo.

¿Y qué tiene que ver lo anterior con la muerte? Pues bien, el vínculo entre el color negro y la muerte no es tan banal como pareciera, aún hoy persiste como un signo característico del luto expresado en la mayoría de los cortejos fúnebres. Esta asociación entre oscuridad y finitud ha influenciado, en cierto modo, la forma de afrontar, asumir y quizá aceptar la muerte.

En el clásico "Morir en Occidente" Ariès afirma que, en el cristianismo, la idea del Juicio final estuvo unida a la de la biografía individual, pero dicha biografía se termina solo al final de los tiempos, y no al momento de la muerte.

Es decir, el Juicio individual de todos los mortales estaba marcado como un suceso hasta el Gran Día, y no en el momento justo del deceso.

Entonces, habría que aguardar hasta el Día señalado como el final de los tiempos para ser juzgados por Dios. (*Cfr.* Ariès. p. 40).

Sin embargo, más adelante el autor describe estupendamente cómo esta relación o ligadura entre la muerte y el Juicio Final cambió durante los siglos XV y XVI. El Juicio individual dejó de situarse en el Gran Día, y se concibió entonces en la habitación, en torno al lecho del moribundo. La nueva iconografía quedó plasmada en las *artes moriendi* de los siglos referidos, dentro de libros ampliamente difundidos en la feligresía y que versan sobre la manera del *bien morir*.

Estos grabados transmitían siempre la misma escena: un moribundo en su lecho de muerte, rodeado por amigos y parientes.

Un rito bastante frecuente, de no ser porque en el cuadro ningún otro asistente puede ver un espectáculo que ha sido reservado solo al moribundo, que

dicho sea de paso, lo observa con indiferencia y cierta turbación. Seres sobrenaturales alojados en la habitación se reúnen alrededor del lecho mortal. De un lado, la Trinidad, la Virgen, y toda la corte celestial, del otro Satán, y un ejército de monstruos demoniacos.

La reunión que en los siglos XII y XIII se creía y efectuaba hasta el fin de los tiempos, ahora, en el siglo XV acontecía en la propia habitación del agonizante (Ariès, 2016).



Ars moriendi (Meister E.S.), L.178

<http://cort.as/-luqr>

Es así como hacia el año 1502, los Reyes Católicos dictaron la "Pragmatica de Luto y Cera", un conjunto de leyes y reglamentos respecto a la regulación del luto y de las suntuosas exequias de aquella época.

Se buscó también la medida en las muestras de dolor, así como prohibir la plañideras en velatorios y cortejos fúnebres. Estas leyes y normativas indicaban también quién podía llevar el luto y quién no.

Familiares en primer y segundo grado eran aceptables, el resto no tenía permitida la vivencia del luto: a excepción de aquellos criados por el señor o señora, o herederos no consanguíneos (García-Gallo, 1973).

También, la Pragmática dictaba las características propias de los "estados de tristeza", a decir: austeridad en la ornamentación de la casa del difunto, procuración de una vida piadosa de los dolientes, invitación a la soledad y la reclusión. El duelo consistía, entonces, no solo en la portación de vestimenta negra, sino que se ordenaba un *modus vivendi* individual y social.

Así, durante el primer año de luto, la viuda debía recluirse en una habitación tapizada de negro, en la que el sol no pudiera entrar. Al año siguiente, debía cambiar a una habitación de colores claros o neutros pero sin ninguna clase de ornamentos en paredes ni mesas. Infringir la norma suponía una pena que se castigaba principalmente con sanciones económicas.

Ahora bien, ¿a qué se refería la "Cera" puesta en el título de la normativa? Justamente a la regulación en el número de cirios o veladoras permitidos en la sepultura: no más de doce. Curiosamente, esta normativa no aplicaba cuando el fallecido tenía un alto rango social o era miembro de la iglesia católica, pues las misas y rezos pagados podían extenderse por un tiempo indefinido (García-Gallo, 1973).

Estas normativas se implementaron y vigilaron con suma rectitud durante mucho tiempo, hasta 1729 cuando Felipe V ordenó una nueva pragmática de luto menos severa, y se expidieron nuevas condiciones a seguirse al interior de la casa del fallecido. Por ejemplo, se limitó el luto a seis meses; se prohibió a las parroquias decorar bancas y paredes durante los funerales, así como el uso de telas costosas

(como la seda) al interior de los ataúdes por considerarse una innecesaria banalidad. Respecto al interior de las casas, se estableció el uso obligatorio de cortinas y alfombras negras solo en la habitación principal de la vivienda (García-Gallo, 1973).

El anterior ejemplo es una minúscula muestra acerca de la complejidad y cambio de actitud que a lo largo de la historia se ha tenido sobre la muerte.

Ariès (2016) dedicó más de 15 años al desarrollo de una investigación que expone las distintas concepciones y formas de convivencia social en torno a la muerte en Occidente: “en realidad se trata de un fenómeno absolutamente inaudito. La muerte antaño tan presente y familiar, tiende [ahora] a ocultarse y desaparecer. Se vuelve vergonzosa y un objeto de censura” (Ariès, 2016: 72). Esto es muy relevante si se reconoce también que las personas cada vez mueren menos en sus hogares y, en cambio, la modernidad los conduce a una sala de hospital donde la muerte tiene una connotación totalmente distinta, pero esto lo veremos más adelante.

Antecedentes de La Muerte como fenómeno de estudio

La muerte en la escuela. Tres perspectivas de análisis

Actualmente el tema de la muerte en los programas de estudio de educación básica, constituye un rubro de investigación emergente que está cobrando fuerza particularmente en gran parte de España. En el caso de México la situación es distinta, existen muy pocos estudios que den cuenta del fenómeno no solo en educación básica, sino la educación media superior y superior. No obstante, las actitudes ante la muerte en nuestro país prevalecen con un misticismo y tradición sin igual; ello se constata en numerosos registros, estudios, investigaciones, documentales y, por supuesto, largometrajes que abordan las concepciones de la muerte en México.

Uno de los más lúcidos ensayos que abordan la muerte en la cultura mexicana se encuentra en *El Laberinto de la Soledad*. Respecto al día de los muertos, Octavio Paz proyecta magníficamente:

Calaveras de azúcar o de papel de China, esqueletos coloridos de fuegos de artificio, nuestras representaciones populares son siempre burla de la vida, afirmación de la nadería e insignificancia de la humana existencia. Adornamos nuestras casas con cráneos, comemos el día de los Difuntos panes que fingen huesos y nos divierten canciones y chascarrillos en los que ríe la muerte pelona, pero toda esa fanfarrona familiaridad no nos dispensa de la pregunta que todos nos hacemos: ¿qué es la muerte? No hemos inventado una nueva respuesta. Y cada vez que nos la preguntamos, nos encogemos de hombros: ¿qué me importa la muerte si no me importa la vida? (Paz, O. 2015: 161).

La muerte ha sido abordada desde diversas perspectivas: psicológica, antropológica, sociológica, filosófica, musical y por supuesto poética. Cada mirada aporta una explicación, comprensión, e incluso esboza más cuestionamientos que respuestas acerca del fenómeno de la muerte. Sin importar los ojos desde los cuales sea vista, la muerte es en realidad el acontecimiento más misterioso al que el hombre se enfrentará algún día de su existencia.

Resulta particularmente inquietante que, en el terreno educativo formal, la muerte sea un tema tan poco explorado y visibilizado en las escuelas.

Desde luego, existen ámbitos escolares donde la muerte está presente y es normalizada desde cierto punto de vista. En el caso de nuestro país, se estima que a causa del alarmante incremento en el índice delictivo (Universia, 2013) hayan proliferado licenciaturas como la de Ciencias Forenses, carrera de reciente creación de la Facultad de Medicina de la UNAM (Plan de Estudios, 2013). Probablemente "Ciencia Forense" suela asociarse con la muerte, sin embargo, la palabra forense proviene del latín *forensis*, "perteneciente o relativo al foro".

«Forense» remite entonces a la Antigua Roma donde la acusación, argumentación y pruebas de un crimen requerían ser presentadas en un foro de

personas consideradas notables, para que éstas últimas determinaran el veredicto (Inman, K. y Rudin, N., 2001).

Hoy en día, las ciencias forenses tienen un fuerte vínculo con la muerte, frecuentemente los «hechos presuntamente delictuosos» de los que se encarga están relacionados con la mortalidad¹².

A pesar de ello, el Plan de Estudios de aquella licenciatura no aborda el tema de la muerte explícitamente, no existen asignaturas obligatorias ni optativas que den cuenta del fenómeno.

Lo cierto es que, actualmente es posible observar que el desarrollo de la investigación educativa en México se ubica principalmente en el ámbito de la educación superior (OECD, 2003). Además, cada vez con mayor frecuencia los sistemas educativos fijan su atención en indicadores de desempeño, problemas de inclusión, exclusión, deserción, violencia, política educativa y, sobre todo, en la evaluación educativa que se empeña en ofrecer una “educación de calidad”, entendida y comparada en términos de estándares internacionales, aunque difícilmente alcanzables para países en «vías de desarrollo» como el nuestro¹³.

Consecuentemente, en el último Estado de Conocimiento elaborado por el Consejo Mexicano de Investigación Educativa, A.C., (2002-2011) son notables las

¹² El Plan de Estudios de esta licenciatura define Ciencias Forenses “como el conjunto estructurado y sistematizado de conocimientos, de carácter técnico y científico, generados por la investigación y análisis de los indicios de un hecho presuntamente delictuoso, con la finalidad de presentar esos resultados ante la autoridad jurídica correspondiente y coadyuvar en la prevención del delito y, en la procuración y administración de la justicia” (Plan de Estudios, 2013).

¹³ Mientras que en los países “modelo” se esfuerzan por optimizar las formas de enseñanza en todos los niveles, vincular de mejor manera la formación universitaria con el sector productivo o bien, establecer lazos académicos con otras universidades, en nuestro país los esfuerzos se concentran, por ejemplo, en el combate al analfabetismo. Así, el “Programa de Alfabetización y Abatimiento del Rezago Educativo 2014-2018” tiene como objetivo la promoción, organización e impartición de educación básica para jóvenes y adultos de 15 años de edad y más. Desde luego, México también participa de los esfuerzos de los sistemas educativos “modelo”, (guardando toda proporción) sin embargo la existencia de analfabetas nos plantea un escenario diferente al de aquellos países.

discusiones en la investigación educativa circunscritas a la atención de los rubros antes mencionados.

Por supuesto que la reflexión y acciones emprendidas en aras de obtener una educación de calidad son de suma importancia, no obstante, sostenemos que la educación formal privilegia una educación para la vida. Se plantean estrategias, programas y acciones que suponen al ser humano como permanente.

La muerte no es parte de los sistemas educativos formales, no se enseña a convivir con ella; acaso existe como un suceso generalmente lejano a la población joven, y como acontecimiento de carácter privado en el cual la escuela desempeña un papel francamente mudo. ¿No es acaso la muerte elemento inherente de la vida?, ¿por qué si se pondera una educación para la vida, no se dirige la mirada a ese otro aspecto presente en todos los seres humanos y al cual estamos destinados desde el momento de nacer?

Este panorama de la muerte en el entramado escolar provoca reflexiones y cuestionamientos que merecen ser abordados desde una orientación propiamente pedagógica, especialmente en aquellos ámbitos educativos donde la muerte ocurre cotidianamente, y el afrontamiento de esta supone el despliegue de estrategias y habilidades que posibilitan el desarrollo de las actividades diarias, este es el caso del espacio hospitalario.

En términos generales, es posible advertir la existencia de suficiente literatura sobre el tema en Estados Unidos y algunas regiones específicas de Europa, particularmente Alemania y España. En ese sentido, consideramos que las investigaciones llevadas a cabo por especialistas españoles brindan pautas a la nuestra ya que, a nuestro juicio, abordan el fenómeno desde una perspectiva formativa y enfatizan la importancia de fomentar una Pedagogía de la muerte desde edades tempranas, por ejemplo, en el jardín de niños.

Dentro de este marco, nos parece importante retomar un interesante trabajo que expone una revisión teórica de las aportaciones más destacadas realizadas por investigadores europeos en la temática que se conoce actualmente como Pedagogía de la muerte (Rodríguez, 2012).

La Pedagogía de la muerte es un concepto definido como: "Un ámbito de investigación, formación e innovación educativa emergente. Se fundamenta en su posible habilitación educativa y didáctica en todos los niveles educativos y en su carácter fundamental para la formación" (Rodríguez, 2012).

Aquella investigación agrupó en tres principales categorías los estudios del tipo, hasta hace pocos años realizados:

- centradas en el valor formativo de la muerte para la evolución como ámbito perenne del ser humano
- centradas en la normalización de la muerte en la educación
- centradas en la intervención educativa paliativa

1. Centradas en el valor formativo de la muerte para la evolución como ámbito perenne del ser humano

Bajo esta perspectiva, se parte de una premisa teleológica en la que se propone la normalización de la muerte en la educación, no como un contenido más, sino como un elemento didáctico fundamental para la evolución.

Por ejemplo, a través del texto *¿Todos los caracoles se mueren siempre? Cómo tratar la muerte en educación infantil*" (Herrán et al, 2000) este primer texto de Didáctica de la muerte dirigido a los docentes de este nivel en España, se propone incluir la educación de la muerte en el currículum formal como un tema transversal de primer orden, se enfatiza además la necesidad de tratar la cuestión desde las etapas más tempranas en la formación del niño (0 a 6 años).

Es entonces relevante abordar la muerte desde la educación infantil dada la "universalidad", carácter transdisciplinario, y complejidad del acontecimiento mismo.

Ambos términos constituyen las anclas conceptuales de la propuesta: universalidad, entendida como "aspiración humana a superarse, a adquirir una conciencia transpersonal y no-dual o no fragmentaria". La transdisciplinariedad, entendiendo la muerte "...como un tema radical, pues subyace, soporta y nutre, junto a otros temas, lo visible o lo aparente." (Herrán et al, 2000: 12). Además, la muerte cruza todos los temas situados en los currícula educativos (educación para la salud, sexual, ambiental, física, vial, entre otros).

Es por ello que los autores de la obra referida designan el concepto de "muerte parcial" como un principio didáctico de la educación para la muerte. El mencionado concepto alude a pérdidas que, en su infancia, es muy probable que todo ser humano enfrente: cortes de pelo y uñas, olvido de objetos, separaciones de diversos tipos (juguetes, mascotas, padres, hermanos).

En un sentido didáctico, estas pérdidas constituyen elementos de gran relevancia, ya que promueven la reflexión y toma de conciencia de la omnipresencia de la muerte, de la propia y de la ajena, de acuerdo con los autores, cuando el niño se enfrenta a estos eventos significativos asociados a "muertes parciales" se presenta angustia, miedo y desconsuelo, mismos que puede ser encauzados educativamente, al escuchar el sentir e intentar comprender la pérdida del niño. Esta propuesta con valor formativo de la muerte parte de un enfoque complejo-evolucionista, entendido como un "fundamento en la conciencia del valor de la muerte como objeto didáctico para la evolución y complejidad del conocimiento" (Herrán et al, 2000: 34).

Nos parece interesante y valiosa la propuesta de dichos autores debido a que sugieren una intervención didáctica de tipo preventiva y paliativa para todos los niveles educativos preuniversitarios.

Por otra parte, la obra: "La muerte y su didáctica. Manual para Educación Infantil, Primaria y Secundaria" (Herrán et al, 2006) se destaca por la fundamentación pedagógica y filosófica de la Pedagogía de la muerte, así como por su implementación en el campo de la didáctica. Los autores argumentan que la educación para la muerte es: "...tan solo una rama de un árbol mayor, la Educación de la Conciencia." (Herrán et al, 2006: 14). La Educación de la Conciencia es un concepto que alude a la expansión del conocimiento y que propicia una reflexión del sentido de lo que hacemos cotidianamente.

Detrás de esta propuesta existe un pensamiento evolucionista, mas no doctrinario, de Teilhard de Chardin¹⁴ y del pensamiento complejo de Edgar Morin, lo que converge en un enfoque laico y universal nombrado "complejo-evolucionista".

En la propuesta de Herrán y Cortina (2006) se establece un fuerte vínculo entre la fundamentación pedagógica-filosófica y el planteamiento de diversas metodologías, actividades y recursos didácticos para alumnos y educadores de todos los niveles, además de los padres. Por mencionar algunas se encuentran: actividades anticipantes del miedo, proyectos didácticos como el entierro de una mascota, talleres de fotografías antiguas, visitas a un cementerio, entre otros.

Nos parece muy importante subrayar que la mayoría de las obras se dirijan a los profesores y tutores de los centros educativos, ya que son ellos los que cotidianamente acompañan a los alumnos y constituyen fuertes vínculos personales y didácticos con los niños y sus padres. Son los profesores quienes pueden incidir directamente en la formación integral y holística de sus alumnos, sabiendo acompañar y orientar a los padres y estudiantes en caso de pérdida.

¹⁴ Teilhard de Chardin (1881-1955) fue un filósofo y religioso francés que sostuvo un pensamiento evolucionista teleológico. Confrontó el enfoque materialista del darwinismo y del positivismo con una cosmología que, aunque admitía el evolucionismo, e incluso la extendía al plano espiritual, rechazaba una interpretación dogmática, mecanicista y materialista del cosmos.

El trabajo de los autores representa, sin duda, un interesante aporte a la pedagogía de la muerte, particularmente en el ámbito de la didáctica y de la formación de los profesores.

2. Centrados en la normalización de la muerte en la educación

Es posible referir, al menos en el ámbito europeo a Joan-Carles Mèlich, profesor e investigador de la Universitat Autònoma de Barcelona, como el primer autor en español que investigó desde el campo de la filosofía acerca de la inclusión de la muerte en la educación. En sus estudios retoma las aportaciones de Karl Jaspers en un afán de explicar por qué ha de normalizarse la muerte en el ámbito educativo. Este autor participa de la definición de Jaspers sobre la muerte, entendida como una "situación-límite ante la cual el hombre se ha de enfrentar en algún momento u otro, consciente de no poder superar la angustia que le produce". (Mèlich, 1989: 45). Del mismo modo, Mèlich precisa que al ser la muerte una situación límite es deseable que esté presente en la educación.

Por consiguiente, y a la pauta de Jaspers, el autor sitúa la muerte al margen de lo que puede considerarse como una Pedagogía Existencial.

Enfatiza también la figura del educador ya que considera que "...es él quien debe situar en el aula aquellas situaciones vulnerables y provisionales de todo ser humano como armas en contra del totalitarismo y del poder. Es también, de hecho, un instrumento de libertad". (Mèlich, 1989: 27).

El autor postuló también en ulteriores trabajos una fundamentación de la Pedagogía de la finitud con base en el estudio de la antropología filosófica y pedagógica.

Es justo reconocer también que el enfoque existencialista en el ámbito educativo no es tan reciente, en 1982 Octavi Fullat ya postulaba la necesidad de educar para la muerte.

Siguiendo esta perspectiva normalizadora, es pertinente referir algunos importantes trabajos que nutren este enfoque a partir de propuestas prioritariamente didácticas en el aula. Poch, C y Herrero, O (2003) escriben en: "La muerte y el duelo en el contexto educativo", actividades tanto de carácter preventivo como paliativo luego de un acontecimiento de pérdida significativa en el alumno. En cuanto a las de índole preventivo, se sugieren unas de tipo general y otras específicas según la asignatura de la cual se trate.

Ejemplos de actividades generales son: lluvias de ideas o *brainstorming*, poemas y canciones que faciliten la inclusión de la muerte, así como lecturas que se aproximen a la muerte. Las autoras argumentan que la fundamentación teórica de estas actividades, subyace en la pedagogía de la vida y de la muerte a través de la concreción y desarrollo de la reflexión y la praxis del trabajo en los valores generados por situaciones de contingencia, sufrimiento y muerte.

Probablemente esto podría ser interpretado como una posibilidad superficial hacia la "enseñanza de la muerte", sin embargo, no hay que perder de vista que esta perspectiva normalizadora se ubica en el contexto propiamente escolar-formal. Y ello nos hace recordar las tres áreas básicas en las que pueden agruparse los contenidos curriculares (Coll, 1989): conceptuales, procedimentales y actitudinales. Al margen de ello, podría asumirse "la muerte en el contexto educativo" como un contenido actitudinal. Desde luego, las fronteras del *contenido* sobre la muerte requieren de un abordaje teórico serio, riguroso y, ante todo, respetuoso con la otredad y la finitud humana.

Ciertamente, "enseñar la muerte" no solo es pretencioso sino estrictamente hablando, imposible. No se puede *enseñarlo* que no se conoce, no obstante, cuando se habla de enseñar y aprender sobre la muerte en el ámbito de la educación médica, se trata de reconocer la importancia de que los médicos reciban orientación en torno a la muerte (Álvarez del Río, 2015).

Se aspira también a que ellos mismos aporten estrategias y construyan herramientas con base en su propia experiencia, a fin de ayudar y facilitar, en la medida de lo posible, esta compleja e inherente parte de su quehacer cotidiano a quienes se están formando con ellos, llámense estudiantes, residentes o incluso pares.

Otra contribución para esta perspectiva normalizadora de la muerte y finitud en la educación, es la elaborada en el Institut Borja de Bioética, el cual demostró que la actual sociedad rechaza la idea de finitud humana, debido entre otros aspectos, a la excesiva confianza generada por los avances científico tecnológicos, olvidando al parecer, el centro de dichos adelantos: el hombre y su desarrollo evolutivo (Castro, A. y Chinchilla, M. 1997).

La necesidad de incluir una educación para la muerte ha sido reflexionada no solamente desde espacios pedagógicos y educativos, también se han sumado a ella profesionales de otros campos, por ejemplo, la medicina y la paidopsiquiatría, Cobo Medina, C. (2001: 24) psiquiatra infantil, refiere no solo una educación para la muerte, sino también una educación sentimental útil para la vida:

En la tan actualmente descuidada educación sentimental de nuestros niños deberíamos enseñarles a desarrollar estos cuatro pilares (comunicación, ocupación, consolación, y coraje/resignación), que tanto les servirían para aprender a vivir, y para morir en su día, pues todo lo que sirve para vivir bien sirve para morir bien.

De acuerdo con su amplia experiencia psiquiátrica, el autor está cierto de que la pedagogía de la muerte debe contemplar los siguientes aspectos de intervención educativa:

- pedagogía de los sentimientos y del dolor moral
- pedagogía cultural de la muerte
- pedagogía del tiempo
- pedagogía psicodramática de la muerte
- pedagogía del recuerdo
- pedagogía de la oración

- pedagogía de la soledad
- pedagogía del silencio
- pedagogía de la oscuridad
- pedagogía de la quietud, del reposo y de la contemplación
- pedagogía de la conciencia moral

El autor, en consonancia con la mayoría de los estudiosos de la perspectiva normalizadora, ofrece una serie de actividades didácticas en cada uno de los rubros planteados, aunque es deseable proceder con cautela a fin de evitar a toda costa la banalización no solo de la muerte, sino de la pedagogía al exceder las fronteras del conocimiento de la disciplina.

Desde la psicología, Arnaiz, V. (2003) dirigió un importante apartado en la revista *Aula de Innovación Educativa* titulado: "Pensar, hablar sobre la muerte y comprometerse con la vida".

El autor expone diez propuestas para una Pedagogía de la muerte y que vale la pena mencionar debido a que, en los tres artículos que escribe subraya la urgencia de abandonar una educación pensada para inmortales, y en cambio, enfatiza la necesidad de incluir la muerte como un elemento inevitablemente ligado a la vida:

- 1) pedagogía del duelo como acompañamiento
- 2) colaboración con las familias
- 3) incluir en el aula momentos de silencio, quietud y reflexión conjunta
- 4) dar seguridad emocional y evitar que la muerte se convierta en un tabú del contexto educativo
- 5) Respetar las diferencias personales, culturales, filosóficas y religiosas
- 6) Alfabetización emocional
- 7) Asumir que la vida implica también sufrimiento y dolor

- 8) Asumir que las personas que rodean a la persona que sufre comparten el dolor a su manera
- 9) Reflexionar sobre la muerte desde el binomio individualidad-universalidad
- 10) replantear la concepción del tiempo

3. Centrados en la intervención educativa paliativa

Actualmente es posible identificar un mayor número de investigaciones que integran la intervención educativa preventiva y paliativa, sobre todo en espacios de educación básica.

Por lo general, dichos estudios han mostrado interés y preocupación ante la deficiente (o nula) atención que se brinda a los alumnos en los centros educativos cuando se suscita la pérdida de algún ser querido. En: "La muerte y el duelo en el contexto educativo" (Poch et al, 2003) las autoras detallan y proporcionan algunas técnicas para abordar lo que llaman "reconstrucción de la identidad".

Se sostiene que luego de haber sufrido una importante pérdida, existen profundas alteraciones en la persona que deben atenderse con prontitud.

Bajo esta misma línea, enfatizan la importancia de no improvisar la respuesta que se le dará a un alumno luego de haber sufrido una pérdida.

Por su parte, Feijoo (2003) plantea en el artículo: "La escuela, una amiga en el duelo" la importancia y responsabilidad que tienen los centros educativos para responder ante el suceso de la muerte en sus comunidades. Los autores enfatizan la figura central del educador como principal apoyo y promotor de respeto, además habrá de establecerse un ambiente tolerante y de acompañamiento entre compañeros hacia aquel que ha sufrido la pérdida.

En otro estudio de Herrán y Cortina (2006) los autores muestran una interesante metodología denominada "acompañamiento educativo". A través de la orientación, la tutoría y el seguimiento se pretende, en primer lugar, que aquel que

haya sufrido una pérdida pueda afrontarla y el sufrimiento disminuya paulatinamente por medio del acompañamiento en el duelo. Con ello, se aspira a una evolución de la conciencia, entendida como una oportunidad de crecimiento y formación reconociendo, sin embargo, que una pérdida significativa no se supera jamás.

Bajo estos supuestos es innegable que la muerte, en algún momento, estará presente en cualquier centro educativo: mueren los abuelos, los padres, tíos, profesores, los alumnos mismos. Se sugiere por tanto la implementación de un "periodo de duelo" similar al "periodo de adaptación" común al iniciar alguna etapa escolar.

Este acompañamiento educativo se extiende incluso más allá de la institución escolar. Se contempla, por ejemplo, un acompañamiento o trabajo educativo en el hospital en caso de que algún estudiante presentara una situación de enfermedad grave.

Al suscitarse la muerte de algún miembro de la comunidad educativa, se plantea la posibilidad de elaborar un duelo colectivo en el cual, por medio de asambleas, diálogos, exposición de fotografías, dibujos, canciones, poemas, etc., se recuerde al fallecido. Surge nuevamente la figura del educador como central en la conducción y desarrollo del periodo de duelo individual y del duelo colectivo.

Capítulo 2

Educabilidad y formabilidad del residente

En este segundo capítulo se aborda la relación intrínseca que existe entre la Facultad de Medicina y el CMN S. XXI, respecto a los cursos de especialización médica que los residentes habrán de acreditar. En ese sentido, la distinción de los conceptos de Educabilidad y Formabilidad (formación) en la clínica cobran relevancia y sentido porque desde que los estudiantes de medicina ingresan al hospital por vez primera, asumen que la mayor parte del tiempo habrán de *formarse con* el otro: compañeros de igual, menor o mayor jerarquía, profesores titulares, así como el resto del personal de salud. Además, los complejos procesos formativos en la clínica se caracterizan también por una inevitable y muy sólida estructura jerárquica, en la que la transmisión de conocimientos y su aplicación obedecen a lógicas tradicionalistas. Indudablemente la interacción con *el otro* en el hospital es una experiencia fascinante y novedosa para los estudiantes de pregrado, mientras que para los residentes constituye una condición *sine qua non* a su proceso formativo.

El hospital funciona de modo distinto a la Facultad de Medicina; las clases ya no se imparten siempre en un aula, son ahora los consultorios médicos, las salas de urgencias, los quirófanos y los diferentes servicios de las especializaciones médicas donde se aprende y *aplica* el conocimiento. La clínica es un entorno complejo en el que ocurren innumerables y variopintas situaciones en las que el bienestar de las personas se encuentra de por medio, y la toma de decisiones tiene consecuencias directas sobre los pacientes. Merece la pena enfatizar que es durante la residencia cuando la experiencia clínica cobra mayor sentido, y se vive la cotidianidad hospitalaria en su totalidad.

Ahora bien, resulta inevitable situar nuestro objeto de estudio en un contexto y lugar específico. Referir al Centro Médico Nacional Siglo XXI implica reconocer que, desde su creación, la función asistencial y la función educativa han sido posibles de cumplir, en gran medida, por la estrecha relación y compromisos que se tienen con la Facultad de Medicina de la UNAM. Esta aseveración es relevante porque el estudio de una especialidad médica no es posible sin el aval o respaldo de una institución de salud. A su vez, la Facultad de Medicina establece como horizonte de aplicación teórica el entorno clínico, se pretende en los estudiantes la preparación en las ciencias básicas para hacer frente a los desafíos en la clínica. En tanto, el CMN S. XXI difícilmente podría desempeñar gran parte de sus tareas cotidianas sin el apoyo titánico de los residentes. Y finalmente, en el CMN S. XXI la instauración e implementación de algunas especialidades comenzó en paralelo a la construcción misma del complejo hospitalario, lo cual se tradujo no solo en el desarrollo equidistante de la especialización y de los especialistas médicos, sino también configuró una identidad propia de los egresados del CMN S. XXI.

De este modo, es posible advertir la existencia de una relación simbiótica entre la Facultad de Medicina y el Hospital.

De modo que, la discusión en torno a la educabilidad y la formabilidad es conveniente en este segundo capítulo porque nos permite identificar aquellas prácticas médicas en los profesores y residentes en torno a la muerte de los pacientes. Ineludiblemente algunas de ellas responden a procedimientos o protocolos propiamente médicos y claramente establecidos a nivel institucional; no obstante, existen también prácticas que responden a criterios personales, a estrategias de los profesores y de los residentes en el entorno médico inmediato que evidencian modos de ser del gremio, y permiten subsistir en la compleja cotidianidad hospitalaria.

Quizá damos por sentado que lo sabemos o acaso lo intuimos, pero: ¿qué significa “formarse”? y, concretamente, ¿*formarse como* médico especialista? Lejos de la relativa predictibilidad del acontecer en el aula convencional, la formación en el hospital implica en gran medida habituarse a la incertidumbre, saber actuar frente a ella, seguir protocolos y apegarse a las guías clínicas. De ahí la importancia de distinguir entre “educabilidad” y “formabilidad”, porque las connotaciones pedagógicas que ha traído consigo el uso e implementación indistinta de ambos conceptos no es menor, en ese sentido se coincide con Runge (2011) al enfatizar que, en el ámbito de la Pedagogía los conceptos y términos tienen tradiciones y conexiones epistemológicas que los constituyen como tales.

De la *Bildung* a la *Bildsamkeit*

Bildung es uno de los conceptos más confusos, imprecisos e inconcretos en el espacio lingüístico de la pedagogía actual. Embestido de múltiples significados, perspectivas, orientaciones, y afinidades teórico-filosóficas, *Bildung* pareciera definirse de acuerdo con el cristal con que se mire. Los esfuerzos por acotar y delimitar la *Bildung* no han sido del todo exitosos; probablemente haya una cierta tendencia y aspiración, quizá obsesiva, por atrapar con total certeza el significado de una categoría que se resiste a ser constreñida más que revelada.

En tanto, hay cierto consenso entre los especialistas en educación (Horlacher, 2014); (Cossio Moreno, 2018); (Runge P., 2011) respecto a la necesidad de diferenciar algunos conceptos primordiales en torno a ella, amén de situar la discusión pedagógica en un ámbito categorial común: *Erziehung* (educación); *kultur* (cultura); y *Bildsamkeit* (formabilidad que no educabilidad).

Educación

Propiamente el concepto de educación no es tan antiguo como se pensaría. Data de finales del siglo XVII, pero su delimitación al saber pedagógico oscila en los siglos XVIII y XIX. En su "Tratado de Pedagogía General", Hubert indica:

Según el Diccionario general de Hatzfeld, Daimsteter e Thomas, (el término *éducation*) no lo encontramos en la lengua francesa antes de 1527. Está en todos los léxicos a partir de 1549 (...) donde se le relaciona con la alimentación. Pero todavía no aparece más que raramente en los textos. Etimológicamente no es más que una transcripción del latín, debido a los humanistas del Renacimiento.

El latín empleaba la palabra correspondiente indiferentemente para el cultivo de las plantas, el cuidado de los animales, la nutrición y la institución de los seres humanos. En 1649, la traducción francesa no conoce todavía más que la primera acepción de esta palabra. Sólo entiende la "educación" como la formación del espíritu y del cuerpo, y la hace consistir en la instrucción: «el cuidado que se tiene de la instrucción de los niños, sea en lo que se refiere a los ejercicios del espíritu, sea en lo que se refiere a los ejercicios del cuerpo» (Hubert, 1952, pp. 13-14).

Probablemente haya sido en los *Essays* de Montaigne donde *éducation* apareció por vez primera, aunque en aquella época era más frecuente la expresión *institution des enfants*, de la que a su vez procede la palabra *instituteur* / institutor (Noguera Ramírez, 2011). Por otro lado, en la literatura del siglo XVI es común encontrar la palabra *nourriture* (alimentar, nutrir); pero no es sino hasta el siglo XVII que el término *éducation* comenzó a utilizarse en el lenguaje habitual o cotidiano para designar "lo que se eleva, mejora o perfecciona en el hombre" (Compayre, 1920).

Ahora bien, de acuerdo con Corominas (1954) la palabra "educación" data del siglo XVII: "...hasta entonces se había dicho siempre criar, que es la voz que emplea aún Cipr. (Cipriano) de Valera en su traducción de la Biblia, a finales del siglo XVI, allí donde Scio, siglos antes, escribió *educar*" (p. 216).

Al margen de lo anterior, Noguera, R. (2011) ubica en *Some thoughts concerning education* (1693) de John Locke, la obra donde *education* apareció por

vez primera, pero aún más relevante, donde se establecieron sus fundamentos¹⁵. Merece la pena señalar que el término *education* en Locke, no es una transposición al inglés del término latino *educatio*, sino acaso una actualización de *institutio*, tan recurrente en los humanistas renacentistas.

Cierto es que, hasta antes de Locke, la voluntad era considerada como aquella facultad al mando de nuestros actos, mismos que dictaban los principios de la moral. Con Locke, el conocimiento y el entendimiento priman en el discurso; es el sujeto (el agente) y no la voluntad, quien decide el curso de sus acciones guiándose en un conocimiento previo. Conocimiento y voluntad son ejecuciones del agente, potencias del agente (*Cfr.* Lorenzo Rodríguez, 1992).

De lo anterior, la decisión de una acción moral no depende de la voluntad sino del entendimiento, de las ideas previas que gobiernan al hombre, por eso es tan importante tener una adecuada `conducción del entendimiento´. Es este uno de los elementos medulares y que tuvo mayores consecuencias en el ámbito educativo. Locke partía de la premisa de que no existen ideas innatas que garanticen o conduzcan a la verdad, por ello el conocimiento (entendido como la posesión de ideas) requiere de sumo cuidado en la elección y producción de dichas ideas.

¿Cómo es entonces que se adquieren o poseen las ideas/conocimientos? Surge entonces otro concepto primordial en Locke: experiencia.

Mezcla de sensación y reflexión, se habla de `ideas de sensación´ cuando son los sentidos quienes provocan en la mente percepciones distintas de las cosas de acuerdo con los diversos medios por los cuales los objetos los impresionan; en tanto, las `ideas de reflexión´ son aquellas que son proporcionadas por la propia mente (Noguera Ramírez, 2011); (Aguilar, 2003). De ahí que los conceptos `entendimiento´, `conocimiento´ y `experiencia´ condujeran a pensar en la educación.

¹⁵ Es preciso recordar que, aunque ya existían en latín los términos *educatio* y *educationis*, humanistas como Erasmo o Montaigne preferían usar en sus obras otro término latino: *institutio*.

Aunque la educación incluye la formación, no significan lo mismo ni deben utilizarse como sinónimos. Aguilar (2003) retoma el pensamiento de Gadamer y recuerda que Educar-se, como verbo reflexivo, tiene un sentido normativo: “el sujeto debe potenciar sus fuerzas allí donde uno percibe sus puntos débiles y en no dejarlos en manos ajenas”.

Más aún, la convivencia, afirma Gadamer, es lo que nos distingue del mundo animal, a través del lenguaje emerge la capacidad de comunicación (Gadamer, 2000). Es conveniente distinguir niveles de profundidad en el discurso gadameriano. El sujeto se educa a sí mismo, sobre todo, porque el aprendizaje depende de cada cual; uno se educa junto con otros porque somos *seres en conversación*¹⁶, relacionados con otros, constituidos en la comunicación y con experiencias compartidas con los otros. El sujeto se educa al educar no tanto por lo que logra en los otros sino por lo que sucede en el sujeto al encontrarse con el otro ser en conversación en la morada del lenguaje (Aguilar, 2003).

Ahora bien, la complejidad en la delimitación de la *Bildung* obedece, en parte, a las deficiencias en las múltiples traducciones de las que ha sido objeto.

Pero comencemos por reconocer que hablar de “traducción” conlleva horizontes mucho más ambiciosos que el de la sola sinonimia léxica¹⁷.

¹⁶ Aristóteles ya había advertido el papel social del ser humano, su función social junto a la función lingüística. Somos animales sociales porque nos agrupamos en familias, comunidades, Estados...y somos animales hablantes. Recordemos, por ejemplo, la comparación que realizó sobre el ser humano y las abejas: aunque éstas son animales que viven también agrupados en colectivos, carecen de cultura y actúan por conductas que se han repetido instintiva y evolutivamente desde hace millones de años. Dicha comparación no radica en equiparar sino en mostrar la vasta distancia entre unos animales sociales y otros. En este sentido, considero que Gadamer acierta al avivar el concepto aristotélico de *animales hablantes*, y resignificarlo como *seres en conversación*.

¹⁷ Es una traducción en la segunda lengua que no es exactamente igual, pero se aproxima mucho. Parkinson de Saz (1984) apunta que, frecuentemente, los diccionarios bilingües dan como supuestos sinónimos a palabras que no lo son, por lo tanto, enfatiza en la necesidad del análisis de componentes gramaticales antes de decidir el grado de sinonimia.

De acuerdo con Lefevere (1992), toda traducción debe considerar aquellos elementos no literarios que facilitan o dificultan la publicación: cuestiones ideológicas, tendencias literarias del momento, el universo del discurso (cómo se nombra el mundo en una lengua y en la otra), quienes financiarán la publicación, así como las camaraderías literarias que posibilitan, alientan o estimulan los proyectos editoriales (García-Ávila Celene, 2014).

En el caso de la traducción de *Bildung* al español, parece haber una aproximación o énfasis hacia la resolución -caso conciliación- entre las particularidades y complejidades de un concepto de origen alemán respecto a una lengua romance¹⁸, en cambio, se perciben menos elementos constitutivos del `universo del discurso pedagógico´ alemán respecto a la *Bildung*.

En este sentido, se coincide con la perspectiva analítica de Runge (2011) al señalar que la descontextualización e inadecuadas traducciones de los conceptos conducen a la pérdida de la esencia de estos.

Dicho autor aborda la discusión sobre la *Bildung*, pero particulariza en el concepto-problema¹⁹ *educabilidad* desde la antropología pedagógica e histórica. Para Runge, la operatividad del concepto *educabilidad* circunscribe la Formación a la adquisición de saberes en el contexto escolar, lo cual no solo se aleja de la

¹⁸ *Bildung* ha sido traducida también al japonés y al ruso. En el caso del japonés, podría ser más acertado hablar de una adaptación del concepto y no de una traducción propiamente. Ello se debe, en parte, a la influencia alemana en la cultura japonesa hasta antes de la primera guerra mundial. Aunado a ello, la característica en común entre el alemán y el japonés como idiomas aglutinantes, propiciaron que se designara a *Kyōyō* como el equivalente a *Bildung*. En contraste, la diferencia con la traducción al español de *Bildung* entendida como "Formación", estriba en que el concepto por sí mismo resulta insuficiente al `universo del discurso´ al que Lefevere confiere tanta relevancia. En cambio, *Kyōyō* significa: desarrollo espiritual, cultura, sentido, de tal suerte que resulta no solo más cercano al significado original del concepto, sino que es además inteligible y de uso frecuente en el entorno japonés.

¹⁹ Lo llama "concepto-problema" debido a que desde hace algunos años *educabilidad* ha cobrado una presencia notable en el discurso pedagógico y educativo colombiano. Para el autor, la traducción de *Bildsamkeit* como "educabilidad" (en lugar de "formabilidad") ha traído consecuencias negativas en el contexto pedagógico de Colombia.

acepción en su lengua originaria, sino que es vulnerable a distintos usos, a decir: resiliencia, "formación ciudadana", "formación de docentes", entre otros.

Me parece importante detenerse y profundizar un poco más respecto al encomiable esfuerzo que Runge hace al señalar que, en el ámbito de la Pedagogía los conceptos y términos tienen tradiciones y conexiones epistemológicas que los constituyen como tales. De ahí la importancia de no perder de vista el hilo antropológico e histórico que guardan los mismos; ignorarlo y hacer uso de ellos tangencial y someramente ha conducido a que el campo pedagógico persista, en el mejor de los casos, como una arena movediza y, en el peor, a que "la pedagogía se caracterice, más bien, por ser un campo `esotérico´ y que los que se mueven o tienen que ver con el campo se sientan con el derecho de decir cualquier cosa" (Runge Peña, 2011, p.14). Es cierto, la "operatividad" de los conceptos no siempre es la mejor.

Por ejemplo, aquel autor refiere la traducción de ciertos conceptos medulares de la obra de J.F Herbart²⁰ como un desacierto que, al menos en el contexto colombiano, trajo consigo desafortunadas consecuencias para la reflexión pedagógica en torno a la formación. Es el concepto *Bildsamkeit*, y que desde luego está relacionado con *Bildung*.

En 1935, Luzuriága optó por traducirlo como "educabilidad" y no por "formabilidad", ¿en qué radica el problema? "educable" tiene su raíz latina en *educere* y refiere a un proceso en el que A influye (induce) sobre B. Así, el educar - enseñar- remite siempre una acción proveniente del exterior:

Educable es lo que es influenciado, mientras que `formable´ designa sobre todo una condición inmanente, un proceso que tiene desarrollo interior propio – esto sin desconocer la participación de un exterior (Runge Peña, 2011: 16).

²⁰ *Umriss pädagogischer Vorlesungen* (Esbozo de lecciones pedagógicas) se tradujo en 1935 por Lorenzo Luzuriága como "Bosquejo para un curso de pedagogía".

Por ende, es posible distinguir dos campos teóricos en Pedagogía: teorías de la educación y teorías de la formación. Mientras que las primeras dan cuenta del "cómo", las segundas abordan el "qué" y el "para qué".

El concepto *Bildsamkeit* (formabilidad) fue utilizado por figuras del idealismo alemán como Kant, Hegel y Fichte, y es más frecuente aún en la poesía de Goethe, Wieland y Schiller. No fue sino hasta mediados del siglo XIX que el concepto fue adoptado por la Pedagogía, aunque no por todos los pedagogos. Fue Herbart quien introdujo el término a la Pedagogía y lo consideró como un concepto fundamental.

Ya en el siglo XVIII *Bildsamkeit* comenzaba a utilizarse en un ámbito más general para referirse a la capacidad de cambiar y de cambiarse, de formar y de formarse.

"La *Bildsamkeit* designa la condición que le permite al ser humano ser formado y ser educado" (Runge Peña, 2011: 17). Formabilidad es entonces una cualidad propiamente humana, una condición según la cual el ser no nace determinado sino que determina y se determina en su devenir. No se *es*, se está *siendo*. El ser deviene, se transforma y se forma.

La *Bildsamkeit* no es un concepto definible en términos de un contenido, es propiamente un concepto operativo dependiente de contextos específicos y situaciones concretas.

De manera que, a partir de un análisis teórico-histórico, Runge retorna al origen de la *Bildung* y puntualiza en otros conceptos que de ella derivan y que también son constitutivos al concepto.

No se trata entonces de un esfuerzo más por *atrapar* ni trazar fronteras infranqueables, por el contrario, se coincide con Jiménez respecto a los conceptos²¹ cuando retoma a Bergson "...quizá nuestro apego a las cosas fijas y materiales nos da seguridad y nos hace pensar que todo es geométrico, cuando la vida misma y el pensamiento no son materia estática, fija, sino energía vital que fluye" (Jiménez, 2012).

Así, lejos de puritanismos conceptuales, la reflexión gira no tanto en torno a la cuestión propiamente lingüística, sino en las connotaciones pedagógicas que ha traído consigo la imprecisión e implementación de un concepto fundamental de la tradición pedagógica alemana, particularmente en ciertos sistemas educativos latinoamericanos.

La cultura

En contraste con la `naturaleza´ de la educación en Rousseau, la cultura forma parte imprescindible de la *Bildung*, el mundo o la cultura son sus referentes principales. Mientras que en Rousseau la educación debía proceder de acuerdo con la naturaleza, en la *Bildung* el modelo prevalente está constituido por la cultura, misma que está reflejada en la historia de la humanidad.

Si en Rousseau la educación aparece en total oposición a la civilización (ya que ésta representa la corrupción humana y, solamente será superada a través de la educación) en la *Bildung* no se hace referencia al concepto de civilización -que, dicho sea de paso, es un término propio de la cultura francesa- pero sí al de cultura.

El contraste entre los conceptos "civilización" (francófono-anglosajón) y "cultura" alemana es oportuno porque permite acercarnos un poco más al

²¹ Señala que no todos los conceptos están necesariamente reducidos a una sola palabra, por ejemplo, refiere el caso de "El-nombre-del-padre", concepto utilizado por Lacan en el psicoanálisis. Recuerda también que incluso una hipótesis puede ser, en su formulación, un concepto (Jiménez, 2012. p. 39).

significado, alcances y fronteras de la *Bildung*. Por ello, es de utilidad recuperar algunas de las precisiones enunciadas por Elias (1987: 58):

El concepto francés e inglés de "civilización" puede referirse a hechos políticos o económicos, religiosos o técnicos, morales o sociales, mientras que el concepto alemán de "cultura" se remite substancialmente a hechos espirituales, artísticos y religiosos, y muestra una tendencia manifiesta a trazar una clara línea divisoria entre los hechos de este tipo y los de carácter político, económico y social. El concepto francés e inglés de "civilización" puede referirse a las realizaciones, a los logros, pero también se refiere a la actitud, a la "*behaviour*" de los seres humanos, con independencia de si han realizado algo o no. Por el contrario, en el concepto alemán de "cultura" prácticamente ha desaparecido la referencia a la "*behaviour*", esto es, a los valores que pueda tener un ser humano por su mero existir y su mero comportarse, con independencia de sus realizaciones; el significado específicamente alemán del concepto de "cultura" se revela en toda su pureza en su derivado, el calificativo "cultural", que no designa valor del ser de un hombre, sino el valor y el carácter de ciertos productos humanos. Esta palabra, sin embargo, el concepto "cultural", no es traducible sin más al francés o al inglés.

Con todo y lo anterior, Herbart ubicaba también otros conceptos que, además de la cultura, integran un complejo engranaje que configura y posibilita la *Bildung*.

En relación con la educación (*Erziehung*) se encuentra la *Erziehungsbedürftigkeit* (la necesidad de ser educado), una condición que solo es posible en tanto seres humanos susceptibles de formabilidad (*Bildsamkeit*). Por otra parte, la *Bildung* *es* cuando se considera la *Selbstbildung* (formación del propio ser o el cultivo personal), y la cultura (*kultur*) que siempre se relaciona con el otro, pero también con el valor y carácter de 'ciertos productos humanos'. La siguiente figura 10 ilustra lo anterior.

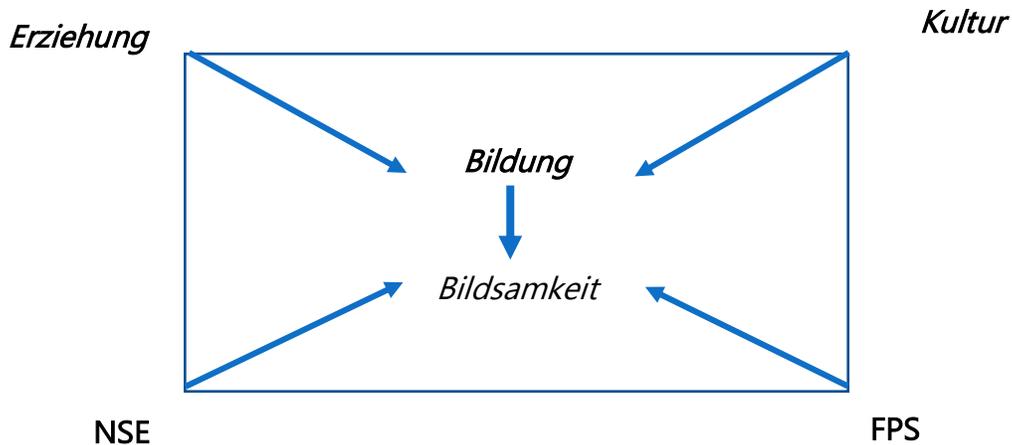


Figura 10. Elaboración propia

Erziehung: educación

Kultur: cultura

NSE: *Erziehungsbedürftigkeit* (la necesidad de ser educado)

FPS: *Selbstbildung* (formación del propio ser)

Bildung

El concepto de *Bildung* ha sido construido desde diversas perspectivas y bajo la mirada de autores distintos, por ejemplo: Humboldt, Herder, Schelling, Herbart, Pestalozzi, Hegel, Kant, Fröbel, Gadamer, etc.

Nunca ha sido un concepto claramente delimitado²², sin embargo, Klafki (1987; 2000) reconoce ciertos elementos coincidentes en su constitución, así como algunas características compartidas por las diferentes perspectivas teóricas que han contribuido a su desarrollo. El autor señala tres tendencias que durante las últimas décadas del siglo XVIII y las primeras del siglo XIX, coadyuvaron a la configuración de la *Bildung*.

²² Sin embargo, es ampliamente conocida la genealogía de la Pedagogía moderna en la que se reconocen tres grandes tradiciones en torno a la Formación: la anglosajona-angloamericana; la francesa o de ciencias de la educación y, por supuesto, la alemana o de ciencia de la educación. Lo que interesa en esta investigación es focalizar en la tercera tradición.

1) el surgimiento de la sociedad burguesa y la abolición de la sociedad feudal, a través de la Revolución Francesa; 2) el incipiente desarrollo técnico-industrial y sus consecuencias sociales y; 3) el proceso de secularización promovido vehementemente por la Ilustración.

En el contexto propiamente germánico, se destacan dos acontecimientos relevantes que posibilitaron una teoría de la *Bildung*: i) el movimiento "Cameralista" que inició en el siglo XVI, y que dos siglos después culminó con las nombradas "Ciencias del Estado" (*Staatswissenschaften*) y; ii) el neohumanismo de finales del siglo XVIII.

El Cameralismo (del latín *camera* o *camara*) fue un movimiento que, particularmente en Alemania se refería "a un conjunto de interacciones entre ciertas actitudes político-institucionales correspondientes a la formación del estado moderno alemán" (Guerrero Orozco, 1985). Su relevancia estriba en que el movimiento significó la concepción administrativa del Estado entre finales del siglo XVI y hasta el final del siglo XVIII.

Inicialmente, el cameralismo se refería a la rutina o prácticas que los empleados gubernamentales desempeñaban en sus oficinas (particularmente de los departamentos fiscales).

El movimiento fungió como una estrategia de Estado más allá de la inmediata capacitación burocrática; se estableció como un saber sobre la administración cuya finalidad era aumentar el poder del Estado, al mismo tiempo que se procuraba el bienestar de la población (Araujo Lobo, 2015).

Paulatinamente, ese saber y esas técnicas constituyeron en los países germánicos una *ciencia* o conjunto de ciencias (*Staatswissenschaften*) sobre los asuntos del Estado: política, administración, economía (Noguera Ramírez, 2011).

La instauración y desarrollo de dichas ciencias requirió de un considerable grupo de funcionarios públicos para quienes incluso se abrieron cátedras en la Universidad de Frankfurt y de Halle-Wittenberg.

Con el tiempo, estas cátedras trascendieron y se constituyó un estricto sistema de formación con más profesores y especialistas en la materia. En este punto es cuando se reconoce a Lorenz von Stein (1815-1890) prestigiado economista, sociólogo y especialista en Ciencias del Estado, como el fundador de la teoría de la *Bildung*. En este sentido, *Bildung* comenzó a relacionarse directamente con los asuntos propios del Estado. Para Stein, la Formación es, en primera instancia, un asunto del individuo y que está en consonancia con la personalidad, no obstante, implica también la colaboración de los otros en la formación propia, es entonces cuando la *Bildung* emerge "como un elemento orgánico de la vida social" (Noguera Ramírez, 2011). Aunado a ello, Stein designa tres dominios de la "formación pública": elemental, que es el equivalente a la educación primaria; profesional, dividida en culta, artística y económica, y; general, que alude a todo lo que se relaciona con los diversos ramos profesionales y que ubica sus instituciones en las bibliotecas, academias, teatros, etc. Bajo esta orientación, la Teoría de la *Bildung* y las Ciencias del Estado se conciben como indisociables para el arte de gobernar.

Se pretendía entonces el "gobierno de sí" y el gobierno de los otros en función del "bien común", de acuerdo con fines morales, políticos y económicos.

En respuesta a este ideal de hombre promovido por el Estado, hacia finales del siglo XVIII e inicios del XIX, una nueva generación de intelectuales emprendió una dura crítica en contra de las visiones utilitaristas del hombre que, en nombre de un humanismo que aparentemente supondría el desarrollo armónico de todas las facultades y potencialidades del ser, había sido tergiversado, exacerbado en la razón (Ilustración) y, de algún modo, simplificado a la formación utilitaria de individuos al servicio del Estado.

De este modo, el neohumanismo impulsó el desarrollo de un nuevo hombre, un ser independiente de cualquier finalidad y utilidad.

Apunta entonces Humboldt:

El verdadero fin del hombre, o aquello que es prescrito por los dictados de la razón eternos e inmutables y no por vagos y transitorios principios es el más alto y armonioso desarrollo de sus poderes para una completa y consistente totalidad. (citado en Noguera Ramírez, 2011).

De acuerdo con Klafki, ambos movimientos posibilitaron una transformación educativa que se concretizó en el concepto de *Bildung*.

Paralelamente, Gadamer fue quien dotó al concepto de *Bildung* el particular atributo de "algo más elevado e interior". Estrechamente relacionado con enseñanza y aprendizaje, *Bildung* guarda también una cercanía innata y dinámica con la cultura que posee una persona como resultado de su formación en la tradición de su entorno. Se refiere tanto al proceso de adquisición como al producto de la cultura. Aunque invariablemente indisociable, *Bildung* no es solo cultura. Y es esto lo que Gadamer postula como algo "más elevado e interior", que la posesión de una vasta y solida cultura. Habla entonces de una "actitud espiritual que procede del conocimiento y el sentimiento de toda la vida espiritual y ética y que fluye armónicamente en la sensibilidad y el carácter" (Gadamer H. G., 1996).

Bildung no es un punto de partida ni tampoco de llegada, sino una condición, una posibilidad del ser en devenir, por eso se encuentra en constante desarrollo y progresión. Todo lo que se integra a causa de la formación *forma* parte de ella; la formación no es solo un medio que pierda función una vez que se incorpora algo. "La esencia general de la formación humana es convertirse en un ser espiritual general" (Gadamer H. G., 2000).

La *Bildung* es un concepto tan relevante de la pedagogía alemana que, en la actualidad continúa suscitando importantes debates y discusiones acaloradas.

Situada la cuestión en nuestros días, y a la luz de las múltiples y variadas perspectivas teóricas y de análisis, Horlacher (2014) se aparta de la pretensión de explicar o describir sistemáticamente la *Bildung* y, en cambio, apuesta por mostrar más bien cómo y en qué contextos se utiliza y por qué. La autora explica, por ejemplo, cómo en nuestra época *Bildung* incluso suele utilizarse como una “palabra bélica” cuando se esgrimen argumentos e investigaciones en contra de las mediciones de los procesos de enseñanza encabezados por la OCDE, a través del Programa para la Evaluación Internacional de Alumnos (PISA) (Hentig, 1996); (Schlüter, 2009). Por otro lado, también es frecuente que la *Bildung* se asocie con las instituciones de educación superior respecto a la autonomía universitaria.

Hay que decir también que, resulta inquietante (o al menos inesperado) que en algunos estudios e investigaciones modernos sobre la *Bildung* comience a relacionársele con otro concepto: “competencias”. A diferencia de la *Bildung*, las competencias son medibles, cuantificables, incluso es posible hablar del aprendizaje de competencias (Hamui Sutton L., 2014; Weinert, 2001).

Indudablemente, estas conexiones conceptuales suscitan un amplio debate pedagógico. Por ejemplo, los expertos en el ámbito de las competencias aseguran que la adquisición de las competencias y destrezas (al igual que la *Bildung*) es una capacidad presente en el individuo independientemente del objeto, rodeada de posibilidades para la acción (Horlacher, 2014). Al margen de tal afirmación no es de extrañar que se discuta si el concepto de “competencia” o “destreza” incluso pueda sustituir al de *Bildung* (Tenorth, 2008).

Ahora bien, la anterior discusión resulta pertinente en nuestro trabajo a la luz de la configuración del especialista médico en el CMN. S XX. En el hospital, las fronteras entre la educabilidad y la formabilidad por algunos momentos se perciben nítidas, pero en otros son indistinguibles probablemente por la naturaleza dual de la clínica como institución de asistencia de salud, y su carácter de *escuela*.

Por lo tanto, situar el debate en el lugar donde acontece el proceso formativo de los residentes es oportuno porque contribuye a la comprensión del proceder médico frente a diversas situaciones cotidianas, en particular, las relacionadas con la comunicación de malas noticias y el afrontamiento de la muerte de los pacientes.

Educabilidad y formabilidad en la Facultad de Medicina y en el hospital

El contexto de la salud pública en nuestro país difícilmente podría entenderse sin referir a la FM de la UNAM. Ya sea en la formación profesional de los futuros médicos, a través de sus aportaciones en el ámbito de la investigación, o bien su desempeño asistencial en las instituciones de salud pública y del sector privado, la UNAM fue además posicionada en el *QS World University Rankings 2020* dentro del Top 100 de las mejores Universidades del mundo, ascendiendo tres lugares respecto a 2019 en el que obtuvo la posición 103. Aunado a ello, en 2018 la FM fue considerada como la mejor escuela de medicina en nuestro país. (El Universal, 2018).

Desde luego, esta distinción también atañe a la cuestión de la formación integral de los estudiantes. Probablemente se pensaría que en la profesión médica la formación de los estudiantes implicaría inevitablemente el tema de la muerte; que estaría no sólo presente, sino que sería un rubro de primer orden curricular, sin embargo, este importante aspecto inherente a la medicina se encuentra casi imperceptible en las mallas curriculares.

En el caso de la licenciatura de Médico Cirujano de la FM, es hasta el 3er. año de la carrera donde se encuentran dos asignaturas optativas tituladas: "El médico ante la muerte", e "Introducción a la tanatología" en las cuales el tema de la muerte se aborda deliberadamente, y en las que se pretende: "Favorecer una reflexión sobre las dificultades relacionadas con la muerte en la práctica médica y sobre la

responsabilidad del médico en el final de la vida de sus pacientes” (Programa académico asignatura optativa, 2010).

Los estudiantes de medicina tienen un primer contacto “directo” con la muerte a través del estudio con cadáveres en las clases de anatomía, pero no es sino hasta el tercer año de la carrera que la probabilidad de que presencien la muerte de algún paciente en el espacio clínico. Ello supone un suceso relevante en la formación de los estudiantes, no solo porque las prácticas de disección suelen llevarse a cabo con vetustos cadáveres, sino porque la experiencia es completamente diferente, sobre todo cuando se tuvo algún trato directo con el paciente fallecido.

Sin duda, la muerte de un paciente resulta ser una experiencia distinta al tratamiento y estudio del cadáver. Además, a pesar de que es justo en la práctica clínica donde el deceso de las personas es cotidiano, el empirismo predominante con el que se abordan las situaciones de muerte es también cotidiano.

La falta de una formación específica y obligatoria en el Plan de Estudios de la FM nos indica entonces que los estudiantes aprenden a convivir con la muerte, principalmente, en la práctica.

Habría que decir también que cada vez es más frecuente que las personas fallezcan en los hospitales y no en sus casas junto a sus familias, en este sentido, la comunicación entre el médico, el paciente y sus familiares es deseable que sea lo más clara y oportuna porque seguramente se tendrán que decidir acciones médicas consensuadas.

Por otro lado, es muy importante reconocer que los médicos carecen de elementos formativos que les permitan hacer frente a situaciones desagradables o fatales. Existe incluso un estudio reciente con médicos mexicanos en el cual se reportó que solo el 28% había recibido algún tipo de entrenamiento o formación para atender a pacientes terminales, además, la mayoría (77%) estuvo a favor de contar con programas de formación y capacitación respecto al tema (Álvarez, 2013).

Aquellas deficiencias formativas se ven reflejadas no solo en la inadecuada atención brindada al paciente y sus familias, en muchas ocasiones deriva en serios actos de negligencia médica con consecuencias lamentables (Peña-Viveros, Rodríguez-Moctezuma, & López-Carmona, 2004). Por otro lado, también es frecuente que el médico (sobre todo en formación) perciba la muerte con culpa o como un fracaso (Nuland, 1995).

En este aspecto vale la pena detenerse y reflexionar si acaso la asociación de la muerte con el fracaso guarda alguna relación con la idea comúnmente asumida (y aceptada) por la sociedad, en la cual al médico se le prepara prioritariamente para «salvar vidas» y no para asumir que la muerte es un acontecimiento natural e inherente a la vida.

Luchar contra ella, en ocasiones no tiene sentido alguno si consideramos que la muerte no siempre implica dolor o tristeza en el moribundo, sino que en muchos casos supone alivio y descanso.

De acuerdo con la literatura especializada en el tema, educar a los futuros médicos para enfrentar la muerte, favorece tanto al paciente como al médico (Chen, 2008). Si se logra establecer una adecuada comunicación y afrontamiento ante la difícil situación, se podrían atender con mayor acierto las angustias, inquietudes, miedos y deseos tanto del paciente como de la familia. Por otro lado, y no menos importante, beneficia el bienestar del médico porque favorece la toma de decisiones conjuntas sin angustia ni culpa.

En este momento es cuando el concepto de 'formabilidad' cobra sentido respecto a la muerte. Ello supone el desarrollo de habilidades de comunicación y empatía con las personas; implica una reflexión filosófica, existencial y mucho más profunda sobre el sentido de la vida propia y de los otros. En el terreno médico, posibilita comprender que la muerte no es un adversario a vencer, sino un elemento inmanente a la vida: ¿acaso no es deseable la intervención de la pedagogía y de la

filosofía en el ámbito médico? A nuestro juicio, ya no es tiempo de preguntarse ¿por qué no se incluye? Sino ¿no es acaso extraño su ausencia?

El proceso formativo extenso (cuatro años o más) de los especialistas, conlleva la implementación y desarrollo del currículum formal, pero supone también la adquisición, modificación y transformación de hábitos, conductas, actitudes, y maneras propias de los médicos. Además, los residentes habrán de adaptarse y acoplarse con el resto del personal de salud que conforman el entorno cotidiano de su especialización, sin que ello constituya un “contenido” propiamente.

A diferencia de otras profesiones, en el ámbito médico y, particularmente durante la formación como especialistas, los residentes no tienen una rutina de: acudir a un aula, atender una clase y al final de la jornada retirarse a sus domicilios. Como su nombre lo indica, residen en el hospita gran parte del día. Sin duda alguna, para quienes estudian una especialidad sí se traduce en *vivir* en el hospital.

La jornada para los residentes inicia a las 7 de la mañana, pero la hora de salida es variable.

“Oficialmente” concluye a las 16 horas (si es que no tuvieran guardia), pero por lo general permanecen más tiempo porque siempre hay trabajo pendiente o imprevistos por atender. Algunos residentes señalaron que durante el segundo año concluían generalmente hasta las 9 de la noche. Las guardias también son variables en cada servicio y en cada año, pero van de las 24 hasta las 36 horas. En la práctica, los horarios de salida y las guardias dependen de la saturación del servicio, las indicaciones de los profesores, de los residentes de mayor jerarquía, y del trabajo que esté pendiente en el hospital.

Justamente en este punto emerge un importante tema que aún en la actualidad no es lo suficientemente claro: el estatus de estudiantes y trabajadores de los residentes en el hospital.

Debatido vehementemente, es bien sabido por el personal de salud que una parte fundamental, *vital* de cualquier hospital de segundo o tercer nivel de atención lo constituyen los residentes. En el caso que nos ocupa, son estudiantes de la FM, pero también trabajadores del CMN S. XXI. Pese a que la exigencia hacia ellos es superior a la de quienes ya forman parte de la plantilla laboral de la institución, no cuentan con los mismos derechos porque se asume entonces que son estudiantes, *médicos residentes en formación*, y no trabajadores...no del todo.

Aunque el estatus laboral de los residentes es bastante impreciso²³, las actividades cotidianas se establecen independientemente de aquel factor y, están sujetas a las demandas propias de la población de la sede clínica. Dichas funciones son coordinadas o dirigidas por los residentes de mayor jerarquía y por los médicos adscritos. De ahí la importancia que tienen las jerarquías dentro del ámbito médico-hospitalario; de ello depende en gran medida el funcionamiento cotidiano de los servicios de salud de la sede.

Las jerarquías en el hospital son muy claras y se dan por sentadas, no se cuestionan porque forman parte del *habitus* médico, además, esta situación no es nueva para los médicos en formación, porque ya lo vivieron en experiencias anteriores, mientras realizaron el Internado médico y/o servicio social en cualquier hospital.

Es en la especialización médica cuando la figura del residente adquiere un rol más activo, de responsabilidad gradual, y de supervisión. Aunque por lo general no son instruidos o entrenados como tal, los residentes son también educadores.

²³ Tanto la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas, publicada en el Diario Oficial de la Federación en 2013, como el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-001-SSA3-2018 publicado en 2018 no refieren una relación propiamente laboral entre los residentes y la (s) Unidad (es) Médica (s) o Instalación Receptora de Residentes, sino que describen en términos globales las actividades que en ella se realizan.

Este rol de profesores surge en diversos contextos y, muchas de las ocasiones sucede de manera espontánea y no planeada. Casi siempre emprenden estas actividades por intuición o imitación de sus médicos-profesores, o de los propios residentes de mayor jerarquía, lo cual puede incidir directamente en la calidad de la atención médica, la seguridad del paciente y los desenlaces médicos (Méndez-López J. F., Mendoza-Espinosa, Torruco-García, & Sánchez-Mendiola, 2013).

Existen suficientes referencias que dan cuenta del papel del médico como profesor y mentor de aprendices de medicina. Esta disciplina siempre se ha aprendido en la relación cercana con el otro, con el médico experimentado. Pero no es hasta el siglo XX que la labor educativa de los residentes se consolida en las instituciones de salud (Barbado-Hernández, 2007).

Los primeros estudios sobre el trabajo del médico residente como educador (MRE) surgen a principios de los años 60 del siglo pasado (Barrow, *The house officer as a medical educator*, 1965). Uno de los más relevantes, y que ha sido replicado en varios ámbitos, fue una encuesta realizada por Brown en la Universidad de Virginia en Estados Unidos de Norte América, en ella, los residentes expresaron que cerca del 50% de su formación y entrenamiento en el hospital provenía de un residente; declararon también que hasta el 40% del tiempo de sus labores cotidianas consistía en supervisar a otros residentes de años anteriores.

Pese a que solo el 15% había recibido algún tipo de entrenamiento o capacitación docente, todos se consideraron hábiles para enseñar (Brown, 1970).

Paulatinamente comenzaron a publicarse un mayor número de estudios en los que se documentó la presencia y trabajo del MRE, enfatizándose, sobre todo, en su importancia durante las guardias y los fines de semana. Incluso se encontró que dicho rol como educador suponía mayor aprendizaje e importancia para los residentes, que las experiencias vividas con los médicos adscritos (Callen & Roberts, 1980).

El espacio donde surge y se dinamiza el proceso de enseñanza-aprendizaje es el hospital: durante el pase de visita, consultorios, quirófanos, salas de radioterapia, en las guardias y fines de semana.

Ante diversos escenarios clínicos y con casos que emanan de la población que atienden, la previa selección de los pacientes a voluntad de los profesores es imposible. El entorno de aprendizaje es real, con pacientes y enfermos que acuden casi siempre porque tienen un malestar que desean aliviar.

De este modo, es indispensable pensar e imaginar la docencia bajo estas condiciones y en este sitio. Con esto en mente, no es extraño que los doctores adscritos o titulares no se asuman del todo ni se conciban como "profesores" o menos aún como "maestros". Los estudiantes tampoco los refieren así, sino como doctores²⁴. ¿Qué implica esto?, ¿es solo un *modo de ser* o influye en algo más?

De acuerdo con Vives (2019) en el terreno de la educación médica, los docentes "convierten las disposiciones objetivas (estructurales) en disposiciones subjetivas para las acciones que realizan", es decir, la estructura de la Facultad de Medicina, pero aún más la del Centro Médico Nacional Siglo XXI (CMN S.XXI) predisponen en gran medida el *habitus* de los docentes, pero cada profesor de acuerdo con su percepción y valoración las interioriza y construye así su identidad profesional docente (Bourdieu, 1990).

De tal suerte que, los médicos adscritos también desempeñan dos roles: el de trabajadores del hospital, y el de profesores. Así, la estructura propia de los hospitales propicia que, tanto los conocimientos propios de la especialización médica, como los valores y actitudes se aprendan predominantemente a través del modelaje. Este tipo de aprendizaje por modelo o imitación, fue propuesto por Albert Bandura dentro de su teoría del aprendizaje social en 1977.

²⁴ Esto también ocurre en el pregrado (licenciatura). Rara vez se llama "maestro" o "profesor" a los doctores que les imparten clases, a menos que el profesor no sea médico de profesión.

Mejor conocido como *aprendizaje vicario*, lo que el autor asegura es que este tipo de aprendizaje se produce de manera inconsciente e inmediata. Luego de observar las consecuencias de las acciones positivas o negativas de los otros, el aprendiente lo asumirá como una experiencia propia.

“Ponerse en los zapatos del otro” e imaginar en su propio cuerpo lo que experimenta aquel es, fundamentalmente la idea central (Gual, Palés-Argullós, Nolla-Domenjó, & Oriol-Bosch, 2011).

En el caso del afrontamiento de la muerte en los residentes, indudablemente las experiencias personales y profesionales determinarán o modificarán su proceder ante ella. Tomar una posición u otra frente al paciente vulnerable o en situación de próxima e inevitable muerte, garantizará en cierta medida la “sobrevivencia” del estudiante-residente dentro del ámbito clínico, ya que el curriculum oculto condiciona y dicta el proceder frente a un número indeterminado de situaciones que no son explícitas en los programas académicos, pero sí en la práctica cotidiana con sus pares, residentes de mayor jerarquía y con sus profesores.

Estos comportamientos no siempre son percibidos conscientemente por los estudiantes-residentes, sin embargo, suelen ser adoptados puesto que les permite desempeñarse de una forma semejante (¿adecuada?) en el ámbito clínico, es decir, el curriculum oculto se expresa espontáneamente sin que necesariamente haya una “doble intención” por parte de los docentes. Esto más bien contribuye a la construcción del *habitus* médico, propio de la especialidad a la que se corresponda. Dichas conductas, costumbres, comportamientos, actitudes...modos de ser, son también un reflejo de la institución a la que pertenecen, en este caso, el CMN S.XXI. Hay ejemplos tan sutiles y comunes como que los residentes se dirijan a sus compañeros de igual o mayor jerarquía como “doctor”, o el resto del personal de salud en el hospital se dirija a ellos de igual manera, como doctores. Más aún, los pacientes no siempre distinguen a un residente de un médico titular (excepto, quizá,

por la edad), sin embargo, la mayoría de las ocasiones esto no parece ser tan relevante al momento de la consulta; para el que asiste a una consulta médica, quien lo atiende será siempre nombrado doctor (a) porque se encuentra en un hospital, dentro de un consultorio, y porque viste con una bata blanca.

Los servicios de salud en México

Al conjunto de instituciones públicas o privadas que prestan servicios de salud en el país se le conoce como Sistema Nacional de Salud. El origen de todos los servicios de asistencia públicos surge con la fundación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaría de Salud SSA). Casi de manera simultánea se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS, encargado de la atención médica de los empleados del sector privado. Posteriormente surgieron otros institutos públicos semejantes al IMSS pero dirigidos a otros sectores poblacionales, es el caso del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ISSSTE, Instituto de Seguridad Social para las fuerzas Armadas Mexicanas ISSFAM, Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos PEMEX, etc. El propósito fue brindar atención médica a todos los trabajadores con empleos formales, mientras que la SSA asumió la responsabilidad y compromiso de brindar servicios médicos a los trabajadores informales y a la población desempleada.

Estos grandes complejos trabajan de forma independiente, y más aún las instituciones privadas, no obstante, la regulación de todas ellas es tarea de la SSA.

Todas las instituciones de salud organizan los servicios médicos de acuerdo con tres niveles de atención. Ver tabla 2. Preferentemente, todos los pacientes deberían acceder a los servicios de salud de forma escalonada, así su contacto inicial sería con el primer nivel de atención (clínicas y centros de salud) en los cuales se encuentran principalmente médicos familiares y médicos generales cuya función es la prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud más comunes.

Si la situación del paciente no puede solucionarse en este primer nivel, entonces se refiere al segundo en donde existen laboratorios, consulta con especialistas y hospitalización. Y, finalmente, el tercer nivel es reservado para la atención de problemas poco prevalentes y patologías complejas que requieren de procedimientos especializados y de alta tecnología, por lo general se desarrollan también actividades de investigación clínica y básica.

Durante su paso por el pregrado, los estudiantes tienen rotaciones eventuales en clínicas de primer nivel, pero la mayoría ocurre en hospitales de segundo y tercer nivel, del mismo modo, la formación de los residentes transcurre completamente en este tipo de hospitales, institutos y unidades médicas de alta especialidad.

La organización de estas instituciones es semejante, los horarios de atención, el número y distribución de servicios por especialidad y la fuerte estructura jerárquica operan más o menos del mismo modo.

Tabla 2. Niveles de atención médica

NIVEL	COBERTURA ---- COMPLEJIDAD	ACTIVIDADES	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS FÍSICOS
I	Máxima ---- Mínima	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción para la salud • Control de salud • Diagnóstico de enfermedades • Tratamiento de enfermedades sencillas • Derivación oportuna de casos a siguiente nivel 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Médico gral. o médico familiar ➤ Paramédicos, Enfermeros, odontólogos, nutriólogos, trabajadores sociales, psicólogos, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Centros de salud rurales y urbanos ❖ Consultorios y dispensarios ❖ Unidades de medicina familiar ❖ Establecimientos educativos ❖ Centros de trabajo
II	Intermedia ---- Intermedia	Diagnóstico y tratamiento de enfermedades que no pueden ser resueltas en el primer nivel de atención	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Especialistas médicos, prioritariamente de las especialidades troncales (e.g. pediatría, medicina interna, cirugía general y ginecología) ➤ Paramédicos 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Consulta en hospitales ❖ Hospitales Generales o Regionales que cuenten con al menos: ❖ Quirófano ❖ Laboratorio ❖ Imagenología (rayos X, ultrasonido, etc.) ❖ Área de hospitalización ❖ Urgencias 24 h
III	Mínima ---- Máxima	Diagnóstico y tratamiento de enfermedades que no pueden ser resueltas en el segundo nivel de atención médica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Especialistas y subespecialistas ➤ Personal paramédico 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Consulta en hospitales ❖ Hospital o Unidad Médica de Alta Especialidad que cuente obligatoriamente con servicios de tecnología avanzada (resonador magnético, tomógrafo, aceleradores lineales, etc.)

Fuente: modificado a partir de Villanueva Lozano. (2019: 39)

Los servicios hospitalarios

La estructura social y física en los hospitales está claramente definida y, como ya se ha mencionado, la mayoría de las instituciones de salud se articulan y funcionan de manera similar. De esta manera, los hospitales cuentan con espacios laborales propios y que se conocen como *servicios*, éstos son coincidentes con las especialidades médicas. Así, en los hospitales de segundo nivel se encuentran los servicios de Urgencias, Medicina Interna, Ginecoobstetricia, Pediatría y Cirugía, por lo tanto, cada servicio ocupa un espacio físico en el hospital y generalmente se le llama *piso*, pues literalmente suele otorgarse un piso completo a cada especialidad. El área de quirófanos es casi siempre compartida por las especializaciones quirúrgicas. Estos *pisos* cuentan con un determinado número de habitaciones y de camas para los pacientes hospitalizados, albergan también una estancia o sala de médicos y un sitio (generalmente isla) para el personal de enfermería, colocado estratégicamente así para facilitar el acceso y comunicación con los médicos y familiares de los pacientes. Adicionalmente, cada servicio cuenta con otra área dentro del hospital en la que se brinda todos los días la consulta externa.

Los estudiantes de pregrado y del internado rotan por los diversos servicios del hospital, mientras que los residentes están fijos en el piso correspondiente a la especialidad en la que están adscritos, y es frecuente también que efectúen rotaciones en servicios de subespecialidades relacionadas con la suya.

El Centro Médico Nacional Siglo XXI

El Centro Médico Nacional (CMN) es, sin duda, un referente imprescindible para la comprensión de la historia de la medicina y de los servicios de salud mexicanos. Desde su creación, este importante complejo de la salud ha destacado por su impulso de mantenerse a la vanguardia y proveer de atención a cientos de miles de derechohabientes.

Su larga tradición como institución formadora de médicos especialistas, así como su carácter de unidad de investigación médica de alto nivel, constituyen un importante eslabón en el desarrollo y protección social de miles de mexicanos.

Para vislumbrar en su justa dimensión la importancia que, desde su origen ha tenido el Centro Médico Nacional, es ineludible remontarse a la década de los años cuarenta del siglo pasado, al sitio que lo vio nacer: el Distrito Federal, hoy Ciudad de México.

Los antecedentes del CMN son relevantes de abordar porque en ellos encontramos también parte de algunos de los momentos más importantes, difíciles y duros por los que ha atravesado la Ciudad de México.

Resulta entonces muy pertinente y factible recuperar el concreto pero sensible trabajo efectuado por Fajardo-Ortiz (2015), en el que describe en cuatro etapas la Historia del CMN.

Desde luego, no es la intención emprender una histórica descripción puntual y detallada, pero sí es oportuno y útil detenerse en algunos aspectos vertebrales para comprender la importancia de la institución como una entidad formadora de médicos especialistas en nuestro país, aspecto en el que sí está focalizada esta investigación.

Primera etapa. De la idea a la creación

Hacia finales de la década de 1930, la entonces Secretaría de Asistencia Pública fue quien concibió la idea de crear un Centro Médico Nacional en el Distrito Federal, capaz de responder a la demanda cada vez mayor de servicios especializados en salud.

En aquella época, no existía en México un centro de atención especializado de esa magnitud, semejante a los de otros países de Europa, o en Estados Unidos. (Evolución Histórica. Facultad de Medicina, UNAM.)

Poco tiempo después la idea se materializó en un proyecto a gran escala de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) durante el sexenio gubernamental de Manuel Ávila Camacho (1940-1946). En un principio, la construcción del CMN se pensó con el objeto de sustituir al Hospital General, y de incorporar al Hospital Infantil y al Instituto Nacional de Cardiología al gran complejo. A este propósito, en 1945 la SSA adquirió un terreno colindante al sur del Hospital General, y se expropiaron también diversas áreas verdes ubicadas en la colonia Buenos Aires y calzada de la Piedad, actualmente avenida Cuauhtémoc.

Aproximadamente durante dos años se realizaron las primeras obras del CMN, sin embargo, los trabajos fueron prácticamente olvidados hasta 1952, año en el que el entonces presidente de México Adolfo Ruiz Cortines retomó el proyecto y le dio un gran impulso, de modo que a finales de 1960 culminó la construcción de 15 edificios de tipo geométrico con amplios espacios abiertos, áreas verdes, explanadas, y una perfecta ubicación colindante con avenidas principales. El Centro Médico del Distrito Federal se volvió una realidad.

La superficie construida fue de 207,283 m², en un terreno de 156,000 m². Los edificios que conformaron el CMN fueron: Admisión, Lavandería, Enseñanza y Habitaciones, Hospital de Enfermedades Nerviosas, Hospital de Neumología, Hospital de Oncología, Hospital de Gineco-Obstetricia, Hospital de Enfermedades de

la Nutrición, Hospital de Emergencias, Edificio de Congresos y Convenciones, Oficinas Generales, Casa de Máquinas, Hospital de Especialidades Médico-Quirúrgicas, Laboratorio de Medicamentos y Guardería. Los siete hospitales tenían una disponibilidad aproximada de 2000 camas.

Segunda etapa. Fortalecimiento y desolación

Si bien es cierto que el Centro Médico del DF inicialmente fue un importante proyecto de la SSA, al término de su construcción dicha Secretaría tenía graves problemas financieros que imposibilitaban su mantenimiento apenas inicial. Al mismo tiempo, el Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS en aquella época requería fortalecer su red de asistencia en salud a través de la expansión de sus establecimientos médicos. Por estas razones, el Centro Médico del DF fue vendido al IMSS quien entonces lo renombró como Centro Médico Nacional.

El costo del CMN del DF fue de 407 millones de pesos, pagados en efectivo y en bienes del IMSS. El Instituto invirtió además 195 millones de pesos en adecuaciones de los inmuebles y en equipamiento necesario para la puesta en marcha del enorme Centro Médico Nacional.

Durante dos años, nueve de los edificios estuvieron en funcionamiento, pero no fue sino hasta el 15 de marzo de 1963 que el Centro Médico Nacional fue inaugurado en su totalidad por el presidente Adolfo López Mateos.

A partir de ese momento el Centro Médico Nacional se convirtió en la organización clínica más grande e importante de nuestro país y, es muy probable que también lo fuera para el resto de América Latina.

Toda la infraestructura que implicó, la gran cantidad de capital humano que involucró y, sobre todo, el enorme número de derechohabientes que obtuvieron atención médica, sin duda, significó un icónico momento en el ámbito de la salud.

Durante los siguientes 22 años se llevaron a cabo diversas mejoras, no solo en el sentido estructural, sino en la mayoría de los servicios de salud prestados a la población. Ciertamente es que el CMN adquirió una identidad emblemática como institución de formación de especialistas, y como centro de educación médica continua que aglutinaba una gran cantidad de cursos de actualización, seminarios, coloquios y diversas actividades en las que siempre convocó a un gran número de profesionales de la salud de todo México.

Desafortunadamente un catastrófico sismo ocurrido en el Distrito Federal la mañana del 19 de septiembre de 1985, tuvo efectos devastadores sin precedentes en gran parte de la ciudad y, el CMN tuvo severas afectaciones en la mayoría de sus edificios²⁵. La peligrosa situación de casi todos los inmuebles ocasionó inexorablemente la suspensión de prácticamente todos los servicios de salud, e implicó el traslado de aproximadamente 3000 pacientes a otros hospitales del IMSS (Corro, 1985).

Finalmente, en diciembre de 1985 los edificios del Hospital de Oncología, Hospital General, Hospital de Pediatría, Hospital de Traumatología y Ortopedia, Hospital de Gineco-Obstetricia, Hospital de Cardiología y Neumología, así como las Oficinas Generales, fueron demolidos completamente.

El derrumbe de estos edificios constituyó más que un considerable quebranto monetario. Significó la pérdida de muchísimas oportunidades de atención médica a cientos de miles de personas, de formación de personal médico y de otros recursos humanos de la salud, representó por supuesto, la pérdida de muchos empleos.

²⁵ Durante 30 años, el número de víctimas del sismo fue incierto, sin embargo, en 2015 el Registro Civil de la Ciudad de México contabilizó el número de personas que murieron por aplastamiento, asfixia, politraumatismo y demás causas asociadas al terremoto, arrojando una cifra de 12, 843 personas. Esta cifra incluye a las víctimas identificadas a quienes se les extendió un certificado de defunción, pero también a las personas que fueron enviadas a fosas comunes en los diversos panteones de la ciudad (Páramo, 2015).

Tercera etapa. Una larga convalecencia

Hacia finales de 1989, algunos de los inmuebles se reconstruyeron y continuaron en funcionamiento, mientras que comenzó la reedificación de otros hospitales. Aún era una época de recuperación infraestructural. En esta etapa fue cuando al Centro Médico Nacional se le agregó la denominación Siglo XXI, y dio inicio una nueva era.

El 27 de abril de 1992, el presidente Carlos Salinas de Gortari inauguró el nuevo y reconstruido complejo Centro Médico Nacional Siglo XXI, en el que se redujo de nueve a cuatro los Hospitales: Oncología, Especialidades Médicas, Pediatría y Cardiología. En suma, se albergaron 846 camas y un Banco Central de Sangre.

Además de los edificios hospitalarios, el CMN S. XXI alberga a la Dirección Regional Siglo XXI, la Unidad de Congresos, el Centro Nacional de Investigación Documental en Salud "Ignacio García Téllez", la Coordinación de Enseñanza e Investigación y Políticas de Salud, el edificio para la Academia Mexicana de Cirugía, la Academia Nacional de Medicina, la farmacia, una sala de exposiciones, una estación del metro, servicios bancarios y un restaurante, es extraordinario.

La magnitud e importancia del complejo médico en nuestro país se expresa también en la dificultad que entraña el proceso de admisión de residentes a las diversas especializaciones médicas. Las plazas disponibles son escasas y, en el caso de la Radiooncología, la probabilidad de obtener empleo al concluir la residencia en el Centro es muy baja. La situación es difícil, porque las características de la especialidad suponen la adscripción de los egresados a hospitales de tercer nivel donde se cuente con las sofisticadas y costosas máquinas con las que la radioterapia es implementada, su campo laboral es altamente especializado.

Cuarta etapa. De cara al siglo XXI

El año 2004 fue muy importante para cuatro de los hospitales del CMN S.XXI, ya que al ser calificados como Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE), se obtuvo autonomía de gestión, técnica, administrativa y presupuestaria, es decir, dichos hospitales son considerados desde entonces órganos desconcentrados. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2004).

Las UMAE son además entidades que proporcionan únicamente servicios médicos especializados, sus actividades educativas son consideradas de excelencia, y se procura y estimula la investigación de vanguardia en salud. Cada una de estas unidades está clasificada también como “Hospital Seguro”, pues sus cimientos tienen 14 metros de profundidad.

Algunos de los más importantes logros de los hospitales y entidades del CMN S. XXI han sido: la realización del primer implante de titanio en un corazón en el 2001; la renovación del laboratorio de análisis clínico, lo que significó la implementación de un sistema de información para el control de muestras y de pacientes, y que disminuye también el contacto de las muestras con el personal sanitario. Lo anterior provee una mayor bioseguridad a todos los que participan del laboratorio.

En 2008, un equipo multidisciplinario del Hospital de Especialidades colocó un marcapasos cerebral a una mujer aquejada por el mal de Parkinson. Gracias a la intervención, la paciente de 52 años pudo volver a caminar.

Por su parte, el Hospital de Oncología fue equipado con un acelerador lineal de última generación y un *Cyberknife* en 2013, éste cuenta con un sistema robotizado de radiocirugía capaz de rastrear con precisión un tumor cancerígeno y destruirlo. En toda Latinoamérica, el CMN S.XXI es la única institución pública que cuenta con este equipo (Camacho Servín, 2017).



Imagen 1. *Cyberknife*, Centro Médico Nacional Siglo XXI.
Fuente: <http://cort.as/-J1yH>

Indudablemente, la presencia del CMN S. XXI constituye una parte fundamental para el entendimiento de la medicina mexicana, la atención en salud y el desarrollo de la población. Reflexionar sobre sus orígenes y los esfuerzos cotidianos de quienes lo integran, propicia un interesante ejercicio crítico que permite capturar, como en una muestra fotográfica, aquellos momentos cruciales y determinantes en la vida y cultura mexicana.

La elección del CMN S.XXI como el sitio donde realizar esta investigación resulta pertinente y motivante en un sentido pedagógico, constituye también un desafío profesional para quien suscribe la investigación, ajeno al ambiente hospitalario, pero consciente de que indagar la formación de los residentes en torno a la muerte, permite comprender el sentido y significado humanos que entraña la relación médico-paciente.

Las Especializaciones Médicas en México

Al comienzo del siglo XX, la heterogeneidad de las escuelas y facultades de medicina de todo Estados Unidos y de Canada, así como el número y distribución geográfica de las mismas era tan diverso y amplio que el perfil de egreso de los médicos resultaba no solo desemejante sino, en muchos de los casos, precario y deficiente (Pinzón, 2008). La diversidad en los currícula de la formación médica preveleció y distaba mucho de una escuela a otra; los criterios de admisión, permanencia y egreso yacían notablemente distintos entre sí, en consecuencia, el tipo y calidad de la atención brindada a pacientes y enfermos dependía, sobre todo, del centro o escuela de procedencia del médico tratante.

Lo más preocupante radicaba en la disparidad de los conocimientos médicos, así como en el entrenamiento e instrucción clínica desiguales o, incluso, discrepantes (Regan-Smith, 1999). En este contexto, el nombre de Abraham Flexner se constituiría en sinónimo de transformación y unificación en términos de la educación médica.

El Boletín número 4 "Educación Médica en los Estados Unidos y Canadá" o mundialmente conocido como el Informe Flexner, publicado en 1910 y auspiciado por la Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, fue un documento resultado de la visita a las 155 escuelas de medicina en Estados Unidos y Canadá en las que durante 18 meses, Abraham Flexner observó y describió principalmente: los requisitos de admisión de cada escuela, la matrícula, número y perfil de los profesores, métodos de enseñanza y evaluación, laboratorios y equipamiento, qué se consideraba como "práctica clínica", cantidad y fuentes de recursos financieros, entre otros aspectos (Duffy, 2011). Los hallazgos del Informe fueron reveladores, entre ellos: a) el número de escuelas de medicina era excesivo; su origen no respondía a las necesidades de atención en salud de la región o ubicación geográfica de asentamiento; b) no todas las escuelas de medicina contaban necesariamente con una afiliación universitaria; c) se priorizaba la instrucción teórica de la medicina, la

práctica clínica en los hospitales era escasa, en algunos casos nula y; d) La *calidad educativa*²⁶ carecía de cualquier parámetro, regulación, evaluación y seguimiento.

Los planteamientos del informe indicaron entonces la apremiante necesidad de fortalecer la enseñanza de las ciencias básicas y acrecentar la presencia del estudiante en la clínica. Flexner recomendó la instrumentación de laboratorios de enseñanza en todas las escuelas y facultades de medicina, lo que significó la departamentalización del conocimiento²⁷, y enfatizó a su vez la especialización de la práctica médica en el hospital.

La enseñanza en los hospitales debía estar preferentemente a cargo de médicos especialistas con la intención no solo de incrementar la calidad de la educación médica sino, en paralelo, incentivar y motivar a los estudiantes a convertirse en especialistas luego de concluir su formación como médicos generales.

Se ha considerado pertinente enunciar lo anterior debido a que el perfil de ingreso del estudiante de pregrado o licenciatura, y el del residente de una especialidad médica son distintos. Un estudiante de posgrado habrá elegido una especialidad médica por diversas razones, sin embargo, en el caso de aquellas donde la muerte de los pacientes es cotidiana, y quizá hasta característica de la especialidad

²⁶ Hasta entonces la noción de "calidad educativa" era prácticamente inexistente y, en caso de haberla, ésta dependía totalmente de los criterios propios de cada escuela, facultad o centro de enseñanza de la medicina, es decir, no todos los médicos aprendían ni sabían necesariamente lo mismo. Para Flexner, el término "calidad educativa" entrañaba unificación del conocimiento médico, métodos de enseñanza con acento en la práctica clínica y con tendencia a la formación de especialistas médicos, estandarización de la evaluación; condiciones de infraestructura semejantes en todas las escuelas de medicina y; uniformidad en el perfil de egreso del médico general.

²⁷ La departamentalización se refiere a la organización u ordenamiento del conocimiento médico de forma fragmentada en campos específicos o departamentos académicos. En el caso de la Facultad de Medicina, persisten los departamentos de enseñanza de: Anatomía, Biología Celular y Tisular, Bioquímica, Cirugía, Embriología y Genética, Farmacología, Fisiología, Informática Biomédica, Inmunología, Integración de Ciencias Médicas, Microbiología y Parasitología, Salud Pública y Psiquiatría y Salud Mental.

misma²⁸, conlleva una perspectiva sobre la muerte más compleja y susceptible de analizar a profundidad.

El Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas ENARM

Desde hace 40 años, todo médico general que aspire a obtener una especialidad médica en México debe presentar el Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas ENARM. Este es un examen regulado por la Secretaría de Salud SSA, la Secretaría de Educación Pública SEP, y la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud CIFRHS. Los aspirantes deben obtener un determinado puntaje que varía en función de la especialidad deseada.

Debido al limitado número de plazas y la gran demanda que existe, el examen representa un reto mayúsculo para los aspirantes. El examen consta de 450 reactivos y se divide en dos secciones: la primera sección de 5 horas para responder 250 preguntas, y la segunda sección de 4 horas para 200 preguntas.

El tiempo estimado para responder un reactivo es de 1.2 minutos (Secretaría de Salud, 2013).

El ENARM es más que un examen. Existen diversos estudios que reportan cómo el ser especialista es una meta en la que muchos médicos apuestan todas sus expectativas. Se pueden enunciar dos grandes razones que refieren la importancia del examen:

- 1) Ser especialista tiene un gran prestigio social, y más aún en el gremio mismo, además el salario suele ser superior al de un médico general.
- 2) La elección de una especialidad guarda relación de acuerdo con la escuela de procedencia.

Por ejemplo, en la FM, aunque el Plan de Estudios 2010 expresa un perfil de egreso como Médico General, hay una tendencia hacia la especialidad (Gutiérrez-Cirlos

²⁸ Por ejemplo: oncología médica o radiooncología.

Madrid, 2017). Incluso se imparten asignaturas que antaño se hubiesen considerado para especialistas, por ejemplo, algología o infectología (Facultad de Medicina, 2010).

Por otro lado, en el caso de las asignaturas que se cursan a partir del tercer año en las sedes clínicas, los profesores que las imparten son, en su mayoría, médicos especialistas quienes suelen abordar con mayor detalle aquellos contenidos propios de su especialidad (Hamui Sutton, 2016).

Panorama del Plan Único de Especializaciones Médicas PUEM, UNAM

La División de Estudios de Posgrado (DEP) de la FM, ofrece el mayor número de especialidades en el país, incluso algunas de ellas son exclusivamente impartidas en las mejores instituciones de salud del país. Las especialidades médicas se rigen bajo el Plan Único de Especialidades Médicas PUEM. Dicho Plan se organiza con base en una construcción funcional, destinado a conducir acciones educativas médicas consideradas social y culturalmente valiosas y eficientes (Plan Único de Especializaciones Médicas, 2011).

El diseño del Plan ha sido consecuencia de acciones de diálogo y discernimiento en los que se han establecido diversos compromisos consensuados entre la Facultad de Medicina, Instituciones de Salud y los Consejos Mexicanos de Especialistas.

La planta docente está integrada por 1,539 profesores y se cuenta con 78 especialidades médicas impartidas en 106 sedes en el área metropolitana y en distintos estados de la República.

Merece la pena señalar que 24 son de entrada directa, a través del Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) y 54 de entrada indirecta, es decir, requieren estudios previos de especialización (Plan Único de Especializaciones Médicas, 2011).

Organización Didáctica del Plan Único de Especializaciones Médicas

Los cursos de especialización médica tienen una duración de dos a nueve años, de acuerdo con la especialidad y/o subespecialidad de la que se trate. Como se dijo anteriormente, hay especializaciones de "entrada directa" como Pediatría o Psiquiatría, mientras que la Neurocirugía o la Cirugía Plástica y Reconstructiva requieren de estudios previos de especialización como Cirujanos Generales de 1 y 2 años, respectivamente. En estos casos, luego de los años como Cirujanos Generales, entonces comienzan los cursos de especialización específica, por ello el tiempo de formación es variable.

En todos los casos, el Plan establece una dedicación de 40 horas semanales para el desarrollo de las asignaturas que comprenden los respectivos Programas de Estudio, mientras que las horas de estudio individual son de al menos 15 semanales. El Plan de Estudios está constituido en ciclos lectivos anuales y se integra por cuatro asignaturas (un trabajo y tres seminarios) que versan en torno a: atención médica, origen y razón de ser de las funciones de investigación y educación.

La siguiente tabla 3 muestra esquemáticamente la Organización Didáctica del PUEM.

Organización Didáctica del Plan Único de Especializaciones Médicas, Facultad de Medicina, UNAM				
Funciones Profesionales	Trabajo de Atención Médica	Seminario de Atención Médica	Seminario de Educación	Seminario de Investigación
Orientación	Práctica	Teórica	Teórica-Práctica	Teórica
Evaluación	Calificación anual	Participación en clase Exámenes en clase Exámenes departamentales DEP* - Facmed**	Desempeño de los residentes como educadores de sus compañeros de menor jerarquía	Tesis final y presentación del examen profesional, fundamental para la obtención del título como Especialista en Medicina
Perfil de egreso	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Orientación Profesional-Humanista (el ser) ➤ Formación Intelectual (el saber) ➤ Desempeño operativo (el saber-hacer) 			

Tabla 3. Organización Didáctica del PUEM.
División de Estudios de Posgrado.
Facultad de Medicina, UNAM.

Elaboración propia con información de los 4 Programas de Estudios de las Especializaciones Médicas.

Las actividades en torno al Trabajo de Atención Médica son programadas ininterrumpidamente durante todo el Plan de Estudios, con una carga académica en horas del 92.5% y en créditos del 92.2%, el trabajo asistencial con el paciente constituye así el eje estructural de los Programas Académicos de las Especializaciones. Por su parte, el trabajo orientado a la investigación también se desarrolla durante todo el ciclo anual, pero con una carga horaria del 5.0% y, por último, las actividades dirigidas a la educación ocupan el 2.5% de las horas.

¿Por qué es relevante describir la organización y estructura didáctica de los programas de estudio? A lo largo de los primeros encuentros con los profesores y residentes me sorprendí enormemente al descubrir que el acto educativo en el hospital ocurre en diversos sitios y en diferentes momentos a lo largo del día.

Todos los espacios se alejan de la concepción o idea escolar de la FM; no existen propiamente salones de clases o laboratorios de aprendizaje; los escenarios son reales, con pacientes que acuden al hospital con malestares y enfermedades en menor o mayor medida de gravedad.

Esto que quizá parece obvio, en realidad no lo fue tanto para mí. Reconozco que mi largo proceso de escolarización (en el que aún me encuentro), propició en mi mente casi de manera automática la concatenación de un Plan de Estudios y de diversos Programas operativos como una condición *sine qua non* del aprendizaje y la enseñanza. Desde luego, mi experiencia personal y profesional en el ámbito de la educación médica me habían proporcionado una aproximación al escenario hospitalario, sin embargo, el lenguaje escolar: "asignaturas", "Plan de Estudio", "Programas de Estudio", "Unidades Didácticas", "exámenes", "calificaciones"...me pre-situó y anticipó para un ambiente que no es consecuente del todo (ni tendría por qué serlo) con el sistema escolar "habitual".

Sucede que, en la práctica cotidiana de los profesores y residentes, las asignaturas, unidades didácticas y seminarios (excepto el de investigación) suceden frente al paciente: en consulta externa, el pase de visita, las guardias con sus compañeros residentes de menor y mayor jerarquía, *todo es* el hospital. Si bien los programas de estudio específicos dictan y conducen lo que cualquier residente en formación **tiene que** saber y aplicar como especialista, también es cierto que la población de atención establece directrices de acción. Entonces ¿cómo aprenden lo *que deben* aprender los residentes? En la práctica.

Política gubernamental y formación médica

Particularmente los estudios que abordan la situación desde la perspectiva pedagógica en las escuelas y facultades de medicina (y más aún, en los mismos hospitales), reportan la tendencia a la formación anticipada de médicos especialistas en el pregrado (Hamui Sutton, y otros, 2016). Paradójicamente, aunque hay un claro predominio y predilección en las escuelas y facultades de medicina hacia la especialización médica, las deficiencias en la formación de médicos del primer nivel de atención se traducen en serios inconvenientes (*vitales* en muchos casos) para los especialistas al momento de recibir a un paciente en etapa avanzada, o irremediable, de la enfermedad.

Ciertamente, datos oficiales reportan suficiente evidencia de la importancia de la formación de médicos generales para la prevención de enfermedades crónico-degenerativas, así como de la conveniente remisión de los pacientes al tercer nivel (Instituto Nacional de Salud Pública, 2017) pero también es importante reconocer que, en el gremio médico prevalece cierto desdén hacia quienes no cuentan con una especialización médica (Hamui Sutton, y otros, 2014). Aunado a ello, gran parte de los profesores en las sedes clínicas son especialistas, de modo que es evidente la inclinación hacia la enseñanza atomizada en las distintas disciplinas médicas (Renna, 2004). Esta displicencia gremial se nutre, además, de un factor muy importante: la diferencia salarial.

Bajo este panorama, es posible inferir por qué los estudiantes de medicina aspiran no tanto a una formación como médicos generales, sino como especialistas²⁹.

²⁹También es importante mencionar la proliferación de los cursos y diplomados de preparación para el ENARM que se ofertan tanto en el ámbito público como en el privado, por ejemplo: el impartido por el Programa Universitario de Investigación en Salud, adscrito a la Coordinación de la Investigación Científica de la UNAM; el curso del Instituto Nacional de Pediatría en la Ciudad de México; el de la Universidad Panamericana, Cd. Mx.; Universidad La Salle (en línea); o los que no

Lo anterior supone entonces una seria cuestión: ¿la licenciatura de Médico Cirujano de la FM de la UNAM realmente está formando médicos generales acordes con las necesidades en salud de nuestro país o, funge más bien como la antesala a la especialización médica? Una pregunta que ya ha sido planteada por los propios académicos de la Facultad, e incluso, de otras Escuelas de Medicina en México.

En tanto, las autoridades gubernamentales emprenden estrategias y acciones que se concentran principalmente en la apertura de más vacantes-becas, por ejemplo: en 2019, de 42,680 médicos generales aspirantes a una residencia médica, solo 9,480 fueron seleccionados; si bien hubo un incremento de 1,147 lugares respecto al año pasado, también los aspirantes en 2018 fueron 46,200 y se aceptaron únicamente a 9,000 (Secretaría de Salud, 2019). Lo que sí se mantiene en un promedio anual son los ingresos directos por el Pago de Derechos, Productos y Aprovechamientos obtenidos por el examen: 128´000,000 de pesos³⁰.

Lo preocupante y lamentable es que quienes logran concluir una especialización médica tampoco tienen garantizado un empleo, al contrario, tienen una alta probabilidad de no conseguirlo; la demanda de las especialidades con mayor saturación no coincide con las principales enfermedades que afectan al país (Camhaji, 2019).

Algunas interrogantes surgen entonces: ¿qué sucede no solo con los aspirantes rechazados a través del ENARM, sino con los especialistas egresados que no obtuvieron una plaza laboral?: ¿lo intentan el próximo año?, ¿buscan un empleo como médicos generales?, ¿tienen otra ocupación?

tienen ninguna adscripción institucional como el Grupo CTO el cual ofrece cursos en línea, presenciales, así como manuales de estudio. Los cursos oscilan entre los 12,000 y los 30,000 pesos.
³⁰ Secretaría de Salud, Secretaría de Educación Pública, Comisión Interinstitucional para la formación de Recursos Humanos para la Salud. Reportes académicos. Médicos inscritos, sustentantes, seleccionados y resultados por Escuela o Facultad de Medicina, 2019.

Seguramente lo vuelven a intentar, porque es frecuente que los aspirantes rechazados vivan la experiencia como un gran fracaso (Camhaji, 2019).

Solamente en la medida en que se ponga en marcha la participación tripartita entre: inversión gubernamental, la responsabilidad formativa de las escuelas y facultades de medicina, así como el mejoramiento de las condiciones laborales en podrán vislumbrarse cambios sustantivos en la atención de los pacientes.

El promedio obtenido: implicaciones en la formación del residente y la atención médica

A lo largo de toda la carrera médica el promedio académico marca *toda la diferencia*. Una vez que los jóvenes aspirantes a la licenciatura de Médico Cirujano consiguen un lugar dentro de la FM, realizan una evaluación Diagnóstica de Perfil de Ingreso, en la que se identifican con mayor precisión: a) conocimientos básicos de matemáticas, biología y química; b) inglés; y c) perfil vocacional. Los resultados tienen principalmente dos utilidades: en el nivel institucional, promueve el trabajo colaborativo tanto con los subsistemas de educación media superior de la UNAM, como con la Secretaría de Educación Pública amén de mejorar el perfil de ingreso de los estudiantes (Gaceta, Facultad de Medicina, 2019). En lo “operativo”, selecciona y ubica a los estudiantes de la Facultad en uno de los cuarenta grupos de primer año de acuerdo con su desempeño; cada año los grupos se conforman nuevamente de acuerdo con el promedio obtenido³¹.

Posteriormente, el promedio académico incide en la elección de la sede o subsede donde el estudiante realizará su internado médico al iniciar el quinto año de la carrera. El promedio es el único criterio que se utiliza en la FM para la designación del orden de elección de los hospitales, sin embargo, los factores que influyen en la

³¹ El número de grupos por año es variable, pero oscila entre 40 y hasta 54, con alrededor de 35 estudiantes cada uno.

preferencia de los estudiantes por una u otra sede clínica son indeterminados y confusos. Generalmente, la información sobre el funcionamiento interno de los hospitales es imprecisa, y lo poco o mucho que se conoce se atribuye a: i) lo que se cuenta en conversaciones entre pares; ii) compañeros que ya tuvieron la experiencia en dicho hospital, o bien, algunos profesores trabajan allí; iii) el estudiante tuvo alguna experiencia personal-familiar en el sitio y; iv) la sede clínica es la más cercana a su domicilio.

Al margen de ello, Reyes Carmona (2015) realizó un estudio en el que caracterizó los grupos de las sedes de internado de acuerdo con el promedio, instituciones públicas o privadas, y su lejanía geográfica respecto a la FM, en una muestra de 810 estudiantes. Sus hallazgos revelaron que los estudiantes con promedios superiores a 9.0 tienen la posibilidad de elegir sedes con mayor demanda y, por lo general, en sitios considerados con una larga tradición de ser hospitales-escuela. Ello supone que el grado de exigencia hacia los estudiantes es también alto. Por otra parte, los estudiantes con promedios menores (< 8.0) ven reducidas sus oportunidades de elección de hospital, lo cual podría incidir en el bajo desarrollo de competencias y, por ende, reflejarse en la calidad de la atención médica (Reyes Carmona, 2015).

Aunque en dicho estudio se reconoce como una limitante la imposibilidad de inferir causalidad, lo cierto es que los estudiantes con promedios altos, rara vez eligen una sede "desconocida" o lejana a la Ciudad de México. En este sentido, también es importante reconocer que en la FM prevalece la creencia entre estudiantes, y no pocos profesores, de que quienes realizan el internado en una sede poco conocida, o al interior de la República, son estudiantes de bajo rendimiento.

Después de concluir el Internado Médico y haber cubierto el 100% de los créditos de los años anteriores, los estudiantes (ahora médicos pasantes en servicio social MPSS) realizan el Servicio Social durante un año, requisito obligatorio para

obtener el título de Médico Cirujano. Actualmente, los estudiantes de la FM, cumplen con el mandato constitucional en cuatro modalidades³²:

1. Modalidad de Campos Clínicos Rurales y Urbanos
2. Modalidad de Investigación
3. Modalidad de Vinculación
4. Modalidad de Programas Universitarios

Semejante al proceso de elección de la sede clínica para el internado de pregrado, los MPSS tienen la posibilidad de escoger la modalidad y el sitio donde realizar el Servicio Social de acuerdo con el promedio académico obtenido hasta entonces (Coordinación del Servicio Social, 2019). Cada modalidad y respectivas sedes establecen determinados requisitos de admisión y, en algunos casos, se brinda una beca (obligatoriamente en los campos clínicos rurales).

Si bien en México es común asociar el “Servicio Social médico” con el trabajo asistencial en comunidades rurales, en realidad esta opción es, de entre las cuatro modalidades, la menos elegida. Las razones son diversas, por mencionar algunas:

- 1) La reciente experiencia del internado de pregrado. Muchos estudiantes tuvieron que trasladarse al interior de la república, lo que seguramente implicó un esfuerzo familiar económico que quizá no puedan solventar por un año más.
- 2) Prospectiva de selección como residentes. En algunos hospitales, y para ciertas especializaciones, el lugar donde se haya realizado el servicio social incide en la posibilidad de ser aceptados como residentes, desde luego, aunado al resultado obtenido en el ENARM.

³² Secretaría de Enseñanza Clínica, Internado Médico y Servicio Social, 2018.

- 3) Preparación para el ENARM. El trabajo asistencial en una comunidad rural conlleva una disminución considerable en el tiempo de estudio para el ENARM, e imposibilita que puedan tomar algún curso de preparación³³.
- 4) Los MPSS están interesados en dedicarse a la investigación, y optan por involucrarse tempranamente en el desarrollo de proyectos médico-científicos en centros o institutos especializados.

Por lo general, el promedio académico que posibilita una elección más o menos deseable debe ser superior a 8.5 (Coordinación del Servicio Social, 2019). De este modo, quienes tienen promedios inferiores ocupan las plazas o vacantes restantes. Por supuesto, esto no significa que no haya estudiantes con promedios altos que elijan la modalidad rural, o que quienes tengan un promedio inferior a 8.5 no puedan ingresar a una sede con alta demanda, solamente que la incidencia es bastante menor.

Finalmente, si los MPSS logran una puntuación suficiente en el ENARM y, en algunos casos, se desempeñaron satisfactoriamente en la entrevista personal, son aceptados en la especialización elegida.

De acuerdo con todos los testimonios recabados, el promedio obtenido a lo largo de la residencia no constituye un aspecto demasiado relevante en términos inmediatos, es decir, no perciben que un promedio alto signifique alguna ventaja o privilegio respecto a sus compañeros. Lo que sí refirieron fue que un residente con un promedio superior a 9.0 obtiene prestigio y buena reputación con sus compañeros, algo muy importante, sobre todo, en los residentes de mayor jerarquía quienes delegan responsabilidades en los compañeros a su cargo.

³³ Es bastante común que los MPSS tomen cursos de preparación para el ENARM, los cuales pueden costar entre 10,000 y 40,000 pesos, de acuerdo al lugar o institución que lo imparta. La tendencia hacia la especialización es más evidente en este momento, cuando los estudiantes están cerca de concluir la carrera, la apuesta por el ENARM es una constante suficientemente documentada.

Aunque los residentes son evaluados constantemente tanto por la FM, a través de exámenes estandarizados, como por la institución de salud de adscripción, las calificaciones obtenidas por el desempeño en el hospital son ponderadas por los profesores y residentes. Aquí merece la pena señalar que la mayoría de los residentes, sobre todo los que se encontraban en el último año de la especialización, expresaron confusión respecto a la forma en la que se obtiene el promedio final. Pareciera que, aunque realizan evaluaciones periódicas en la FM, en realidad “el promedio que cuenta” es el alcanzado en el hospital de adscripción, sin embargo, al final se consideran también las calificaciones obtenidas en los exámenes departamentales de la Facultad.

Nunca hemos sabido bien cómo es que nos evalúan. Hacemos departamentales y, si no los pasas, no puedes acceder al siguiente año. Aunque es muy raro que no los pases y tienes dos oportunidades para pasar, pero al final el promedio parece que nada más lo sacan de las calificaciones de los Doctores (en el hospital).
RM/OM/EV/12.06.18

La calificación depende mucho del Doctor con el que tengas que rotar, te tienes que acoplar a su forma de evaluar. O si te toca rotar en una sede externa a Siglo sí se complica porque no conoces muy bien la forma de trabajo del hospital y te tienes que adaptar rápido para que te califiquen bien; hay que mantener el promedio.
RM/RO/EV/23.07.18

Los residentes son evaluados por nosotros (hospital), en cada una de las rotaciones que realizan de acuerdo con su desempeño mostrado: consulta, pase de visita, exposiciones, exámenes, y evaluamos también el profesionalismo y relación con los pacientes. Es importante ver cómo se desempeñan en las guardias y cómo es su liderazgo con los residentes de menor jerarquía. También han departamentales en Tlatelolco³⁴ y se les promedia al final, todo cuenta. PM/MI/EV/15.09.18

Aunque al inicio de las entrevistas los residentes aseguraron que el promedio obtenido no tenía tanta relevancia como en el pregrado (al menos no en lo inmediato), me pregunté entonces por qué persistía la preocupación constante por

³⁴ Se refiere al Centro de Evaluación Automatizado Tlatelolco, de la Facultad de Medicina.
<http://paginas.facmed.unam.mx/unidades/uit/index.php/ceat>

las buenas calificaciones. Angustia incesante en todos los residentes, conforme se está más cerca del final de la especialización el promedio se vuelve fundamental. La razón, de ello depende la posibilidad de elegir una plaza de trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

A decir verdad, hacia el final de la residencia hay muchos factores entramados y que se relacionan de tal manera que es difícil determinar cuál es más importante o decisivo para la graduación. Para los residentes resulta complicado explicar el proceso por el que atraviesan al final de la especialidad, no solo por el procedimiento mismo, sino porque todo ocurre muy rápido y, a diferencia de otras profesiones, para los médicos especialistas el factor laboral converge inmediatamente con el término de sus estudios.

Cuando los residentes concluyen la totalidad de los créditos de su Programa de Estudios, tienen que cumplir también con los siguientes requerimientos:

- Tener aprobado el proyecto de Tesis, y que deberán concluir en hasta un año. Hasta entonces, la Facultad de Medicina entregará el título de Especialista y podrá tramitarse la cédula profesional.
- Obtener la Certificación por el Consejo Mexicano de su especialidad. Los residentes del 4º año pueden presentar el examen de Certificación, aunque no cuenten con el título de especialistas, ni con la cédula profesional³⁵. Este documento debe renovarse constantemente y la vigencia cambia en cada Consejo. Su utilidad varía en función de cada especialidad, sin embargo, en casi todos los casos permite: acceder a una plaza de mayor jerarquía o directiva en cualquier hospital; dar cátedras de su especialidad en escuelas, facultades de

³⁵ Mientras los obtienen, se les solicita firmar una "Carta Compromiso" en la que se comprometen a obtener la cédula y el título a la brevedad posible. También se les pide una "Constancia de Especialidad" en la que la institución de salud donde realizaron la residencia confirme su adscripción, e indique la fecha en la que concluirán sus estudios, a efecto de ser candidatos para realizar el examen de Certificación. El examen tiene un costo variable entre los 2,500 y los 9,000 pesos, de acuerdo con cada Consejo de Especialistas.

medicina u hospitales; en caso de controversias médicas o dificultades legales, estar certificado aumenta las posibilidades de conciliación, entre otras.

Especial atención merece este apartado porque, para quienes no están familiarizados con el ámbito médico, puede resultar confuso el punto.

Al concluir la especialidad, la institución de salud donde estuvo adscrito el residente otorga un Diploma de la Especialidad, éste resulta de suma importancia para incorporarse al ámbito laboral ya que, hasta este momento, es el principal documento para obtener una plaza de trabajo como especialista en cualquier institución de salud pública.

En el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social, cada año se liberan un determinado número de plazas para especialistas. Estas dependen del número de médicos jubilados, despedidos, que renunciaron a una plaza, o bien, de las plazas de reciente creación. Por ende, las posibilidades de elección del sitio de trabajo dependen de varios factores, entre ellos: el promedio final obtenido (de acuerdo con éste será el orden en el que podrán escoger sede), la especialidad misma³⁶, el número de vacantes disponibles, y la disposición del médico para cambiar de lugar de residencia rápidamente.

Dada la importancia del promedio a lo largo de toda la carrera médica, merece la pena preguntarse: ¿qué se necesita para obtenerlo? o mejor dicho, ¿cómo

³⁶ Los especialistas se incorporan a los hospitales de acuerdo con el nivel de atención brindado. Por ejemplo, los Médicos Familiares suelen ubicarse en el primer o segundo nivel de atención, mientras que los Neurocirujanos Pediatras, o los Radiooncólogos requieren de hospitales de tercer nivel, debido a la naturaleza de la propia especialización. Si bien el número de plazas ofertadas para especialistas del primer y segundo nivel de atención es mayor, la demanda también es superior. Sin embargo, es pertinente decir que existe otra desventaja laboral para quienes estudian una especialidad del tercer nivel de atención, y es que es difícil incorporarse al ámbito clínico privado o independiente (consultorios personales) porque las máquinas, instrumentales o acondicionamiento de un espacio para brindar la atención es sumamente costoso. Por ejemplo, un Acelerador Lineal de Alta Energía utilizado para el tratamiento del cáncer por radioterapia externa, fue adquirido por el IMSS en 2012 por un costo de 119,755,818.60 pesos mexicanos.

Portal de compras del IMSS, 2012. Información disponible en: <http://compras.imss.gob.mx/?P=imsscomprofich&f=10825136&pr=>

se **mantiene** un buen promedio? o, quizá: ¿basta con tener un promedio alto para concluir satisfactoriamente la residencia?

Desde luego, se requieren muchas horas de estudio, pero también es necesario que los residentes pongan en práctica diversas estrategias académicas y personales. La mayoría de los residentes y profesores señalan la tenacidad y disciplina como elementos inherentes a la práctica médica; en el caso de la residencia, es más bien "resistencia" la palabra que describiría con mayor precisión lo que se requiere para un buen término de la formación como especialistas.

Una práctica desafiante: la guardia en la residencia

Elemento imprescindible e inherente a la formación como residente: la guardia. Imposible hablar de los residentes sin referir a estas jornadas de trabajo prolongadas, cuyo inicio es al final del turno matutino y conclusión cuando empieza el turno matutino del siguiente día. De tal suerte que, ya sea un interno o un residente a quien le toque la guardia, habrá de llegar al hospital por la mañana para realizar sus actividades habituales y deberá permanecer ahí durante el turno vespertino y nocturno del mismo día; la mañana siguiente efectuará las mismas prácticas clínicas del día anterior durante el turno matutino. Esto significa entonces que, el estudiante o residente que realice la guardia entre semana cubrirá una jornada de 32 horas continuas. Las guardias de fin de semana y de los días feriados son de 24 horas, cubriendo solamente los tres turnos de un día: matutino, vespertino y nocturno.

Las guardias se llevan a cabo en equipo, varios internos o residentes integran un grupo que rota por los distintos servicios del hospital (en el caso de los internos) o permanecen exclusivamente en su servicio (residentes) cubriendo la guardia los mismos días. Las guardias se realizan cada tercer día y se les conoce como "guardias ABC".

Esto se nombra así porque en la administración de los hospitales, desde el primer día del año se asigna una letra entre A y C a cada día del año (sin importar feriados o fines de semana) y a su vez, a los distintos grupos de internos o de residentes se les asigna también una letra. Así, las personas del grupo A realizarán las guardias todos los días del año que correspondan a la letra A, y del mismo modo lo hará el grupo B y C, respectivamente. Las siguientes tablas 4 y 5 muestran de mejor manera la calendarización de las guardias en un hospital:

Calendario mensual de guardias ABC

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Mañana	Actividades clínicas habituales					Guardia C	Guardia A
Tarde	Guardia	Guardia	Guardia	Guardia	Guardia		
Noche	A	B	C	A	B		
Mañana	Actividades clínicas habituales					Guardia A	Guardia B
Tarde	Guardia	Guardia	Guardia	Guardia	Guardia		
Noche	B	C	A	B	C		
Mañana	Actividades clínicas habituales					Guardia B	Guardia C
Tarde	Guardia	Guardia	Guardia	Guardia	Guardia		
Noche	C	A	B	C	A		
Mañana	Actividades clínicas habituales					Guardia C	Guardia A
Tarde	Guardia	Guardia	Guardia	Guardia	Guardia		
Noche	A	B	C	A	B		

Tabla 4. Calendario mensual de guardias ABC
Fuente: elaboración propia

Calendario mensual de actividades de un residente

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Dom.
Mañana	Actividades clínicas habituales					Pre guardia	Guardia
Tarde	Guardia	Postguardia	Preguardia	Guardia	Postguardia		
Noche							
Mañana	Actividades clínicas habituales					Guardia	Post guardia
Tarde	Post guardia	Preguardia	Guardia	Post Guardia	Preguardia		
Noche							
Mañana	Actividades clínicas habituales					Post guardia	Pre guardia
Tarde	Pre guardia	Guardia	Post guardia	Pre guardia	Guardia		
Noche							
Mañana	Actividades clínicas habituales					Pre guardia	Guardia
Tarde	Guardia	Postguardia	Preguardia	Guardia	Postguardia		
Noche							

Tabla 5. Calendario mensual de actividades de un residente
Fuente: elaboración propia

Capítulo 3

Al encuentro con los residentes

Estudio de Casos

En este apartado se exponen los antecedentes del Estudio de Caso EC, sus características generales como método de investigación, y finalmente algunas de las particularidades de éste como estrategia de indagación cualitativa. La intención se fortalece al mostrar por qué se ha elegido este camino en la investigación, y a qué obedece la elección de una institución de salud en particular, así como las especializaciones médicas incluidas. Por último, se expone el enfoque narrativo como perspectiva epistemológica que condujo la problematización de la realidad hospitalaria, respecto al complejo proceso formativo de los residentes en torno a la muerte de los pacientes y la comunicación de malas noticias.

Los EC son una forma de investigación empírica que aborda fenómenos contemporáneos en términos holísticos y de sentido, en sus contextos específicos de acontecimiento y, fundamentalmente, centran su atención en responder preguntas al «cómo» y «por qué» de los sucesos de interés (Neiman, 2006).

Los EC como diseños de investigación pretenden superar la sola descripción de los fenómenos sociales. Llevados a buen término, tienen la capacidad de captar la complejidad del contexto y su relación con los objetos de estudio, son particularmente apropiados en los casos en los que las fronteras entre éstos y el contexto resultan imprecisos (Yin, 1994).

Los diseños de investigación de este tipo pueden recurrir a diversas fuentes de información y procedimientos de análisis, incluso, en ocasiones se acude a postulados teóricos como puntos de partida. Su estructura suele ser descrita como *flexiblemente rigurosa*, lo cual entraña la articulación constante de los objetivos de

la investigación, el marco referencial en el que se ubican los propósitos, las preguntas de investigación como hojas de ruta y, finalmente los mecanismos de recolección y análisis de la información en aras de la construcción de la «calidad» de los hallazgos del estudio (Maxwell, 1996).

Perspectivas de origen de los Estudios de Caso

En términos generales, es posible identificar dos posturas que describen los antecedentes históricos de los EC, no son las únicas, pero se consideran útiles para esta investigación.

La primera de ellas afirma que los EC surgieron en el marco del paradigma positivista, en una época en la que la sociología y la antropología adoptaban cada vez con mayor frecuencia la generación de resultados objetivos de investigación de forma semejante a las ciencias naturales. Los EC emergen entonces como una respuesta a esta manera de hacer investigación (Prats, 2012).

En contraste con el modelo dominante, el Estudio de Caso fue adoptado como una metodología de observación y análisis de situaciones específicas con mayor profundidad, y no como una propuesta con pretensiones de gran escala. Por ejemplo, historias de instituciones, biografías de personajes, etc.

El desarrollo de numerosos estudios bajo esta perspectiva permitiría incluso la aparición de algunos trabajos con resultados generalizables (Prats, 2012).

La segunda postura identifica en la Escuela de Chicago el sitio de auge de los EC como método de análisis de los fenómenos sociales (Arzaluz Solano, 2005). Algunos notables ejemplos de los primeros EC son: "The Hobo", de Nels Anderson (1927), "The Getto", de Louis Wirth (1928), así como los análisis de Ernest Burgess sobre los patrones espaciales de la ciudad de Chicago (1925).

Los EC surgieron como una propuesta metodológica de investigación científica, sin embargo, a finales del siglo XIX paulatinamente su concepción se

modificó, y empezaron a utilizarse reiteradamente como un instrumento pedagógico. Existen registros de que fue la Universidad de Harvard precursora en el uso de los EC como una técnica didáctica, en la que se presentaban casos de investigaciones reales adaptados para la enseñanza (Platt, 1992).

Con ello, se pretendía colocar a los estudiantes frente a problemáticas reales en las que los desafíos implicaran el desarrollo de prácticas y la propuesta de soluciones hipotéticamente reales.

Aunque inicialmente estos ejercicios con casos verídicos predominaron en el campo de la sociología, no fue sino hasta que se implementaron en el campo del Derecho cuando verdaderamente la utilidad de los casos cobró un significado más tangible, tanto, que persiste actualmente como un método de enseñanza en diversas Universidades del mundo (Platt, 1992).

Inevitable mencionar que el estudio de caso tiene también orígenes en la investigación médica y psicológica, la cual emplea el término para referir el estudio minucioso de un proceso individual que explica la dinámica y la patología de una enfermedad (Becker, 1979). Siendo así, a partir de la detallada e intensa descripción de solo un caso, este método permite el conocimiento de un fenómeno *macro*. Entonces, el término "estudio de caso" se deduce semejante al de "historia de caso", común en la clínica médica y psicológica.

Como se puede notar, es difícil afirmar que exista un solo origen de los EC, no así los ámbitos y campos en los que ha tenido un mayor auge y utilización como instrumento pedagógico.

Por lo tanto, definirlo quizá implique adentrarse en los debates entre las distintas perspectivas, sin embargo, no es objeto de esta investigación dedicar demasiada atención a ello, por lo tanto, nos parece conveniente retomar el valioso trabajo de síntesis de Arzaluz (2005).

Para esta autora hay algunas definiciones que orientan los estudios bajo este enfoque. La primera de ellas es de Pauline V. Young, para quien un caso es:

[...] un dato que describe cualquier fase o el proceso de la vida entera de una unidad en sus diversas interrelaciones dentro de su escenario cultural —ya sea que esa unidad sea una persona, una familia, un grupo social, una institución social, una comunidad o una nación—. Cuando la unidad de estudio es una comunidad, sus instituciones sociales y sus miembros se convierten en las situaciones del caso o factores del mismo, porque se está estudiando la significación o el efecto de cada uno dependiendo de sus relaciones con los otros factores dentro de la unidad total (Arzaluz Solano, 2005).

Enfaticemos en lo que Young indica como *unidad* de estudio o de análisis, ya que esto constituye los puntos cardinales en torno a la investigación. Esta unidad de análisis puede tomar varias formas, sin embargo, el caso como una totalidad deberá permanecer siempre, a pesar de que su comprensión se efectúe a través de los elementos que lo componen, pero que, sin embargo, no lo fragmentan.

Otra definición más actual es la propuesta por Yin, quien describe el estudio de caso como:

[...] una estrategia de investigación que comprende todos los métodos con la lógica de la incorporación en el diseño de aproximaciones específicas para la recolección de datos y el análisis de éstos. (Yin, 1994).

Esta definición señala a los EC no como una técnica específica, sino como una forma de organizar y analizar datos sociales, sin perder de vista el carácter unitario del objeto de interés. En este sentido, se coincide con Goode y Hatt, cuando apuntan:

[...] el método del estudio de caso no es una técnica particular para conseguir datos (como en la entrevista), sino una manera de organizar éstos con base en alguna unidad escogida, como puede ser la historia de vida del individuo, la historia del grupo o algún proceso social delimitado. Se pueden emplear todas las técnicas que utilice otro modo de organización: entrevistas intensivas, cuestionarios, historias personales, documentos, informes de casos hechos por otras personas, cartas, etc. La conservación del carácter unitario del caso viene ayudada por la amplitud de los datos reunidos y los niveles de casos que se añaden, por el empleo de índices y tipologías y por el hincapié que se hace de la interacción dentro de una dimensión del tiempo (Goode, 1976).

Sin duda, la función organizativa y la óptica de apertura a las técnicas más diversas para la recolección de los datos, caracterizan a esta perspectiva de investigación que, además, considera un elemento muy relevante en la investigación cualitativa: la interacción de los sujetos en un determinado espacio y tiempo irrepetibles.

Tipos de Estudios de Caso

Semejante al número de definiciones y orígenes sobre los Estudios de Caso, también es común encontrar diversas tipologías de los mismos.

Una de las que con mayor frecuencia se refiere es la propuesta por R. Stake (1998) quien distingue tres tipos de casos: *intrínseco*, *instrumental* y *colectivo*.

El primero de ellos se distingue por interesarse en entender un caso en particular. No se desarrolla porque éste suponga o represente otros casos, tampoco tiene por objeto mostrar una característica particular del fenómeno. Este caso se aborda debido a su propia naturaleza extraordinaria o fuera de lo común, y que lo hace atractivo en sí mismo.

Supongamos por ejemplo, que nos interesa conocer un Sistema Educativo a profundidad dados sus rasgos distintivos. El caso por sí mismo es de interés, por sus características particulares.

En el estudio *instrumental*, un caso particular se examina para brindar ideas sobre un problema o bien, poner a prueba una teoría. El caso es de interés secundario, es un *instrumento* propiamente y tiene un papel de soporte, porque facilita el entendimiento de algún problema. Generalmente se exploran a fondo los contextos y se buscan los detalles, pero solo con el afán de perseguir los intereses externos, y no particulares en sí. El caso puede verse o no como típico de otros casos y su elección responde a la expectación por avanzar en el entendimiento de un objeto exterior. Sobre el mismo Sistema Educativo del ejemplo anterior, lo que nos interesaría es conocer de que manera las políticas internacionales en materia

educativa permean en el diseño de ese Sistema elegido. El caso constituye un instrumento, un vehículo, no un fin en sí mismo.

Por último, el estudio de caso *colectivo* es producido cuando se desea estudiar un número de casos coyunturales para examinar un fenómeno, población o circunstancias generales.

En el caso de esta investigación, es pertinente recuperar la distinción entre los estudios de caso único o múltiples y los holísticos o *embedded* (Yin, 1994).

Estudios de caso único

La mayoría de las ocasiones suelen utilizarse para tratar o indagar un problema, situación o fenómeno muy poco conocido o explorado. También es posible que se ocupen para probar una determinada teoría por medio de un caso excepcional o crítico. Esto último nos remiten al proceder científico del experimento, en el que la selección del caso es solo un pretexto con miras a la evaluación y puesta a prueba de una teoría establecida, es decir, lo que se conoce como *casos negativos*, y sus probables consecuencias para el nivel de alcance y generalización de resultados.

En primera instancia, el interés en los estudios de caso único radica en comprender la naturaleza del caso mismo, e idealmente, generar líneas de análisis que propicien futuras investigaciones.

En este sentido, existe cierto consenso entre los investigadores partidarios de los EC respecto a la injusta consideración de no representatividad de estos. Autores como Turner (1957) o Becker (1971) señalan que tal aseveración responde a una confusión entre procedimientos de generalización estadística, con aquellos constituidos en reglas analíticas.

La importancia por el desarrollo de procedimientos y reglas lógicas distintas a la estadística pueden ubicarse, por ejemplo, en la inducción analítica (Turner, 1953)

o el método de comparación constante en la Teoría Fundamentada (Glaser, 1967), ambos constituyen esfuerzos sólidos y ampliamente conocidos en la investigación cualitativa.

Se habla también de la generalización analítica a partir de los Estudios de Caso único fundamentados, por un lado, en analogías de carácter legal y, por otro, en tratamientos clínicos. En el primer tipo, el caso se aborda en función de las características y condiciones surgidas de casos previos y que establecen patrones o pautas para fenómenos de esta clase.

En el segundo tipo, el desarrollo conceptual resulta de los hallazgos de los casos individuales (Neiman, 2006).

Es relevante precisar que la generalización analítica no se realiza de un caso respecto al universo de la población, sino más bien del caso a otro caso. Por ello, resulta primordial contar con la mayor cantidad de información o elementos de análisis posibles para determinar la forma y posibilidad de semejanza en ambos casos.

Los Estudios de Caso Múltiples

Los diseños de investigación de este tipo se distinguen por su capacidad y alcance para la generación de teoría. Si el fenómeno de estudio lo demanda y el investigador lo considera pertinente, es posible tomar como punto de partida y de orientación un marco conceptual y teórico. El establecimiento de diversas unidades comparativas y de contraste, permite amplificar los resultados empíricos hacia fenómenos con escenarios de condiciones semejantes, y provee explicaciones causales «situadas» que refieren la comprensión de procesos concretos y específicos. (Maxwell, 1996.)

Es de suma importancia recordar que los EC se constituyen y fortalecen en la lógica de la replicación y la comparación de sus hallazgos. Así, en función de los propósitos de la investigación se selecciona un número limitado de casos que se

comparan entre sí, con la intención de replicar los resultados y hallazgos. Entonces, el proceder se enuncia como indica Yin:

“La lógica subyacente en la utilización de estudios de caso múltiples es la misma. Cada caso debe ser cuidadosamente seleccionado de manera tal que (a) pueda predecir resultados similares, por lo que constituye una replicación «literal», o (b) produzca resultados contrastantes pero por razones predecibles, constituyendo una replicación teórica” (Citado en Neiman G., 2006).

Así, para el óptimo desarrollo de estos diseños múltiples es fundamental la selección de los casos. Conducida por criterios teóricos, la elección de los mismos establece el alcance de los resultados, así como los niveles de generalización analítica en términos empíricos y conceptuales.

Los estudios de casos múltiples permiten comprender las causalidades locales, situadas, así como a generalización analítica en términos conceptuales y empíricos (Martinez Caraso, 2006).

La elección del estudio de caso

De acuerdo con Robert Yin (1994), la elección del EC como una estrategia para presentar los resultados de una investigación, puede responder a ciertas circunstancias propias del fenómeno de interés, y que es plausible que el investigador reflexione sobre ellas. Este autor perfila las siguientes:

- Las preguntas de investigación se plantean en torno al cómo y por qué del fenómeno a estudiar.
- Imposibilidad de controlar los eventos y sujetos investigados, no se experimenta con ellos.
- Se pone especial acento en realizar una investigación profunda, sin olvidar la perspectiva panorámica del objeto de estudio.

- La generalización analítica aspira a la transferibilidad, y no a la generalización estadística de aplicación macro.

Validez y confiabilidad

Ambos términos son bastante frecuentes (y ciertamente necesarios) en la investigación compatible o afín con la tradición que centra y prioriza su atención en la cuestión cuantitativa.

Por un lado, el término *validez* expresa la exactitud de una medición, es decir, el grado en que un instrumento mide aquello para lo que fue construido. Este vocablo es reiterativo y común de encontrar cuando se trata del diseño, aplicación o comprobación de algún instrumento de evaluación.

Por otro lado, *confiabilidad* sugiere la consistencia de la medición, esto es, el grado en que un instrumento mide de igual forma cada vez que se utiliza en igualdad de condiciones y con los mismos sujetos (American Educational Research Association. National Council on Measurement in Education, 2014).

Hablamos entonces de una situación de replicabilidad en un sentido controlado con diversas posibilidades de repetición del fenómeno.

De aquí que sea necesario la consideración de ambos términos ya que es claro que ambos términos resultan incompatibles para las aproximaciones metodológicas de orden cualitativo en general, y en particular para los Estudio de Caso de nuestro interés.

En consecuencia, es preciso decir que, en los estudios cualitativos, casi siempre la selección del o los casos es muy probablemente *sesgada*³⁷, pues esta

37 Cuando se refiere el término "sesgada" se alude a aquel factor visto como un grave inconveniente en la investigación cuantitativa y que debe evitarse a toda costa. En la investigación cualitativa se asumen los riesgos del sesgo porque son parte del precio de la indagación del cómo y del por qué. Se utilizan, sin embargo, diversas estrategias que minimizan las implicaciones que ello pudiera

tiende a ser deliberada, subjetiva y no aleatoria. Ahora bien, lo anterior no desemboca en un abismo de imprecisión e incertidumbre.

Existe la validez interna y externa en los estudios de caso, pero son entendidas y útiles de otra forma. Son por ello más que oportunos los apuntes de Arellano (1998):

- Validez interna: entendida como las ideas, categorías y relaciones que son útiles y coherentes en diversos autores en el texto de investigación.
- Validez externa: los estudios de caso no pretenden definir leyes universales ni tampoco pueden aspirar a la obtención de patrones generales; sin embargo, los hallazgos y las interpretaciones sí pueden (y es deseable) que generen ideas y opciones para diferentes escenarios semejantes. Se busca entonces la transferencia y la prospectiva en la investigación.
- Confiabilidad: los estudios de caso son irrepetibles, ya que se analizan fenómenos complejos en el tiempo y en escenarios dinámicos, se involucran personas y no objetos susceptibles de control. En ese sentido, los estudios de caso no son experimentos.

Hay también ciertos criterios mínimos para considerar el valor de un estudio cualitativo, Aguayo (2010) apunta los siguientes:

1) Confiabilidad: referente a la credibilidad en la narrativa, la solidez de los argumentos, y la exactitud en las narraciones.

2) Coherencia: sobre la lógica y el sentido del discurso.

3) Corroboración estructural: confluencia de múltiples fuentes de evidencia, por ejemplo, el uso de entrevistas, documentos, incluso datos numéricos o estadísticos.

Es muy importante señalar que, particularmente este rubro no debe confundirse o tomarse como un símil de constatación de *la verdad* de los testimonios obtenidos.

Más que constatar si lo que las personas dicen es verdad o no, se pretende la

generar en la investigación, por ejemplo: la triangulación, la inducción analítica o el método de comparación constante.

verosimilitud de los relatos a partir de las diversas fuentes que puedan converger en lo dicho.

4) Consenso: varias personas están de acuerdo acerca de la validez del trabajo, incluidas en la mayoría de las ocasiones, a los entrevistados mismos.

Un Enfoque Narrativo

Escuchar o crear una narrativa es un proceso activo y constructivo que permite aprender y aproximarse al entendimiento de los otros, en tanto se propician contextos para la comprensión de lo que no se ha experimentado personalmente, *en carne propia*. (Hamui Sutton L. , 2011). Para comprender una historia, quienes la escuchan habrán de recurrir a una búsqueda de significados entre posibles significados (Bruner, 1986) y surge entonces una narrativa co-construida entre el mundo de la historia y la historia del mundo en que es narrada.

La experiencia humana cobra significado a través de la narración, tanto al expresar como al interpretar la experiencia; las narrativas median entre el mundo íntimo de los pensamientos y emociones, y el mundo externo de las acciones observables y el estado de las situaciones (Iser, 1978).

Las narrativas pertenecen al mundo de significaciones sociales particulares y dan sentido a las acciones de los sujetos estudiados en circunstancias concretas. En tanto, respecto a la formación del *habitus*, para Bordieu:

El *habitus* es a la vez un sistema de esquemas de producción de prácticas y un sistema de esquemas de percepción y de apreciación de las prácticas. Y, en los dos casos, sus operaciones expresan la posición social en la cual se ha construido. En consecuencia, el *habitus* produce prácticas y representaciones que están disponibles para la clasificación, que están objetivamente diferenciadas..." (Bordieu, 2000, págs. 134-135).

En tanto, Ritzer (1993) respecto al *habitus* enfatiza cómo las personas ponen en juego su capital promoviendo así su integración al campo.

El campo se refiere a “un tipo de mercado competitivo en el que se ponen en operación distintos tipos de capital (económico, social, cultural, simbólico, etc.) y en el que las posiciones de los involucrados y de los que desean integrarse dependen de la cantidad y peso relativo del capital que poseen” (Ritzer, 1993, pág. 504).

Es decir, las relaciones interpersonales están impregnadas por relaciones de poder que se renuevan en cada interacción social.

En el caso de los residentes, es posible advertir dos dimensiones en las que se entablan relaciones asimétricas. La primera, refiere a la relación propiamente médica entre colegas y pares. Esto es: doctores-profesores, y compañeros de menor y mayor rango. Aquí la jerarquía juega un papel crítico y determinante. La segunda dimensión alude a la relación médico paciente, en la cual la asimetría se explica por el conjunto de conocimientos científicos que posee el médico, así como su capacidad de aplicarlos en la atención a los pacientes. En ambas dimensiones se habla entonces del capital valorado socialmente. De modo que las formaciones discursivas dan sentido a la acción, mientras que las prácticas y elecciones que las instituciones y los individuos realizan permiten que el orden social se reproduzca.

Dicho lo anterior, estudiar la subjetividad social requiere focalizar en las acciones de las personas, y las formas de obrar dentro del andamiaje de sentidos y significados en el que surge dicha acción. Si bien la acción brota espontáneamente, nunca se produce en un vacío de sentido, siempre está ligada al contexto en coordenadas espacio temporales específicas (Hamui Sutton L. , 2011). Por consiguiente, la comprensión social desde la subjetividad implica la consideración del individuo como agente social, y la asunción de la realidad como una construcción inacabada (Lindon, 1999).

Por tanto, en el marco de los estudios de caso múltiples se consideró el enfoque narrativo como el más apropiado para problematizar la realidad hospitalaria de los residentes en torno a la muerte de los pacientes y la

comunicación de malas noticias. A través de los testimonios obtenidos en las entrevistas es posible conectar la acción humana y la interacción social, porque se exploran los significados de los sucesos al vincular motivos, hechos y consecuencias, para entonces dar sentido a las historias personales y colectivas.

A continuación, se dará paso a la descripción de las cuatro especialidades seleccionadas así como a la exposición y desarrollo del trabajo de campo en el hospital.

Las especializaciones elegidas

Dado el fundamental cuidado que entraña la elección de los casos en los diseños de investigación de este tipo, es pertinente y necesario precisar las razones por las que se decidió trabajar con cuatro de las 78 especialidades que actualmente oferta la División de Estudios de Posgrado de la FM. La selección fue realizada con base en las características y posibilidades de investigación que cada una de ellas brinda.

Con esto en mente, y en función de lo puntualizado por Yin (1994), las especialidades médicas han sido elegidas procurando lo siguiente:

“Cada caso debe ser cuidadosamente seleccionado de manera tal que (a) pueda predecir resultados similares, por lo que constituye una replicación «literal», o (b) produzca resultados contrastantes pero por razones predecibles, constituyendo una replicación teórica”.

Aquí vale la pena recordar que todo trabajo de investigación parte de ciertas premisas que posibilitan el comienzo de la tarea. En el caso de las investigaciones de corte puramente cuantitativo, la demostración de dichas premisas (hipótesis) es uno de los propósitos medulares; en el trabajo cualitativo, la comprobación o constatación fiel de las premisas no constituye una tarea ineludible, dado que los fenómenos de estudio entrañan, en la mayoría de los casos, rasgos dinámicos e irrepetibles en el tiempo. Las premisas tienen por objeto ser un punto de partida y orientación durante ciertos momentos de la indagación.

En todo caso, la meta consiste en la comprensión del objeto de estudio, lo cual requiere una apertura y consciencia ante la emergencia de lo inesperado.

Con esto en mente, explicitamos nuestras premisas, cuya construcción se soporta en el campo de acción de cada una de las especialidades.

Así, se considera que el sentido de la muerte para los residentes está relacionado con la especialidad en la que se están formando, y dado que el espacio de formación lo constituye el hospital de adscripción: ¿cómo es que se adquiere o desarrolla este sentido de la muerte de los pacientes? Por supuesto está impregnado de las experiencias personales de los sujetos, pero también, se adquiere en la práctica médica cotidiana, dado que el trabajo asistencial constituye la prioridad en la formación de los residentes.

Como ya hemos dicho, el aprendizaje en estos médicos no sucede en el salón de clases, puesto que los ambientes de enseñanza son: consultorios, quirófanos, salas de emergencia, salas de radioterapia, pasajes de visita, etc.

Las situaciones de aprendizaje ocurren con pacientes cuya presencia obedece, casi siempre, a una condición desfavorable de su salud. La realidad de todos los días frente al paciente constituye la principal forma de aprendizaje, no solo respecto a la muerte, sino a la mayoría de los conocimientos que los residentes tienen que adquirir a lo largo de su formación.

Ahora bien, existen algunas especialidades en las que la tasa de morbimortalidad es mayor en comparación con otras. Desde luego, esto ocurre así por la naturaleza misma de la especialidad, tal es el caso de la Oncología Médica o la Radiooncología, cuyos pacientes enfrentan difíciles diagnósticos en los que el pronóstico de vida varía en función de la detección temprana que se haya realizado.

Por otra parte, especialidades como Pediatría o Medicina Interna enfrentan también situaciones de muerte de los pacientes, sin embargo, prevalecen los diagnósticos y tratamientos en los que la vida del paciente no se encuentra de por

medio, y si lo está, el afrontamiento de la muerte es defensivo, se hace todo lo posible por evitar que ocurra la muerte del paciente. Y es lo que se espera.

En cambio, en los pacientes con diagnósticos oncológicos la muerte no supone necesariamente un combate deliberado.

Por supuesto que salvaguardar la vida del paciente es una tarea primordial, sin embargo, también es cierto que la pretensión de incrementar la calidad de vida de las personas y disminuir el dolor son labores encomiables. En muchas ocasiones, la muerte supone alivio a mucho tiempo de dolor y sufrimiento, no solo para el paciente, sino para su entorno familiar.

Las estrategias, habilidades y maneras de afrontamiento de la muerte de los pacientes se relacionan inevitablemente con el trabajo cotidiano de los residentes en el hospital: el contacto directo con sus profesores, compañeros de residencia, personal de salud diverso (enfermeras, trabajo social, camilleros), incluso de los familiares de los pacientes.

Esto supone una mejor integración al campo clínico, la convivencia con pares, y la integración al gremio particular de la especialidad médica. Por ello, se ha considerado trabajar con las siguientes especialidades: Medicina Interna, Pediatría, Oncología Médica y Radiooncología.

A través de entrevistas a profundidad con residentes y profesores, partimos con las premisas anteriormente enunciadas, pero también existe una consciencia de lo emergente e inesperado ante la investigación que involucra personas.

De acuerdo con lo mencionado por Yin (1994) se busca en las entrevistas, por un lado, la predicción de resultados semejantes en torno al sentido de la muerte en aquellos residentes cuyas especialidades probablemente priorizan salvaguardar la vida del paciente (Grupo 1: Pediatría y Medicina Interna), pero también se pretende encontrar similitudes respecto al sentido de la muerte en los residentes en los que su especialidad coloca un especial acento en la procuración de la calidad de vida y

disminución del dolor de los pacientes ante diagnósticos oncológicos (Grupo 2: Oncología Médica y Radiooncología), esto es, se pretende la replicación literal.

Por otra parte, la comparación de los testimonios de ambos grupos podría arrojar resultados contrastantes, lo que supondría una replicación teórica. Yin, (1994). Se consideró trabajar con tres residentes y tres profesores de cada especialidad, sin distinción del año de residencia en el cual se encontraran o, en el caso de los profesores, la actividad académica (asignatura) que impartieran.

Todos los residentes eran egresados de la Facultad de Medicina, Ciudad Universitaria. Participaron 4 profesoras y 8 profesores; 5 residentes varones y 7 mujeres. Las entrevistas se realizaron de febrero a noviembre de 2018. La distribución se muestra en la siguiente Tabla 6.

Especialidad		Profesores		Residentes	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Grupo 1	Medicina Interna	3	0	2	1
	Pediatría	1	2	0	3
Grupo 2	Oncología Médica	2	1	2	1
	Radiooncología	2	1	1	2
	Subtotal	8	4	5	7
	Total	12		12	

Tabla 6. Distribución de los sujetos seleccionados.

A continuación, se presenta una descripción más puntualizada sobre las cuatro especialidades elegidas.

Medicina Interna

La Medicina Interna (MI) en México tiene una tradición que se remonta a las primeras décadas del siglo XIX. En materia educativa, el entonces presidente Gómez Farías decidió cerrar por decreto la Real y Pontificia Universidad de México y, en su lugar, creó la Dirección General de Instrucción Pública.

Con ello, se pretendió organizar y centralizar la administración de la educación, desde el nivel primario hasta los entonces Colegios de Estudios Mayores (Martínez Cortés, 1983).

En este sentido y, de acuerdo con otro decreto presidencial, el 19 de octubre de 1833 se instituyen seis Establecimientos de Instrucción Pública, que por el momento se instaurarían únicamente en el Distrito Federal: 1) de Estudios Preparatorios; 2) de Estudios Ideológicos y Humanidades; 3) de Ciencias Físicas y Matemáticas; 4) de Ciencias Médicas; 5) de Jurisprudencia; 6) de Ciencias Eclesiásticas. Dicho decreto indicaba también las cátedras por impartir en cada establecimiento.

En el caso del Plan de Estudios de las Ciencias Médicas, se siguió la tendencia europea de la época, y se incluyeron las asignaturas Clínica Interna I y II, así como Patología Interna, también primero y segundo curso.

Es relevante señalar que, debido a las Reformas emprendidas por el presidente Gómez Farías, muchos de los privilegios de los influyentes del ejército y clero fueron trastocados, lo que provocó que ejercieran una constante presión sobre Antonio López de Santa Anna para su inmediata intervención.

En vista de ello, en 1834 López de Santa Anna retomó las riendas del país y muchas de las reformas promovidas por Gómez Farías fueron desechadas.

Una de las primeras instrucciones del Presidente fue reabrir la Real y Pontificia Universidad de México, con lo que el Establecimiento de Medicina fue incorporado como Escuela de Medicina a la Universidad, sin embargo, la Escuela tuvo sedes y

esquemas administrativos distintos por algunos años, y cambió de nombre sucesivamente en: Colegio de Medicina, Escuela de Medicina del Distrito Federal y, como Escuela Nacional de Medicina, a partir de 1842, fecha en la que finalmente se instauró en el antiguo Palacio de la Inquisición.

Aunque el término propiamente de “Medicina Interna” emergió hasta finales del siglo XIX en un congreso realizado en Alemania, esta disciplina (más que una especialidad) considerada así en sus primeros años, ya tenía un arduo camino de atención integral a los pacientes, de lo contrario en dicho Congreso no habría emergido tal categoría (Murillo-Godínez, 2013).

Actualmente el médico Internista se considera el “...especialista en la atención del paciente adulto desde la pubertad hasta la vejez, con atención integral no fraccionada, experto en hacer el diagnóstico, pues sin éste no habrá un buen tratamiento y pronóstico” (Colegio de Medicina Interna de México, 2018).

Pediatría

En la antesala del ocaso del Imperio de Maximiliano de Habsburgo, la atención formal en salud infantil tuvo sus primeros visos en el Hospital General de San Andrés HGSA, ubicado en la calle de Tacuba en el primer cuadro de la actual Ciudad de México. En aquellos años, bajo el cargo del Dr. Eduardo Liceaga se designó un pequeño servicio de 16 camas destinadas al internamiento de niños enfermos, (División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM, 2008). Poco tiempo después, el Ayuntamiento de la ciudad tomó bajo su responsabilidad todos los hospitales existentes en la demarcación, y el servicio de Pediatría del HGSA se anexó a la Casa de Maternidad.

Posteriormente, y también gracias a la tenacidad del Dr. Liceaga, esta Casa se convertiría el 2 de abril de 1869 en el Hospital de Maternidad e Infancia, primera institución de salud dirigida a los problemas de salud infantil en el México

independiente (Baeza Bacab, 2016). La presencia del Dr. Eduardo Liceaga contribuyó enormemente al desarrollo de la Pediatría en nuestro país, por consiguiente, el Gobierno Mexicano le encomendó también la planeación de una de las instituciones más modernas de la época: el Hospital General.

Paulatinamente, el auge y presencia cada vez mayor de la pediatría, permitió la inclusión de salas de atención para niños en otros importantes espacios sanitarios, como el Hospital Juárez o el Manicomio General "La Castañeda" (División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM, 2008).

Desde luego, con el avance y crecimiento de la atención en salud infantil, hubo que contemplar también la formación y actualización de los médicos, por consiguiente, la Escuela Nacional de Medicina introdujo para el año lectivo de 1892 la cátedra de Clínica Infantil.

Debido a la tenacidad de los primeros impulsores y a la indudable importancia de la entonces disciplina pediátrica, la Academia Nacional de Medicina reconoció el esfuerzo e incorporó un sillón para el representante de la especialidad en 1906 (Medicina, 2009). Más tarde, en 1922 se construyó el Centro de Higiene Infantil "Eduardo Liceaga", en honor del recién fallecido.

Otro médico reconocido por su enorme entusiasmo e impulso a la pediatría mexicana fue Isidro Espinoza de los Reyes, quien en 1930 fundó la Sociedad Mexicana de Pediatría.

Oncología Médica

Los antecedentes de la oncología resultan difíciles de asir; al ser ésta una rama de la medicina, es frecuente que en la búsqueda de sus orígenes se halle una entremezcla disciplinar.

De ahí que no solo en México, sino en el resto del mundo la oncología la comprendan elementos científicos puros, pero también conceptos mágicos que se pierden en el tiempo e historia humana (División de Estudios de Posgrado, Facultad

de Medicina, UNAM). Sin embargo, la Oncología siempre se ha marcado objetivos claros hacia su única meta: la salud del enfermo con cáncer, aún cuando la muerte de los pacientes sea tan frecuente, los esfuerzos por procurar la salud y salvaguardar la vida son encomiables.

Ciertamente, hasta la segunda mitad del siglo XIX el tratamiento de las neoplasias³⁸ se realizó exclusivamente con el uso de la radioterapia³⁹ y la cirugía, y en muchos de los casos los resultados fueron casi siempre paliativos y con un alto índice de morbimortalidad. Pese a que en la época se sabía el grado de agresividad entre unos y otros tumores, el desconocimiento de los procesos y mecanismos implicados en la aparición tumoral era muy grande. (División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM).

En México, no fue sino hasta la década de 1920 que en el Hospital General la Oncología Médica OM como especialidad comenzó a tener cierta presencia y algunos médicos, principalmente cirujanos, comenzaron a interesarse y a conocer más sobre las recientes publicaciones científicas del campo oncológico a nivel internacional. Dado el interés científico, pero también el aumento en el número de enfermos, en 1930 se estableció en dicho hospital un pabellón de oncología.

Vale la pena resaltar que, dado que en aquella época en México no existía la especialización de OM propiamente, los primeros expertos se formaron en el extranjero para luego aplicar las técnicas y tratamientos vigentes en nuestro país.

³⁸ Las neoplasias son masas anormales de tejido que aparecen cuando las células se multiplican más de lo debido o no se destruyen en el momento apropiado. Las neoplasias son benignas (no cancerosas) o malignas (cancerosas). Son un sinónimo de tumor, aunque para la mayoría de las personas *tumor* remita generalmente a las neoplasias malignas, por ello es relevante el uso del término. (Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU., 2018).

³⁹ Es un tratamiento que, con altas dosis de radiación destruye células cancerosas o disminuye la velocidad del crecimiento tumoral al dañar su ADN.

Aunque su formación ponía acento en la OM, lo cierto es que en un principio los especialistas fueron en su mayoría médicos internistas o cirujanos con interés en la disciplina oncológica.

Afortunadamente durante estas primeras décadas del siglo XX, la tenacidad e interés genuino de una modesta pero pujante comunidad científica, ubicada principalmente en parte de Europa, Estados Unidos y México, lograron demostrar hacia la década de los años 40 el efecto benéfico del uso de la mostaza nitrogenada⁴⁰ en los linfomas y algunas leucemias (División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM).

Casi en el mismo periodo hubo también un increíble desarrollo en una nueva línea terapéutica para este tipo de enfermedades y, particularmente, para las de tipo infeccioso como la sífilis. Loables investigaciones realizadas por el científico alemán Paul Ehrlich sentaron las bases de la quimioterapia antineoplásica⁴¹ u oncología médica. Por ello, desde sus orígenes la Oncología Médica ha supuesto una perspectiva diferente del tratamiento tumoral: el cáncer es manejable y curable⁴², en el que puede utilizarse de forma racional la cirugía, radioterapia y quimioterapia,

⁴⁰ También conocida como Mecloretamina o HN2 hidroclicorido, es un medicamento quimioterapéutico derivado del gas mostaza, desarrollado en la década de los años 20 y 30 del siglo pasado. Con dicho medicamento, enfermos afectados de linfomas se trataron por primera vez con éxito en la Universidad de Yale, Estados Unidos, en 1943. A partir de sus benéficos resultados, comenzó a administrarse en diversos hospitales alrededor del mundo (Bergua, 2006).

⁴¹ Es un tratamiento de las neoplasias malignas, y consiste en la administración de fármacos que destruyen las células neoplásicas. Su objetivo es lograr desaparecer, detener o reducir la enfermedad cancerígena. Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico. Universidad de Salamanca. <https://dicciomed.usal.es/>

⁴² Al referirse a "curación" es muy importante distinguir tres situaciones: los cánceres que se pueden curar con cirugía, siempre y cuando se detecten aún sin haberse diseminado por el cuerpo; el cáncer en el que la quimioterapia y/o radioterapia son capaces de aumentar la probabilidad de curación luego de una cirugía y, finalmente, las neoplasias que se pueden curar, aunque estén diseminadas. En **todos** los casos hay excepciones, precisiones y particularidades que escapan al objetivo de esta investigación, sin embargo, es muy importante enfatizarlo porque en el ámbito médico, y particularmente en el terreno oncológico, el término **curación** demanda suma precaución y responsabilidad.

solos o en combinación (División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM).

A lo largo de las primeras décadas del siglo XX, la implementación de la mostaza nitrogenada comenzó a administrarse principalmente en pacientes pediátricos albergados en el Hospital Infantil de México. La realización de diversos estudios experimentales en tumores de los niños, arrojaron resultados bastante favorables en poco tiempo, y brindó la posibilidad de aplicación de los tratamientos en pacientes adultos.

Por eso, hacia la década de los años 60 se creó la unidad de oncología en el Hospital "20 de noviembre" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales al Servicios de los Trabajadores del Estado ISSSTE, y diez años más tarde se inició formalmente la residencia de Oncología Médica Pediátrica en el Hospital Infantil de México.

En este mismo tenor, la presencia del Instituto Mexicano del Seguro Social a través del hospital de Oncología del Centro Médico Nacional fue también relevante, ya que durante la década de los setenta se promovió loablemente la investigación científica en torno a la disciplina, lo que se tradujo en el descubrimiento de nuevas alternativas de tratamiento, y significó también un espacio de formación de especialistas oncólogos.

Cabe destacar que, si bien el crecimiento e inserción de la OM en las principales instituciones de salud en México fue notable, la formación profesional de estos especialistas fue más bien ambigua, y tuvo variaciones notables de acuerdo a la sede clínica donde se encontrara el residente.

Por una parte, el acento en la radioterapia siempre ha sido una opción inherente a la especialidad, pero también la paulatina implementación de otros tratamientos reportados en la literatura circundante constituyen un aspecto ineludible; esto supuso una formación combinada en la que los especialistas egresaron hasta la década de los noventa con una combinación de radioterapia y

oncología propiamente, sin embargo, la actualización del Plan Único de Especializaciones Médicas en 1994 consideró necesario disociar la especialización en dos: Oncología Médica y Radiooncología.

La inclusión de la OM en el sistema de salud mexicano fue relativamente lenta, sin embargo, hay dos importantes aspectos a destacar: i) el interés y crecimiento de la disciplina se debe en gran medida al esfuerzo y tenacidad de notables médicos como Jaime G. de la Garza Salazar, y Mario Silva y Sosa, quienes labraron el camino para las posteriores generaciones y, ii) la OM tuvo la fortuna de encontrar cabida casi al mismo tiempo en las tres principales instituciones de salud en México: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Secretaría de Salud (SSA), así como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales al Servicios de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), lo cual no es un asunto menor, porque significó la oportunidad de tratamiento a un mayor número de pacientes con enfermedades, hasta entonces, con un pronóstico desalentador.

Radiooncología

La radioterapia en México comenzó en 1920 durante el periodo gubernamental de Álvaro Obregón, con la instalación del primer equipo de radioterapia en el Hospital General de México. Más adelante, en 1943 el Dr. Luis Vargas y Vargas, recién formado como especialista en Nueva York instalaría en el Hospital Infantil de México una unidad radiológica. Posteriormente, hacia finales de los años cuarenta, el Dr. José Noriega Limón, creó los servicios de radioterapia del Instituto Nacional de Cancerología, así como en los primeros hospitales del IMSS.

Finalmente, en la década de los sesenta será el fundador de servicios semejantes en el Hospital "20 de Noviembre" del ISSSTE (División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM, 2008).

En 1961 el Departamento de Radioterapia del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional del IMSS comenzó actividades con la puesta en

funcionamiento del primer Betatrón⁴³ de alta energía y con un departamento de física de radiaciones completamente equipado. (División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM, 2008).



Fuente: <http://cort.as/-J19b>
Imagen 2. Betatrón.

Desde ese mismo año, este importante departamento fue el primero en contar con un acelerador lineal⁴⁴, la primera computadora dedicada a la planeación de radioterapia, así como el primer sistema de braquiterapia de carga diferida y altas tasas de radiación⁴⁵.

⁴³ Es un acelerador de partículas desarrollado por Donald Kerst en 1940. La máquina tiene la función de proveer rayos de electrones de alta energía. Ha sido utilizado para estudiar algunos tipos de reacciones nucleares y como fuente de radiación para tratar el cáncer.

⁴⁴ Es una máquina tecnológicamente sofisticada controlada por computadora que proporciona haces de electrones y de rayos X de alta energía.

⁴⁵ De la raíz *Braqui* significa "cerca de". Es una técnica de tratamiento que utiliza fuentes radioactivas encapsuladas que se colocan dentro del tumor o en contacto con él.



Imagen 3. Acelerador Lineal de Partículas.

Fuente: <http://cort.as/-J19U>

Respecto a la formación de especialistas en radioterapia y oncología, como podrá recordarse en el apartado anterior, ésta se enseñó en residencias de posgrado desde 1961, aunque de manera ambigua y con notables diferencias de acuerdo con la sede clínica de la que se tratase, sin embargo, la enseñanza de la especialidad ha sido ininterrumpida en las tres sedes donde comenzó: el Hospital General de México, el Instituto Nacional de Cancerología, y en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional del IMSS.

Por otra parte, ha habido importantes iniciativas para fortalecer la presencia y aportaciones de los radioterapeutas, por ejemplo, la creación en 1981 de la Sociedad Mexicana de Radioterapeutas, o el Consejo Mexicano de Radioterapia.

Luego de la revisión y actualización del Plan Único de Especializaciones Médicas realizada en 1993, la especialización se separó quedando por un lado la Oncología Médica y, por otro, la Radiooncología ambas con plena identidad en el conjunto de las ciencias de la salud.

Este recorrido por los orígenes de las cuatro especializaciones elegidas se presenta en función de la necesidad metodológica que entraña el diseño de investigaciones con Estudios de Caso. Adentrarse en las especializaciones médicas implica trastocar también las principales instituciones de salud en México dado que, a diferencia de la educación en el pregrado o licenciatura, las especialidades médicas se llevan a cabo (salvo excepciones) íntegramente en las sedes clínicas.

Indagar sobre un objeto de estudio que involucre residentes se relaciona invariablemente con la institución académica que los arropa, con el espacio de formación cotidiano, y desde luego, con los sujetos que lo integran.

Se considera además relevante destacar que, las cuatro especialidades que se eligieron para esta investigación guardan una relación entre sí respecto a su desarrollo como tal. Por un lado, a la par del progreso de la Pediatría en México se despertó el interés por la atención de los niños enfermos de cáncer, lo que trajo consigo la implementación de los primeros tratamientos oncológicos en nuestro país, mismos que ulteriormente fueron aplicados en enfermos adultos, esto impulsó enormemente el desarrollo de la oncología médica.

Por otra parte, ya que al inicio del siglo XX en México no existían las especialidades de Oncología ni Radiooncología como tales, la mayoría de quienes implementaron los primeros tratamientos radioterapéuticos fueron médicos internistas, pediatras o cirujanos formados en el extranjero.

Pese a que las cuatro especialidades tienen delimitados campos de injerencia y acción, también existen momentos en los que las coincidencias profesionales se han traducido en importantes mejorías en la calidad de vida de los pacientes.

Las categorías preliminares (CP) que permitieron la construcción de las guías de entrevista se presentan en la siguiente tabla 6; de ellas emergieron las preguntas específicas de cada entrevista. Ver Anexo 1 y 2.

Categoría	Preguntas orientadoras	Categoría definitiva
Preliminar		
CP1	¿Cómo se enseña/vive/afrenta el tema de la muerte en el hospital?	Estrategias de Enseñanza-Aprendizaje
CP2	¿Qué herramientas/estrategias utilizan los profesores con los residentes ante la situación de la muerte de los pacientes?	Estrategias de Afrontamiento ante la Muerte Tratamiento Consulta Externa Médico Residente como Educador
CP3	¿Qué implicaciones tiene en la práctica cotidiana de los residentes, la muerte de los pacientes?	Evaluación Comunicación de Noticias Críticas
CP4	¿Qué implicaciones tiene en la vida personal de los residentes, la muerte de los pacientes?	Elección de la Especialidad
CP5	¿De qué manera participa directamente la FM en el proceso formativo de los residentes?	Presencia de la Facultad de Medicina Promedio obtenido

Tabla 6. Categorías preliminares.

En un primer momento, las entrevistas se llevaron a cabo en el CMN S.XXI, pero después se decidió cambiar el espacio de encuentro por una cafetería fuera del complejo hospitalario, las razones de esta decisión fueron las siguientes: si bien es cierto que los residentes y profesores cuentan con muy poco tiempo disponible o "libre" para la realización de las entrevistas, se consideró pertinente, y por consenso con los primeros entrevistados, dedicar hasta 20 minutos por entrevista lo que

significó tener, al menos, dos encuentros con cada residente o profesor a fin de agotar las preguntas que integran la totalidad de la guía.

Sin embargo, la estrategia tuvo ventajas y desventajas: la primera tiene que ver con la recopilación de información en el ambiente propiamente hospitalario, donde ocurre la actividad cotidiana de los residentes y profesores.

Resultó muy enriquecedor conocer el espacio de acción de los sujetos y, al menos aproximarse, a lo que todos los días enfermos, residentes y profesores viven, empero, también es necesario reconocer que estas características propias del hospital propiciaron encuentros iniciales muy formales.

Las respuestas obtenidas tenían predominantemente un cariz deontológico, y las implicaciones personales en torno a la muerte de los pacientes eran abordadas con mesura. Esta situación trajo consigo el replanteamiento no solo del escenario de los encuentros, sino el ajuste de la guía de entrevista a fin de conducir a los entrevistados hacia un terreno más personal y menos formal. Entonces, las entrevistas se extendieron por más de una hora y se procuró reducir la distancia que supone la relación entrevistador/entrevistado, así como médico/entrevistador.

Análisis de la información-La cultura médica

Van Maanen señaló: "cualquier forma de interrogatorio sostenido implica evaluación" (Bogdan, 1987). Y es oportuna la advertencia, porque el tema de la muerte persiste como un tema privado, íntimo y personal. Aún cuando en el ámbito hospitalario los decesos son cotidianos, el tema aún prevalece como aquella parte inherente a la clínica de la que se prefiere no hablar porque casi siempre implica el dolor de los familiares; también entraña reconocer que, pese a los encomiables avances de la medicina moderna, coexisten límites aun infranqueables. En no pocos casos, incluso es frecuente que los médicos piensen la muerte del paciente como un "fracaso" personal.

En este sentido, también es pertinente señalar que el entorno médico-estudiantil-laboral se caracteriza por ser altamente competitivo; en particular, en el caso de las especializaciones médicas los residentes se encuentran en constante presión por destacar entre sus compañeros, y ser reconocidos por sus profesores⁴⁶.

Con esto en mente, se desarrollaron cuatro ejes de análisis de los que derivaron las preguntas que conforman la guía de entrevista. Se formularon con cierta sutileza a fin de no percibirse amenazantes, es decir, evitar en la medida de lo posible que los profesores y residentes se sintieran “examinados”, o peor aún, juzgados. Esta cuestión no resultó sencilla, puesto que al plantear preguntas *demasiado* sutiles se obtuvo respuestas ambiguas y “socialmente correctas”. Por ejemplo, una pregunta inicial fue: ¿qué es para usted la muerte? Las respuestas fueron, desde luego, de lo más amplias y diversas, sin embargo, en general los entrevistados distinguían con claridad entre la muerte de sus seres queridos y la de *los otros*. Estos “otros” no necesariamente aludían a los pacientes; hablaban de “la muerte” en un sentido impersonal y más bien abstracto. Por ello, se decidió mayor especificidad y, en subsecuentes entrevistas se cuestionó: ¿qué es para usted la muerte de algún paciente?, ¿murió algún paciente suyo recientemente?, ¿cómo ocurrió? El giro de la pregunta fue acertado porque hablar de la muerte *del otro* supone menor implicación directa y personal (aparentemente), y marca cierta distancia que tranquiliza y permite la reflexión (Gianella Gonzalo, 2017)⁴⁷.

⁴⁶ Ello también obedece a un factor crucial relacionado con la obtención de una calificación: conseguir una plaza laboral. Las notas alcanzadas a lo largo de toda la especialización influyen directamente en la **probable** asignación de un lugar de trabajo estable. Empero, también es cierto que contar con altas calificaciones tampoco garantiza un espacio laboral, porque ello depende todavía del número de plazas disponibles de acuerdo a la especialidad médica de la que se trate. Por ejemplo, es más frecuente la apertura-liberación-disponibilidad de plazas para médicos familiares que para radiooncólogos. Puede ser que el número de plazas para pediatras sea considerable, pero la demanda excede por mucho la oferta existente.

⁴⁷ Lo enfatizo como aparente porque el tema de la muerte rara vez escapa a la referencia personal, al círculo familiar o cercano; evoca recuerdos y sentimientos que, aunque no sean expresados del todo,

A este propósito, la guía de entrevista cambió conforme las respuestas iniciales de los participantes, y las preguntas se tornaron más o menos directivas de acuerdo con las circunstancias que los propios participantes y yo fuimos creando durante nuestros encuentros.

Por ello, los testimonios recabados no son susceptibles de un análisis deductivo en el que se superpongan a una serie de categorías o suposiciones previas. En esta investigación es preciso enfatizar que el análisis de los relatos se desarrolla de forma inductiva, bajo la constante orientación de la literatura circunscrita al marco teórico de los Estudios de Caso.

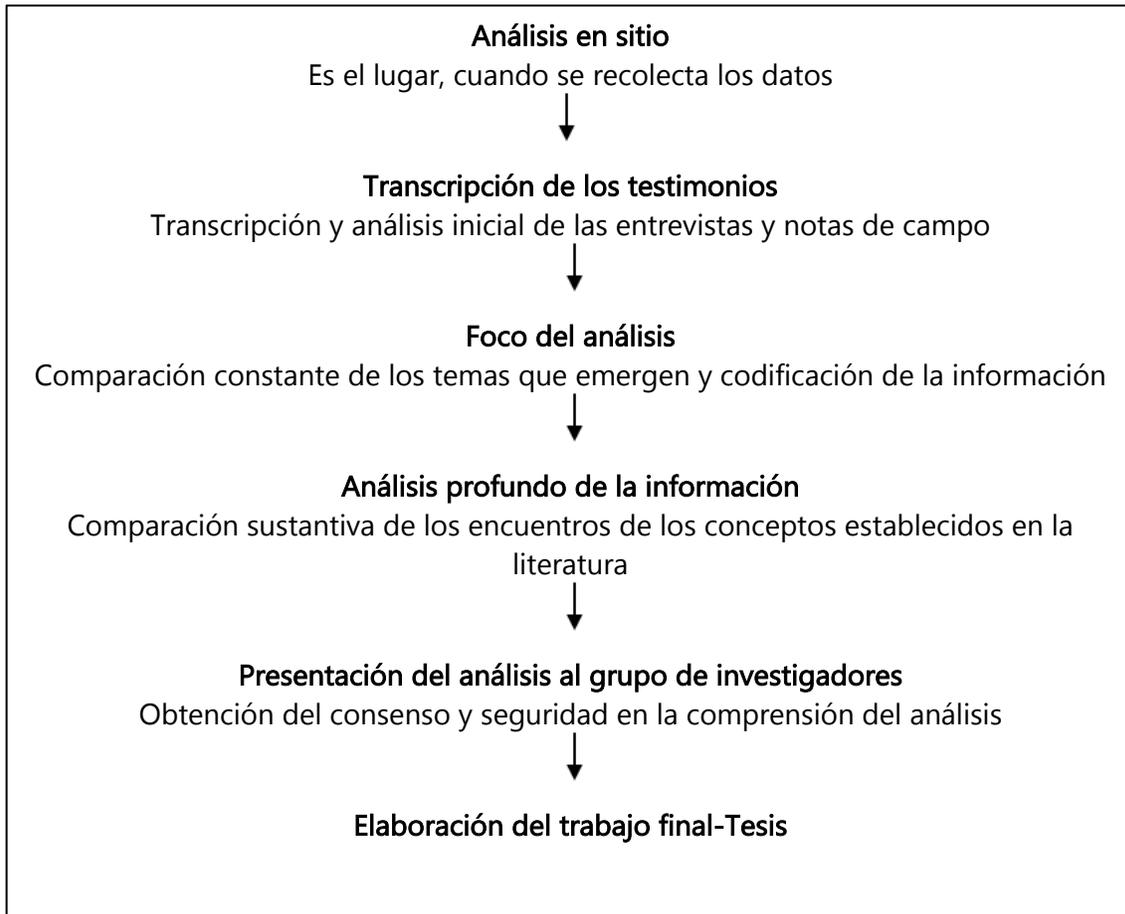
A pesar de que no hay un camino seguro e infalible que indique la manera de efectuar un análisis inductivo de datos cualitativos (Yin, 1994:102), existen ciertas recomendaciones en las que algunos autores especialistas en el tema coinciden:

- Lectura y relectura de las transcripciones y notas de campo (Easterby-Smith *et al.*, 1991);
- Organización de los testimonios a través del uso de códigos/codificación (Strauss y Corbin, 1990);
- Método de Comparación Constante. Comparación persistente de categorías y códigos que emergen justamente de los datos recabados, así como la inclusión de conceptos inscritos en la literatura (Glaser y Strauss, 1967);
- Identificar y proyectar las relaciones entre las categorías que emergen de los datos (Marshall y Rossman, 1995).

Por lo tanto, es pertinente recuperar el Proceso de Análisis Inductivo propuesto por Shaw (1999:65):

sí se relacionan con la percepción de la muerte que se tiene y, en el caso de los médicos, de cierta manera orienta su ejercicio profesional.

El Proceso de Análisis Inductivo



Cuadro1. Proceso de Análisis Inductivo.
Fuente: adaptación del proceso de Análisis de Shaw (1999).

Análisis en sitio

La fase inicial del análisis inductivo sucede mientras se recaba la información, es muy importante grabar las entrevistas realizadas y siempre tomar notas escritas y mentales del encuentro con el otro. Éstas deberán transcribirse lo antes posible a fin de documentar aquello que resulte relevante o complementario para el posterior Foco de Análisis.

Transcripción de los testimonios

Una vez concluidas las entrevistas y las observaciones se realiza la transcripción de los datos contenidos en las grabaciones. Es necesario leer con cuidado tanto las transcripciones como las notas de campo recabadas durante los encuentros, esto con la finalidad de familiarizarse rápidamente con los datos (Martínez Caraso, 2006), y comenzar la organización y estructuración de estos en dimensiones, categorías, variables, o según lo pertinente y útil para el problema de investigación.

La codificación que se utilizó en el análisis de los testimonios y que se encontrarán presentes a lo largo de toda la investigación puede observarse en el siguiente ejemplo:

RM/RO/TR/12.06.18

RM: Residente Mujer

RO: RadioOncología

TR: Tratamiento (Categoría definitiva)

12.06.18: Día, mes y últimas dos cifras del año en que se realizó la entrevista

El significado de todas las abreviaturas utilizadas en cada testimonio se presenta en la siguiente tabla 7:

Significado de abreviaturas de codificación	
CE	Consulta externa
CNC	Comunicación de Noticias Críticas
E	Elección de la Especialidad
EEA	Estrategias de Enseñanza-Aprendizaje
EAM	Estrategias de Afrontamiento ante la Muerte
EV	Evaluación
MRE	Médico Residente como Evaluador
P	Promedio
PF	Presencia Facultad de Medicina
TR	Tratamiento

Tabla 7. Significado de abreviaturas de codificación

Foco del análisis

Para el autor, esta etapa alude a lo que Glaser y Strauss (1967) nombraron: *constant comparative method*. Implica la condensación de los datos y su posterior comparación con los códigos previamente establecidos (codificación). Ello también supone determinar aquellas semejanzas u oposiciones con la literatura circundante al objeto de estudio. Por ello se habla propiamente de una *comparación constante*.

Análisis de la información

Luego de haber comparado y contrastado los datos obtenidos con la literatura, se continúa con un análisis profundo de la información, con la finalidad de interpretar las relaciones encontradas entre las categorías propuestas en el marco teórico (códigos) y los datos recabados. En este momento es cuando comienzan los intentos por explicar por qué existen dichas relaciones y, poco a poco, se aspira a la comprensión del fenómeno estudiado (Martínez Caraso, 2006).

Presentación del análisis al grupo de investigadores

Esta es la etapa última del análisis y consiste en mostrar el resultado de todos los encuentros realizados en la etapa anterior, a cada uno de los participantes en la investigación.

El propósito estriba en cerciorarse de que el análisis efectuado corresponde con las respuestas y expectativas de los entrevistados u observados (Martínez Caraso, 2006).

En esta etapa se busca también la realimentación o *feedback* de quienes posibilitaron las entrevistas. Generalmente, son de mucha utilidad los comentarios y observaciones de los distintos participantes, no obstante, también es preciso decir que esta etapa puede ser susceptible de negación y tensión por parte de los entrevistados: una errónea interpretación, o una interpretación acertada pero que incomoda o desagrada a los participantes puede ser motivo de conflicto o desacuerdo entre ambas partes. Por lo tanto, resulta de suma importancia recordar que el objetivo de la presentación del análisis radica en confirmar si el investigador fue capaz de identificar, interpretar y conceptualizar adecuadamente el fenómeno estudiado.

Ello no depende únicamente de la aceptación y realimentación de los participantes, sino también de la contrastación de los testimonios con el resto de las fuentes consultadas, así como la literatura coincidente y divergente al respecto.

Elaboración de la Tesis

Finalmente, se procede con la producción del trabajo final/tesis que deberá brindar una comprensión válida del problema de investigación construido y desarrollado.

Aunque pueden seguirse ciertos esquemas o diagramas que funcionan como orientadores útiles, el proceso de la investigación no ocurre de manera lineal.

El fenómeno de interés incide enormemente sobre la pauta del proceder y, ante todo, la construcción del objeto de estudio depende también de la pericia y experiencia del investigador.

Tiempo y ritmo en el hospital

El desarrollo de las entrevistas iniciales fue muy difícil. Hay pocos lugares dentro del hospital en los que no haya ruido o personas; los médicos tampoco tenían mucho tiempo para atenderme. Al principio pensé que una hora sería un lapso suficiente para conversar con ellos, sin embargo, fue imposible hablar más de 40 minutos sin que hubiera algún tipo de interrupción. En el caso de los profesores; ya fuera un paciente que requería la firma para alguna receta médica, o un residente que le consultaba sobre un paciente, la cuestión fue que las entrevistas se cortaban, se perdía el "hilo".

Por otra parte, los residentes todo el tiempo estaban ocupados en diversas labores: atendiendo el ingreso de un paciente, en la consulta externa, o en un seminario.

Aunque las interrupciones eran menores que con los profesores, fue más difícil conseguir una cita con ellos porque el poco tiempo que tenían libre lo utilizaban para "sacar pendientes"⁴⁸.

Entrevistar a profesores y residentes en el hospital tuvo por objeto acercarme a su espacio de trabajo y aprendizaje cotidiano, pero también me interesaba estar, de cierto modo, en un lugar "intermedio" en el hospital, no siendo médico ni tampoco paciente. Eso permitió observar la práctica médica desde un punto de vista más cercano, al tiempo que pude entender un poco más parte del proceso por el que un paciente atraviesa en un hospital de tercer nivel.

Dadas las condiciones antes descritas, decidí realizar las subsecuentes entrevistas afuera del hospital, en una cafetería cercana, no más de 40 minutos, aunque ello significó en algunos casos más de dos encuentros.

Conforme conversé con profesores y residentes, la idea o preconcepción de constatar o verificar la práctica médica en torno a la comunicación de malas noticias menguó, para dar pauta más bien a la escucha de las narrativas construidas por los entrevistados. Una narrativa es una historia y, entonces tuvo sentido para mí lo que Murakami dijo:

Tan cierto como que respiramos, es que seguimos soñando incansablemente con nuestra historia, y en esa historia tenemos dos caras. Somos simultáneamente objeto y sujeto. Somos el todo y la parte, reales y sombras, «narradores» y al tiempo «personajes». A través de los intrincados papeles de nuestras historias es como nos curamos de la soledad que nos provoca ser individuos aislados en este mundo (Murakami, 2014, pág. 440).

Entrevista a entrevista me esforcé por disminuir la formulación de juicios y prejuicios: «lo bueno», «lo malo», «sensible», «insensible», «correcto», «incorrecto» ...todo ello

⁴⁸ Esta es una frase bastante común entre los residentes. Todo el tiempo hablan de "sacar pendientes", lo cual significa concluir todas las actividades cotidianas oportunamente, sobre todo cuando están de guardia, puesto que sus compañeros de mayor jerarquía los supervisan e informan al médico adscrito el desempeño de los residentes.

dejó de ser el foco de *vigilancia*. La evaluación, verificación o contrastación entre el hacer y el decir no es una empresa que me corresponda a mí, ni tampoco es el fondo de lo que me interesa. Cualquiera que sea la actitud y forma con que se haga, lo cierto e innegable es que la comunicación de malas noticias y el afrontamiento de la muerte en el entorno hospitalario ocurren, y el saber cómo sucede, contribuye a comprender por qué ocurre así; esa fue la mayor pretensión de este trabajo.

Bajo este panorama, tuve mayor certeza respecto a la manera en la que tendría que relacionarme con los médicos. Así como los pacientes, los profesores y residentes también tienen su versión y visión de lo que ocurre en el hospital.

De acuerdo con Hamui (2014), el contexto organizacional en el que se desempeñan los residentes en la clínica se articula con múltiples elementos como la estructura, la comunicación y la jerarquía que se relacionan con el liderazgo y los grados de autonomía en la toma de decisiones. La conjunción de estos componentes y su ejecución en la acelerada dinámica de la clínica condiciona y potencia los procesos formativos de los residentes, pero también marca el ritmo y movimiento del hospital. En este sentido, aquella autora distingue dos grandes ámbitos con respecto al contexto organizacional: cultura y el clima.

Respecto a la cultura retoma la propuesta de Gershon (2004), una perspectiva delimitada a las instituciones de salud, en la que se refiere a aquella como:

Un modo de vida, una forma particular de interacción particular, un sistema de creencias, expectativas y valores compartidos, y se manifiesta en los fundamentos filosóficos, principios organizacionales, misión, visión, historia, tradición de la institución desde su fundación, estilo de dirección, así como con el diseño funcional y físico de la institución. (Gershon, Stone, & al., 2004, pág. 35).

Así, las organizaciones son susceptibles de estudio por medio de las expresiones ideológicas y simbólicas compartidas por quienes forman parte de ellas e inevitablemente interactúan entre sí. De este modo, la cultura puede expresarse en toda la organización, pero también en subculturas asociadas con niveles específicos;

incluso es posible advertir contraculturas que no están integradas del todo a la institución (Rousseau, 2011). Las subculturas organizacionales, como la de los médicos residentes, son un subconjunto de integrantes de la organización que se relacionan e interactúan frecuentemente, se identifican y distinguen del resto de los grupos al interior de la organización. También desarrollan actividades rutinarias y comparten problemas específicos comunes al grupo (Maanen & Barley, 1985). Así, la subcultura se fortalece en tanto es compartida ampliamente, se debilita si no se comparte o se participa de ella someramente y, puede estar en transición cuando se sustituye una cultura por otra. Por último, las subculturas no son siempre positivas para el aprendizaje, las hay también adversas o perjudiciales.

La subcultura del residente

Es posible identificar ciertos elementos característicos en la subcultura del residente: en primer lugar, el proceso de selección de ingreso a la especialidad; la situación académico-laboral en el hospital.

Recordemos que los residentes se encuentran inmersos en un proceso formativo (son estudiantes de la División de Estudios de Posgrado de la FM), pero también se les considera trabajadores del hospital de adscripción y, finalmente fungen como educadores de sus compañeros de menor jerarquía.

Así, los residentes se incorporan a un complejo sistema hospitalario con una estructura claramente definida, en la que las rígidas jerarquías médicas son un engranaje más que articula y coadyuva al movimiento cotidiano de la clínica porque las tareas por desarrollar, así como la toma de decisiones y responsabilidades médicas están determinadas por el número de años cursados, el tipo de adscripción laboral y académica⁴⁹.

⁴⁹ Esta situación es semejante, por ejemplo, en el personal de enfermería.

Desde luego, es recurrente y sabido por el personal de salud que esta configuración jerárquica puede suscitar prácticas de abuso de poder hacia los sujetos de menor nivel (Hamui Sutton, 2016) (Lempp & Seale, 2004).

Dentro de este contexto resulta evidente que en la subcultura de los residentes el aprendizaje se propicia y desarrolla en el lugar de trabajo; en el quehacer cotidiano se constituyen las experiencias pedagógicas situadas. De ahí que la teoría del aprendizaje situado resulte conveniente para entender de mejor manera el acontecer de los médicos residentes en formación.

Influido por los postulados de la interacción social y la determinación cultural de Vigotstky (Lave & Wenger, 2003), el aprendizaje situado centra su atención en torno a las comunidades de práctica y hacia cómo en ellas los sujetos se apropian de actitudes, creencias, valores, emociones, y códigos de ética propios de la comunidad de práctica de la que se trate, en este caso, la médica.

Ahora bien, es preciso mencionar que en la clínica se ha ponderado el aprendizaje experiencial y ha sido una constante desde la década de 1950.

En el "aprender haciendo" la apuesta es entrar en contacto directo con la experiencia de aprendizaje lo más pronto posible, pero también implica una reflexión sobre el propio "hacer". Estos principios provenientes del enfoque pragmático progresista norteamericano, y de la corriente a la que John Dewey tanto contribuyó, el instrumentalismo (Ruiz, 2013) fueron adoptados en la educación médica y, particularmente en la clínica resultaron pertinentes aquellos postulados puesto que en el caso que nos ocupa, la reflexión del residente en torno a las prácticas cotidianas son cruciales si se pretende conseguir un aprendizaje significativo (Hamui-Sutton, y otros, 2014).

Estudiante y fuerza de trabajo en el hospital: El médico residente como educador

En este punto merece la pena recordar al residente de mayor jerarquía como una figura complementaria a los profesores, e imprescindible también para el desarrollo de las actividades asistenciales en el hospital. Es en ellos en quien recae gran parte de la responsabilidad de lo que ocurre en los distintos servicios; son ellos quienes, por ejemplo, atienden un llamado emergente durante las guardias y fines de semana. Más aún, la comunicación de malas noticias a los pacientes y sus familiares también es una tarea recurrente.

Si bien es cierto que los residentes no suelen recibir un entrenamiento o capacitación docente⁵⁰, una de las actividades inherentes a la especialidad estriba en la enseñanza, orientación y supervisión de sus compañeros de menor jerarquía.

De ahí que la función del MRE sea objeto de diversos estudios (Barrow, 1965); (Bing-You & Harvey, 1991); (Callen & Roberts, 1980); (Sánchez Mendiola, Graue-Wiechers, Ruiz-Pérez, & al., 2010) en los que se reporta consenso respecto a que en muchas de las actividades clínicas, los residentes de mayor jerarquía desempeñan un rol crucial, incluso más importante que el de los propios médicos-profesores adscritos.

Desde luego, esto se atribuye a la fuerte organización jerárquica que el gremio establece con claridad desde que se inicia la licenciatura en medicina; en el caso concreto de la especialización, la obediencia y acatamiento de las indicaciones del residente de mayor jerarquía, y más aún del médico adscrito, se consideran casi siempre incuestionables.

⁵⁰ La Facultad de Medicina implementó durante algún tiempo el taller: "El médico residente como educador" el cual consistía en una sesión presencial de medio día, con siete horas de actividades para seis sesiones en los que se abordaban: conceptos actuales del médico residente como educador; enseñanza clínica; enseñanza de procedimientos; cómo dar una conferencia; realimentación; liderazgo y manejo de conflictos. (Méndez-López J. , Mendoza-Espinosa, Torruco-García, & Sánchez-Mendiola, 2013).

De este modo se establecen acuerdos tácitos de confianza, en los que los residentes de menor jerarquía saben que cuando ellos ocupen el lugar de sus compañeros ampliarán su margen de toma de decisiones y actividades.

Aunque formalmente los residentes de mayor jerarquía no tienen atribuciones para evaluar a sus compañeros noveles, las actividades en la residencia obedecen a una lógica de participación conjunta y clara estructura jerárquica, esto no es ninguna novedad para los residentes. Desde que cumplen con el internado médico los estudiantes tienen contacto directo con el acontecer clínico, por lo tanto, en la residencia los profesores y sus compañeros refuerzan todos los días la importancia del trabajo colaborativo así como el respeto a las jerarquías. Esto es evidente y pocas veces cuestionado, sobre todo, durante las guardias en las que en ausencia del médico adscrito, el residente de mayor jerarquía es quien asume el liderazgo de sus compañeros de guardia; toda decisión importante es consultada y aprobada por el "R" superior.

Profesores, residentes de mayor jerarquía, y el resto del personal hospitalario participan directamente del proceso de formación de los residentes pero, ¿qué hay de la FM? Más allá del papel como evaluadora y supervisora, ¿qué tan relevante es (o tendría que ser) la presencia de la Facultad en el hospital? Esta reflexión cobra sentido si se toma en consideración que la profesión médica ha sido históricamente ejercida con un alto sentido paternalista⁵¹, no solo referente al paciente, sino a la formación propia de los médicos (Samuels, 2006). Por supuesto, debe reconocerse también que en la actualidad el vínculo médico-paciente se ha transformado en una relación menos pasiva y más participativa, en la que la toma de decisiones se procura

⁵¹ Entendido éste como lo expresa la Real Academia "Tendencia a aplicar las formas de autoridad y protección propias del padre en la familia tradicional a relaciones sociales de otro tipo; políticas, laborales, etc."

llevar de una manera conjunta y adecuadamente informada (Cañete Villafranca & Guilhem, 2013).

Así también, durante el proceso docente en la residencia médica la relación pedagógica y la coherencia entre el programa específico de la especialización y las prácticas educativas son cruciales puesto que deben lograr situarse al contexto de la clínica. De modo que, al paradigma de la enseñanza tradicional en la que el profesor es el único poseedor del conocimiento, y el estudiante aquel en quien se deposita lo que se *debe saber*, se enfrenta el enfoque constructivista que concibe al docente como un guía y mediador del proceso de enseñanza aprendizaje, y en cuyo caso se pretende que el estudiante aprenda a aprender, respetando siempre su autonomía.

Ciertamente, el Plan de Estudios 2010 postula un enfoque por competencias, pero la distribución curricular se definió por asignaturas haciendo uso de la estructura organizacional existente en la FM lo cual significó, por ejemplo, la permanencia de los 13 departamentos de primero y segundo año que conforman la Coordinación de Ciencias Básicas⁵². De este modo, aunque la integración de los estudiantes al espacio hospitalario sucede en el tercer año, el vínculo que tienen con la FM permanece relativamente estable puesto que el tiempo que pasan los estudiantes en el hospital, así como las actividades que realizan no tienen comparación con las de los residentes, por ejemplo, no realizan guardias ni asisten a la clínica los fines de semana.

Probablemente sea hasta el quinto año (cuando los estudiantes realizan el Internado Médico), que el contacto con la clínica se asemeje en mayor medida a lo que ocurre durante la residencia; su estancia en el hospital es más larga y ahora los

⁵² Los primeros dos años de la carrera están constituidos por 16 asignaturas, durante esta primera fase se pretende que el estudiante incorpore el conocimiento con predominio de los aspectos teóricos biomédicos y sociomédicos; progresivamente se introducen prácticas de salud pública así como habilidades clínicas.

estudiantes adquieren una nueva adscripción institucional, dejando a la FM en otro plano (Hamui Sutton, y otros, 2016).

Bien pareciera por todo lo anterior que, si bien la FM se mantiene como una instancia externa a las sedes clínicas y los estudiantes cada vez se acercan más al hospital y menos a la Facultad, ésta “tiene un papel relevante en la unidad discursiva, pues instituye el objeto sobre el que los sujetos actúan, se vincula con el saber disciplinario y le da materialidad (en planes, programas, reglamentos, evaluaciones, etc.) a los enunciados que prevalecen en dicha unidad discursiva” (Hamui Sutton, y otros, 2016).

Al margen de lo anterior ha de enfatizarse lo alusivo a la “adscripción institucional” de los estudiantes y los residentes en las sedes clínicas, pues ello da cuenta de cómo la FM mantiene el control y autoridad sobre la formación de los estudiantes en el pregrado, pero en el caso de las especializaciones médicas la batuta se concede a los hospitales de acogida de los residentes.

Es cierto, a través de la División de Estudios de Posgrado se establece el Plan de Estudios y, en conjunto con los subcomités académicos de los hospitales se elaboran los Programas Operativos de las Especializaciones Médicas, se supervisa y evalúa también a profesores y residentes, pero, indudablemente la dirección y autoridad en el acontecer cotidiano en las residencias es función primordial de las propias instituciones de salud y de los actores que la conforman.

Existe otro importante factor que se relaciona con el sentido de pertenencia a la institución de adscripción: la expectativa de empleo. Evidentemente, todos los residentes pretenden incorporarse al campo laboral una vez concluida la especialización. Recordemos que, dado el compromiso de tiempo completo con el hospital, a la mayoría de los residentes les resulta complicado trabajar durante su formación no solo porque los días de guardia son variables, sino también por dos razones: 1) casi todos son becados por la institución de adscripción y, 2) no pueden

ejercer todavía su profesión como especialistas porque carecen de la certificación, diploma de conclusión de estudios o, título-grado académico emitido por la DEP. En algunos casos los residentes se incorporan tempranamente al campo laboral, pero es muy probable que lo hagan en un consultorio de medicina general⁵³. Esto quiere decir que quienes concluyen una especialidad deben obtener su certificación lo antes posible, de lo contrario sus posibilidades de empleo se centrarán casi de manera exclusiva en la medicina general, lo cual no debe interpretarse como inadecuado, sino que todo el tiempo dedicado a la residencia habrá sido infructuoso.

A diferencia de otras profesiones, los médicos no pueden permitirse la inconclusión de sus estudios, además, la certificación como especialista no es permanente, se actualiza cada determinado periodo.

Por ello, hacia el último año de la especialización los residentes centran fervientemente su atención en:

- 1) Cumplir con las actividades asistenciales en el hospital, así como las evaluaciones correspondientes de la Facultad de Medicina.
- 2) Desarrollar su proyecto de tesis para la obtención del grado.
- 3) Presentar el examen de Certificación ante el Consejo de su especialidad correspondiente⁵⁴.

Es así como los residentes aspiran a concluir los cursos de especialidad y de inmediato integrarse a una institución de salud (si tienen mucha suerte, incluso en el mismo hospital donde pasaron tres años o más en formación) en cualquier parte de la República Mexicana donde hayan vacantes disponibles o de su interés.

⁵³ Valga la pena decir que para los oncólogos médicos y los radiooncólogos resulta esencial contar con la certificación como especialistas, pues no todos los hospitales de tercer nivel en México cuentan con la infraestructura requerida para ejercer su especialidad.

⁵⁴ Los requisitos para la presentación y acreditación del examen varían de acuerdo con cada Consejo, sin embargo, la realización de una evaluación escrita y oral suele ser coincidente para todos los aspirantes que presentan por vez primera el examen. En caso de no acreditar el examen, pueden volver a presentarlo el siguiente año, lo cual podría tener consecuencias desfavorables en sus oportunidades de empleo.

Especialmente durante los últimos años de la residencia, los profesores adquieren más un carácter de colegas y menos de maestros, mientras que los residentes más avanzados son modelo para los estudiantes noveles, y sus actividades de docencia y supervisión cada vez son más frecuentes (Hamui Sutton, y otros, 2013).

Por otra parte, los profesores se muestran convencidos de que la intervención de la FM con un carácter de supervisión y estandarización del conocimiento especializado es acertada. Todos ellos coinciden en que el compromiso de los residentes y profesores es, en primer lugar, con el hospital donde se encuentran y, en segundo lugar (aunque no menos importante) con la FM quien confía, avala y respalda todo el trabajo y esfuerzo cotidiano. Veamos los siguientes testimonios:

Desde el primer día como residentes se les dice que ahora más del 80% de su tiempo lo pasarán en el hospital, que deben comprometerse de tiempo completo y dar todo de sí, demostrar que los egresados del Seguro Social son de primer nivel...hay que ponerse la camiseta del IMSS. PH/MI/EEA/5.02.18

Yo les hago hincapié a mis residentes, sobre todo del primer año, que se olviden de lo que pasaba en la Facultad, aquí se van a curtir y a madurar sí o sí porque la vida en el hospital es muy bonita, pero a veces también es muy dura y hay que aprender a sobrellevar todo lo malo. PH/P/EEA/11.02.18

Al principio los residentes traen mucho la costumbre de preocuparse demasiado por las calificaciones, por sacar puro diez, pero conforme se habitúan al hospital se dan cuenta que aquí no funciona como en la licenciatura, aquí existe la consulta, el pase de visita, el desempeño que vemos en ellos en las rotaciones...es más completo. Claro, las calificaciones son muy importantes, sobre todo cuando egresan y buscan una buena plaza pero el contacto con los pacientes y el saber resolver situaciones difíciles es más importante. PH/MI/EV/EEA/14.04.18

Es posible advertir una reconfiguración de la presencia de la FM en el proceso formativo de los residentes, la cual se encuentra detrás del diseño curricular de los cursos de especialización y de todo lo que esto implica. También hay un pase de estafeta a los hospitales, o acaso una tutela compartida, en la que se pondera la práctica y acontecer frente al paciente, sin dejar de lado la evaluación y unificación

del saber especializado. Esta situación es muy evidente, por ejemplo, en la ceremonia de clausura de los residentes del último año; tuve la ocasión de presenciar una de ellas y la participación del equipo de salud del CMN S. XXI fue dominante respecto a la de la FM, cuya aparición se concreta a la emisión de un sucinto discurso del jefe de enseñanza quien, a nombre de la Universidad reconoce el esfuerzo y dedicación de los profesores, residentes y demás personal de salud del hospital a lo largo del camino. En cambio, el IMSS es quien organiza un agradable evento en el que se refuerzan los lazos de comunidad y pertenencia a la institución; se hace entrega de los Diplomas de conclusión de los estudios y colaboran compañeros, profesores, e incluso se brinda a los asistentes un concierto por parte de la Banda Sinfónica de la Secretaría de Marina. Esto ocurre de manera semejante con todos los especialistas egresados del CMN S XXI.

En este sentido, se destaca también el vínculo o conexión entre los egresados y el campo laboral, ya que los procesos de obtención del grado como especialista garantizan en cierta medida un perfil de ingreso y permanencia homogéneo a los hospitales. Sin embargo, no hay que olvidar que así como obtener un lugar en alguna de las especialidades resulta toda una hazaña, la situación respecto a la plaza laboral no es menos sencilla, existen muchos egresados a nivel nacional en busca de un lugar de trabajo común. No todos los egresados tienen un empleo totalmente asegurado, al menos en el sector público competirán por un lugar con otros especialistas.

Cabe concluir que, aunque en el transcurso del primer año de formación los residentes perciben cierta ausencia de la FM, el trabajo cotidiano con los pacientes, profesores y compañeros de mayor y menor jerarquía los centran y habitúan al entorno hospitalario al que algún día habrán de incorporarse completamente como especialistas. De este modo, se espera que los residentes adquieran su independencia en la práctica médica y con ello la responsabilidad profesional.

Es momento de dar paso al siguiente capítulo en el que se aborda el acontecer cotidiano de los residentes. En el hospital es posible observar una diversidad de relaciones sociales a distintos niveles y que dan cuenta del complejo entramado de la institución de salud propiamente, pero también de los vínculos con la Facultad de Medicina y con otras instituciones educativas que contribuyen enormemente al funcionamiento del sistema hospitalario.

Capítulo 4

La residencia médica. Una metamorfosis en el hospital

Ciertamente, todo se desliza entre nuestros dedos. Ciertamente nada podemos retener. Sin embargo, poseemos una sola cosa, una cosa que no es nada: el instante. El instante de vida verdadera como en este momento. De esto tenemos tanta certeza como la que tenemos de que nuestra muerte sucederá un día. Junto a la certeza de la muerte, hay en nosotros la certeza de ser maestros del instante de vida.
François Cheng, 2015.

Este último capítulo inicia con una importante reflexión respecto a la autonomía del ser en torno a la muerte. Resulta pertinente si se reconoce que cada vez es menos frecuente que las personas fallezcan en sus hogares, rodeados de sus familias, en tanto, es más probable que sea un hospital donde ocurra el lamentable suceso. En este sentido, la toma de decisiones conjunta médico-paciente-familia requiere la preparación y entrenamiento de los médicos ante escenarios de salud críticos.

Posteriormente, comienza a describirse el contexto institucional hospitalario en el que los residentes se desempeñan como estudiantes, pero también como trabajadores del hospital al que ahora están adscritos. Es en esta caracterización del proceso formativo de los residentes, que es posible comprender el por qué de las prácticas, modos de hacer y de ser de los especialistas en torno a la comunicación de malas noticias, y la eventual muerte de sus pacientes.

La autonomía del ser en torno a la muerte. Una necesaria reflexión

El 4 de septiembre de 2020 se dio a conocer en múltiples medios de comunicación, pero con mayor visibilidad en las redes sociales el caso de Alain Cocq, un hombre francés de 57 años de edad quien, aquejado durante 34 años por una extremadamente rara enfermedad incurable (tan rara que ni siquiera tiene un

nombre) decidió abandonar todos los tratamientos, la GEP⁵⁵, y la hidratación para poner fin al sufrimiento que conlleva estar postrado a una cama y soportar dolores agudos en todo su cuerpo similares a descargas eléctricas cada dos o tres segundos. Aunque recién se “viraliza” la noticia en el resto del mundo, este controvertido caso es ampliamente conocido en Francia luego de que hace algunos años el señor Cocq enviara una carta al presidente Emmanuel Macron pidiéndole autorizar a un médico suministrarle un barbitúrico, y entonces partir en paz. (Deutsche Welle (www.dw.com), 2020).

La respuesta de aquel presidente fue muy clara: “Puesto que no estoy por encima de la ley, no puedo acceder a su demanda”; “No puedo pedir a alguien que se salte el marco legal actual”.

Contrario a otros países europeos como Holanda, Bélgica o Suiza, en Francia la eutanasia activa y el suicidio asistido están prohibidos por la ley.

La noticia cobró mayor relevancia porque Alain Cocq anunció el 4 de septiembre que transmitiría en directo a través de Facebook su progresiva muerte por alrededor de 4 o 5 días (según sus propios calculos). Como era de esperarse, la red social bloqueó todo intento de transmisión directa del suceso y expresó mediante un comunicado:

Si bien respetamos la decisión de Alain de llamar la atención sobre este importante tema, impedimos las transmisiones en vivo en su cuenta basándonos en el consejo de expertos de que la descripción de intentos de suicidio podría desencadenar y promover más autolesiones (CNN, 2020).

El 8 de septiembre Alain fue trasladado a un hospital por los servicios de emergencia debido a los insoportables dolores que implica su extraña enfermedad, así lo expresó

⁵⁵ Gastrostomía endoscópica percutánea, y que consiste en la colocación mediante endoscopia de una sonda o tubo en el estómago a través de la pared abdominal, y se usa principalmente para proveer alimentación a pacientes con disfagia.

su amiga y portavoz Sophie Medjeberg, vicepresidenta de la Asociación *Handi-Mais-Pas-Que*, organización que defiende los derechos de las personas con discapacidad o enfermedades discapacitantes. Aunque se encuentra en el hospital, solamente le serán administrados fármacos para aminorar el dolor intenso, no así ningún tratamiento médico, hidratación, o alimento alguno (El Universal, 2020). Lamentablemente, al paso de los días la noticia se diluyó y perdió mucho del interés que, tristemente, despertó en muchas personas y en los medios de comunicación el espectáculo morboso del suicidio “en directo”.

Evidentemente el desenlace de este caso será una incógnita en esta investigación, sin embargo, la reflexión en torno a él no es indiferente para mí porque detrás del acento que se puso en los medios de comunicación y redes sociales sobre “la transmisión en directo de un suicidio”, hay una cuestión de fondo que aún en los países llamados “de primer mundo” se niega o rehuye a debatir: el derecho a ejercer nuestra autonomía en torno a la muerte.

A mi juicio, Arnoldo Kraus lo plantea sin rodeos y desde dos ángulos interesantes: “¿Cuánto derecho tenemos sobre nuestro cuerpo?; ¿qué tanto derecho se tiene de *salvar* la vida de una persona que, conscientemente (no en un profundo estado de depresión), decide suicidarse porque está harta de vivir?” (Kraus, 2017).

El especialista en bioética acierta al decir que la primera pregunta no suele hacerse hasta que le sucede algo a nuestro cuerpo. La enfermedad irrumpe la cotidianidad de las personas, las sacude y recuerda la vulnerabilidad inherente a la condición de seres humanos. La segunda pregunta tampoco es fácil de responder, por el contrario, suscita más cuestionamientos que pueden incluso posicionar a quien reflexiona en torno a ello en uno de dos frentes aparentemente opuestos: los que están convencidos de ejercer su autonomía, toman *posesión* de *su* cuerpo y deciden en torno a él y; quienes piensan que la vida no es un bien personal, ni *algo* que nos pertenezca y, en consecuencia, no es posible decidir sobre ella.

Esto es tan respetable como quien se asume dueño de *su* cuerpo y de *su* vida y, en cierto sentido, también ejercen su autonomía al decidir qué no hacer. Bajo una u otra perspectiva las personas piensan y actúan en consecuencia.

¿Quién tiene la razón?, ¿cuál sería el actuar ético?, ¿quién hace lo correcto? A mi juicio, lo deseable sería ejercer nuestra autonomía en torno a la muerte con base en aquellas concepciones, creencias, ideas y prácticas que nos parecen apropiadas o coincidentes con nuestra forma de pensar y de ser. Por supuesto, siempre que ello no comprometa o involucre la vida de nadie más que la propia.

Claro está que lo anterior puede (y debería) abordarse desde diversas perspectivas, por ejemplo, una bastante recurrente es la mirada religiosa. Quizá para quienes asumen cierta doctrina o creencias espirituales, el tomar una decisión referente a la propia vida o muerte sea una atribución que no le corresponde a la persona sino al Dios al que profesan su fe. Pero...¿todos compartimos y asumimos las mismas creencias? Por fortuna no.

¿Dónde radica el problema? En la tensión y choque constante de ideas y acciones entre quienes, por decisión y convicción personal asumen la autoridad sobre su cuerpo-vida; y aquellos que no solo piensan que la vida debe salvaguardarse ante cualquier circunstancia, sino que además impiden que *el otro* decida sobre su cuerpo-vida, si esto se traduce en terminar con su propia existencia.

¿Quién tiene más derecho sobre *el* cuerpo: aquel que perfectamente consciente y por diversas circunstancias (en muchas ocasiones estados de salud inexorablemente desoladores) decide terminar con su propia vida y al fin aliviar el dolor, o quien boicotea e impide cualquier intento *a favor de* la muerte y "salva" la vida del otro? Complejos dilemas éticos susceptibles de abordar desde múltiples ópticas con el ánimo de comprender, y sobre todo empatizar, con el pensar, sentir y actuar de las personas ante situaciones límite (Jaspers, 1958) o acontecimientos

radicales (Zizek, 2014). Y, sin embargo, el debate suele conducirse y “resolverse” primordialmente en las fronteras jurídico-legales.

Entonces, “¿cuándo sería aceptable que las personas dejaran de vivir?, ¿habría que pensar en una edad estándar para toda la humanidad, o habría que ir, país por país, como se hace ahora, y estimar promedios en función de las condiciones materiales de existencia en cada uno de ellos?” Ambos cuestionamientos son inquietantes y escandalizan. Mario L. Fuentes (2018) provoca y suscita una profunda reflexión en torno a *las muertes que no deben ser*. Y es que, la respuesta a dichas preguntas entraña dilemas éticos que rebasan por mucho los alcances de nuestra empresa, sin embargo, veamos:

Si optamos por la segunda alternativa, la desigualdad entre países y dentro de ellos mismos se asumiría como aceptable y normal; por ende, pensar que el territorio u origen de nacimiento de la persona determinará la suerte que corra a lo largo de su vida es algo razonable.

Por otro lado, si elegimos como base el principio del máximo nivel de vida posible de salud para todas las personas, tendría entonces que equipararse u homologarse las expectativas de vida en todas partes y, por ende, postular dos escenarios: 1) o los países más ricos renuncian a los niveles de consumo que sus poblaciones mantienen y, con ello, promueven una repartición equitativa de la riqueza y bienes en común, o bien 2) las naciones pobres, o “en vías de desarrollo” realizan encomiables esfuerzos por lograr un desarrollo económico progresivo y de largo plazo, de modo que, en un momento determinado obtengan los niveles de bienestar equiparables al primer mundo (Fuentes, 2018).

Desde luego, el planteamiento deliberadamente simplificado de ambos escenarios supone controversias hacia el modelo económico neoliberal presente en las sociedades modernas. ¿Se trata de elegir/ponderar uno u otro escenario?, o ¿acaso hay que pensar en una tercera opción?

Probablemente el centro de la cuestión estribe más bien en torno a la reflexión del momento en el que se determinó que el *ser* mismo sea quien decida sobre el final de la existencia del otro.

Toda esta discusión respecto a la autonomía del ser en torno a la muerte es muy importante en el ámbito hospitalario, sobre todo en aquellas especialidades en las que, dadas las enfermedades crónicas o incurables de los pacientes, la muerte constituye un suceso al que los médicos tendrán que estar preparados no solo para el proceder estrictamente médico, sino más importante aún, para asumir su responsabilidad humana ante el paciente y sus familiares.

Una aproximación a la muerte y la enfermedad en el hospital

¿Es posible vislumbrar o atestiguar una situación semejante a la de Alain Cocq en un hospital de tercer nivel en México, o son acontecimientos que solamente pasan en otras latitudes?

Por ejemplo, si pensamos en el tiempo que transcurre entre un diagnóstico oncológico y el inicio de un tratamiento adecuado. Esto es variable, y depende de ciertos factores: en primer lugar, la detección temprana depende en gran medida del momento en el que el paciente acude a la consulta en el primer nivel de atención. Es entonces cuando el trabajo del médico general o familiar es crucial: canalizar oportunamente al paciente con un especialista oncológico marca la diferencia respecto al tratamiento de la enfermedad, pero hay carices (Torres-Arreola, 2007).

Hay ocasiones en las que el paciente se presenta a la consulta médica cuando la enfermedad está en una etapa avanzada y, remitirlo con un especialista es imprescindible, aunque el pronóstico seguramente será poco alentador.

Por otra parte, también es preciso reconocer los no pocos casos de negligencia en los que además de remitir tardíamente a los pacientes al tercer nivel de atención, se les brindó previamente un tratamiento inútil:

Tuvimos el caso de un joven que murió a causa de cáncer de lengua. Tardaron un año en remitirlo con nosotros y durante ese año lo mantuvieron tomando antibióticos pensando que era un absceso infeccioso, ¿por qué no le hicieron una biopsia? El tumor siguió creciendo y siguieron dándole antibióticos ¿por qué?
RF/RO/TR/12.06.18

En este sentido, vale la pena mencionar un estudio publicado en la revista *Cancer Detection and Prevention* en el que se analizó el intervalo entre el diagnóstico y el tratamiento en los seis tumores más frecuentes (pulmón, colon, próstata, vejiga, mama y endometrio) a partir de un análisis retrospectivo de las historias clínicas de 1,023 enfermos atendidos en 22 hospitales catalanes (Pérez, y otros, 2008). Los resultados mostraron que la mediana del tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el comienzo del tratamiento fue de 25 días para el cáncer de colon-recto, 108 en próstata, 40 para endometrio, 39 en pulmón, 69 para vejiga y 35 en cáncer de mama.

Ciertamente, las cifras muestran el panorama general de lo que ocurre en España y en algunos otros países de Europa, sin embargo, lo realmente importante para el paciente oncológico no es saber en qué lugar de la estadística se encuentra, sino cuáles son las implicaciones de la enfermedad, tratamiento(s) disponible(s) y cuándo empezarlo(s).

Es bastante frecuente y común que luego del diagnóstico los enfermos se inquieten y deseen comenzar el tratamiento cuanto antes⁵⁶, sin embargo, por distintos motivos y circunstancias esto no siempre ocurre así.

El grado o intensidad de la incertidumbre en el enfermo y sus familias se relaciona con la claridad de la información que el médico les proporcione, pero también con la congruencia respecto a las alternativas e inicios terapéuticos.

⁵⁶ Incluso cuando el paciente cuenta con los suficientes recursos económicos, acude a instituciones de salud privada con el fin de obtener un tratamiento oportuno o rápido. Desafortunadamente en no pocas ocasiones la anticipación de tratamientos o procedimientos aislados (por ejemplo quirúrgicos) y no integrales (quimioterapia- radioterapia) resultan perjudiciales para el enfermo.

Por ejemplo, esperar más de 100 días para comenzar una terapia oncológica puede parecer mucho tiempo, sin embargo, en el caso del cáncer de próstata incluso existen dudas respecto a la efectividad de los inicios de tratamiento tempranos, puesto que la evolución de la enfermedad es muy lenta. En cambio, empezar un tratamiento 60 días después del diagnóstico podría considerarse una espera *aceptable*, pero, tratándose de cáncer de pulmón cuya progresión es muy rápida, agresiva y letal, el inicio tendría que ser lo antes posible ya que el pronóstico sí mejora al atenderse con prontitud. (Pérez Oliva, 2008).

¿Por qué son estos periodos tan variables? Las causas son diversas. En el Manual de Indicadores Médicos 2018 del IMSS, se mencionan respecto al porcentaje de pacientes a quienes se les programa una consulta de especialidad, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud, en las Unidades Médicas de Alta Especialidad UMAE las siguientes condiciones:

1. Oferta de servicios acorde a la estructura de la UMAE actualizada y ajustada a las necesidades y capacidad de la UMAE en la o las plataformas del Expediente Clínico Electrónico ECE, Módulo de Consulta Externa MoCE y/o Componente de Referencia CR⁵⁷;
2. Disponibilidad de citas en las agendas para programar consultas de primera vez;
3. Programación de consultas en los consultorios de especialidades, considerando que normativamente, la duración para las citas de primera vez, es de 30 minutos, y para las citas subsecuentes es de 15 minutos;
4. Un índice de subsecuencia (consultas subsecuentes programadas por cada consulta de primera vez programada), acorde al tipo de hospital y especialidades

⁵⁷ En términos generales, se refiere a la solicitud de interconsulta a los siguientes niveles de atención (a petición de un médico no especialista), o a otro servicio en un mismo nivel o al tercero, a pedido de un médico especialista.

que se atienden (p. ej.: para la especialidad de Oncología se espera una subsecuencia mayor que en Traumatología);

5. La utilización completa del tiempo 6 o 12 horas, dependiendo del tipo de unidad que se tiene disponible el servicio (consultorio de especialidades), para el otorgamiento de consulta;

6. La adecuada disponibilidad de médicos especialistas que se requiere así como enfermeras y;

7. La adecuada disponibilidad de recursos materiales para otorgar consulta.

Estas condiciones o posibilidades de atención dan cuenta de dos aspectos de suma importancia: i) los trámites y procedimientos administrativos en el IMSS responden a lógicas claramente delimitadas, burocratizadas, y en muchas ocasiones con márgenes de flexibilidad limitados; estos resabios inciden irremediamente en los pacientes y, desafortunadamente, ello no constituye novedad alguna.

ii) Aunque el Manual de indicadores alude a un período de 20 días hábiles o menos para la atención con un especialista, en la práctica este lapso es bastante variable y, más aún, no hay que perder de vista que de acuerdo con los testimonios de profesores y residentes el inicio de un tratamiento (particularmente el oncológico), difícilmente iniciará antes de 60 días en un Hospital con las características del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

El Consultorio Médico y la Comunicación de Noticias Difíciles

Toda relación médico-paciente inicia en un consultorio médico, e idealmente termina allí cuando un paciente es dado de alta. Por supuesto, existen otros lugares dentro de la clínica o del hospital en los que se suscitan relaciones entre un médico y un paciente, por ejemplo, durante la atención de una emergencia en la sala de

urgencias o en un quirófano, sin embargo, en estos casos quizá sea más conveniente nombrarlos *encuentros circunstanciales esporádicos*.

En tanto, lo que sucede en un consultorio médico es una interacción (más o menos breve) en la que el paciente intercambia un diálogo con el médico y expresa su malestar al que casi siempre le sucede un interrogatorio, exploración física, y posible diagnóstico. Por lo general, se da un seguimiento si es que lo amerita el tratamiento, o se da por concluida la relación si es que el médico considera innecesarios los encuentros sucesivos. Esta reunión, en apariencia simple y lineal, no siempre se desarrolla de esa manera pues, como pudimos observarlo en algunos de los testimonios recabados, es en la consulta donde pueden ocurrir un sinnúmero de situaciones.

Dicho lo anterior, ¿cómo aprenden entonces a dar una consulta médica los residentes? De igual manera que como han aprendido en gran medida la medicina desde el primer año como estudiantes del pregrado, observando e imitando a *sus* doctores-profesores. Y es que en el ámbito propiamente clínico "Profesor" es un sustantivo inusual, todos se refieren a quien les enseña o forma en la especialidad como Doctor. La cercanía que se tiene con los doctores y residentes de mayor jerarquía durante la consulta externa, el pase de visita, los seminarios, las entregas y recepciones de guardia constituyen una parte fundamental del proceso formativo de los residentes.

Lugar de buenas y malas noticias, de alegría, pero también de sufrimiento y problemas de comunicación, la consulta externa significa para los residentes un espacio en el que el aprendizaje situado se orienta con claridad hacia la apropiación de actitudes, conductas, sentimientos, emociones, valores y códigos de ética propios de la institución donde se está formando. Es ante todo en la consulta externa donde el profesor, el residente y el paciente convergen con mayor cercanía, estableciendo

así una de las relaciones humanas más relevantes a las que estará expuesta casi cualquier persona en un momento de su vida.

En términos generales, es durante el primer año de formación que los residentes asisten a la consulta externa con sus profesores y aprenden el protocolo a seguir frente al paciente; enfrentan situaciones imprevistas y observan cómo las resuelve el doctor adscrito; se familiarizan también con el sistema y procedimientos médico-administrativos de la institución. Se procura cumplir con las metas y estrategias de mejora del servicio de afiliación, aunado a reportar todo lo necesario para dar cuenta de los indicadores de desempeño médico institucionales. Paulatinamente, la consulta se vuelve una responsabilidad enteramente de los residentes, quienes acompañan, apoyan y supervisan a sus compañeros de menor jerarquía. Conforme se avanza en el nivel jerárquico las responsabilidades se incrementan, pero también se obtiene el derecho a delegar funciones y tareas en los residentes noveles.

Es así como en la práctica médica los residentes suelen apearse al seguimiento de protocolos, guías o procedimientos que los orientan y conducen sobre lo que debe hacerse, sin embargo, no existe una guía específica o "formal" referente a comunicar malas noticias.

De acuerdo con la literatura especializada, una mala noticia es "cualquier información que produce alguna alteración negativa en las expectativas de la persona con respecto a su presente o futuro y que además trae como resultado un déficit emocional, comportamental y cognitivo, el cual persiste un tiempo después de haber recibido la noticia" (Ptacek & Eberhardt, 1996) (Buckman, 1984).

En el caso del ejercicio de la medicina, cualquier ámbito de intervención es susceptible de contener malas noticias. Aún en aquellas especialidades en las que predominan características técnicas y menos de relación e interacción social

(Imagenología Diagnóstica o Patología Clínica, por ejemplo) una mala noticia siempre estará relacionada con el bienestar de una persona.

De tal suerte que, en el caso de las cuatro especialidades que nos ocupan, existen eventos desafortunados que constituyen no solo incidentes ocasionales, sino recurrentes o prevalentes diagnósticos que comprenden condiciones graves y crónicas que se entienden y asumen como malas noticias.

Es importante señalar que no todas las malas noticias se relacionan directamente con la muerte del paciente, ni tampoco todas las personas reaccionan de igual manera, sin embargo, las respuestas emocionales negativas más frecuentes en el paciente y la familia son: llanto, enojo, frustración, incredulidad, miedo, reclamos, estado de *shock*, conductas violentas hacia el enfermo o hacia los demás, sensación de pérdida de control y crisis emocionales (Landa-Ramírez, López-Gómez, Jiménez-Escobar, & Sánchez-Sosa, 2017). En este sentido, existe suficiente literatura que reporta la necesidad de que los residentes, y también los médicos adscritos o de base, reciban un entrenamiento formal y constante respecto al desarrollo de habilidades para la comunicación y manejo de malas noticias, aunado a la importancia del trabajo interdisciplinario de acompañamiento social, espiritual y emocional del paciente y sus familiares (Chan, Wallner, Swoboda, Leone, & C, 2012), (Shoenberg, Yeghiazarian, Rios, & Henderson, 2013), (Hart & Ahrens, 1998).

No es extraño entonces que, en el caso de *nuestros* profesores y residentes la forma en la que comuniquen malas noticias responda principalmente al modo en el que lo observaron y aprendieron de sus profesores, pero, sobre todo, de sus compañeros de mayor jerarquía, así como de la propia dinámica en el hospital de adscripción.

Esto me llevó a reflexionar: ¿cuáles son los riesgos y consecuencias de desempeñar tan importantes actividades de una forma completamente empírica? Es decir, ponderar sobre todo la experiencia profesional de los doctores respecto a la

comunicación y afrontamiento de noticias difíciles o la muerte de los pacientes, sin tener detrás o como soporte una formación expresa para ello. Por consiguiente, confiar en que los residentes harán lo propio de la mejor manera porque lo habrán aprendido de sus mentores.

Probablemente uno de los riesgos más serios tenga que ver con la alta probabilidad de que un residente inexperto (o experimentado) comunique una mala noticia de manera poco asertiva a un paciente o sus familiares, lo cual no es menor. No solo puede ocasionar un daño emocional a los involucrados, sino que un manejo inapropiado puede causar confusión en el paciente respecto a su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, y desemboque en un problema que traspase el orden propiamente clínico y se resuelva en el ámbito judicial. Así, resulta que en el informe anual 2018 de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en México, el sector salud recibió el mayor número de quejas: 4,043 (CNDH, 2018). ¿A qué aluden las quejas o acciones violatorias de derechos humanos? El informe indica las siguientes:

- Omitir proporcionar atención médica.
- Faltar a la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficacia en el desempeño de sus funciones, empleos, cargos y comisiones.
- Negligencia médica.
- Prestar indebidamente el servicio público.
- Omitir dar información sobre el estado de salud, así como realizar deficientemente los trámites médicos.

Particularmente el IMSS fue la institución federal que más recomendaciones recibió, con 21 de las 90 totales. 14 fueron por negligencia, cinco por no brindar atención médica adecuada (lo que provocó la muerte de 25 personas, mayoritariamente recién nacidos), una por violencia sexual, y otra más por negar el servicio a jornaleros de Colima (CNDH, 2018), (Galván, 2019).

El hecho de que los residentes aprendan en mayor medida a comunicar malas noticias por imitación o indicación de sus profesores y compañeros de mayor jerarquía puede ser temerario. En cierto modo, significa dejar al azar una cuestión fundamentalmente humana que rebasa la simple ejecución de un procedimiento; es azaroso en tanto se confía que los médicos están cualificados para afrontar situaciones y eventos estresantes, y que son asertivos por antonomasia. Mientras que la literatura especializada (Merckaert, y otros, 2013), (Smith-Cumberland, 2006) los informes institucionales, así como los testimonios de profesores y residentes recabados aquí son coincidentes respecto a la dificultad, estrés y angustia que representa la comunicación y afrontamiento de las malas noticias y eventos infortunados.

Hay que enfatizar, si bien los residentes aprenden a comunicar malas noticias y afrontar la muerte de los pacientes de una forma casi por completo empírica, esto no significa una situación catastrófica, totalmente errada, o inclusive punitiva. La cuestión de fondo radica en la heterogeneidad que pueden tener los profesores respecto a los modos de conducir, fomentar e implementar las estrategias, habilidades y herramientas necesarias para un desempeño y desenlaces adecuados, tanto para el paciente como para los propios médicos.

La Consulta oportuna con el Especialista: la gran diferencia

En ocasiones, conseguir una consulta con el especialista apropiado constituye todo un logro y, no solo por la canalización oportuna, sino porque en el caso de los servicios de Radio Oncología y de Oncología Médica, un gran número de pacientes provienen del interior de la República Mexicana⁵⁸.

⁵⁸ Esto sucede porque no todos los Estados cuentan con unidades de Radioterapia. Los Aceleradores Lineales del IMSS se encuentran únicamente en las siguientes ciudades: Monterrey, Ciudad Obregón, Durango, León, Puebla, Guadalajara, Ciudad de México y Mérida. La mayoría de los pacientes de la

Pero el traslado al centro del país resulta irrelevante frente a lo que está por venir. Por lo general, estos pacientes llegan al CMN S. XXI sin saber que: 1) el tratamiento no será suministrado en lo inmediato, por lo que su estancia en la ciudad será de al menos ocho semanas mientras da inicio el procedimiento personalizado; esta situación es desgastante no solo para el enfermo, sino para quien lo acompaña en el transcurso del tratamiento⁵⁹.

Este escenario plantea serios desafíos al paciente y familiares, porque se requiere de una red de apoyo constante, voluntad, paciencia y, sobre todo, de esperanza. Y 2) Dependiendo del caso, los enfermos recibirán el tratamiento y regresarán a sus lugares de origen, pero en un determinado tiempo vuelven y dan continuidad al procedimiento inicial. Respecto a ello, veamos el testimonio de una residente:

A los pacientes foráneos parece que les dicen en sus lugares de origen que van a iniciar la Radioterapia o la Radiocirugía al siguiente día de su llegada y no es así...aunque queramos no es posible, porque todo inicio de tratamiento implica un protocolo que no depende solamente de nosotros [el conjunto médico] sino que participa un equipo multidisciplinario. Quizá en un hospital privado pueda iniciarse el tratamiento de inmediato, pero aquí es imposible. Un paciente foráneo que hoy se presenta a consulta, inicia en promedio su tratamiento dos meses después. RM/RO/TR/4.08.18

En efecto, dicho tratamiento es personalizado. Por ello, el 90% de los pacientes referidos ya cuentan con un diagnóstico de carácter oncológico dado a conocer en sus sedes de origen, por lo tanto, se presentan con estudios previos que corroboran la enfermedad: reporte de patología, biopsia o quizá una cirugía precedente. Es muy probable que se soliciten estudios de imagen (tomografías y resonancias

región sur del país reciben atención en el CMN S. XXI, porque la demanda rebasa la capacidad de la UMAE en Mérida.

⁵⁹ En la Ciudad de México existen tres albergues gestionados por la asistencia privada, que brindan el servicio de cama, baño, dos comidas, lavadoras, áreas comunes, capilla para creyentes y televisión por entre 20 y 30 pesos al día. (Varela Huerta, 2011).

magnéticas, en caso de no contar con ellos) para valorar la extensión de la enfermedad y pueda realizarse la historia clínica del paciente⁶⁰.

Con estos elementos, el equipo médico puede evaluar en qué etapa clínica se encuentra el paciente y, si es candidato (a) a recibir el tratamiento.

Todo esto es deseable que ocurra en el primer encuentro con el especialista, si es así, se procede a la programación de una fecha de inicio de tratamiento. En dicha consulta, se comunica al paciente los beneficios y efectos secundarios del tratamiento que está por iniciar (firma del consentimiento informado) y, de aceptarlo, se tomará una Tomografía de Simulación que servirá para que el equipo multidisciplinario⁶¹ pueda planear las Radioterapias o Radiocirugía, dependiendo el caso. Después de cada terapia habrá consultas subsecuentes en las que se dará seguimiento oportuno a los tratamientos.

¿Qué ocurre entonces en ese periodo entre la emisión de un diagnóstico y el inicio de un tratamiento oncológico? Imposible responder tajantemente porque cada caso es distinto, no obstante, pueden distinguirse tres grandes circunstancias: la primera, si el tipo de cáncer padecido requiere de un proceso quirúrgico, quimio y radio terapéutico simultáneo (de mama, por ejemplo) entonces pueden efectuarse procedimientos complementarios mientras el otro acontece. Prefiguremos algunos escenarios: En uno, se tiene un paciente con cáncer de esófago que precisa de quimio y radioterapia paralelas pero, por alguna circunstancia, la radioterapia no está disponible sino hasta después de 50 días hábiles posteriores a la consulta con el especialista. Podría comenzarse por la quimioterapia (u otra terapéutica propia

⁶⁰ Esta es imprescindible. En ella se asientan los antecedentes familiares; el inicio del padecimiento; el tiempo transcurrido desde la primera ocasión que se notó anormalidad en el organismo; los tratamientos recibidos previamente y su duración, etc.

⁶¹ Dicho equipo se integra por lo general por: médico especialista, técnicos radioterapeutas, y un físico médico.

para el cáncer de esófago), y así el grado de incertidumbre en el paciente disminuiría.

Otra situación podría ser que el paciente requiriera solamente de un tratamiento específico (radioterapia, quimioterapia, cirugía...) pero, si no está disponible en lo próximo, lo único por hacer es aguardar y acaso combatir la sintomatología y aliviar el dolor mientras aquello sucede. Este escenario es muy frecuente, sobre todo, ante la carencia de medicamentos oncológicos, insuficiencia de aceleradores lineales o averías en ellos⁶².

Además hay que tener presente que, en el caso del servicio de radiooncología, la mayoría de los procedimientos terapéuticos dependen de la ejecución conjunta de un equipo multidisciplinario: médicos, físicos, técnicos y personal de enfermería, lo cual acentúa la complejidad y el tiempo de inicio de los tratamientos. Bajo este panorama, es de suma importancia enterar al paciente de la existencia de factores condicionantes del tratamiento ajenos al médico.

El tercer escenario ocurre cuando el paciente asiste tardíamente a la consulta con el especialista. Con la enfermedad en un estado avanzado o terminal, el camino a seguir o las posibilidades médicas se limitan a los tratamientos y cuidados paliativos amén de incrementar o procurar la calidad de vida del enfermo.

En cualquiera de los tres estados descritos la comunicación efectiva entre el médico y el paciente-familia es crucial. No olvidemos que *lo que ocurre* en el lapso entre el diagnóstico y la recepción del tratamiento puede entenderse desde dos perspectivas que inevitablemente se relacionan pero que, sin embargo, se diferencian notoriamente: la del paciente y la del médico. El paciente es quien enfrenta y vive la espera del tratamiento, es a él a quien le acontece la enfermedad,

⁶² Es oportuno señalar también que las sofisticadas máquinas radioterapéuticas tienen limitaciones que impiden su uso masivo o en exceso recurrente, es decir, por disposición oficial no pueden utilizarse bajo condiciones extenuantes para el personal ocupacionalmente expuesto.

por lo tanto, es su responsabilidad informarse sobre el padecimiento, tratamiento y pronóstico y, con base en ello, tomar decisiones a lo largo del proceso.

Por otro lado, el médico es quien se encarga de proveer o administrar los tratamientos que sean factibles y estén disponibles, a fin de procurar el bienestar del paciente. Resulta entonces insoslayable asumir con seriedad y como parte del tratamiento el observar, escuchar y atender en la medida de lo posible las necesidades de los pacientes. De modo que la procuración de una adecuada relación entre ambos actores pretende una consulta externa eficaz, la implementación de procedimientos terapéuticos certeros, así como de objetivos claros a corto, mediano y largo plazo.

Hablamos entonces de una co-responsabilidad respecto a la manera en la que el paciente comprende, afronta y actúa no solo en torno la espera del tratamiento, sino a la enfermedad misma.

En todo caso, el inicio tardío de un tratamiento oncológico supone estrés, incertidumbre y sufrimiento para el paciente; es desable entonces que los médicos lo tengan presente y contribuyan a disminuir la ansiedad que provoca la situación *per se*, a través de la comunicación efectiva (Lifshitz, 2003).

De manera que la problemática de la canalización oportuna de pacientes al tercer nivel de atención no es reciente, ya ha sido reportada suficientemente en la literatura especializada, y existe consenso en la complejidad que constituye cada caso.

Al respecto cabe distinguir, de manera esquemática, dos polaridades que delimitan el espectro de posibilidades de las experiencias de atención a los pacientes: la *experiencia rutinaria* (estereotipada) favorecida cada vez más por la creciente demanda de la población y el burocratismo controlador, y la *experiencia reflexiva* (cada problema clínico relevante motivo de reflexión, búsqueda aclaratoria, discusión y deliberación) cuya cima es un ambiente propicio para el ejercicio de la crítica

constructiva y la autocrítica de los participantes del proceso de atención, en sus diversas jerarquías. Es en este tipo de ambientes donde los docentes y los discentes clínicos pueden desarrollar, bajo una estricta división de funciones interdependientes: respeto mutuo, empatía, cooperación sinérgica, motivación de superación y profesionalismo.

No basta con que los pacientes arriben con el especialista, sino que además reciban en tiempo y forma el tratamiento correspondiente.

Diagnóstico, pronóstico, tratamiento y desenlace

Todos hemos acudido en algún momento de nuestras vidas con un médico debido a cierto malestar que nos aqueja. Asistimos a una consulta médica en espera de saber: ¿qué es lo que tenemos?, ¿cuál es el mal que nos afecta?, ¿es grave?, ¿qué nombre tiene? y, sobre todo, lo que más interesa es que el médico nos diga cómo **curarnos**, qué hacer y durante cuánto tiempo.

Diagnóstico, pronóstico, tratamiento y desenlace son en ocasiones mucho más que simples fases de cualquier enfermedad. Cuatro palabras que cobran todo sentido cuando es la persona quien las *vive* en carne propia y, desde luego, particularmente en quien la enfermedad o situación compromete su vida a corto, mediano o largo plazo.

¿Qué ocurre entonces cuando un paciente es informado de un diagnóstico en el que su vida está comprometida? Quizá podría pensarse el diagnóstico como el inicio de un largo camino por recorrer en aquellas enfermedades crónico-degenerativas, sin embargo, es muy frecuente que dicho camino haya iniciado mucho antes de tener claro un diagnóstico acertado.

Como ya se ha dicho anteriormente, mucha de la población que atiende el CMN S. XXI radica en el interior de la República, sobre todo los pacientes oncológicos, por ello, es muy frecuente que lleguen a la consulta con el especialista

tres, seis o hasta doce meses después de haber acudido por primera vez con el médico familiar en su clínica más cercana. El procedimiento para obtener una consulta con un especialista implica tiempo, no es inmediato: primero debe acudir el paciente a su clínica familiar correspondiente, y el médico de primer contacto será quien considere si remite al segundo o tercer nivel, o quizá comience con un tratamiento de primer contacto y con base en el desarrollo del cuadro clínico tomar decisiones posteriores.

Ciertamente, la certeza en el diagnóstico establece las rutas a seguir en el posterior tratamiento y, en este sentido, es importante mencionar que en el caso de los testimonios recabados de los internistas, el diagnóstico es un elemento central y prioritario, por supuesto, esto se debe en gran parte a que la interconsulta con estos especialistas responde a la necesidad de precisar un diagnóstico que otros colegas no han podido establecer.

Por otro lado, y de acuerdo con otros testimonios, desafortunadamente en el caso de enfermos oncológicos no siempre se canalizan a tiempo por tres principales razones: i) el paciente acude al médico hasta que presenta síntomas muy evidentes o dolor intenso; ii) es frecuente que el médico familiar o de primer contacto indique tratamientos desatinados por periodos de tiempo variables; iii) sobresaturación en la consulta externa con especialistas, o falta de ellos en los hospitales. A veces se da alguna de las anteriores situaciones, o incluso las tres, no es excepcional.

Cuando el paciente logra ser remitido al CMN S. XXI, debido a la sobresaturación de pacientes, el tratamiento requerido tampoco es suministrado inmediatamente, esto también depende de la etapa de la enfermedad y gravedad del paciente⁶³. Es muy importante enfatizarlo porque, a menudo se ven casos en los hospitales en los que, quienes no somos médicos, consideramos o, mejor dicho,

⁶³ Me refiero en particular a los pacientes oncológicos. En el caso de los servicios de Medicina Interna y Pediatría, la saturación es menor y los tratamientos no demoran tanto en comenzar.

vemos como “muy graves”, sin que necesariamente lo sean. Por ejemplo, fracturas en las que un hueso está expuesto, o tumores prominentes, incluso supurando.

Esto que se conoce ampliamente en los servicios de urgencias y emergencias médicas como *triaje o triage*⁶⁴ permite manejar adecuadamente el flujo de pacientes cuando la demanda de los servicios clínicos es superada por los recursos médicos disponibles. De las cinco escalas de *triage* que existen actualmente, todas coinciden con los siguientes parámetros (Soler, Gómez Muñoz, Bragulat, & Álvarez, 2010):

- Nivel I: prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora.
- Nivel II: situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Demora de asistencia médica hasta 15 minutos.
- Nivel III: urgente pero estable hemodinámicamente con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Demora máxima de 60 minutos.
- Nivel IV: urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Demora máxima de 120 minutos.
- Nivel V: no urgencia. Poca complejidad en la patología o cuestiones administrativas, citas, etc. Demora de hasta 240 minutos.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social es más frecuente la identificación de los niveles con su equivalencia en colores:

⁶⁴ Neologismo derivado de la palabra en francés *trier*, y que se define como seleccionar, escoger o separar. Actualmente se reconocen cinco modelos de *triaje*. 1. La *Australian Triage Scale* (ATS); 2. La *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale* (CTAS); 3. El *Manchester Triage System* (MTS); 4. El *Emergency Severity Index* (ESI) y; 5. El Sistema Español de *Triage* (SET).

Nivel	Color	Categoría	Tiempo de atención
I	Azul	Reanimación	Inmediato
II	Rojo	Emergencia	Inmediato enfermería/médicos 7 minutos
III	Naranja	Urgente	30 minutos
IV	Verde	Menos urgente	45 minutos
V	Negro	No urgente	60 minutos

Tabla 8. Relación entre escalas y nivel de gravedad.
(Soler, W., 2010).

Casi todos los pacientes que llegan a la consulta con el médico oncólogo o radiooncólogo ya cuentan con un diagnóstico previo, o con fuertes indicios de sospecha de cáncer. Aunque también arriban casos de pacientes con tumoraciones benignas, son menos frecuentes.

El momento del diagnóstico es muy importante tanto para el paciente como para el médico. Para el primero, constituye un momento radical en su vida. El poder que tiene la sola palabra "cáncer" es apabullante y amenazadora. Es frecuente que un mar de dudas surjan en quien recibe la noticia. Por lo general, la angustia, el miedo, desesperación, enojo y tristeza lo invadirán profundamente: ¿por qué a mí? La pregunta recurrente que sitúa al paciente en una crisis existencial porque la enfermedad guarda una relación directa con la muerte. Son muchos los factores que se relacionan en torno a la noticia, y que implican también a la familia. Por ello, el proceso de duelo psicológico es inevitable en el transcurso de la enfermedad.

De acuerdo con Cabrera (2017) el duelo implica la adaptación a una sucesión de pérdidas de diversa índole, no solamente referentes a la salud, sino relacionadas con la estabilidad y seguridad que la rutina y cotidianidad de toda persona brindan.

La enfermedad provocará la pérdida de un rol establecido en la familia, el entorno laboral y social en general, se considera entonces una pérdida de control, lo cual ha sido ampliamente documentado como algo de lo más desestabilizante y desestructurante en el ser humano (Robert M., Álvarez O., & Fernanda, 2013).

Ciertamente, el mundo del médico y el del enfermo se perciben y viven distintos, pero también se interrelacionan y trastocan en diversos momentos; la relación entre el médico y su paciente es un vaivén emocional y profesional del que no se puede escapar, aunque así se desee.

Todo esfuerzo e impulso del médico siempre *es* en relación con el otro. Aún el histólogo o el patólogo, incluso el médico forense, *son* en tanto la existencia del otro. Si no hay sujeto de la salud, la medicina carece de sentido y no *es*.

A este propósito, cuando el enfermo acude con el médico lo hace evidentemente por el malestar que lo aqueja, y en la visita se asume también que quien ausculta sabrá determinar lo que el consultante tiene y cómo remediarlo. De alguna manera, se da por hecho no solo que el médico siempre *está ahí* para el enfermo, sino que siempre sabrá qué hacer, sobre todo, ante la emergencia. Se deposita en el médico la confianza y, por qué no decirlo, la esperanza, anclada siempre en dos posibilidades: la cura o la disminución del dolor. Desafortunadamente existen enfermedades incurables en las que al enfermo no le queda más remedio que *inventarse* una futura curación, sabedor de que ya no hay más esperanza que la disminución o supresión del dolor físico (Mantegazza, 2006).

Esta *invención* del paciente se entiende como el conjunto de expectativas, posibilidades, y deseos de que en el transcurso de *su* enfermedad surja una cura, o acaso mejores tratamientos que pudieran mejorar su condición. En ocasiones esta *invención* coincide con la etapa de enojo en el transcurso de la enfermedad, pero ciertamente, esa invención brinda al paciente ante todo esperanza.

La esperanza en el tratamiento

Con cuánta naturalidad acudimos al médico sabiendo de antemano que obtendremos un tratamiento que nos aliviará. La confianza en lo que nos diga el doctor, así como lo escrito en la receta médica es notable pues constituyen para los pacientes dos elementos imprescindibles e inherentes a la consulta médica y, por supuesto, al tratamiento. Difícilmente se concibe una relación médico-paciente con la ausencia de alguno de estos componentes. Es decir, el consultante espera del médico un diagnóstico y un tratamiento por seguir, expresado la mayoría de las veces en una prescripción e indicaciones particulares. ¿Qué ocurre cuando esto no es así? Supongamos por un momento que, debido a un malestar estomacal atribuible a la ingesta de alimentos consumidos en la calle, acudimos con el médico. Luego de un interrogatorio sencillo y la exploración abdominal concluye la consulta y se nos recomienda evitar los alimentos altos en grasas, picantes o irritantes, así como seguir durante los siguientes cinco días una dieta blanda. Se sugiere además acudir a una consulta subsecuente solo si persiste el malestar o se presenta dolor intenso repentino.

No hay receta médica, analgésicos, ni antibióticos. ¿Qué pensaríamos como pacientes al salir de esta consulta?, ¿es este un "buen médico"? ¿bastará una dieta blanda para aliviar el malestar?, ¿por qué no nos recetó *algo*?

Para muchos pacientes salir del consultorio sin una prescripción médica resulta simplemente insostenible, porque se da por sentado que el médico debe *darnos algo* para aliviar lo que nos duele, ¿o no? Además, con base en el trato que se recibió durante la consulta médica y la efectividad de lo recetado se emiten juicios de valor sobre si alguien es un buen o mal médico.

Podemos estar de acuerdo en que aquel médico brindó un servicio adecuado o, por el contrario, considerar que actuó de manera omisa, sin embargo, resulta de mayor utilidad que la reflexión la centremos en nosotros mismos y pensemos qué

nos llevó a emitir esa opinión: ¿qué tanta importancia damos a la medicación?; ¿es posible una consulta sin que ésta concluya con la emisión de una receta?; ¿hubo alguna razón en particular por la que no fue necesario prescribir nada?; ¿se lo preguntamos al médico o simplemente nos fuimos sin cuestionarle?

Ahora bien, éstas y otras preguntas también son susceptibles de responder por parte del médico. Quizá podría argumentar que, luego del interrogatorio y de la exploración física hay sospecha de algún padecimiento más grave, y la ingesta de antibióticos o analgésicos podrían, en todo caso, enmascarar lo que realmente tiene el paciente.

Por otra parte, también resulta de interés preguntarse: ¿qué tantos médicos prescriben medicamentos únicamente para que el paciente no se vaya de la consulta "con las manos vacías"? o ¿cómo debe proceder un médico cuyo paciente se niega a tomar antibióticos, o a vacunar a sus hijos simplemente porque lo considera perjudicial para el organismo? Y, más aún ¿qué hacer cuando la vida de una persona depende de una transfusión sanguínea, pero por motivos religiosos el paciente la rechaza?

Lo anterior muestra un poco la vastedad de posibles situaciones cotidianas en la relación médico-paciente. Evidentemente, cada especialidad médica tiene particularidades y problemas cotidianos inherentes a su campo de intervención.

Al margen de lo anterior, los Planes y Programas de Estudio de todas las especializaciones médicas contienen, desde luego, todo un *corpus* de conocimientos, habilidades, actitudes y aptitudes determinadas que dan cuenta de lo que debe saber y hacer un profesional médico específico.

De ahí que el curriculum formal conduzca, dirija y procure un perfil de egreso común que, incluso de cierto modo se "verifica" o constata al final de la formación de los residentes, cuando se presenta y acredita el examen de certificación de conocimientos de especialista médico.

Dicho lo anterior, es posible afirmar entonces que el esfuerzo y trabajo que supone la formación de especialistas médicos consta de una participación tripartita, en la que la Facultad de Medicina y el CMN S. XXI desempeñan una función que trasciende, en la práctica, lo propiamente académico y de formación elemental respecto a las distintas ramas de la medicina, pues también entraña un proceso de pertenencia a un gremio específico con costumbres, hábitos, prácticas formales e informales característicos que dotan de identidad profesional médica. Ciertamente es que mucho de lo que ocurre en el desarrollo de dichos procesos formativo-identitarios escapa al diseño y estructura de la malla curricular, porque el acontecer cotidiano en el hospital resulta imposible de predecir, constreñir o asir en su totalidad.

Algo característico y propio del ejercicio médico es la emergencia de situaciones imprevistas e inciertas en las que, además de apelar a los conocimientos disciplinares, se requiere también de la experiencia y buen juicio forjados *in situ* a través del contacto diario con los pacientes, colegas, y personal sanitario amén de la resolución de conflictos y circunstancias súbitas.

Finalmente el trabajo de los Consejos de Especialidades Médicas es el de “supervisar los conocimientos, habilidades, destrezas, aptitudes y calificación de la pericia que se requiere para la certificación y renovación de la vigencia de la misma o recertificación” (Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas, 2020).

En muchos de los testimonios de nuestros entrevistados fue posible advertir diversos casos que muestran la complejidad inherente a ciertas enfermedades y sus posibilidades de atención. Hay tratamientos simples que consisten en la ingesta de fármacos durante un cierto tiempo; otros en los que, además de los medicamentos se requiere de una intervención quirúrgica; algunos más consisten en un determinado número de sesiones de radioterapia; o aquellos en los que la combinación de medicamentos, procedimientos quirúrgicos y terapia de radiación

son necesarios (en cáncer de mama, por ejemplo); y , finalmente, aunque con menor frecuencia, los casos en que el paciente saldrá del consultorio sin una receta médica.

En suma, desafortunadamente existen enfermedades incurables para las que el único tratamiento posible consiste en el alivio de la sintomatología y el dolor. Y esto que se escribe tan sencillo, constituye para muchas personas que las padecen una verdadera tragedia para la que nunca se está preparado pero que, sin embargo, habrán de afrontar porque no hay otra opción.

Tan simples como el resfriado o tan complejas como el lupus, no todas las enfermedades son susceptibles de un tratamiento curativo, sin embargo, existen opciones que aminoran significativamente el dolor y el sufrimiento incrementando así la calidad de vida del paciente.

¿Adaptación o costumbre? El paciente y el médico ante la muerte

Para el enfermo es una batalla por librar, batalla que también es del médico (contra la muerte), una carrera de resistencia. ¿Es posible hablar entonces de un proceso de adaptación a la enfermedad? En cierto sentido lo es. Cuando la enfermedad o malestar no comprometen la vida del paciente, los vínculos emocionales respecto a la enfermedad, y en relación con su médico tratante suelen ser mínimos o nulos. Infecciones estomacales, dolor de oídos, o una fractura, rara vez propician una reflexión detenida en torno a lo sucedido y, seguramente se apelará más al conocimiento alópata del médico que, por ejemplo, a la empatía. Es decir, se deja en manos del equipo de salud la mayor parte de las acciones a fin de aliviar el padecimiento.

En tanto, el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas, llámense: Fibrosis quística, Lupus, Alzheimer, Esquizofrenia, Cáncer, entre otras, producen una inevitable transformación de la cotidianidad personal y familiar lo cual requiere un proceso de introspección del paciente y sus

cercanos. Se precisa del enfermo un rol más activo, pues habrá que emprender acciones a corto, mediano y largo plazo.

Aquellas enfermedades comprometen cambios en el estilo de vida del paciente y es él quien decide o no emprenderlos: alimentación saludable, actividad física, toma adecuada de medicamentos, asistencia puntual a sus consultas médicas e, idealmente, atención a la salud emocional.

Las enfermedades crónicas, casi siempre incurables, conllevan (o tendrían qué) en los médicos mucho más que los conocimientos farmacológicos (el saber), implican también el desarrollo de habilidades personales, y de interrelación con los pacientes y sus familias en torno a situaciones complejas, inesperadas, y en muchos casos, inciertas (el comprender).

De ahí que Branz, F. y colaboradores (2014) señalen que vivir con una enfermedad crónica es como pilotear un avión pequeño.

El piloto es el paciente en quien recae la mayor responsabilidad del buen curso del avión. Por supuesto, hay otro piloto posible -el profesional de la salud- quien colaborará en menor medida y, dedicará solo algunas horas al año, sin embargo, esto no significa ausencia del equipo de salud, al contrario, es su tarea:

- Garantizar pilotos hábiles, brindando educación y haciendo un trabajo multidisciplinario que favorezca el empoderamiento y el automanejo.
- Elaborar un plan que le permita mantenerse en vuelo sin grandes perturbaciones. Es imprescindible acordar con la persona los pasos a seguir para conseguir objetivos de diversa magnitud.
- Hablar y proyectar qué modificaciones en su estilo de vida están a su alcance, con qué dificultades se enfrentará y cómo abordarlas.
- Realizar la vigilancia del tráfico aéreo para prevenir cualquier accidente y mantener el avión en su curso.

¿Se adapta entonces el paciente a la enfermedad? Tendrá que hacerlo, y no solo el paciente; en el caso de las enfermedades crónicas el apoyo familiar es medular. Es quizá oportuno distinguir entre adaptación y costumbre.

Las características propias de los padecimientos crónicos fuerzan a los enfermos a modificar sus vidas, adecuan y ajustan sus hábitos en función de los objetivos fijados con antelación o de la fase y/o estado de la enfermedad.

La adaptación es fundamental en el transcurso del padecimiento, se aprende a vivir con la enfermedad.

Por otro lado, la costumbre implica hábitos de comportamiento, o prácticas recurrentes en una colectividad. Las costumbres se mantienen más o menos estables durante largos periodos de tiempo, no obstante, están en transformación constante e influyen sobre la conducta de las personas (Nazareno Bravo, 2005).

Los pacientes no se *acostumbran* a la enfermedad, se adaptan y aprenden a vivir con ella, pero difícilmente se *acostumbran* a las braquiterapias, radioterapias, quimioterapias, a sus efectos secundarios y a la angustia que provocan las visitas al hospital. La familia no se *acostumbra* a ver el deterioro paulatino de su ser querido; asumen que los estragos de los tratamientos aumentarán y mejorarán de algún modo la calidad de vida de la persona.

¿Los médicos se *acostumbran* a las enfermedades de los pacientes? Es una pregunta que los médicos responden con ambigüedad. Por una parte, los residentes y profesores de las especialidades del grupo 1 (medicina interna y pediatría) respondieron con prontitud que sí, mientras que los profesores y residentes del grupo 2 titubearon, matizaron más la respuesta:

Sí, aquí te acostumbras rápidamente a muchas enfermedades porque las ves diario, las tratas todos los días en tantas personas que se propicia mucho el razonamiento clínico en los residentes...de eso se trata, de que obtengan experiencia y sepan qué hacer y cómo tratar a los pacientes con enfermedades que son muy frecuentes en nuestra población infantil. PM/P/EEA/4.08.18

Yo diría que tanto como acostumbrarte no, porque cada caso es muy distinto. Los organismos responden diferente. Cuando el paciente es joven da tristeza ver cómo cada vez es más difícil sobrellevar la enfermedad, porque ya en etapas avanzadas los incapacita y vas viendo cómo poco a poco se acerca el final. RM/RO/EAM/17.07.18

A los internistas muchas veces nos toca acostumbrarnos pero a ver enfermedades raras o poco frecuentes, porque nos mandan pacientes a los que no se les ha podido dar un diagnóstico preciso, y menos un tratamiento. Nuestro objetivo es proporcionar al paciente seguridad de lo que tiene y entonces sí decirle qué opciones tiene. RH/MI/TR/20.06.18

Me pregunto entonces si esta *costumbre* por la enfermedad se relaciona con la "frialdad" de los médicos percibida por no pocos pacientes, particularmente, al momento de la consulta médica.

Quizá los pacientes y sus familiares lo llamen "frialdad", algunos profesores y residentes lo nombran "costumbre", o para otros, probablemente más bien se trate de una "habitación". Pero ¿qué tan importante es la palabra? Definitivamente por sí sola no significa nada porque el encuentro del médico con su paciente es cara a cara. El sentir de ambos se escucha, se ve y se palpa en una situación de vulnerabilidad para el paciente, quien deposita en su médico la seguridad y certeza de su bienestar físico y emocional.

Frialdad, costumbre o habitación, lo cierto es que el vínculo entre el paciente y el médico está mediado en no pocas ocasiones por un muro cimentado en un amplio lenguaje científico, trámites burocráticos, prisa, y cierta displicencia hacia lo más importante: el padecer del ser humano sufriente. Pero ¿por qué ocurre esto? ¿Es solo el paciente quien pierde con esta situación? ¿hay algún ganador?

De cualquier modo, pacientes y médicos no tienen más opción que adaptarse a sus respectivas circunstancias. Mundos aparentemente ajenos pero que, en cierto momento se entrecruzan en un punto en común: el hospital.

En el caso del CMN S.XXI, detrás de la consulta con un especialista hay un procedimiento previo por el que atravesó el paciente y que ya ha sido descrito con

anterioridad. Desde luego, la frecuencia con la que se acude a la consulta externa con el especialista varía en función del padecimiento o enfermedad, y del tratamiento a seguir. De acuerdo con los testimonios de los residentes y profesores esto tiene cierta correspondencia con el tipo de relación que se establece entre el médico y el paciente.

Hay ciertos factores que convergen en torno a dicha relación, por ejemplo: el perfil del paciente común o cotidiano en la especialidad de la que se trate.

A diferencia de los médicos generales o familiares, quienes brindan atención a una población más heterogénea, los especialistas se encargan de pacientes con un perfil más bien delimitado. Estos médicos se habitúan al trato con enfermos con patologías más o menos similares y con características semejantes.

En el caso de los pediatras se espera un profesional con pericia en el manejo⁶⁵ de pacientes que, por ejemplo, debido a su corta edad no pueden expresar con palabras el malestar que los aqueja, o que tienen dificultades para comunicarse debido a un dolor intenso que solo se expresa a través del llanto; se apela entonces a la anamnesis con apoyo del padre o madre, y a la exploración física para su oportuna atención.

En cambio, para los oncólogos médicos y radiooncólogos es cotidiano el trato con pacientes que, con un diagnóstico de cáncer se encuentran en estados de negación, tristeza o rabia con la enfermedad, lo cual puede comprometer seriamente las acciones o procedimientos a seguir; no es raro, por ejemplo, que algunos pacientes recurran a terapias o tratamientos alternativos a la medicina alópata, y suspendan un tratamiento efectivo. Desafortunadamente cuando su condición empeora vuelven al hospital sin que el médico pueda ofrecer más alternativas que las propiamente paliativas.

⁶⁵ La palabra "manejo" es frecuente y de uso cotidiano entre profesores y residentes. No se utiliza de forma peyorativa en el hospital, ni tampoco en este trabajo.

Por último, los especialistas en medicina interna están capacitados para prevenir, diagnosticar y aplicar tratamientos no quirúrgicos en las patologías de los adultos (Letelier, S., 2011). Atienden usualmente a personas con comorbilidades, es decir, pacientes con distintas enfermedades simultáneas: diabetes, hipertensión, cataratas, arterioesclerosis, obesidad... lo que evita acudir hasta con ocho especialistas, ésta es la función del médico internista, ofrecer una atención global e integral en estos casos que, por cierto, en nuestro país no son pocos, sino cada vez más comunes (Lifshitz, Lo interno de la Medicina (Interna), 2019).

Desenlace

¿Es el "desenlace" sinónimo de curación? Desafortunadamente no siempre. Todos los pacientes que acuden con el especialista reciben un tratamiento específico y, tarde o temprano, deberá concluirse para ser dados de alta; muchos de los enfermos, en efecto, consiguen curar su malestar. No obstante, hay enfermedades crónicas incurables que, sin embargo, se pueden controlar y monitorear perfectamente como la diabetes, o ciertas enfermedades cardiovasculares.

En tanto, aunque muchos tipos de cáncer pueden tratarse o extirparse quirúrgicamente, no es posible ofrecer al paciente la certeza de que la enfermedad será eliminada en su totalidad, o que no habrá recidiva. Es decir, la palabra "curación" no se utiliza indiscriminadamente ni en todos los casos, por el contrario, es un término que requiere de mucha cautela y responsabilidad médica.

La presencia de la Universidad en el hospital

Conviene distinguir que profesores y residentes mantienen una doble afiliación institucional. Ambos, médicos adscritos al CMN S. XXI y a la vez profesores y estudiantes, respectivamente, de la División de Estudios de Posgrado de la FM⁶⁶. Desempeñan, en consecuencia, dos funciones: académica y laboral.

Merece la pena explicitar dicha afiliación binaria: esta relación que se postula y pretende funcione cual engranaje, no siempre se conjuga así; justamente la adhesión a dos instituciones implica la realización y cumplimiento de actividades y objetivos propios a cada espacio. Desde luego, se espera de profesores y residentes el correcto desempeño de las tareas y funciones asistenciales en el hospital, así como la aprobación de las evaluaciones obligatorias de la Facultad. La ejecución de ello no es sencilla, y comprende mucho más que la implementación del Programa de Estudios en el hospital; la complejidad de la clínica y las situaciones inesperadas que ocurren cotidianamente son, en la mayoría de las ocasiones, las que dan pauta o determinan lo que se aprende en la residencia. Al margen de esto, la aprobación de aquellas evaluaciones guarda un componente fundamental que es determinado por los profesores en función del desempeño de los residentes en las diversas rotaciones, por lo tanto, la evaluación no se circunscribe a la resolución de exámenes estandarizados (algo bastante habitual en el ámbito médico), sino que el ejercicio cotidiano constituye la esencia de la especialización.

Naturalmente, la función asistencial es primordial y preferente en el hospital, en tanto que la actividad educativa y de investigación es una actividad de segundo orden. Por supuesto, no debe entenderse tal afirmación como un desinterés

⁶⁶ El trabajo de los médicos residentes está regulado en la Ley Federal del Trabajo del artículo 353-A al 353-I en el Título Sexto de los Trabajos Especiales, Capítulo XVI titulado "Trabajos de Médicos Residentes en Periodo de Adiestramiento en una Especialidad". Desde luego, las prestaciones laborales y la carga de trabajo es desigual entre médicos adscritos y residentes, sin embargo, en este momento no se abordará con detalle esta cuestión.

deliberado o como una despreocupada omisión de los profesores o la institución hospitalaria, más bien la dinámica en la clínica se distingue y distancia claramente de la estructura escolarizada de la FM.

La estructura del hospital se asemeja al de la escuela en el sentido de que existe una organización jerárquica y roles claramente establecidos y asumidos por los sujetos involucrados en ello. No obstante, el hospital se diferencia de la Facultad por integrar un actor que da sentido a todo el sistema de salud: el paciente. Éste no es más un paciente simulado, ni tampoco se privilegia el estudio de un cuerpo sano; el paciente en el hospital es, casi siempre, una persona enferma que acude porque busca la cura a su padecimiento, un tratamiento, o quizá la disminución del dolor. La responsabilidad y compromiso que conlleva la atención al enfermo no tiene comparación con el solo estudio de la literatura médica o las prácticas de laboratorio.

El hospital exige de los profesionales de la salud el desarrollo de habilidades profesionales especializadas, pero también de actitudes y aptitudes personales que entrañan y sostienen las relaciones humanas cotidianas que en él se propician. En el caso de los residentes la adaptación a la clínica, así como la aprobación de las evaluaciones periódicas de la FM garantizan la culminación exitosa de la especialización, para entonces incorporarse al sistema de salud mexicano.

Dependiendo de la especialización de la que se trate, el egresado podrá tener mayor posibilidad de elección entre instituciones públicas o privadas y de primer, segundo, o tercer nivel de atención, por ejemplo, en el caso de los Radiooncólogos, su inserción al ámbito laboral se circunscribe inevitablemente a los hospitales del tercer nivel de atención y principalmente públicos, debido a la maquinaria sofisticada y altamente costosa que requieren la mayoría de los tratamientos oncológicos.

Para los profesores ocurre casi de igual manera, aunado a que en muchos casos la certificación o recertificación como especialista puede solicitar entre sus requisitos

la experiencia docente, o bien, aportar un cierto puntaje adicional por desempeñar actividades de esta índole⁶⁷.

En tanto, la DEP solicita a quienes desean integrarse como profesores: Diploma de especialista otorgado por institución de educación superior; Certificación o recertificación vigente del Consejo de Especialistas; Experiencia docente; Participación regular en la divulgación del conocimiento médico y; Acreditar curso de formación pedagógica impartido por la propia División (División de Estudios de Posgrado, 2018).

Se advierte entonces una relación interdependiente entre la FM, el hospital de adscripción laboral, y los distintos Consejos de Especialistas Médicos respecto al ejercicio docente lo que, a primera vista, puede traducirse como una persistente actualización y unificación u homogeneización del conocimiento médico especializado.

Como se ve, la naturaleza y configuración del ejercicio docente en la clínica es complejo, y se aleja de la idea convencional asociada al entorno propiamente escolar.

Por eso, es determinante la participación de la FM así como de los distintos subcomités académicos, ya que es preciso establecer las directrices que conduzcan, orienten y unifiquen, no solamente lo que todos los residentes *deben de saber* o lo que los profesores *deben de enseñar*; esta intervención también dota de recursos humanos imprescindibles en todas las sedes hospitalarias donde existen convenios

⁶⁷ Por ejemplo, el Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría, A. C., establece dentro de su Puntaje para la Recertificación cada cinco años: Laborar en un Hospital formador de residentes, 2 puntos por año; Profesor titular de taller, 3 puntos; profesor adjunto de taller, 1 punto; profesor titular de curso universitario de Pre o Posgrado, 3 puntos por año; profesor adjunto de curso universitario de Pre o Posgrado, 2 puntos por año; profesor titular o coordinador de curso de actualización, 1 punto por evento y; el 100% de los profesores pediatras mexicanos deberán tener certificación vigente. Manual de Procedimientos del Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría A.C. Disponible en: http://www.cmcpx.org/formatos_pdf/MANUAL_DE_PROCEDIMIENTOS_CMCP.pdf

de colaboración con la FM. Debe tenerse siempre en mente que, si bien los residentes se encuentran en un proceso formativo, son también médicos generales cuyo trabajo asistencial en el hospital posibilita en gran medida el funcionamiento de la institución. No hay duda, cualquier hospital que cuente con la presencia y apoyo de residentes difícilmente podría prescindir de ellos y, el CMN S. XXI no es la excepción.

¿Puede entonces afirmarse (o quizá obviarse) que la *presencia* de la Universidad se percibe a través de los profesores y de las evaluaciones periódicas? Probablemente para los profesores el vínculo con la FM es más directo y claro que para los residentes. La mayoría de éstos la divisan en ocasiones especiales: la ceremonia de bienvenida/clausura en el hospital de acogida; la presentación de algún examen en el Centro de Evaluación Automatizado Tlatelolco o en la Facultad misma; la realización de algún evento especial en el hospital como congresos, coloquios, etc. Paulatinamente los residentes asumen que ahora su formación depende completamente de lo que ocurre en el hospital, mientras que a la Facultad se le concibe como la responsable de evaluar, supervisar, valorar y establecer los lineamientos que aseguran la uniformidad académica y profesional de los egresados y, en cierto modo, también de los profesores. Los siguientes testimonios son ilustrativos:

Al principio sí noté que la dinámica del hospital no era como cuando iba en la Facultad. Aunque ya tenía la experiencia del internado, la residencia es completamente distinta porque estás en el hospital todo el día y la responsabilidad es mucha, sobre todo cuando eres R1 porque no sabes nada... RM/P/PF/19.07.18

En el hospital nadie está detrás de ti como en la Facultad, tú tienes que dar cuenta a tus "R" superiores, y ellos al médico adscrito. Y aunque ya no existen las "guardías de castigo" como tal, uno se siente muy mal si comete errores durante el pase de visita, o en las clases...¡y peor! Si la riegas en la guardia. RH/MI/PF/21.08.18

Pasamos tanto tiempo en el hospital que la presencia de la Facultad no siento que sea tan necesaria como cuando estás en la carrera; aquí la autoridad es la institución de salud, los adscritos y los residentes de mayor jerarquía.

Finalmente a ellos les tenemos que rendir cuentas. Siento que está bien que la Facultad nos evalúe a todos, en lo académico, en lo teórico, pero la práctica esa sí recae en nuestro hospital. RM/P/PF/MRE/21.08.18

No hace falta enfatizar a los residentes que en el hospital ya no es como en la Facultad, la propia estancia aquí los hace darse cuenta que la dinámica es otra, aquí los errores pueden afectar también a sus compañeros de guardia porque deben trabajar en equipo, hacer caso a sus residentes superiores y, lo más importante, los errores pueden significar el brindar un servicio inadecuado al paciente. PH/MI/PF/EEA/7.07.18

El médico y el enfermo: dos mundos paralelos

Los mejores médicos parecen tener un sexto sentido para la enfermedad. Sienten su presencia, saben que está allí, perciben su gravedad antes de que ningún proceso intelectual pueda definirla, catalogarla y ponerla en palabras. Los pacientes también sienten lo mismo con respecto a un médico: que es atento, que está alerta, que está preparado; que le importa.
Michael LaCombe, *Annals of Internal Medicine*, 1993.

Es claro, me parece, que desde las primeras páginas de este trabajo el foco de atención se encuentra en la formación de los residentes en torno a la muerte de los pacientes, de acuerdo con las distintas especializaciones médicas de adscripción. Es decir, el interés está en los médicos residentes y en sus profesores. Sin embargo, conforme fui construyendo el discurso de este trabajo me percaté de dos situaciones: la primera tiene que ver con la literatura circundante a la educación médica en el ámbito hospitalario y, la segunda, con la figura del paciente en la práctica cotidiana *real* en la clínica.

En primer lugar, para quienes tenemos contacto cotidiano con el ámbito de la educación médica es frecuente la consulta de literatura que plantea o se ocupa de aspectos teóricos y prácticos de modelos e intervenciones educativas, y que tienen por objeto mejorar las prácticas formativas en instituciones de educación o de atención a la salud. Sin embargo, basta con echar un vistazo a los objetivos de las principales revistas de educación médica en particular, y de ciencias de la salud en

general, para confirmar que dentro de éstos la palabra “paciente” o “enfermo” es prácticamente inexistente⁶⁸.

Desde luego, no pretendo afirmar que dentro de la vastedad de artículos publicados en dichas revistas el paciente y/o enfermo no sean del interés de los autores o editores, sin embargo, lo que sí es claro es que en el entorno médico se dan por sentado, por entendido, *es obvio* que el paciente ahí está y que es atendido. Pero ¿esto es realmente así? De acuerdo con información oficial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en México, uno de los tres principales motivos de quejas presentadas estriba en la relación médico-paciente. En 2019 el panorama respecto al número de quejas en este rubro fue el siguiente:

	Total	Sector Público	Sector Privado
Relación médico-paciente	773	438	335
Falta de información	315	198	117
Información errónea o incompleta	310	162	148
Maltrato	148	78	70

Tabla 9. Número de quejas relacionadas con la Relación Médico-Paciente.

Fuente: Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Información Estadística Institucional al 4to. Trimestre del año 2019.

⁶⁸ A decir: Medical Teacher (Reino Unido), BMC Medical Education (Reino Unido), ASME Medical Education (Reino Unido), Educación Médica (España), Academic Medicine (Estados Unidos), Canadian Medical Education Journal (Canadá), European Journal of Dental Education (Reino Unido), International Journal of Medical Education (Reino Unido), Investigación y Educación en Enfermería (Colombia), ADEA Journal of Dental Education (Estados Unidos), Medical Journal of Australia (Australia), Journal of Educational Evaluation for Health Professions (Corea del Sur), Medical Science Educator (Países Bajos), Medwave (Chile), Pédagogie Médicale (Francia), Perspectives on Medical Education (Países Bajos), Revista de Educación en Ciencias de la Salud (Chile), Investigación en Educación Médica (México), Revista de la Fundación Educación Médica (España), The Clinical Teacher (Reino Unido), Advances in Health Sciences Education (Países Bajos), Interface – Comunicação, Saúde, Educação (Brasil), GMS Journal of Medical Education (Alemania). Solamente se encontró la palabra “paciente” en el caso de los objetivos de la Journal of European CME y “calidad de vida de la población” en la Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Rio (Cuba).

Esta percepción de separación entre “el mundo médico” y “el mundo del paciente” está presente en la cotidianidad de la consulta médica, no es un asunto nuevo. En un estudio realizado en algunos hospitales del IMSS se encontró que uno de los principales motivos que provoca insatisfacción en los derechohabientes, y que deriva en múltiples quejas ante la CONAMED, es el relacionado con una deficiente comunicación entre los pacientes-familiares y el médico tratante, sobre todo, en el servicio de Urgencias Médicas (Peña-Viveros, Rodríguez-Moctezuma, & López-Carmona, 2004). Lo cierto es que, en no pocos casos, dichas quejas terminan en procedimientos de reembolsos y pago por daños, lo cual implica la erogación de recursos de la institución, recursos ya de por sí limitados.

La comunicación no siempre es la más asertiva por diversas razones. De acuerdo con el testimonio de algunos residentes y profesores, hay ocasiones en las que las características propias de un sector de la población que acude a la consulta médica dificultan, o impiden totalmente la comunicación:

A veces pasa que el paciente que llega a la consulta no habla español, viene referido de comunidades de provincia. Por más que intentamos explicarle lo que pasa, no nos entiende nada. Es muy difícil, porque en las siguientes consultas no siguen el tratamiento como se le indicó. Yo les digo a mis residentes que hay que procurar que estos pacientes pasen a consulta con algún familiar o conocido que sí hable español, para que sea más fácil, pero no siempre se puede. PM/MI/CE/2.09.18

Enfrentar estas situaciones no deben ser sencillo para los médicos titulares, residentes y, por supuesto, al paciente mismo. No obstante, también hay que precisar que aquellas personas a las que se refiere el testimonio anterior difícilmente emprenderían acciones posteriores que deriven en una queja ante la CONAMED. Las personas que sí lo hacen comparten un mismo idioma con el médico tratante; es decir, la insatisfacción por la comunicación no se refiere propiamente a la diferencia de lenguas, implica componentes más complejos como asertividad y la empatía.

Respecto del conocimiento de las necesidades de los pacientes con un diagnóstico poco alentador o funesto, son menos los médicos que se interesan por el estado emocional del paciente, la vivencia de la enfermedad, o los deseos del enfermo en una situación vulnerable, o quizá próximo a morir. Probablemente se pensaría que conocer o saberlo es pedir a los médicos que realicen un esfuerzo adicional, que rebasa los límites de una consulta propiamente médica, que no se cuenta con el suficiente tiempo para ello, pero...más bien ¿no tendría que ser aquello parte inherente a la consulta? Los siguientes testimonios son oportunos:

Cuando el paciente ya está muy mal, se le dan medicamentos muy fuertes, más que nada para el dolor, para que ya esté tranquilo. Algunos se deprimen y es cuando los remitimos con el psicooncólogo, para que puedan sentirse mejor.
RH/RO/TR/EAM/15.09.18

Me acuerdo que una vez estaba en consulta con el Dr. XXX (Pediatria) y entró al consultorio una señora con un niño de 6 años. El niño estaba muy delgado, tenía ictericia colestásica y en sus estudios el colesterol alto. Entonces el Dr. XXX le dijo a la señora que por qué había permitido que el niño estuviera así, que debía preocuparse más por su hijo, haberlo traído desde hace mucho. Revisó al niño y le dijo que tenía ictericia colestásica, llenó una receta en la computadora, la imprimió y le indicó cómo debía darle los medicamentos a su hijo. La señora no hablaba muy bien español, solo le dijo que si con eso se curaba el niño; el doctor dijo que sí. La señora tomó la receta y se fue...Yo me pregunté ¿híjole...eso fue una consulta?
RM/P/CE/TR/CNC/10.04.18

En los testimonios recabados es poco frecuente que los médicos refieran involucrarse con sus pacientes "más allá de la consulta", "no se enganchan", entendido esto como sostener un diálogo que no se circunscriba a lo propiamente físico, a la enfermedad, a las molestias físicas y al dolor. En parte, porque el número de pacientes en un hospital con las características del CMN S. XXI es elevado; el tiempo es determinante, sí, pero en muchas ocasiones no se trata solamente del tiempo por dedicar al enfermo, sino la forma en la que se le comunica lo que le está pasando.

Entonces ¿de qué manera comunican los residentes noticias difíciles a los pacientes y sus familiares?

Cuando comencé el proyecto de tesis, esta fue una de las preguntas iniciales y en las que pensé con mayor detenimiento cómo dar respuesta.

Consideré que la mejor forma era presenciar y observar (constatar) lo que hacían los residentes ante situaciones difíciles como: informar a un paciente (o a sus padres, en el caso de los menores) un diagnóstico poco alentador o, comunicar a los familiares la muerte de su enfermo. De este modo, supuse que podría describir con mayor certeza lo que ocurría “en realidad”. En primera instancia, pregunté a algunos profesores y residentes si podría acompañarlos en el momento en que tales situaciones ocurrieran y, para mi sorpresa, todos aceptaron y me dieron su consentimiento para estar con ellos.

En consecuencia, pensé que primero había que entrevistar a profesores y residentes sobre lo anterior (¿qué harían si...?), para luego entonces *verificar* en su práctica y frente al paciente si, efectivamente, actuaban de la misma manera en la que respondían en la entrevista (cómo lo hacen). En esencia, significaba una comparación entre el decir y el hacer, quizá una especie de evaluación. En consecuencia, proceder de esa manera implicaba también ceñirse a los criterios de la investigación encubierta (Taylor & Bogdan, 1987) y que en este caso suponía:

- Estar presente durante ciertas consultas externas: por supuesto, simulando ser un médico más y sin que el paciente lo supiera.
- Permanecer en el hospital a la espera de que ocurriera la muerte de un enfermo, y acompañar al residente cuando diera la noticia a los familiares.

Conforme realicé las primeras entrevistas me percaté de que abordar el problema de investigación bajo las anteriores premisas sería más complicado de lo que parecía. En primer lugar, el ingreso al CMN S. XXI no es sencillo; de igual forma que en la

mayoría de los hospitales, la entrada es restringida, hay horarios y reglas a seguir. Para ingresar siempre requerí que un residente me acompañara en la puerta de acceso en cada uno de los hospitales de especialidad. Fue necesario utilizar una bata médica y vestimenta formal para ingresar sin problema, ello facilitó enormemente la entrada. Lo anterior me permitió observar las particularidades de ingresar y permanecer en el hospital como médico y no como paciente.

Estando *del lado* del médico percibí el estrés, la prisa, y la carga de trabajo cotidiana que hay detrás de la puerta de un consultorio. Por otra parte, observé la importancia que tiene en la relación médico-paciente un elemento crucial: la confianza.

Antes de que los conocimientos médicos y el tratamiento de las enfermedades convergieran en el hospital, el enfermo casi siempre tenía la oportunidad de elegir a su médico tratante a quien le confiaba su bien más preciado: la salud. Bajo estas condiciones, el médico debía desarrollar habilidades de acercamiento con el paciente mucho mayores a las que actualmente se impulsan; un diagnóstico atinado dependía en gran medida de un interrogatorio y exploración efectivos. Los estudios y análisis de gabinete tenían más bien una función corroborativa (Arrubarrena Aragón, 2011). Con la institucionalización de la clínica como el centro de atención de la enfermedad, es infrecuente que el paciente elija a su médico, aún en las instituciones privadas la elección es hasta cierto punto limitada, y la consulta médica se ciñe y desarrolla también en una institución o sistema de salud ya establecido.

Ahora bien, es frecuente que se hable de la relación médico-paciente justamente cuando ésta no ha sido del todo acertada o la más deseable. Es entonces que algunos estudios sobre el tema (Gutiérrez, 2007), (Rivero Serrano, 2000) plantean una perspectiva de análisis en torno a cuatro modelos de relación médico-paciente:

Modelo paternalista

Predomina una actitud autoritaria del médico, quien dirige todas las acciones diagnósticas y terapéuticas, el enfermo solamente recibe indicaciones y acata el tratamiento sin poder expresar sus dudas, opiniones o miedos. Se establece una relación más bien directiva en la que, si bien se pretende el beneficio del paciente, se asume que éste no tiene capacidad de elección ni decisión propia. Este modelo es frecuente en el medio rural mexicano.

Modelo dominante

En contraparte al paternalista, en este escenario es el enfermo quien controla la situación de acuerdo con sus conocimientos, la indagación personal de su padecimiento, o la consulta con otras personas que le brindan consejo. Así, el paciente exige que se realicen determinados tratamientos terapéuticos. Estos casos son frecuentes en médicos noveles y pueden derivar en un abuso de autonomía del paciente.

Modelo de responsabilidad compartida

Bajo esta perspectiva, la comunicación entre el paciente, su familia y el médico es adecuada y oportuna. Se les informa lo referente a la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y pronóstico además de las posibles complicaciones, secuelas, o efectos secundarios inherentes al procedimiento. Son disipadas las dudas del paciente y familiares procurando disminuir la angustia y temores; se discuten en conjunto las distintas posibilidades terapéuticas y la toma de decisiones es consensuada. La pretensión es establecer una relación en la que prevalezca la autonomía, juicio y libertad del paciente de acuerdo con sus necesidades y expectativas, siempre bajo la

orientación del médico. Este modelo no debe comprenderse como utópico, sino como una aspiración cotidiana.

Modelo mecanicista

Aquí la relación médico-paciente está acordonada por rígidas disposiciones administrativas en las que el manejo de protocolos es prioritario e inevitable.

El paciente no elige a su médico tratante, le es asignado de acuerdo con la disponibilidad del hospital, en consecuencia, no siempre son atendidos por el mismo médico, el vínculo que se establece es más bien tangencial.

El exceso de trámites burocráticos no es un asunto menor, sobre todo, tratándose de quienes requieren atención especializada y en cuyos padecimientos la asistencia oportuna es crucial-**vital**, porque de ello depende en gran medida el pronóstico de la enfermedad.

Bajo este escenario: tiempo (fecha de consulta) y forma (modo de consulta) se instituyen en función de un sistema claramente estructurado, en lo general (el Hospital) y en lo particular (sede clínica CMN S. XXI).

Dicho lo anterior, no es posible afirmar categóricamente la prevalencia de un modelo dominante en torno a la relación médico-paciente en los profesores y residentes participantes de esta investigación. Sin embargo, de acuerdo con los testimonios de profesores y residentes, en la consulta externa se encuentran con frecuencia modos y características propias del modelo mecanicista y que son comunes en las cuatro especialidades. Los testimonios que a continuación se presentan son de utilidad:

Generalmente nos tardamos más tiempo con los pacientes *de primera vez* porque hay que revisar todos sus estudios, por qué nos los refirieron, cuánto tiempo ha transcurrido desde que le fue dado el diagnóstico y llega aquí, qué tratamientos ha recibido, si cuenta con apoyo familiar; hay que explicarle al paciente y al familiar cuáles son las opciones que se le pueden ofrecer, los riesgos y los beneficios.

Hacemos todo lo posible porque no le queden dudas de lo que tiene y del tratamiento, o no, que le podemos dar. RM/RO/CE/TR/10.04.18

En el servicio de Medicina Interna hay mucho trabajo, procuramos no tardar demasiado con los pacientes porque nunca acabamos y también lo hacemos por norma. Hay que darles más tiempo a los pacientes de primera vez, es una consulta muy importante, pero los que ya son subsecuentes nos tardamos entre 10 y 20 minutos máximo. RM/MI/CE/16.05.18

El trabajo con los niños pequeños no es fácil, a muchos no les gusta venir al hospital, les da miedo y no siempre pueden expresar lo que sienten, por eso es muy importante que traigan todos los estudios, también es muy importante comunicarse adecuadamente con los papás y eso a veces se lleva más tiempo del programado. RH/PE/CE/12.05.18

Muchos pacientes más que dolor físico muestran depresión o enojo por la enfermedad, es normal y se entiende, pero desgraciadamente no podemos ayudarles mucho en ese sentido, nos concentramos un poco más en el tratamiento en sí. Si vemos que el paciente más bien requiere apoyo emocional lo referimos al psicooncólogo. PH/OM/TR/06.07.18

Es importante recordar que el número de derechohabientes que atiende diariamente el CMN S. XXI es considerable y diverso como para entender la complejidad que entraña su sistema de organización interno. CITA. Esto, desde luego, no justifica el exceso de burocracia que en no pocas ocasiones provoca molestia y atención tardía a los usuarios, pero que también genera cierto sentimiento de frustración en los médicos.

Lo que debe recalcarse es que muchas de las situaciones que acontecen dentro de un consultorio médico son imprevisibles, y la adecuada conducción de lo que ocurre depende en gran medida de la pericia del médico en turno.

Inevitablemente, la comunicación de noticias difíciles o el informe a los familiares de la muerte de su paciente se relaciona con el estilo o modelo prevalente de relación médico-paciente del profesor, el cual es probable que el residente emule, modere o

incluso rehúse de acuerdo con su percepción o afinidad respecto al trato que debe brindarse a los pacientes.

Al margen de lo anterior, más que pretender una tipología concreta de “formas o estilos de comunicación” según cada una de las cuatro especializaciones, considero más apropiado apuntar algunos de los rasgos más relevantes que, de acuerdo con los testimonios de los profesores, residentes, y por supuesto de mis propias observaciones y análisis de las entrevistas, dan cuenta de la compleja relación que existe entre el médico especialista y sus pacientes. Es verdad, innegablemente hay modos de ser compartidos por el gremio y que constituyen parte del *habitus* médico en general, y del especialista en particular. Pero también debe reconocerse que, aunque la interacción cotidiana con pacientes de un perfil específico supone (en apariencia) la ejecución monótona o automática del proceder médico, las situaciones inesperadas e impredecibles características de todo hospital ponen a prueba a los profesores y residentes respecto a su autonomía profesional, empatía, y buen juicio del deber ser frente a un paciente en situación vulnerable, o ante familiares que enfrentan la muerte de un ser querido.

Rasgos de personalidad de los especialistas, y el afrontamiento de la muerte de sus pacientes

La decisión del médico general sobre continuar con estudios de especialización es trascendental. Se requiere un enorme esfuerzo académico y personal que, de conseguir una plaza como residente, habrá de prolongarse durante algunos años más. Esto conduce a reflexionar sobre los motivos que llevan a un recién egresado a elegir una especialidad y no otra, puesto que habrá de dedicarse a ella durante toda su carrera profesional, desde luego, no pretendo abordar con detalle esta situación, sin embargo, lo que sí me parece oportuno es perfilar algunos de los rasgos de

personalidad ampliamente documentados en la literatura y que comparten los aspirantes a las especialidades.

En cierto modo, esto explica por qué los residentes asumen ciertos comportamientos, actitudes y modos de proceder como “adecuados” o “correctos” en función de lo que se acostumbra, o espera, que haga un experto médico de un sector específico. Siendo así, el residente que aspira a pertenecer a ese gremio habrá de adoptar como propios esos modos de ser.

Conviene distinguir ahora dos aspectos de suma importancia. Dadas las circunstancias ya descritas, ¿qué estrategias utilizan los profesores con los residentes respecto a la comunicación de situaciones desafortunadas, y la muerte de los pacientes? Todos los profesores entrevistados coincidieron en que, en ambos casos, la enseñanza radica principalmente en la observación de la práctica, en el *seguir el ejemplo* de los profesores en la consulta médica y pase de visita, aunado también a lo que ocurre en las guardias de servicio bajo la supervisión de los residentes de mayor jerarquía. También algunos profesores refirieron la lectura de artículos científicos referentes al tema de la muerte en el ámbito clínico, pero enfocados más bien a los aspectos jurídicos que suceden al fallecimiento de los pacientes, y las eventuales complicaciones legales en casos excepcionales.

Ahora bien, cuando se trata de informar sobre un diagnóstico desafortunado o alguna mala noticia referente a la baja o nula respuesta a un determinado tratamiento, profesores y residentes muestran una mayor claridad respecto a cómo proceder frente al paciente, incluso es frecuente seguir varios “pasos” a fin de que el paciente comprenda de la mejor manera posible lo que ocurre, qué se puede hacer, cuáles alternativas son plausibles, y externe todas sus dudas e inquietudes. En cambio, cuando sucede la muerte de un paciente, los “pasos a seguir” no son claros. Por supuesto que hay un protocolo administrativo en el hospital, documentos por firmar y eventuales gastos por cubrir.

Qué decir y cómo decir a los familiares que el paciente murió es muy difícil, aún cuando los profesores cuenten con más de 15 años de servicio, la única certeza con la que se cuenta es que la comunicación de la muerte de un paciente es siempre difícil y triste.

Evidentemente hay una cierta habituación a la muerte de los pacientes en las especialidades oncológicas, sin embargo, esto no se traduce necesariamente en un mejor manejo o saber actuar por parte de profesores y residentes. Más aún, justamente la prevalencia de mortalidad suele ser una razón de peso para considerar como positiva y necesaria una distancia, más o menos considerable, respecto a la relación con los pacientes. Merece la pena decir que, en el caso de los pacientes oncológicos en fase terminal, es bastante frecuente que algunos pacientes no mueran en el hospital sino en su hogar, entonces muchas veces los médicos deducen que sus pacientes han fallecido, pero a ciencia cierta no lo saben. Esto también es un motivo por el que los médicos mantienen cierta distancia emocional o afectiva con sus pacientes.

Por otra parte, en el caso de la especialidad de Pediatría en cuyo caso la prevalencia de muerte es menor en comparación con las especialidades oncológicas, las relaciones afectivo-emocionales fueron referidas, particularmente por los residentes como cercanas, especialmente con los pacientes que se encuentran hospitalizados. En este sentido, la comunicación a los padres de la muerte de un menor es una de las cuestiones que les resulta a los profesores, y más aún a los residentes, más angustiantes y tristes de su profesión. Sin embargo, los residentes no consideraron que la muerte de los niños les sugiera establecer lazos emocionales o afectivos menos cercanos, sino más bien asumen que siempre "se pudo hacer algo más" para salvar la vida del paciente.

Finalmente, para los profesores y los residentes internistas el foco de atención no radica tanto en la comunicación de un diagnóstico desafortunado, sino más bien

en las posibilidades de tratamiento que supone el padecimiento del paciente, particularmente en las enfermedades crónicas. Por lo general, los pacientes referidos con el médico internista reciben simultáneamente atención de, al menos, otro especialista, por lo que las relaciones o vínculos emocionales y afectivos que se establecen con los pacientes suelen ser heterogéneos. Coincidentes con los pediatras, los profesores y residentes de medicina interna conciben la muerte de los pacientes, en cierto modo, como un desatino o fallo en "algo" que se hizo, o que pudo hacerse.

Llegado a este punto, es posible afirmar que, respecto a la comunicación de malas noticias y el afrontamiento de la muerte de los pacientes, existen particularidades que distinguen a cada una de las especialidades y que inciden en el proceder de residentes y profesores en torno a ello. Aunado a que, en el Plan Único de Especializaciones Médicas, así como en los programas particulares de cada especialización se explicita un perfil profesional, existen rasgos y prácticas únicos o característicos a cada especialidad y que, aunque no se encuentran expresamente en el currículum formal, se mantienen y repiten cotidianamente en el quehacer cotidiano, constituyendo así parte de la identidad de los profesores y residentes.

Por supuesto, lo anterior no constituye una categórica sentencia que constriña y delimite invariablemente la personalidad de todo candidato a especialista, no obstante, hay que reconocer que precisamente aquellas particularidades o atributos inciden en los motivos por los que se elige una especialidad y no otra. Este aspecto en particular resulta inquietante cuando se sitúa la cuestión en torno a la muerte de los pacientes. Aún cuando la medicina guarda una estrecha e inevitable relación con la muerte, es desconcertante no solo la insuficiente formación, entrenamiento y capacitación en torno a ello en los egresados de la licenciatura, sino que esta situación persista en las residencias cuyas especialidades tienen una considerable prevalencia de mortalidad.

Lo anterior condujo a una reflexión medular: si la muerte es uno de los aspectos más difíciles de afrontar para los médicos, ¿por qué estudiar una especialidad en la que frecuentemente, no solo habrán de comunicar malas noticias, sino que la muerte será el invariable desenlace de gran parte de los pacientes?

Para mí fue una sorpresa que, al preguntar a los profesores y residentes sobre los motivos académicos y personales para elegir su especialidad, centraran su atención y respuestas en una "justificación" predominantemente de carácter profesional, es decir, argumentar que la principal razón para continuar sus estudios de posgrado radicara en el campo de intervención propio de la especialidad, sin embargo, al reflexionar con ellos respecto a la muerte de los pacientes paulatinamente admitieron el vínculo personal-familiar en torno a la especialidad. Esto es revelador porque dicho vínculo casi siempre funge como un factor de motivación, incluso para algunos profesores y residentes constituye su principal razón de ser *ese* especialista.

Por ejemplo, hubo casos en los que la tradición familiar de médicos internistas fue la causa de elección; otros en los que la pérdida de un ser querido aquejado por alguna enfermedad crónica motivó la decisión y; unos más respondieron que su interés surgió durante la rotación en el internado médico al observar la consulta con algún doctor, así como el campo de acción de dicha especialidad.

Es importante reiterar que, tanto residentes como profesores reconocieron motivos académicos y personales en la elección de la especialidad, desde luego, en mayor o menor medida. Acorde con ello, los residentes más avanzados enfatizaron más las causas académicas y menos las personales, mientras que en los residentes noveles ocurrió lo contrario. En todos los casos, las palabras "ayudar" y "servir" son unánimes y recurrentes.

Con todo y lo anterior, pareciera entonces que los motivos por los que se elige una especialidad no garantizan del todo una óptima atención al paciente, y ello se

explica en gran parte porque el sistema de salud opera no solo con el trabajo desempeñado por el personal sanitario, existen procedimientos administrativos y burocráticos anclados a una estructura poco flexible y rígida.

Esta situación impregna invariablemente la dinámica y protocolos a seguir por todos los que forman parte de una institución de salud. Sin embargo, esto no significa que irremediamente no haya nada más por hacer y solo tenga que asumirse que "las cosas son así".

En efecto, la atención médica en una institución de salud gubernamental difícilmente estará libre de escollos, sin embargo, lo que ocurre dentro de un consultorio médico, así como en los distintos espacios donde exista una relación médico-paciente sí es susceptible de mejora continua y, muchos de los médicos residentes reconocen que proporcionar una adecuada atención al paciente sí depende de una voluntad personal, pero también consideran que la formación profesional en torno al afrontamiento y comunicación de malas noticias es mínima.

Empero, la situación no se limita a la capacitación o entrenamiento aislado en torno al manejo de acontecimientos estresantes, sino que se postula una integración transversal e interdisciplinaria en el currículum desde el pregrado, en la que se conciba y potencie el desarrollo de la comunicación interpersonal y habilidades sociales ante eventos críticos, inciertos o desafortunados, dado que la comunicación de una mala noticia siempre involucrará las emociones del paciente y, por supuesto, en mayor o menor medida las del propio médico.

De algún modo, estas características predicen ciertas pautas de comportamiento en quienes pretenden iniciarse en una residencia médica, pero también refuerzan en muchos casos aquellos atributos, cualidades, actitudes y aptitudes que se consideran propios de quienes participan de un quehacer común especializado. Es decir, diversos estudios consideran la influencia de la personalidad como un predictor de la elección de especialización, y a su vez, cada especialidad

puede asociarse con un cierto tipo de personalidad (Taber, Hartung, & Borges, 2011); (Seibert & Kraimer, 2001).

El modelo de los cinco grandes rasgos de la personalidad (*big five personality traits*, o *five factor model*, por sus siglas en inglés) incluye además rasgos que, también por sus siglas en inglés se agrupan en el acrónimo OCEAN (Seibert & Kraimer, 2001); (Gutiérrez-Cirlos Madrid, 2017). Este modelo abarca características de motivación, afectivas, de experiencia, y considera dimensiones de apertura al cambio, extroversión, amabilidad, responsabilidad e inestabilidad emocional (neuroticismo):

-*Openness*: apertura al cambio y que refiere a las personas curiosas, sensibles, con imaginación y necesidad de realizar cosas diversas.

-*Conscientiousness*: alude a quienes se definen organizados, responsables, ordenados, con tenacidad, persistencia y orientados a metas.

-*Extraversión*: entendida como el dominio social, la necesidad de reconocimiento del otro y con emociones positivas.

-*Agreeableness*: la amabilidad suele asociarse con la confianza, empatía, cooperación, altruismo y simpatía.

-*Neuroticism*: neuroticismo o inestabilidad emocional alude a un efecto negativo, con enojo, depresión y ansiedad.

Mientras que la extraversión se considera un rasgo positivo y se relaciona favorablemente con un mejor salario, el neuroticismo se asocia a menor apertura y un menor salario. Así, en los sujetos que tienen un trabajo orientado principalmente al trato cotidiano con las personas, la amabilidad y empatía son factores que pueden mejorar su salario, a diferencia de aquellas profesiones con una orientación más bien técnica en las que no hay relación directa con ese aspecto (Seibert & Kraimer, 2001).

Existe cierto consenso en la literatura respecto a que, al iniciar la carrera de medicina y a lo largo de toda su formación en el pregrado, los estudiantes se mantienen como un grupo bastante homogéneo referentes a rasgos de personalidad (a excepción de los cirujanos cuyas características conductuales extrovertidas suelen ser bastante evidentes desde el inicio de la carrera) (Borges & Savickas, 2002).

Al parecer, es hasta que los médicos egresan y se incorporan al ámbito laboral que los rasgos de personalidad se diferencian del común de sus antiguos compañeros. Aquellos que deciden continuar su camino como especialistas son conscientes de que una vez dentro, se les exigirá el desarrollo de habilidades, competencias y obligaciones de trabajo con características inherentes a la especialidad elegida, se afirma entonces que “un estudiante elige la carrera de medicina por vocación y por la educación que representa, mientras que la especialidad o el posgrado se elige más por el trabajo que se desempeñará, por lo que elegir una especialidad es más una elección laboral” (Borges & Osmon, 2001); (Gutiérrez-Cirlos Madrid, 2017).

Los internistas

En algunos estudios, los especialistas de medicina interna se han descrito como disciplinados, estrictos, de difícil trato y con tendencia a trabajar con cosas más que con personas (Flores-Maldonado, y otros, 1985). En otros, se conciben con un alto sentido de conciencia, muy organizados y persistentes, sin embargo, en ambos casos se perciben poco extrovertidos pues su trabajo se desarrolla más en un sentido interno, minucioso y detallado, siendo la interacción social un elemento no esencial (Zurroza-Estrada, Oviedo-Rodríguez, Ortega-Gómez, & González-Pérez, 2009).

A través de las entrevistas a profesores y residentes, fue posible observar ciertas características reportadas en la literatura, por ejemplo, es poco frecuente que un internista emita un diagnóstico sin antes haber ordenado y cotejado múltiples

estudios que le permitan una observación global del paciente. Cuando se les cuestionó sobre el por qué habían elegido la especialidad respondieron:

Desde que hice el internado comenzó a llamarme la atención la medicina interna, porque los casos que se ven son mucho más complejos; la atención que requiere un paciente referido a nosotros es mucho más integral porque casi siempre tienen comorbilidades que dificultan o complican la intervención de otro especialista. Se estudian con mayor detenimiento y precisión todas las patologías. RH/MI/E/17.06.18

Yo me dediqué a la medicina interna porque tuve un doctor que fue mi maestro cuando era estudiante y me motivó. Fue en el hospital Juárez, recuerdo que estábamos en el pase de visita y el doctor nos presentó un caso que ni los residentes, y menos los estudiantes, teníamos idea de lo que tenía el paciente. Entonces nos empezó a dar cátedra ahí frente al paciente, me sorprendió mucho todo el conocimiento que tenía. A diferencia de otros especialistas, él veía el caso clínico desde una perspectiva más completa y enfatizaba mucho en la importancia del diagnóstico, decía que era la clave. Yo intento enseñarles de esa forma a mis residentes... RH/MI/E/17.06.18

La mayoría de los profesores y residentes suelen repetir las palabras "integral", "un todo" y "complejo" para referirse a su quehacer cotidiano. Por otro lado, refieren un especial gusto por la medicina interna debido a que los desafíos a los que se enfrentan todos los días son diferentes y les exigen una perspectiva panorámica o global, por decirlo de algún modo, con el fin de llegar a un diagnóstico y tratamiento acertados.

Ahora bien, cuando les pregunté sobre la manera en que comunicaban noticias difíciles a los pacientes y/o familiares, lo primero que respondieron es la forma protocolaria o habitual procedente: en caso de que el paciente no cuente con un diagnóstico se prioriza su comunicación con una detallada explicación de cómo se llegó a él con base en los estudios realizados, exploración física, e historia clínica.

Posteriormente, se da cuenta de las características de la afección, sus implicaciones a corto, mediano y largo plazo y, finalmente, se brindan las opciones de tratamiento.

Para los internistas resulta muy importante que el paciente comprenda de la forma más clara posible las características de la enfermedad y, en no pocos casos, desmitificar a algunas enfermedades crónicas bastante frecuentes en la población:

Es muy frecuente que los diabéticos sean hipertensos también y, probablemente el paciente tenga obesidad, entonces hay que hacer hincapié en lo importante que es atender todo el cuadro clínico, trabajar de manera conjunta. Los medicamentos son muy importantes, pero el paciente no quiere cambiar sus hábitos alimenticios, no quiere hacer ejercicio y ¿qué es lo que pasa? Que tenemos muchísimos diabéticos con obesidad, pero el paciente dice que está controlado porque se toma la metformina, y eso...a veces. RH/MI/TR/23.09.18

Nos refieren pacientes que requieren de alguna cirugía pero que tienen comorbilidades. Entonces te encuentras, por ejemplo, con un paciente con aterosclerosis y que el cardiólogo considera candidato a angioplastia⁶⁹, pero el paciente es también obeso, hipertenso y con un tabaquismo severo. Es una bomba de tiempo, hay que trabajar con el paciente integralmente, son procesos largos y difíciles. RH/MI/TR/23.09.18

Hay enfermedades que, aunque se detecten oportunamente traen consigo un deterioro progresivo muy severo, por ejemplo, el Alzheimer. Al principio, los familiares piensan que el enfermo olvida las cosas por descuido, por llamar la atención, o porque son achaques de la edad; entonces pasa el tiempo y la enfermedad avanza, porque es una demencia progresiva. Muchas veces llegan aquí en una segunda o tercera etapa y es muy difícil para los familiares enfrentar el diagnóstico, les cambia la vida. Por eso se les sugiere recurrir también a grupos de apoyo psicológico. RH/MI/TR/CNC/23.09.18

Siempre es difícil comunicar diagnósticos desafortunados, ayuda mucho la experiencia que se tenga y la madurez del residente porque el paciente responde de distintas maneras y hay que saber manejarlo, eso se evalúa. No se trata de darles consejos sino de que ellos (residentes) se den cuenta de cómo deben hacerlo durante la consulta, con sus profesores, que observen y se empiecen a acostumbrar porque todos los días habrán noticias buenas y malas. PH/MI/EA/EV/10.10.18

⁶⁹ Este es un procedimiento cuyo objetivo es abrir las arterias coronarias estrechadas, lo cual favorece el flujo de sangre al corazón y previene posibles infartos al miocardio.

No hay una receta para comunicar malas noticias, para eso se necesita primero tener claridad en lo que se va a decir al paciente, hablar con la verdad y explicarle todas las implicaciones, tratamiento, pronóstico...A veces el paciente escucha, por ejemplo, "Elastofibroma dorsi" y, claro, no va a tener idea de lo que se le dice, hay que explicarle. Solamente la palabra "tumor" la asociará con cáncer y se angustiara muchísimo. Hay que observar mucho al paciente, elegir las palabras correctas. Uno se da cuenta cuando el paciente no está entendiendo nada, cuando está preocupado. PH/MI/EA/CNC/2.06.18

A los residentes al principio les pasa que se angustian antes que el paciente...saben que tienen que informarle algo que no será agradable y se ponen nerviosos.

Cuando dan la noticia, el paciente está más tranquilo que el residente. Hay pacientes de todo tipo, no hay que dar por sentado que siempre lo tomarán mal, pero tampoco minimizar lo que sienten. Nosotros debemos transmitirle seguridad al paciente, no nerviosismo o duda. PH/MI/EA/10.10.18

Profesores y residentes enfatizan que, aunque el paciente suele centrar su atención o preocupación en una sola enfermedad (la más grave) en muchos casos la mejoría de esa afección depende del correcto manejo y vigilancia que se tenga de los padecimientos adyacentes.

Lo anterior es relevante puesto que los profesores refirieron que, en términos generales, la muerte de los pacientes del servicio de Medicina Interna ocurre en pacientes ancianos (más de 80 años) con enfermedades crónicas avanzadas, o con enfermedades neoplásicas avanzadas, es decir, en casi todos los casos la atención que se brinda es principalmente paliativa, y la muerte constituye un acontecimiento previsible. La muerte súbita ocurre, pero no es algo tan recurrente en este servicio.

El siguiente testimonio de un residente del último año:

Desde que ingresa un paciente de la tercera edad, con enfermedad crónica avanzada, comorbilidades elevadas, o neoplasias, sabemos que las opciones son limitadas, más bien paliativas; a veces los familiares se aferran y quieren "que se haga todo" para salvar al paciente, pero les explicamos que tenerlo en el hospital así no es agradable y, finalmente el paciente muere, entonces es mejor que el deceso ocurra en su casa, con su familia. Casi siempre lo entienden, también por la edad, los familiares van preparándose...PH/MI/TR/CNC/EAM/10.02.18

Cuando fallecen jóvenes obviamente sentimos feo, no es agradable, sobre todo lo más difícil es dar la noticia al familiar. No hace mucho, me tocó que falleciera una paciente de 46 años, fue muy raro porque ese día a mí no me tocaba guardia, la dejé bien...pero al otro día al llegar al servicio me enteré de que en la guardia se había muerto. Yo pensé "pero ayer estaba bien, ¿qué pasó?, ¿yo fallé en algo?" Pero pues no, así pasa...hay muertes que ocurren así, hay que aceptarlo. RM/MI/EAM/10.02.18

Los pediatras

De acuerdo con el modelo de los cinco grandes rasgos de la personalidad (Seibert & Kraimer, 2001), los pediatras tienden al tipo Neuroticismo, Extraversión, Amabilidad. En tanto, en otro estudio con residentes mexicanos se identificó a los pediatras como individuos respetuosos y apegados a las reglas e ideas ya establecidas que facilitan adaptarse a un ambiente más estricto y estresante (Zurroza-Estrada, Oviedo-Rodríguez, Ortega-Gómez, & González-Pérez, 2009).

En el caso de nuestros entrevistados, se percibe una marcada preferencia por el seguimiento puntual de protocolos establecidos en el consultorio, así como una estricta disciplina respecto a las indicaciones y prescripciones que se proporcionan al paciente o a los familiares, cuando el enfermo aún es muy joven. Veamos los siguientes testimonios:

Cuando yo era R1 me ponía muy nerviosa cuando estaba en consulta con algún R3 o más con un doctor (adscrito) y cometer algún error. Desde que entra un paciente al consultorio hay un guion que debemos seguir sí o sí: presentarnos, preguntar al paciente el motivo de su consulta, ver en el sistema qué estudios se le han hecho, qué tratamientos le dieron en el segundo nivel, etc. Uno no se puede quedar callado o decir "no sé", porque en la consulta te están evaluando también. RM/P/CE/EV/13.07.18

En el caso de nuestros pacientes, es muy importante que los papás sigan las indicaciones que se les dan en la consulta externa, sí batallamos un poquito a veces, sobre todo cuando los tratamientos son prolongados, los papás comienzan a ver mejorías en el niño y lo van dejando...regresa el problema y entonces uno les dice "no completó el tratamiento, ¿verdad?" pero casi siempre dicen que sí, aunque es evidente que se suspendió. RM/P/CE/TR/13.07.18

Hay que poner mucha atención al momento de recibir la guardia, hay algunos doctores que sí son muy meticulosos y no perdonan errores (por mínimos que sean) en nuestras notas o ingresos. A mi me regresaron muchas veces las notas porque a mi R3 no le parecía completa, y ni modo, a volver a hacerlo todo, pero creo que uno va acostumbrándose a cómo se deben hacer las cosas y ahora yo soy así, o a veces más estricta con mis R1. RM/P/EA/MRE/16.05.18

Al cuestionar a los pediatras sobre cómo afrontar la muerte de los pacientes, claramente se percibe incomodidad sobre el tema. La muerte en el servicio de Pediatría es algo que en el quehacer cotidiano se debe evitar a toda costa. Estando presente en el servicio de pediatría se puede comprender de mejor manera lo anterior; ver a tantos niños en una cama de hospital despierta sentimientos encontrados. Ninguno está allí por gusto, sino porque lo requiere. Muchos no parecen estar enfermos, pero hay otros en los que sus cuerpos y mirada revelan dolor, un dolor que comparten y viven junto a sus padres.

A pesar de que este servicio en particular hace lo posible porque los niños no perciban tan hostil o "frio" el ambiente, la estructura hospitalaria no puede disfrazarse en su totalidad. Pensar en la muerte de cualquiera de estos pacientes genera en el personal médico sentimientos de tristeza y, en muchas ocasiones, también de culpa. Los siguientes testimonios dan cuenta de ello:

No imagino llegar una mañana al servicio y que algún paciente haya muerto...para nada, lo que sí pienso es en qué podemos hacer para que se alivie más rápido y pueda irse a su casa. No me preparo para la muerte de mis pacientes, me preparo para ayudarlos en todo lo que esté a mi alcance para que estén el menor tiempo posible aquí. RM/P/EAM/TR/4.04.18

La verdad creo que nunca está uno totalmente preparado para asumir la muerte de nuestros pacientes, a mi cada vez que me toca que un paciente fallezca siento igual de feo que la primera vez. Sobre todo porque aquí pasas y los niños te dicen "hola doctora, adiós doctora" ... no pasas de largo, te identifican y sí se hace un vínculo con la mayoría. Yo siento como un vacío en el estómago cuando pasa eso...y siempre pienso que se pudo haber hecho más. Y sobre todo, decirle a los papás, es lo más difícil que puedas imaginar, es muy muy triste, sobre todo si están muy graves los papás no se despegan de ellos, entonces cuando enfermería nos avisa que algún

paciente está muy mal acudimos y hacemos todo lo que sea necesario, pero a veces simplemente se nos va de las manos, y los papás ven morir a su hijo...RM/P/EAM/CNC/4.04.18

Es claro, para los pediatras la muerte de sus pacientes no debería ocurrir, no es casual pensar así. En parte, ello se vincula con algunas representaciones sociales que los adultos en diferentes culturas han tenido sobre lo que es la infancia. Casas Aznar (1998) menciona tres grandes grupos:

- a) La infancia como representación positiva: es idílica y feliz. Símbolo de inocencia y pureza, pero también de vulnerabilidad. Esta imagen suele ser bastante frecuente, usada y manipulada en el ámbito publicitario.
- b) La infancia como una representación negativa: se asocia con una etapa, fase o periodo en el que más bien debe *corregirse* la rebeldía, incluso maldad, característica de la infancia. Bajo esta representación suele desvalorarse *lo infantil* y se justifica todo acto de control. Aquí no *se es* niño, sino más bien no *se es* adulto.
- c) La infancia como representación ambigua, confusa y cambiante. Apunta Casas que, aludiendo al origen etimológico de "infancia" del latín *in-fale* y cuyo significado es "el que no habla", es porque no tiene algo valioso por decir, no merece la pena atenderle demasiado y no se les toma en cuenta.

Desde luego, la situación evidentemente vulnerable de los menores en el hospital los sitúa en una representación más cercana a la primera propuesta de aquel autor, no obstante, también hay que decir que aquella tipología sobre la infancia no atiende o escapa al entendimiento de los infantes en situaciones críticas, en los que está en juego la vida misma. En cualquier caso, dichas representaciones coinciden en que la infancia siempre es un periodo transitorio y efímero al que incluso, en muchas ocasiones, el adulto anhela regresar.

La muerte de infantes en el hospital supone entonces una ruptura, un proceso no concluido, una etapa que no se atravesó y un adulto que *no fue*. En los niños se depositan muchos deseos, planes y expectativas no solo de su círculo familiar más cercano, sino del conjunto de la población al cual pertenecen:

A tal conjunto de la población, en todas las culturas, se le representa como un subconjunto de miembros de la colectividad *distinto*, es decir, que configura un grupo social diferenciado o expresándolo en otras palabras, que forma parte de una categoría social, denominada *la infancia*. El concepto infancia se refiere más a un consenso social sobre una realidad, que a una realidad social objetiva y universal (Casas Aznar, 1998: 16).

Ahora bien, hay que tener presente en todo momento que socialmente, y también en la propia formación médica, persiste la idea de que la función primordial del médico es la de salvar vidas, a toda costa, a pesar de todo y contra todo. En cierta manera, coincido con Pérez Tamayo cuando afirma que dicho concepto popular del médico que lucha frente a la muerte, además de ser incorrecto "lo coloca en la incómoda posición de perdedor obligado, porque en última instancia la muerte siempre saldrá ganando. Las relaciones del médico con la muerte son bastante más complejas que lo sugerido por su imagen romántica de Caballero Andante combatiendo y derrotando a la Muerte" (Pérez Tamayo, 2019). Es verdad, las relaciones del médico con la muerte son todo menos sencillas, y el quehacer profesional excede por mucho la batalla frente a un invencible enemigo: la muerte.

Sin embargo, también comprendo que aquel "concepto popular" cobra un mayor sentido en quienes están en el hospital y asisten a pacientes que se encuentran en circunstancias particularmente críticas. Más aún, la edad de los pacientes pediátricos influye inevitablemente en el sentir y actuar médico; no es un elemento dissociable o independiente a la práctica clínica, sino un factor determinante e inherente a la Pediatría misma.

De modo que, la reflexión en torno a la muerte de los pacientes no se ciñe solamente a lo que el médico piensa, siente o vive; el paciente es, en primera instancia, *el otro* a quien se dirigen todos los esfuerzos en la clínica.

En el caso de la Pediatría los pacientes no cuentan con la suficiente edad, madurez, ni capacidad de ejercicio para la toma de decisiones, la responsabilidad y atribuciones correspondientes son tomadas por los padres o tutor, por ello es muy importante establecer una óptima relación y comunicación entre ambas partes. Este aspecto es relevante porque ante situaciones en las que la vida del paciente está de por medio, son los padres quienes en gran medida contribuyen a la representación del médico que lucha y preserva la vida ante todo. No es para menos, es comprensible y, por qué no, lo esperable, finalmente lo que se desea ante una situación crítica es salvaguardar la vida del paciente.

Por supuesto, depositar en el médico esta gran responsabilidad conlleva serias implicaciones profesionales y personales, pero, en cierto modo también otorga a los padres fortaleza y esperanza. Claro está que una comunicación certera no garantiza un desenlace clínico afortunado, pero sí contribuye a que pacientes, padres y médicos tomen decisiones consensuadas teniendo siempre como base el conocimiento de todos los elementos favorables y adversos que implica cualquier proceso clínico.

Los oncólogos médicos y radiooncólogos

Es posible afirmar que ambos especialistas comparten rasgos de personalidad que se reflejan en su desempeño cotidiano. No obstante, de acuerdo con la clasificación general de las especialidades propuesta por Borges (2009), la Oncología Médica se considera dentro de aquellas que orientan su quehacer cotidiano hacia la persona, mientras que la Radiooncología focaliza su atención más bien en la técnica, como es el caso de la Anestesiología, Patología o Cirugía.

De cualquier modo, el día a día es indistintamente con pacientes oncológicos y esa es la cuestión central que nos ocupa.

Reconozco que, desde el inicio de esta investigación, el afrontamiento de la muerte de los pacientes por parte de profesores y residentes de estas especialidades atrajo particularmente mi atención. Claro está que, como muchas personas, la palabra "oncológico" la asocié con cáncer y éste inevitablemente con la muerte. Me resultaba inquietante pensar que, vinculada siempre a la salvaguarda, protección de la vida, o curación de algún padecimiento o dolor, la medicina tuviera también una parte de la que pocas veces se habla, y que le es inherente e ineludible a su naturaleza: la muerte.

Me pregunté acerca de quienes, teniendo la opción de elegir entre 78 posibles alternativas, deciden una especialidad con características muy particulares, entre ellas: exposición recurrente a pacientes cuyos pronósticos son desfavorables a mediano y largo plazo; atención a enfermos en los que las opciones médicas son muy reducidas o nulas, y los tratamientos paliativos constituyen la única opción; es probable que pese al empeño que se ponga en ciertos casos, el paciente no mejore su condición y muera; en suma, especialidades en las que constantemente las limitaciones de la medicina son las que determinan el actuar profesional.

¿Qué lleva a una persona a elegir estas especialidades? Dadas las características de estos pacientes ¿qué tipo de relación establecen con los enfermos y sus familiares?

Quizá una de las primeras hipótesis respecto a la elección de la especialidad supondría la muerte de algún familiar del médico relacionada con el cáncer y, probablemente la influencia de algún especialista durante la formación en el pregrado fuese otro elemento para considerar:

Siempre he querido, desde el momento en el que estuve estudiando medicina, estudiar algo relacionado a la oncología, toda mi vida. Yo creo que desde que estaba en primer año siempre ha sido el objetivo llegar a oncología, y entonces pues, esta especialidad en realidad no la conocía tanto, mi objeto era oncología médica que son los de quimioterapia, y sin embargo, ahorita que estoy aquí en radiooncología me gusta mucho más que la oncología médica; te acerca de cierta forma como a toda la oncología en general, a los pacientes que tal vez tengan un poco más de sufrimiento, y que... bueno, yo creo que los diabéticos también tienen mucho dolor pero para mí los pacientes oncológicos ocupan un lugar muy importante y creo que una forma de ayudarlos es siempre quitándoles el dolor y esta especialidad es lo que nos permite. RM/RO/E/TR/1.02.18

Esta residente respondió lo anterior cuando le pregunté el motivo de elección de la especialidad, y al indagar sobre la primera muerte a la que se enfrentó en su vida dijo lo siguiente:

La muerte que más recuerdo es la de mi mamá y la de mi abuelita porque las dos murieron de cáncer. Supongo que te quedan grabadas las muertes de tus familiares, y pues sí, las dos estuvieron relacionadas con el cáncer pero desde antes de que eso sucediera yo ya quería estudiar oncología, o sea no fue así como el detonante sino que ya lo quería antes. RM/RO/E/1.02.18

Otra residente respondió a la primera pregunta:

Porque es una especialidad que está muy padre, está interesante, se me hace muy completa porque no solo ves entidades malignas sino también ves entidades benignas (...) también es una especialidad en la que luego los médicos se hacen muy fríos y son muy mala onda con los pacientes, entonces si es el último momento de sus días, porque la mayoría ya llegan en etapas muy avanzadas, pues mínimo que tengas buena actitud con ellos, o sea, no es lo mismo que ya sepas que te vas a morir pero que te traten bien a que te traten mal; por eso elegí también la especialización, para darles un buen trato a los pacientes, a este tipo de pacientes porque son luego los olvidados o los que ya nadie quiere hacer nada por ellos, y todavía hay mucho que hacer por ellos, o sea, hay maneras de morir... RM/RO/E/CNC/12.02.18

Por otro lado, los profesores refieren con mayor énfasis una influencia propiamente académica:

"...porque esta especialidad te brinda la posibilidad de usar tratamientos que, oportunamente aplicados, pueden mejorar muchísimo la calidad de vida de los pacientes. En radioterapia se han dado adelantos que en verdad le dan mucha esperanza a los pacientes...Y bueno, también tuvo que ver cuando yo hice mi internado

hace muchos años, roté en oncología y me impactó ver a los pacientes porque muchos se esfuerzan por vivir, aunque sea poco el tiempo que les resta..yo dije: quiero hacer esto". PH/RO/E/TR/20.02.18

"Yo inicialmente quería medicina interna, pero cuando estaba haciendo el servicio social murió un tío de cáncer, entonces me acuerdo que a mí por estar estudiando medicina me preguntaban mucho sobre qué hacer o cómo tratarlo en casa, pero yo la verdad no tenía mucha idea, o sea, estudias medicina pero de pacientes oncológicos no te enseñan tanto. Creo que eso fue una de las inquietudes, pero me puse a averiguar qué hacían los oncólogos y la verdad me fascinó desde el inicio, fue una buena elección. Claro, tiene sus partes no tan agradables, mueren muchos pacientes, creo que esta especialidad no es para todos, no es fácil porque te meten mucho la idea de "salvar vidas" pero no siempre es así..." PM/OM/E/12.02.18

Hay una característica en la que casi todos los médicos entrevistados son coincidentes: la dificultad para expresar sentimientos o emociones que refieran a sus pacientes. Apenas comienzan a dar cuenta de ello y rápidamente recurren a respuestas "más apropiadas", "más médicas", parecieran estar entrenados para evitar en la mayor medida de lo posible externar emociones. Esto fue más notorio cuando les pregunté qué estrategias utilizaban para afrontar la muerte de los pacientes y, adicionalmente, a los profesores les pregunté cuál consideraban que era la mejor manera en que sus residentes debían actuar ante situaciones críticas:

Llorar en silencio...no, no es cierto. Al principio yo me salía un momento a la cafetería y me tomaba un respiro, me reponía y pensaba que siempre se hizo todo lo que se pudo. También si el paciente es referido tardíamente, pues su expectativa es menor. También me sirve mucho ponerme a hacer los tratamientos pendientes de los demás pacientes, me distraigo, pienso en otras cosas..RM/OM/EAM/10.02.18

Los residentes tienen que conservar la calma porque ellos son quienes están dando las noticias desagradables, ellos deben dar la cara y dar confianza, serenidad...No pueden ponerse a llorar con todos los pacientes ¡imagínate! Aquí ya llegan diagnosticados, entonces las malas noticias pueden ser que el tratamiento no está dando resultado o comunicar la muerte al familiar, si es que llega a estar internado aquí. Por eso es preferible que en etapas muy avanzadas estén tranquilos, en su casa, en paz. Morir en un hospital no es agradable para nadie. PH/RO/EAM/EEA/20.03.18

Más que decirles qué o cómo hacer en esos momentos, la experiencia la van adquiriendo todos los días al vernos en la consulta, en el pase, y dándoles consejos.

Es frecuente que los R1 sufran por sus primeros pacientes que *se van*, la mayoría no te lo dice, pero los ves que salen al pasillo, que salen a tomar aire...El mejor consejo creo que es decirles que hacemos todo lo que está a nuestro alcance y con las condiciones propias de cada paciente, aún hay mucho por hacer en los tratamientos oncológicos, pero incrementar la calidad de vida, la mucha o poca que les quede, aliviar el dolor, eso debe hacerse siempre. Ser muy fuertes y transmitirle eso al paciente o al familiar es la clave. PH/OM/EAM/EEA/23.06.18

Solo una residente pudo expresar con mayor detalle sus emociones, vale la pena observar el siguiente testimonio que responde a la misma pregunta ¿qué estrategias utiliza para afrontar la muerte de los pacientes?

La verdad soy muy sentimental, entonces cada muerte sí es como que... pues te duele ¿no? Realmente por el paciente no porque al final del día realmente sufren los pacientes, y en esta especialidad aprendí que la muerte de verdad sí es un regalo a veces.

Entrevistador: ¿Por qué?

Porque sufren demasiado, de verdad sufren y realmente ya hay muchos pacientes a los que ya no hay más que ofrecer, ya les ofreciste todo y que ya ningún medicamento les quita el dolor, realmente están muertos en vida y son como *zombies*, están esperando morir. Yo creo en Dios, con límites y siendo objetiva también siendo médico; yo me acuerdo mucho cuando mi abuelita decía que el Padre le dijo que la vida es como prepararte para la muerte, porque realmente la muerte es lo que todos necesitamos en la vida y es lo que estamos esperando, para lo que nos preparamos, y como que eso igual y fue como un "cocowash" o algo así pero me hizo sentir bien con respecto a la muerte de mi abuelita (...) pero ya viendo aquí a los pacientes como que le doy mucha razón a lo que dijo el padre en esa ocasión, y a lo que dice la Biblia porque son pacientes que de verdad agonizan, y no solo agoniza él, agoniza la familia y el hecho de que esté aquí la familia todo el tiempo o esperando a que se muera, yo supongo que debe de ser muy estresante; y que tú les digas que ya no hay más que hacer también es frustrante para ti porque ya no tienes más que ofrecer y allí es donde te dices "¿De qué me sirvió estudiar tantos años si al final del día ya no puedo hacer nada por este paciente?", entonces lo único que te queda, es que no sufra para morir, entonces si tiene algo de dolor darle un poquito para el dolor, si tiene náusea un poquito para la náusea, que si ya se le antojó un jugo sí, súbaselo... RM/OM/E/EAM/12.02.18

Es así como la relación médico-paciente termina en el momento en que el tratamiento prescrito concluye, desde luego, idealmente se busca la curación del enfermo, sin embargo, las causas por las que se da por finalizada la relación pueden

ser diversas, no todas son atribuibles a conductas negligentes o incompetentes del médico.

Hay ocasiones en las que el paciente opta por tratamientos alternativos a la medicina alópata; los familiares del enfermo buscan una segunda opinión médica y se inclinan por la que les parece más conveniente⁷⁰; la institución de salud asigna a otro médico por cuestiones administrativas (vacaciones del adscrito, asistencia a congresos de actualización, etc.) y, en el último de los casos, la relación termina porque el paciente muere.

Es decir, la relación médico-paciente es palpable, perceptible y manifiesta en el consultorio médico y pase de visita, en la interacción con el otro, no obstante, existen elementos inherentes a la institución de salud en comento que, hasta cierto punto, conducen o condicionan lo que ocurre en este encuentro. Muchas de estas circunstancias suelen estar fuera del alcance de los médicos y, más aún de los pacientes.

Dicho lo anterior, indudablemente hay prácticas y protocolos administrativos en los que médicos y pacientes discrepan, pero lo cierto es que la ruptura, omisión o desacato de tales prácticas no siempre es posible debido a que el sistema hospitalario y de salud operan en gran medida con mecanismos burocratizados en los que con frecuencia se priorizan los propósitos administrativos y descuidan los asistenciales (Hamui Sutton, y otros, 2016).

Así, médicos y pacientes entablan relaciones circunscritas a un espacio controlado, con normas y protocolos claramente definidos; la cuestión radica en desarrollar un vínculo adecuado aún con todas las condiciones, exigencias y demandas propias de la institución.

⁷⁰ La situación puede ocurrir, por ejemplo, al comunicar un diagnóstico poco alentador, o quizá, al proporcionar un tratamiento que no logró el objetivo planeado. Las expectativas del paciente y familiares podrían estar también rebasadas por la efectividad de un tratamiento con limitaciones

Llegado a este punto debemos recordar y enfatizar que, si bien el proceso formativo de los residentes transcurre totalmente en el hospital de adscripción, la FM también participa de dicho proceso de inicio a fin; esta acotación obvia e inherente al currículum formal no se manifiesta con tal claridad en la cotidianidad de los residentes y profesores en la clínica.

Profesionalismo y ética médica

Es necesario retomar un elemento indispensable, y que debiera estar presente todo el tiempo durante la relación médico-paciente: la empatía. Proveniente del griego *empathēia*, significa "saber apreciar los sentimientos del otro". El término se incorporó al ámbito médico en 1918 pues se consideró como un factor medular en la relación médico-paciente, y que facilita el diagnóstico y la terapéutica (Moreto, González Blasco, & Agustina, 2018).

Paradójicamente, pese a que la medicina vive tiempos de galopante crecimiento tecnológico, también es preciso advertir que nunca se habían alcanzado niveles tan bajos de despersonalización entre los médicos y sus pacientes (Marcus, 1999). Lo cierto es que, en el ámbito de la educación médica no hay una corriente o tendencia única respecto a la empatía. Hay autores que la ponderan como un elemento ligado a la capacidad cognitiva, en la que las experiencias y preocupaciones del paciente son susceptibles de entendimiento y a partir de ello se incrementa la capacidad de comunicación (Basch, 1983). Algunos otros la entienden como una habilidad más bien de comportamiento y conductual en la que lo afectivo y cognitivo se entrelazan (Irving, 2004).

Y, por último, hay autores que postulan la empatía como una cualidad enteramente afectiva, una capacidad de percibir sentimientos, emociones y experiencias variadas del paciente (Clark, 1980).

En donde sí existe consenso entre los autores es en la dificultad de separar las cualidades cognitivas de las emotivas, al parecer es complejo concebirlas divididas porque es impreciso identificar en qué momento dejan de entrelazarse (Moreto, González Blasco, & Agustina, 2018). Para que la empatía permanezca viva se requiere la presencia del componente cognitivo y del afectivo, pero también es necesario disminuir o evitar el exceso de preocupación por sí mismo. Quien se abstrae demasiado, es incapaz de ayudar efectivamente al otro (Aderman & Berkowitz, 1983).

Al menos en el caso particular de la educación médica, el debate no está centrado en los atributos propios de la empatía sino en sus posibilidades de enseñanza o si es, en todo caso, algo más bien innato. Algunos estudios afirman que, aunque la empatía forma parte de la personalidad del individuo ésta puede decrecer a lo largo de su formación médica, no obstante, es susceptible de mejorar a través de ciertas actividades pedagógicas en la clínica (Forest-Streit, 1982); (Kirk & Thomas, 1982). En concordancia, otras investigaciones demuestran que, en efecto, hay un deterioro en la empatía en el transcurso de la carrera médica; los estudiantes que en los primeros años de la licenciatura muestran sensibilidad hacia el sufrimiento del enfermo, pierden paulatinamente el sentido del dolor y del padecer del otro (Woloschuck & Harasym, 2004).

Con el paso del tiempo, la idea de "no implicarse emocionalmente" cobra mayor presencia; especialmente en la clínica es bastante común que los profesores recomienden, o incluso exijan, mantener una "sana distancia" respecto al sufrimiento del paciente.

En el caso de algunos residentes de primer año de la especialización de Pediatría, hay testimonios en los que es posible observar cómo el distanciamiento hacia el paciente actúa como un mecanismo de defensa individual, pero también

posibilita el trabajo cotidiano con los profesores, compañeros de residencia y enfermos:

En muchas ocasiones los niños tienen padecimientos que no logran comprender, lo grave que pueden estar. Entonces se les explica todo a los papás. No se siente bien cuando hay un mal pronóstico o el niño va a sufrir por el tratamiento, pero no lo mostramos a los pacientes porque puede ser contraproducente, debemos mantenernos lo más profesionales posible. RM/P/CE/CNC/21.11.18

La quimioterapia en los niños es muy muy triste. Los efectos secundarios son muy fuertes. De repente bajan de peso, y no tienen fuerzas ni para hablar, menos jugar. Me acuerdo que, cuando empecé la residencia era muy fuerte para mí saber que había niños que de repente ya no venían al hospital porque ya no aguantaron las quimios. Les preguntaba a mis compañeros cómo le hacían para no engancharse con *eso*: "trabajando con los que sí resisten". Si le piensas mucho no podrías seguir todos los días. Hay muchos pacientes, no puedes sentarte a llorar con todos. RM/P/CE/EAM/2.09.18

Cuando empecé la residencia, sí me pasaba muy seguido que me daban muchas ganas de llorar y también impotencia de saber que aquí, quieras o no, habrán muchos casos en los que los niños mueran o tengan una enfermedad por el resto de su vida o que su calidad de vida va a estar comprometida, pero los doctores siempre nos decían "tengan fortalezcan, muestren temple, acostúmbrense a que es algo con lo que se trabaja todos los días; si de plano no pueden mejor ni le sigan. No se involucren demasiado con los pacientes porque así sufrirán más ustedes, mantengan su distancia". RM/P/EEA/EAM/2.09.18

Acorde con los profesores y residentes entrevistados, la mayoría declaró no comprometerse "más allá de la consulta médica" porque no se sentían preparados para ayudar a los pacientes respecto a sus necesidades emocionales o afectivas, por eso refieren a los pacientes con quienes consideran que sí pueden hacerlo: el psicólogo, o a veces a la oficina de trabajo social cuando se presenta una situación referente a la escasez de recursos de los pacientes.

Aunque la negación del sentir es común en los profesores y residentes, en sus testimonios es justamente "el sentir" lo que se expresa con mayor frecuencia.

Al parecer, las situaciones que les han resultado más significativas sí las comparten, pero fuera del ámbito profesional-laboral, con su familia:

Creo que es importante, incluso para nuestra salud mental, mantenernos al margen de cada paciente, no involucrarse de más porque sí, a veces se ven casos muy tristes que como humano obviamente los sientes, y en ocasiones sí te pones a lo mejor triste pero creo que sí hay que marcar una línea porque no puede estarte afectando cada paciente, es triste o a lo mejor no tanto pero no te puedes involucrar tanto porque creo que al final el que termina afectado eres tú. RM/RO/EAM/CNC/2.07.18

Yo tengo la mala suerte de que en mi guardia los pacientes se mueran. Mis compañeros me decían que soy ave de mal agüero (risas...) no...en realidad me decían que a lo mejor era porque yo soy muy empática con ellos, procuro que estén lo mejor posible cuando ya están muy mal. Pero yo le decía a mi mamá "¿por qué pasa cuando es mi guardia? Y ella me decía que quizá yo les daba paz. ¡Qué paz les voy a dar yo! RM/RO/EAM/14.10.18

Pese a que profesores o residentes lo evadan, pospongan, o no lo crean "conveniente", la experiencia empática entorno a los pacientes en aquellos momentos más difíciles y vulnerables es decisiva, y humanamente ineludible.

No es casual, por tanto, que una de las ocho competencias contenidas en el Plan de Estudios vigente de la licenciatura en medicina sea "Profesionalismo, aspectos éticos y responsabilidades legales" (Plan de Estudios 2010); y sea también una de las Unidades Didácticas en los Programas específicos de cada especialización médica el "Profesionalismo Médico". Pero...¿cómo saber si un médico se desempeña *con* profesionalismo o *sin* él?, ¿cómo se evalúa el profesionalismo médico? O quizá habría que comenzar por decir qué es el Profesionalismo.

De acuerdo con la Declaración conjunta de la Federación Europea de Medicina Interna, el American College of Physicians-American Society of Internal Medicine y el American Board of Internal Medicine, el profesionalismo es "La base

del contrato de la Medicina con la sociedad”⁷¹. Ello supone colocar los intereses del paciente por encima de los del médico, implica un esfuerzo persistente por establecer y mantener altos estándares de competencia e integridad, así como asumir la responsabilidad de brindar asesoría especializada en materia de salud. Estos principios y responsabilidades tienen que ser conocidos y entendidos no solo por los profesionales de la salud sino también por la sociedad, en ello estriba la confianza pública que se deposita en los médicos.

El profesionalismo médico es, además, un concepto que cobra relevancia y significado en el ejercicio cotidiano en relación con los pares, estudiantes (si es el caso), el resto del personal sanitario y administrativo del hospital y, sobre todo, con el paciente. De tal suerte que el concepto no es estático, se dinamiza en el entorno y se percibe en el decir y más aún, el actuar del médico. En el terreno hospitalario, el profesionalismo se torna complejo y se divisa, en muchas ocasiones, de manera incluso contradictoria. Esto ocurre por la propia naturaleza de la clínica, pues de acuerdo con Foucault (2012: 90):

Antes de ser encuentro de enfermo y médico, de una verdad por descifrar y de una ignorancia, y para poder serlo, *la clínica debe formar constitucionalmente un campo nosológico enteramente estructurado (...)* el enfermo es solo aquello a través de lo cual se da el texto a leer, a veces complicado y enredado. En el hospital, el enfermo es *sujeto* de su enfermedad (...) se trata de un caso; en la clínica, en la cual no se trata sino del *ejemplo* el enfermo, éste es el accidente de su enfermedad, el objeto transitorio del cual ésta se ha apropiado.

¿Cómo interpretar lo enunciado por el autor y, cómo entenderlo en el CMN S. XXI? Podría ayudar también el testimonio de un profesor de la especialización de Medicina Interna:

⁷¹ (2003). Profesionalismo médico en el nuevo milenio: Un estatuto para el ejercicio de la medicina. *Revista médica de Chile*, 131(4), 457-460. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000400016>

Siempre les digo a mis residentes y estudiantes: aquí más que ver enfermos, verán enfermedades. Nuestros pacientes son remitidos porque requieren de una visión y una valoración más integral, más completa, eso hacemos los internistas. Hay enfermedades "simples" que se alojan en cuerpos bastante complicados en donde ya hay diabetes, hipertensión, obesidad y las complicaciones derivan de ello.
PM/MI/EEA/17.01.18

Entonces ¿son los pacientes *casos* de una enfermedad? Innegablemente, pero no solo *eso*. Quienes padecen la enfermedad son personas con historias propias, expectativas de vida, deseos, aspiraciones, son padres, madres, hermanos, son seres humanos. ¿Por qué enfatizar en esto que parece obvio y evidente?

A paso veloz, y con un determinado número de pacientes por atender, previamente fijado por el propio sistema hospitalario, el día a día en el hospital habitúa y normaliza comportamientos y conductas que parecen privilegiar "el manejo de la enfermedad" y la cantidad de pacientes.

Recuerdo, por ejemplo, una ocasión en la que tuve oportunidad de conversar con un residente mientras una paciente se encontraba dentro de la sala de radioterapia. La habitación está aislada y protegida (blindada) con puerta de plomo y vidrios de seguridad debido a las altas concentraciones de radiación generadas por el acelerador lineal con el cual se proporciona la radioterapia a los enfermos con cáncer. Podía ver a la paciente a través de una ventanilla y por la pantalla de una computadora que transmitía un video simultáneo. Aunque el tiempo que los pacientes permanecen dentro es variable, en este caso, la enferma llevaba aproximadamente 15 minutos en la sala, sin embargo, la duración de la radioterapia no excedió los cinco minutos; los primeros diez se ocuparon en ingresarla y colocarla en la posición indicada.

Si bien la radioterapia "no causa dolor, no se siente, no es visible, no huele, el paciente no queda radioactivo, sí puede convivir con niños y mujeres embarazadas

sin problema alguno"⁷², en ese momento, claramente se veía a la paciente preocupada y con temor mientras los minutos transcurrían, me imagino, a cuenta gotas. La sala es grande y fría; la máquina es intimidante para quienes no forma parte de su labor cotidiana.

Para los pacientes, recibir la radioterapia es vital (literalmente). La mayoría han esperado al menos dos meses (desde que tuvieron su primera consulta con el especialista en el CMN S.XXI) para llegar a ese momento que yo presencié. Seguramente la angustia o preocupación de ese momento obedezca a las implicaciones (buenas y malas) a corto, mediano y largo plazo del tratamiento. ¿Qué pasará por la mente del paciente en ese momento? A mi juicio, Mukherjee (2017: 476) lo reflexiona lúcidamente:

El cáncer no es un campo de concentración, pero comparte con él la característica de la aniquilación: niega la posibilidad de una vida fuera y más allá de sí mismo; subsume todo lo que vive. La vida diaria de un paciente termina por estar tan intensamente ocupada por la enfermedad que el mundo se desvanece. Hasta el último puñado de energía se gasta en la atención de la enfermedad.

En tanto, para el equipo médico y técnico que se encontraban afuera, la situación se vivía distinta. Conversaban sobre los retrasos que tenían con los tratamientos subsecuentes a ese; qué médico se encontraba de vacaciones; quién se quedaría de guardia esa noche...al tiempo que se preguntaban qué comerían ese día.

Me sentí ajeno a ambos mundos. Sentí pena por la paciente, pero también comprendí que, pese a todo, la vida sigue su curso. Fue desconcertante la diferencia radical entre estar dentro o fuera de aquella habitación.

En este punto es pertinente señalar dos conceptos utilizados con frecuencia para referirse también al desempeño de los profesionales de la salud: ética y bioética.

⁷² Estas aclaraciones siempre se les dicen a todos los pacientes que reciben radioterapia. Es algo imprescindible y parte del protocolo terapéutico.

La bioética es un término que fue utilizado por vez primera en el año 1970. Acuñado por el bioquímico Van Rensselaer Potter, el concepto derivado de la unión de dos palabras griegas: *bios*/vida y *ethos*/carácter-ética fue concebido como una propuesta de participación entre la Biología, la Ecología, Medicina y los valores humanos. Potter utilizó el término en su obra predominantemente en el ámbito biológico y del cuidado del medio ambiente, distinto a lo que en nuestros días ocurre, una prevalencia del concepto en el campo de la medicina. (Bioéticas. Guía Internacional de la Bioética, 2000).

Ética y moral

Es fundamental comenzar por abordar la diferencia entre moral y ética. Es necesario hacerlo porque es frecuente que ambos términos se confundan o utilicen indistintamente, incluso en la literatura especializada, sobre todo, en la que alude a problemáticas médicas. Rivero, define moral como un "conjunto de costumbres aceptadas por una sociedad, por un grupo, impuestas por una sociedad, impuestas por un ente religioso, político o por la costumbre de la sociedad en determinado tiempo y región" (Rivero Serrano, 2005). Por otro lado, ética se entiende como una "parte de la filosofía, y como tal es una disciplina que analiza lógicamente los actos humanos; por ende constantemente cuestiona lo que se presenta como moral" (Rivero Weber, 2004).

Es común encontrar literatura que versa sobre "Ética católica", "Ética judía", "Ética protestante". Dichos textos estarían más bien enfocados al análisis y presentación de conceptos morales de esas religiones.

Por otra parte, a la bioética se le ha situado principalmente en el terreno de la medicina, y aunado a ello, una buena parte de la literatura del campo ha incorporado una perspectiva religiosa, particularmente la católica. Desde luego, los pensadores religiosos tienen todo el derecho de expresar sus reglas, preceptos y

dogmas en relación con la medicina, pero es muy importante distinguir la moral de la ética. Se coincide con Rivero (2005: 37) cuando enfatiza la diferencia entre moral y ética en el campo de la medicina:

La diferencia es importante, ya que ejercer con ética deriva de la formación de un carácter que le permite al médico reconocer según su formación lo que es bueno para el enfermo o su familia en forma independiente de lo que las reglas de una religión o costumbre pretendan imponer.

Más allá de precisiones superficiales del lenguaje, la diferencia entre ética y moral es relevante en el ámbito médico porque hoy en día el ejercicio de la medicina se lleva a cabo en contextos donde existen distintas morales. La práctica médica debe ejercerse con un sentido ético, lo cual implica que el médico sea capaz de reconocer qué es bueno o qué es malo para un paciente, independientemente de las reglas o normativas que una religión pretenda imponer.

¿Bioética, bioética médica, ética clínica?

El término bioética es citado indistintamente como ética médica, bioética médica, incluso ética clínica. Conviene por lo tanto advertir algunas diferencias.

El concepto original de bioética abarca muchos más aspectos que los propiamente médicos. Inicialmente, Potter se refirió a todos los seres vivos y su relación entre sí y con el medio ambiente.

En ese sentido, la bioética aborda problemáticas del interés de filósofos, economistas, antropólogos, sociólogos, médicos, entre otros. Asuntos como la deforestación y el impacto sobre los organismo vivientes, el uso de la energía y su relación con el ser humano así como el impacto en el planeta, el agua y su vital importancia para la sobrevivencia terrestre, problemáticas raciales, etc. son temas de interés bioético (Rivero Serrano, 2005).

Merece la pena resaltar que en el ámbito de la bioética, es común que converjan las ciencias duras, las sociales y las humanidades. Desde luego, hay temas propiamente médicos en los que la bioética tiene injerencia, por ejemplo, los que implican reflexiones teóricas y filosóficas sobre el raudo avance de la medicina y sus implicaciones en la vida cotidiana. Pensemos quizá en el futuro de la investigación en clonación relacionada con fines terapéuticos, o de la posibilidad de generación de órganos, las implicaciones de la medicina genómica, etc. Estos y otros relevantes asuntos teóricos son a la bioética y, sin duda, cambiarán el modo de ejercer la medicina.

Ahora bien, la ética médica se interesa por aquellas problemáticas inherentes al **ejercicio médico**, es decir, la práctica clínica. Actualmente en esta práctica no solo se encuentran el médico y el paciente, existe también el resto del personal de salud, las instituciones, así como las políticas administrativas.

Por otra parte, una de las constantes críticas a los estudios de la bioética médica se sitúan en la tendencia a priorizar los asuntos puramente teóricos, problemáticas sin duda fundamentales de abordar, sin embargo, sería altamente deseable que la reflexión y discusión teórica abordase también aquellos conflictos presentes en el ejercicio actual de la medicina. Por ejemplo, ¿cómo afrontar ciertos dilemas éticos en los que el paciente no tiene opción a decidir sobre su tratamiento médico debido a una condición incapacitante, digamos, un estado de coma o un repentino infarto cerebral?

Algunos autores señalan que las problemáticas relacionadas con el ejercicio de la medicina, y particularmente las que se refieren a la relación médico-paciente han estado presentes desde tiempos remotos, basta enunciar algunos de los códigos propios de la profesión. A decir de Rivero Serrano (2005), el antecedente más lejano respecto a la certificación del ejercicio médico son las normas de Federico II de Sicilia en el siglo XIII.

Existen otros códigos con un mayor sentido religioso como el código Hammurabi, el Juramento de Asaph, La Ética Médica de Percival, la Plegaria del Médico, o en tiempos de la era moderna la Declaración de Ginebra, el Código de la Organización Mundial de la Salud, y desde luego, el más conocido Juramento Hipocrático que, en acuerdo con Pérez Tamayo, su valor estriba más bien en lo histórico pues “equivalen a la expresión de muy nobles sentimientos, pero nada más” (Pérez Tamayo, 2002).

Detenerse un momento y reflexionar sobre esta última afirmación es una ocasión para preguntarnos: ¿tienen pertinencia en la sociedad actual dichos códigos/declaraciones/juramentos?, ¿por qué es relevante que existan ciertos principios regulatorios del ejercicio médico?

Distintos especialistas en el tema, así como médicos en ejercicio, coinciden en la obsolescencia del Juramento Hipocrático, debido fundamentalmente a tres importantes razones: i) los conocimientos médicos rebasan por mucho los que prevalecieron hace 2000 años, ii) la sorprendente y evolutiva tecnología médica actual plantea nuevos y constantes desafíos y, iii) la organización del acto médico rebasa la sola presencia del médico y el paciente. Existen, por ejemplo, sistemas de salud que también intervienen en el ejercicio médico.

En tanto, hay cierto consenso respecto a que el ejercicio médico es ético cuando se cumplen cuatro fundamentales principios (Beauchamp & Childress, 1999):

- a) No maleficencia
- b) Beneficencia
- c) Autonomía del enfermo
- d) Justicia en el suministro de la medicina.

El más importante de ellos, no maleficencia, significa que cualquier acción médica debe partir de la certeza de no hacer daño alguno, directa o indirectamente.

Este principio es ampliamente conocido en su versión en latín, *primum non nocere*-primero no dañar.

El principio de beneficencia se relaciona con el anterior. El ejercicio médico debe partir de una clara intención de bienestar hacia la persona a quien se le realiza. Aunque ambos principios pueden parecer bastante obvios, en realidad es muy frecuente que un determinado tratamiento que busca mejorar al paciente, tenga también efectos secundarios dañinos, entonces la diferencia entre no dañar y mejorar es crucial. Cuando un médico es consciente de los beneficios, pero también de los daños potenciales que la prescripción de un tratamiento puede tener, entonces debe recurrir a los principios de no maleficencia y beneficencia para entonces tomar una decisión final.

Por otra parte, la autonomía se refiere al derecho del paciente a decidir sobre sí mismo en relación con toda aquella acción médica que será realizada en su cuerpo, y que puede afectar directa, indirectamente, a corto o a largo plazo su salud, vida e integridad. De acuerdo con Beauchamp & Childress (1999), la mejor manera de ejercer el principio de autonomía estriba en el Consentimiento Informado CI, lo cual significa que el paciente sea siempre quien autorice cualquier acto médico en su persona. Desde luego, el CI requiere que el médico explique al paciente con claridad el procedimiento al cual será sometido. Es común que ciertos actos médicos conlleven efectos dañinos indeseables o impredecibles, sin embargo, es obligación del médico informar al paciente de cualquier riesgo potencial o perjuicio y, solo entonces, decidir si se prosigue con un determinado tratamiento.

Por lo tanto, el CI procura una toma de decisiones conjunta, producto de un diálogo entre el paciente y su médico.

Finalmente, el principio de justicia implica tratar a cada paciente como le corresponde, teniendo presente los atributos que su condición amerita y sobre todo, este principio alude a contar con servicios de salud de calidad y accesibles para toda la población. Desde luego, esto se relaciona con los costos de la atención a la salud y, probablemente este sea uno de los principios que mayor cuestionamiento suscite

porque, al menos en México, el sistema de salud no siempre consigue ofrecer una atención de calidad equitativa.

Conclusiones

El factor tiempo: un parámetro fundamental en la medicina

Una fuerza irresistible nos empuja a ir hacia delante.
Y esa fuerza, como sabemos, no es otra que el tiempo irreversible.
François Cheng, 2015.

A lo largo de las entrevistas, una de las palabras con mayor recurrencia fue el tiempo. La concepción del tiempo en el ámbito hospitalario es sumamente importante, en muchas ocasiones *vital*. Por ejemplo, el comienzo de un tratamiento oncológico *a tiempo* puede ser la gran diferencia entre la vida o una próxima muerte.

El “tiempo de la enfermedad” puede ser sumamente variable pues comienza desde que la persona tiene algún malestar, y toma una de las siguientes decisiones: i) dejar que la molestia desaparezca por sí sola; ii) auto medicarse o; iii) acudir al consultorio médico. Si se opta por el tercer camino, lo que se puede esperar es salir de la consulta con un diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Desafortunadamente esto no ocurre siempre así, o al menos no en una sola visita al médico. Quizá sea necesario realizar estudios que confirmen o descarten sospechas de un posible diagnóstico, lo cual implica regresar después y, mientras tanto, conformarse quizá con fármacos que alivien la sintomatología.

El tiempo, una amplia categoría con diversos significados: el tiempo de inicio de un tratamiento; el tiempo que implica un determinado tratamiento; incluso el tiempo que transcurre en la sala de espera de un consultorio es relevante cuando existe dolor y sufrimiento en los pacientes. La palabra misma *paciente*, que: “manifiesta o implica paciencia” (Real Academia Española), es tiempo.

Es importante tener presente que, al ser la función asistencial la principal tarea de los hospitales, el número de enfermos por atender en un hospital público con las características del CMN S. XXI es alto, lo que reduce el tiempo que los especialistas pueden dedicar a cada paciente.

Así, de acuerdo con el Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2018 del IMSS, el tiempo promedio de una consulta con el especialista es de hasta 30 minutos la primera ocasión, y no más de 15 minutos en las subsecuentes. De modo que, en una jornada laboral de 6:30 horas el número de pacientes atendidos fluctúa entre 7 y 15: ¿son muchos o pocos pacientes?, ¿es un tiempo de consulta suficiente? En ambos casos la respuesta más franca sería *depende*, porque cada caso es distinto y las necesidades de los enfermos son variables. Para la institución, el promedio 7-15 es el normal porque constituye un indicador que se verifica mensualmente en todas las UMAE del país con la finalidad de procurar un rango constante.

Desde luego, el tiempo de consulta es un elemento primordial, sobre todo cuando es el primer encuentro con el especialista, sin embargo, hay que resaltar que la constitución y fortaleza de la relación médico-paciente radica, sobre todo, en la manera en que se llevan a cabo todos y cada uno de los encuentros, los vínculos de confianza, y no tanto en el tiempo destinado en la consulta externa.

El tiempo transcurre de distinta manera para el médico y para el paciente en el hospital. Mientras que el paciente acude porque una enfermedad lo aqueja o quizá imposibilita para realizar sus actividades cotidianas, para el médico la estancia en la clínica constituye su labor de todos los días.

Particular atención merece la concepción del tiempo para el médico residente, cuyo horario comienza a las 7 de la mañana y concluye alrededor de las 15 o 16 h dependiendo de la cantidad de trabajo pendiente, o si acaso le toca hacer guardia, la jornada concluiría hasta las 15 o 16 h del día siguiente. Esto es importante recordarlo porque evidentemente habrá ocasiones en las que el residente atenderá

a los pacientes, ya sea en la consulta externa o el pase de visita, luego de haber tenido una jornada laboral prolongada.

Desde luego, durante la guardia los residentes no permanecen en total actividad, tienen momentos de descanso, pero indudablemente el rendimiento físico e intelectual postguardia disminuye en mayor o menor medida de acuerdo con las condiciones en las que se efectuó la jornada.

Acorde con ello también hay que enfatizar que, durante el último año de la especialización, los residentes se ven comprometidos con un mayor número de actividades por cumplir, mientras que el tiempo de jornada laboral persiste.

La consideración de lo anterior contribuye a la comprensión del complejo acontecer hospitalario, por lo tanto, es lejana la intención de justificar actos médicos desafortunados o negligentes, tampoco lo es la de victimizar a ninguno de los actores en la relación médico-paciente. De tal suerte que, la relación que se establece entre el médico y el enfermo es compleja, en muchos casos el paciente acude a ella no solo por un malestar físico, sino también por un importante desánimo y desgaste emocional, sobre todo cuando se trata de padecimientos crónicos. Cuando se pregunta a los residentes: Además del tratamiento propiamente médico, ¿qué consideras que ayuda al enfermo a sobrellevar su enfermedad? Dijo uno de ellos:

Nosotros (CMN S.XXI) tenemos un servicio que es psicooncología, las consultas para nosotros son muy breves realmente y (...) creo que no tenemos tiempo, ni la preparación o no nos educan de esa forma para hacer un poco más... en cuanto los pacientes expresan: "estamos muy tristes", nosotros inmediatamente cortamos la consulta y los enviamos a psicooncología RF/RO/CE/EAM/12.06.2018

En efecto, los médicos residentes entrevistados refirieron no contar con formación o, al menos, algún entrenamiento o capacitación respecto al afrontamiento de situaciones en las que el paciente manifiesta malestar emocional.

En este sentido, es importante señalar que, aunque los residentes "remiten" a los pacientes que presentan algún malestar emocional con el Psicooncólogo,

desconocen qué ocurre en dicho servicio. Suponen que en esa consulta hablan de sus sentimientos o emociones por mayor tiempo y con libertad. Veamos el siguiente testimonio:

Entrevistador: ¿Sabes qué ocurre en la consulta con el Psicooncólogo? ¿De qué manera les ayuda a los pacientes canalizarlos allí?"

La verdad no sé que pase en ese servicio con los pacientes. Yo supongo que ahí pueden hablar de lo que están pasando y pueden escucharlos con más tiempo, y a lo mejor si es necesario remitirlos también a Psiquiatría para que puedan darles algo para que se sientan mejor y no abandonen el tratamiento. RM/RO/EAM/27.06.2018

De acuerdo con el Programa de Estudios de la especialización de Oncología Médica y de Radiooncología existen "Unidades Didácticas" en las que se abordan deliberadamente los temas de: "Dolor en Cáncer"; "Psicooncología"; "Atención del paciente terminal"; "Ética médica" y; "Profesionalismo médico", mientras que en los Programas de Pediatría y Medicina Interna se mencionan los tres últimos rubros como parte de los contenidos por abordar durante la residencia (Plan Único de Especializaciones Médicas: 2009). Esta situación obedece a que la mayor parte de la enseñanza clínica no ocurre dentro de un aula, sino en el pase de visita, consulta externa, quirófano o sala de urgencias. Siendo así, muchos de los anteriores temas o "Unidades Didácticas" se aprenden en el ámbito de acción, frente al paciente real, en compañía del médico profesor/adscrito y con los residentes de mayor jerarquía.

Volvamos entonces con la noción del Tiempo en el Hospital. Como ya se ha dicho con anterioridad, el tiempo transcurre de distinta manera de acuerdo con la situación por la cual nos encontremos en él. Siendo así, en el caso de los dos grupos que conforman nuestra muestra es posible identificar algunos elementos que dan cuenta del sentido de la muerte para los residentes destacando algunas diferencias entre sí, y que tienen que ver con la naturaleza propia de la especialización.

Generalmente, al acudir al médico se espera obtener un diagnóstico lo más acertado posible respecto al malestar presentado; posteriormente se brinda un tratamiento que funcionará, en mayor medida, si el paciente tiene adherencia al mismo, y dicho tratamiento se relaciona también con un determinado pronóstico que atienda el motivo del consultante.

El pronóstico principal al que se aspira es, desde luego, el de la cura del malestar del paciente, no obstante, no en todos los casos este pronóstico es posible. Incluso teniendo adherencia al tratamiento, existen enfermedades crónicas o en estados avanzados en las que la cura no es una opción. Siendo así, es evidente que el pronóstico se distingue y diferencia en función de la enfermedad que aqueja, pero también de las condiciones en las que se encuentra el paciente.

En los casos habituales, los pronósticos son generalmente con miras a la curación, por ejemplo: infecciones bacterianas, fracturas, resfriados, obesidad, hepatitis, etc. Con esto en mente, es posible advertir que la muerte de pacientes con enfermedades curables es poco usual, en tanto, quienes padecen otro tipo de enfermedades presentan una tasa de morbimortalidad mayor.

Por ello, la consideración del tiempo en el hospital se relaciona con el significado de la enfermedad y la muerte, tanto para el médico como para el paciente y sus familiares. De ahí que la muerte sea para algunos pacientes un suceso remotamente posible, lejano y quizá nunca antes pensado puesto que su padecer no pone en riesgo su vida. Mientras que para otros, aquellos con enfermedades del tipo que ya se han mencionado, es una latente posibilidad con la que se tiene que aprender a vivir. Es claro entonces que, ante una situación crítica y vulnerable la percepción del tiempo se rebela desoladora porque recuerda nuestra condición

irremediablemente finita. Ambos, médico y paciente, establecen relaciones intersubjetivas que se mantienen hasta que el enfermo se cura, o muere.

Caminos contiguos: la enfermedad del paciente y la formación como especialista

Aunque los pacientes suelen pasarlo por alto, obviar, o quizá en algunos casos desconocer, es importante recordar que en el tercer nivel de atención médica⁷³ los residentes (de cualquier especialización) se encuentran en proceso de formación. Los grados de autonomía, así como la toma de decisiones depende siempre de una sólida y arraigada estructura jerárquica.

Lo anterior significa que los residentes no pueden tomar decisiones de altas consecuencias (por ejemplo, intubar o dar de alta a los pacientes) sin previa consulta o autorización de, al menos, su compañero residente de mayor jerarquía o del doctor adscrito al servicio correspondiente. Esto es así porque quien asume la responsabilidad de los procedimientos realizados y sus eventuales consecuencias es el residente de mayor jerarquía o el médico titular, por ello, la estructura jerárquica en el hospital se asume como tal y es inusual cuestionarla.

La formación de los residentes en el hospital privilegia la adquisición de conocimientos y destrezas propias de su especialidad, es decir: "...la **aplicación del saber** en las diversas formas profesionales de ejercer la práctica médica" (Plan Único de Especializaciones Médicas, 2011). Este *saber* no es exclusivo, estricto, ni circunscrito al conocimiento teórico-disciplinar. El ejercicio de la práctica médica entraña también elementos simbólicos que dan cuenta de la escuela o facultad de origen (de profesores y estudiantes); de la institución de salud en la que se está formando (o laborando); de las características propias de la especialidad y de quienes

⁷³ Se refiere a los servicios de salud en hospitales de alta tecnología e institutos especializados.

la integran (el gremio); y, por supuesto, incide también la propia personalidad del médico residente.

Dicho lo anterior, el trabajo clínico se entiende como un constante vaivén de situaciones más o menos complejas, en las que la resolución de problemas (muchos de ellos *ipso facto*) depende de un equipo de salud situado en un contexto institucional con estructuras organizacionales claramente definidas. En consecuencia, las formas de comunicación, la jerarquía médica, el liderazgo, y los grados de autonomía en la toma de decisiones, condicionan y pautan el acontecer propiamente médico, por ejemplo: el número de estudiantes y residentes que aceptan anualmente los hospitales; la distribución de las guardias de trabajo; el tiempo máximo que debe transcurrir entre una consulta médica y otra, etc.

Es en esta cultura organizacional en la que se propicia y desarrolla el aprendizaje de la medicina en distintos niveles, ya sea la formación de estudiantes de pregrado, o la de residentes en las diversas especializaciones médicas. En ella los médicos observan cuadros clínicos reales, adquieren hábitos, costumbres, tradiciones...ejercen la medicina. En este sentido, se distinguen cinco elementos básicos de la cultura organizacional (Hamui-Sutton, y otros, 2014) (Rousseau, 2011):

1. Supuestos fundamentales: creencias conscientes e inconscientes que modelan las interpretaciones de los sujetos.
2. Valores.
3. Normas de comportamiento. En relación con las formas de ser y con la conducta apropiada respecto al trabajo en equipo, a la vestimenta
4. Patrones de comportamiento. Aquellas prácticas reiteradas observables. Por ejemplo, la transferencia de decisiones en las jerarquías.
5. Artefactos: objetos y símbolos que se utilizan para dar mensajes culturales.

Lo anterior nos permite comprender que la mayoría de las acciones y decisiones que se toman en el hospital responden a una cultura organizacional específica, la cual no solo determina el *modo de hacer* en la clínica, sino también el *modo de ser*. Con esto en mente, cualquier problemática en el ámbito hospitalario es susceptible de abordar y discutir bajo una óptica más concreta y orientada, pero no menos compleja.

Los residentes no *reciben* una formación en torno a la muerte de los pacientes, no les *es dada*, porque es imposible. La *Bildung* no es un contenido delimitado en los Planes de Estudio o mallas curriculares y que se concrete-materialice en el diseño de una asignatura o materia; menos aún podría considerarse una técnica, procedimiento o competencia por demostrar y evaluar, la *Bildung* es intransferible *al otro*. Lejos de ser punto de partida o de llegada, la *Bildung* es una condición inmanente, una posibilidad del ser en devenir. Por lo tanto, el sujeto no se *forma en*, de una vez y para siempre; acaso se deconstruye en un proceso interior propio, reconociendo siempre la participación de un exterior (Runge Peña, 2011).

De este modo, la Formación de los residentes en torno a la muerte de los pacientes no se limita y circunscribe a un proceso lineal, delimitado y estrictamente apegado a los *tiempos* establecidos en los Planes y Programas de las distintas especializaciones médicas. Aún más, de acuerdo con la definición que Runge (2011) recupera de algunos idealistas alemanes como Kant, Hegel o Fichte, podemos afirmar que la *Bildsamkeit* -formabilidad se configura no tanto como horizonte por alcanzar, sino como caudal que discurre.

Ahora bien, es importante distinguir en los residentes el tema de La Muerte, y el de la muerte de los pacientes. Es relevante en el entendimiento de la enunciada *Bildsamkeit*. Al iniciar la residencia, el estudiante porta consigo experiencias personales en torno a La Muerte, cualesquiera que sean, existen y *habitan* en él; en tanto, la muerte del paciente tampoco constituye del todo una novedad para el

residente, es muy probable que durante su formación en el pregrado haya presenciado uno o varios sucesos mortales. Por ello, difícilmente pueden dissociarse por completo los modos de ver, percibir, afrontar y *sentir* en torno a La Muerte y a la muerte de los pacientes; hasta cierto punto estos elementos se entrelazan y orientan la acción cotidiana. Esto es, las experiencias personales y profesionales de los residentes (positivas y negativas) en torno a la muerte, condicionan su actuar frente a ella. Por supuesto, lo anterior se aleja de las fronteras del determinismo y se expone más bien al margen de la imposibilidad de anticipar y predecir con total exactitud el comportamiento humano.

Lo que sí puede afirmarse con certeza es que los estudios de la especialización constituyen una reconfiguración y resignificación personal y profesional en función del acontecer hospitalario en distintos planos: institucional, entre pares, con los profesores, y por supuesto, frente a los pacientes.

Por consiguiente, aunque en el marco del proceso educativo de la especialidad, los programas operativos sugieren contenidos formales (Unidades Didácticas) que abordan temas relacionados con la muerte, la razón medular: qué hacer y de qué manera conducirse frente a la muerte de los pacientes, se sostiene completamente en la praxis cotidiana, cuya definición de Benner es recuperada por Runge como sigue: "Praxis significa siempre dos cuestiones: de un lado el hecho (*Tat*) o la acción (*Handlung*) que de modo voluntario produce algo; pero también, de otro lado, lo necesario (*Notwendigkeit*) en el sentido de la necesidad (*Not*) a la que se dirige la praxis y a la que responde la praxis" (Runge Peña & Muñoz Gaviria, 2012, pág. 78).

Siguiendo a este mismo autor, la praxis puede caracterizarse como sigue:

- Tiene un carácter situacional.
- Allí siempre está presente el momento de lo casual, la contingencia.

- En el ámbito de la praxis no hay un saber seguro (certezas absolutas), ya que la acción humana siempre se ha de considerar como libre y contingente si se trata de tomar decisiones (libre y responsable).
- Obedece a reglas, valores.
- Es contextualizada e histórica.
- Se le dota de sentido.
- Es contingente.
- Implica libertad.

De este modo, la praxis de los residentes se rige por las indicaciones precisas del profesor y de los compañeros de mayor jerarquía, pero se nutre sobre todo de los patrones de conducta y comportamiento observados en el desempeño cotidiano de sus colegas. La praxis no solo se despliega para hacer frente a toda situación meramente clínica, también posibilita la adquisición paulatina, y más o menos consciente, de los modos de ser propios del gremio al que pretende incorporarse el residente.

Es oportuno precisar: para el grueso de los residentes no hay duda del proceder clínico, esto es, los pasos a seguir, el protocolo establecido luego del fallecimiento. La incertidumbre, indecisión e inseguridad radican en cómo afrontar, comunicar y asimilar la muerte de los pacientes. No es un tema menor, la inestabilidad y vulnerabilidad emocional⁷⁴ en los residentes es frecuente y ha sido documentada ampliamente en la literatura (Vargas-Terrez, Moheno-Klee, F., & Heinze-Martin, 2015), (Ruiz Zavala, Enriquez Sandoval, A., & León Hernández, 2016)

⁷⁴ Además de la muerte de los pacientes, la inestabilidad y vulnerabilidad emocional se atribuyen, sobre todo, a las condiciones del entrenamiento recibido y al nivel de estrés característico de una u otra especialidad; la cantidad de información que los residentes deben dominar (sin distinción de especialización) es considerable y, desde luego, se incrementa con el transcurso de los años de formación.

(Zuroza-Estrada, Oviedo-Rodríguez, Ortega-Gómez, & González Pérez, 2009) sin embargo, en la clínica el tema suele eludirse o invisibilizarse porque para muchos colegas denota fragilidad y debilidad profesional.

Hay que decir también que la muerte de los pacientes no significa para todos los residentes un problema o evento extraordinario que obstaculice o paralice el resto de sus tareas diarias. Esto podría explicarse en tres vertientes: i) aquellas experiencias personales respecto a La Muerte alimentan y soportan la percepción y asunción de la muerte de los pacientes de modo simple o "menos complicado". Por ejemplo, cuando se recurre a creencias espirituales, religiosas, o inclusive actitudes filosóficas, v. g. agnosticismo; ii) Producto de la praxis en el hospital. Se han adquirido modos de ser y de afrontar la muerte de los pacientes característicos del gremio especialista, quiero decir: en el sentido burocratizado. Se aprende, por ejemplo, que el distanciamiento o reserva con el paciente y la familia respecto a la muerte es *lo más sano* para el médico, así se prioriza su integridad y bienestar emocional. Es decir, la muerte de los enfermos se entiende como *algo* que ocurrirá invariablemente y, por ello, involucrarse *más allá* es innecesario, incluso contraproducente para el ejercicio médico y la salud mental; iii) Los residentes consiguen un adecuado equilibrio entre las percepciones, experiencias personales, y la praxis clínica, se postula un Pensamiento Alternativo⁷⁵ (Rojas-Mora & Eschenhagen, 2014). El fallecer se comprende como un suceso inherente al ser humano, pero esto no supone distanciarse de los enfermos, menos aún de los que su pronóstico sea desolador y las opciones médicas se limiten a tratamientos paliativos. Tampoco es momento de actuar indiferente con el enfermo ni con la familia, sino de conocer y atender en la mayor medida de lo posible sus necesidades, despejar dudas y, cuando sea necesario, tomar decisiones consensuadas.

⁷⁵ Para el autor, lo alternativo se define como una posibilidad entre varias que se ubican en el tiempo y en el espacio de manera sucedánea, y que en algunos casos puede oponerse a lo establecido.

En suma, se pretende que en lo que corresponde al ámbito médico el *tránsito final* del paciente transcurra sereno y sin dolor.

Ahora bien, es importante reafirmar que en la praxis cotidiana de las cuatro especializaciones estudiadas en esta investigación, el foco de atención no está en la muerte de los pacientes, o al menos, no constituye un aspecto cardinal en la formación de los residentes. Esto no debe interpretarse como desinterés o apatía de parte del personal de salud, sino que en primera instancia **siempre** se prioriza salvaguardar la vida del paciente; solo si las circunstancias del enfermo son adversas y su vida se ve comprometida por un pronóstico desafortunado o crónico, entonces se procurará que la calidad de vida del paciente sea digna, mediante la implementación de tratamientos acordes con su condición.

Habrán momentos en los que el combate contra la muerte resulte en los médicos no solo deseable, sino incuestionable, por ejemplo, ante una hemorragia traumática severa: esta deberá detenerse con la mayor eficacia, de lo contrario, la vida de la persona estará seriamente comprometida en lo inmediato. En cambio, la detección tardía de la mayoría de los tipos de cáncer ciertamente implican la vida de las personas, sin embargo, la actuación apresurada de un tratamiento paliativo (que no curativo) adquiere sentido en tanto se pretende disminuir el dolor al enfermo, y no la protección inmediata y urgente de la vida. En la primera situación, generalmente es claro e indiscutible para el paciente y los familiares lo que *se tiene que hacer*; hasta cierto punto, hay seguridad y confianza en que el actuar médico será el apropiado. Se delega en el *otro* la salud porque se da por sentado su competencia.

En la segunda situación resulta más complejo de explicar y de asumir para el paciente y la familia lo que *se puede hacer*; el margen de intervención médico (y de la medicina misma) es limitado y condicionado por el tipo de enfermedad, de modo que las opciones varían en función de cada caso y los pronósticos no siempre

involucran la curación. En este tipo de padecimientos (u otras enfermedades crónicas como la diabetes) no es posible delegar por completo en el médico la responsabilidad de la salud, porque parte del éxito del tratamiento (curativo o paliativo) depende en mayor medida del compromiso, apego al tratamiento, y la actitud que el paciente tenga ante su enfermedad. Claro está que no es sencillo para el paciente ni la familia, pero tendrán que asumir con decisión y valentía la parte que les corresponde en el proceso de la enfermedad.

Un viaje concluido. Reflexiones finales

El verdadero viaje no consiste en la andanza de ningún camino, sino en tener nuevos ojos.
Marcel Proust

Emprender un viaje entraña siempre un motivo, una causa, un anhelo, o acaso una fuga. Vamos en busca *de algo* o, quizá huimos *de algo*. Es posible distinguir un antes, durante y después del viaje; tres momentos distintos, pero invariablemente concatenados. A veces, lo que antecede al viaje, al "antes de" es la indecisión. Dar el primer paso (literalmente) no es sencillo, porque una característica inherente a todo viaje es la incertidumbre. La imposibilidad de anticipar toda situación o, más aún, renunciar a tener "todo bajo control" quizá se perciba como una cualidad que, consciente o inconscientemente persiga el viajante. Por otro lado, es probable también que aquella cualidad sea repelida por otras muchas personas, indispuestas o no partidarias de lo inesperado.

Durante el viaje, gratamente puede ocurrir que muchas de nuestras expectativas sean rebasadas precisamente porque lo inestable e improbable nos sorprendió en el camino; o para desgracia quizá el viaje nos quedó corto, no fue lo esperado, lo planeado. ¿Qué tanto depende esta situación del viajero? Puedo aventurarme a decir que, en gran medida la capacidad de asombro y resiliencia personales pueden marcar la gran diferencia.

Recuerdo entonces que, en una reciente entrevista a Luce López-Baralt⁷⁶ me impresionó la expresión de su relato al conocer el Taj-Mahal:

...la experiencia que tuve al contemplarlo fue semejante a la que me produce la *Fantasía coral* de Beethoven o una obra de arte (pintura, poesía) que arranqué una exclamación de sorpresa involuntaria. Recuerdo que había un muro enorme de madera frente al Taj y cuando se abrieron aquellas puertas, yo no pude reprimir un grito de emoción, porque sabía que había algo sobrehumano en la simetría, en los cambios de luces, en la armonía infinita de aquellas líneas arquitectónicas... Es un edificio que podría parecer que suscita experiencias más profundas que las puramente humanas. (Fernández Mosquera, 2019).

En este sentido, algo particular expresó Margo Glantz a propósito de un viaje a la India y que culminó en un libro que, en palabras de la autora evoca una “transfiguración autobiográfica”. En *Coronada de Moscas* (Glantz & López Cámara, 2012) describe a la India como:

La belleza en los ojos de los niños, en los saris de las mujeres, el esplendor de los monumentos, en el mármol del Taj Majal, la impresionante ebullición de Calcuta o de Bombay. La violencia del tránsito, del ruido, de la suciedad, las personas bañándose en las calles, las vacas, los camellos. Completamente caótica, violentísima. Y al mismo tiempo puedes rescatar la belleza más extrema.

¿Es posible que éstos y otros testimonios de viajeros provoquen o motiven a sus lectores a emprender una aventura hacia lo incierto? Seguro que sí, y más de lo que podríamos imaginar.

Es frecuente que grandes exploradores reconozcan en *el otro* una influencia, y por qué no, incluso inspiración para iniciar sus propias andanzas. Es el caso de Julio Verne quien evoca al famoso naturalista francés Jean Chaffanion⁷⁷, y que renombra como Jean Kermor en *El Soberbio Orinoco* (1897).

⁷⁶ Catedrática de la Literatura Española y Comparada de la Universidad de Puerto Rico. Estudiosa en profundidad de los resultados de las interacciones entre la cultura musulmana y la cristiana en la península ibérica.

⁷⁷ Importante profesor de historia natural y navegante que exploró la cuenca del río Orinoco a comienzos de 1884, estudió su naturaleza y la antropología de la región. La expedición se plasmó en la obra *El Orinoco y el Caura* publicada en 1886.

En esta obra se relata el extraordinario viaje de un grupo de aventureros que viven una experiencia transformadora con implicaciones psicológicas y espirituales.

A su vez, tanto Chaffanion como Verne inspiraron no solo un viaje (también al Orinoco) sino también una pintura de Remedios Varo, hacia 1959. En *Exploración de las fuentes del río Orinoco*, la artista se identificó con uno de los personajes del Soberbio Orinoco, Juana Kermor, una mujer que se disfraza de hombre para poder integrarse al grupo de exploradores.

Así, Remedios Varo: "Como un verdadero alquimista, siempre de viaje y acostumbrado a pasar retos difíciles, fue a buscar al Orinoco, no la riqueza material, no el metal terrestre, sino el oro de los filósofos" (Gil & Magnolia, 2015).



Remedios Varo. Exploración de las fuentes del río Orinoco, óleo, 1959.

Fuente: WikiArt. Enciclopedia de Artes Visuales

<https://cutt.ly/mhvNUmi>

En los tres casos es claro, a mi parecer: emoción, sorpresa y aprendizaje. Constantes vinculadas siempre en movimiento.

Llegado a este momento quiero asegurarme de expresar que, al referir *los viajes*, aludo también al encuentro interior y permanente que tenemos con nosotros mismos. Viajar no es solo (o únicamente) trasladarnos de un sitio a otro. Claro está que es posible viajar a través de la lectura, del relato del otro, de la pintura, la música, la arquitectura...Pero aquella transfiguración personal a la que alude Margo Glantz, se colma de aquellos instantes en los que es necesaria una pausa en el camino, que permite asimilar y comprender nuestro lugar en el mundo. Un viaje interior, el tránsito por experiencias de todo tipo a lo largo de la vida, movimiento, al fin y al cabo.

Desafortunadamente existen viajes que no son agradables, ni tampoco elegidos a voluntad por nosotros pero que, sin embargo, nos embarcamos en ellos inevitablemente, me refiero a la enfermedad.

Como hemos visto, particularmente en los padecimientos crónicos o enfermedades raras, el inicio del tratamiento terapéutico pocas veces coincide con la fecha del diagnóstico. De este modo, es frecuente que los enfermos atraviesen por un periodo de tiempo variable en el que la incertidumbre es persistente, ya sea por no contar con un diagnóstico, o por desconocer cuándo iniciará su tratamiento, la medicación sintomática suele ser la única solución con la que se cuenta.

En muchos casos, el "antes de" la enfermedad se percibe en dos vertientes: cuando no se tenía ningún malestar o indicio patológico, es decir, se estaba sano; y al desconocer el diagnóstico de la afección. Hay indicios, síntomas o dolor, pero se ignora lo que se tiene en sí.

En tanto, suele pensarse que las emociones del paciente emergen solo a partir del diagnóstico de la enfermedad, y se ignora o soslaya todo lo acontecido con anterioridad. ¿Qué hace entonces el paciente con sus emociones?

Recordemos además que, de acuerdo con el testimonio de la mayoría de los profesores y residentes, a la menor señal de emotividad, angustia o depresión en el paciente, la respuesta casi automática en el consultorio es referir con un especialista de salud mental.

Las emociones en torno a la enfermedad no desaparecen al remitir a los pacientes con otro especialista, por supuesto que coadyuvan, pero invariablemente la persona volverá al consultorio médico con la enfermedad a cuestas, y las emociones probablemente contenidas.

A lo largo de los encuentros con los profesores y residentes (e indirectamente con los pacientes) comprendí lo complejo del espacio hospitalario. Sí, es un lugar en el que se cura y procura la salud. Pero el hospital es más que pacientes, doctores, y enfermedades. En la clínica confluyen los más diversos motivos, intereses, intenciones, esperanzas, incluso sueños. Para gran parte de quienes integran el personal de salud, el hospital significa su fuente de empleo, en el que pasan muchas horas del día, a veces, más que con su propia familia.

Al tiempo que el paciente asiste a sus consultas médicas, inicia, y persiste con un tratamiento (o varios) en busca de remediar su enfermedad, no olvidemos, el residente se encuentra en un proceso formativo simultáneo. Con frecuencia, los pacientes asumen que el médico tratante tiene una amplia experiencia y tendrá una respuesta y tratamiento para todo. Ciertamente sucede también que los pacientes no siempre distinguen entre un médico residente y un adscrito.

Los residentes se enfrentan cotidianamente a situaciones estresantes, de angustia, y en no pocas ocasiones bajo jornadas laborales extenuantes, y exigencias académicas agobiantes que priorizan en exceso la obtención de un promedio sobresaliente.

La visibilización, reflexión, análisis y formación en torno a las emociones en los estudiantes de pregrado, los residentes, así como de los médicos titulares en la

clínica, estimo como una de las brechas de investigación más pertinentes en las que la Pedagogía podría desempeñar un papel relevante, en aras de que la relación médico-paciente se asuma y practique como una co-responsabilidad.

Mi viaje personal

Para mí, el viaje inició sin demasiadas dudas. Estaba seguro y determinado a investigar por qué los médicos actuaban tan “fríos”, distantes o indiferentes particularmente con los pacientes que padecen enfermedades crónicas e incurables. Mis inquietudes principales: ¿en qué momento de su formación académica los médicos perdían ese *sentido humano*, propio de la medicina?, ¿era una deficiencia en el currículum? o ¿solo falta de empatía?, ¿cómo aprendían entonces a comunicar y afrontar (*así*) malas noticias? A lo largo del viaje obtuve paulatinamente la respuesta a estas preguntas. Cada vez escuchando y observando más, y enjuiciando menos.

A pesar de que mi entorno cotidiano laboral, el “mundo médico”, me resultaba relativamente cercano y familiar, los primeros acercamientos teóricos para esta investigación tenían detrás una avalancha de términos médicos totalmente desconocidos para mí. Claro que había anticipado la presencia de terminología médica, pero inicialmente pensé innecesario y poco adecuado *ahondar demasiado* en ella.

Invariablemente, hubo que revisar literatura no solo de la medicina “en general”, sino del ejercicio médico especializado, lo cual implicó la lectura y reflexión, casi siempre guiada, de un médico especialista o de un residente quienes me ayudaron a “aterrizar” y comprender lo enunciado. No fue sencillo, y en muchas ocasiones terminé sumergido en detalles de enfermedades crónicas terribles que, no obstante, me aproximaron no solamente al acontecer cotidiano médico, sino al padecer y sufrimiento de muchas personas que acuden con un especialista.

La primera vez que vi un acelerador médico lineal me provocó estupor. Las dimensiones de la máquina, la puerta blindada que permite el acceso al aparato, y las computadoras que desde afuera controlan y monitorean la radioterapia me resultaron tan intimidantes que, por supuesto, me sentí ajeno al hospital. Recuerdo con especial lucidez el laberinto que conduce a la fría estancia, el pálido color de las paredes y, sobre todo, no olvido la expresión del rostro de la persona que se encontraba acostada en la mesa de tratamiento. Mezcla de angustia y temor, vulnerable e inmóvil, una mujer de mediana edad aquejada por cáncer de mama a la espera del inicio de la sesión radioterapéutica. Mientras la observaba pensé en su familia, y en lo difícil que debe ser afrontar cotidianamente una enfermedad como el cáncer, sentí pena por ella. Al salir aquel día del hospital, entendí lo afortunado que era-soy al estar (o percibirme) sano.

Con el transcurrir de visitas al hospital pude advertir, en efecto, lo distantes o cercanos que pueden ser los médicos con sus pacientes. Un complejo hospitalario con las dimensiones del CMN S. XXI supone para profesores y residentes una cantidad considerable de pacientes por atender todos los días, actividades docentes y guardias extenuantes, el trabajo es mucho. La relación médico-paciente puede verse comprometida a causa de ello. Sin embargo, también es importante reconocer que, en muchas ocasiones, la gran diferencia en la atención médica brindada radica solo en la disposición y buena voluntad de los médicos. Sí, aún cuando existen suficientes motivos, circunstancias adversas, o saturación de la consulta médica, muchos médicos brindan un servicio extraordinario, profesional y con sentido humano. Por el contrario, también hay médicos titulares y residentes que, pese a tener circunstancias más afortunadas deciden asumir una actitud distante y poco profesional.

Las circunstancias que dejan al descubierto nuestra vulnerabilidad como seres humanos dan cuenta de la complejidad de las relaciones sociales entre individuos. Sin importar cuál sea nuestro origen social, cuánto dinero poseamos, qué profesión ejerzamos o cuáles sean nuestros quehaceres cotidianos, el malestar o padecimiento de una enfermedad grave nos recuerda (o debería) que nuestros cuerpos pueden ser capaces de sobreponerse con arrojo y fortaleza, pero también sucede que esos cuerpos son una posesión temporal que enferma, envejece, se debilita, y un día finalmente morirá.

Todo viaje es movimiento. El mío lo emprendí hace cuatro años, y supuso modificar una parte importante de mi vida: establecí rutinas, modifiqué hábitos, adquirí otros, y hoy ignoro menos que cuando inicié. Culmino y coincido con Margo Glantz: habré de transfigurarme.

Lo importante no es vivir hacia el futuro, ni nostálgico del pasado, sino vivir intensamente en este instante, porque este instante es los tres tiempos, y en este instante está nuestra ración de eternidad.
Octavio Paz.

ANEXOS

Anexo 1. Guion Entrevista Residentes

Demográficas

Edad:

Especialidad:

Año de curso:

Lugar donde realizó estudios de licenciatura:

1. ¿Por qué decidiste ser médico?
2. ¿Por qué elegiste esta especialidad?
3. ¿Cómo te enteraste de esta especialidad?
4. ¿Qué cualidades debe tener un residente de tu especialidad? ¿por qué?
5. ¿Recuerdas la primera muerte a la que te enfrentaste, fuera del ámbito médico y profesional?
6. ¿Recuerdas la muerte de tu primer paciente o del primer paciente, aunque no fuera *tuyo*?
7. ¿Cómo enfrentas las situaciones de muerte en tu trabajo cotidiano?
8. ¿Qué haces cuando los familiares del paciente no desean que sepa su diagnóstico?
9. ¿Qué es para ti la muerte de un paciente?
10. ¿Consideras estar preparado para la muerte de los pacientes? ¿por qué?
11. ¿Cómo se comunica al paciente un diagnóstico oncológico?
12. ¿Cuáles son las reacciones más frecuentes de los pacientes al saber un diagnóstico de cáncer?
13. ¿Cuáles son las dificultades a las que te has enfrentado en el trato con pacientes oncológicos?
14. ¿Cuáles dirías que son las necesidades de un paciente próximo a morir?
15. ¿Por qué se canaliza a un paciente con el tanatólogo o psicooncólogo? ¿cuál es su trabajo con los pacientes? ¿de qué manera les ayuda remitirlos allí?
16. Además del tratamiento propiamente médico, ¿qué consideras que ayuda a los pacientes a sobrellevar su enfermedad?
17. Sabiendo de antemano que la mayoría de tus pacientes van a morir ¿qué tipo de relación es mejor establecer con ellos?
18. ¿Qué opciones se brindan a los pacientes cuando los tratamientos médicos ya no son útiles?
19. Si tuvieras un diagnóstico oncológico o de cercanía con la muerte, ¿qué tipo de atención te gustaría recibir y dónde?
20. ¿Cuál es el procedimiento habitual en tu servicio cuando ocurre la muerte de un paciente?
21. ¿Quién realiza este procedimiento?
22. ¿Consideras que se requiera algún entrenamiento especial para afrontar la muerte de los pacientes? Por ejemplo, para comunicarla a los familiares.
23. Durante tu estancia en la residencia: ¿has recibido de tus profesores algún tipo de herramienta, capacitación o entrenamiento para afrontar la muerte de los pacientes?
24. Respecto al trabajo con pacientes oncológicos, ¿has recurrido o necesitado en alguna ocasión de apoyo psicológico?
25. ¿Qué opinas sobre la afirmación: "los médicos son personas frías, lejanas con el paciente"?
26. ¿Te gustaría morir en un hospital? ¿por qué?
27. ¿Es la muerte un problema?

Anexo 2. Guion Entrevista Profesores

Demográficas

Edad:

Especialidad:

Años de experiencia:

Lugar donde realizó su especialidad:

1. ¿Por qué decidió ser médico?
2. ¿Por qué eligió su especialidad?
3. ¿Cómo comunica usted un diagnóstico oncológico al paciente?
4. ¿Cuáles son las reacciones más frecuentes de los pacientes al saber un diagnóstico de cáncer?
5. ¿Por qué se canaliza un paciente al tanatólogo o al psicooncólogo? ¿cuál es su trabajo con los pacientes? ¿de qué manera les ayuda remitirlos allí?
6. ¿Usted recibió algún tipo de entrenamiento para comunicar noticias difíciles o para afrontar la muerte de los pacientes?
7. Si ud. tuviera un diagnóstico oncológico o de cercanía con la muerte, ¿qué tipo de atención le gustaría recibir y dónde?
8. Durante el transcurso de la enfermedad, ¿qué cambios emocionales percibe usted en los pacientes?
9. ¿Cuáles son las dificultades a las que los residentes se enfrentan regularmente en el trato con los pacientes oncológicos?
10. ¿Qué cualidades debe tener un residente de su especialidad?
11. ¿Los residentes logran habituarse a la muerte de los pacientes? Sí, ¿cómo?; No ¿por qué?
12. ¿cuáles diría que son las necesidades de un paciente próximo a morir?
13. ¿Cuáles son las dificultades más frecuentes a las que se enfrentan sus pacientes, qué le dicen en la consulta? ¿qué le dice la familia?
14. ¿Cuál es la importancia de la familia para el paciente oncológico?
15. ¿Qué opciones se brindan a los pacientes cuando los tratamientos médicos ya no son útiles?
16. ¿Qué significa para usted la muerte de un paciente?
17. Además del tratamiento propiamente médico, ¿qué considera ud. que ayuda a los pacientes a sobrellevar su enfermedad?
18. Sabiendo de antemano que la mayoría de sus pacientes van a morir ¿qué tipo de relación es mejor establecer con ellos?
19. ¿Cuál es el procedimiento habitual cuando ocurre la muerte de un paciente?
20. ¿Cómo aprenden los residentes dicho procedimiento?, ¿se les enseña explícitamente o lo adquieren en la práctica cotidiana?
21. ¿Considera que se requiere algún entrenamiento especial para afrontar la muerte de los pacientes? Por ejemplo, para comunicarla a los familiares.
22. Respecto al trabajo con pacientes oncológicos, ¿usted ha recurrido o necesitado en alguna ocasión de apoyo psicológico?
23. En su experiencia como profesor, ¿de qué manera les afecta a los residentes la muerte de los pacientes?
24. ¿Qué medidas o acciones se llevan a cabo cuando a un residente se le percibe afectado por la muerte de un paciente?
25. ¿Qué opina sobre la afirmación: "los médicos son personas frías, lejanas con el paciente"?
26. ¿Le gustaría morir en un hospital? ¿por qué?
27. ¿Es la muerte un problema

Bibliografía

- Aderman, D., & Berkowitz, L. (1983). Self-concern and the unwillingness to be helpful. *Social Psychology Quarterly*, 293-301.
- Aguayo, H. B. (2010). Las prácticas escolares. Una propuesta desde la perspectiva cualitativa. En J. M. Piña Osorio, *El cristal con que se mira* (pág. 145). México: Díaz de Santos.
- Aguilar, L. A. (2003). Conversar para aprender. Gadamer y la educación. *Revista Electrónica Sinéctica*, 11-18.
- Álvarez del Río, A., Torruco-García, U., Morales-Castillo, J. D., & Varela-Ruiz, M. (2015). Aprender sobre la muerte desde el pregrado: Evaluación de una intervención educativa. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 630-670.
- American Educational Research Association. National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Araujo Lobo, A. J. (2015). Cameralismo: un antecedente más en la evolución de la administración como ciencia. *Visión Gerencial*, 165-180.
- Arellano, D. (1998). *Case Studies Methodology in Social Sciences. Elemental Bases*. México: CIDE.
- Aréchiga Urtuzuástegui, H. R. (2000). El Plan Único de Especializaciones Médicas de la Facultad de Medicina. *Revista de la Facultad de Medicina, UNAM*, 19-23.
- Ariès, P. (2016). *Morir en Occidente*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo.
- Arocha, J. G. (2015). La interrogante por la muerte en el pensamiento contemporáneo. Prolegómenos para una recomposición ética. *Revista de Filosofía y Cotidianidad*, 1-1: 1-13.
- Arrubarrena Aragón, V. M. (2011). La relación médico-paciente. *Cirujano General*, S122-S125.
- Arzaluz Solano, S. (2005). La utilización del estudio de caso en el análisis local. *Región y sociedad*.
- Baeza Bacab, M. A. (2016). Orígenes de la Pediatría Institucional: el Hospital de Maternidad e Infancia de la Ciudad de México en el siglo XIX. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 70-78.
- Barbado-Hernández, F. (2007). Medicina y literatura en la formación del residente de medicina interna. *Anales de Medicina Interna*, 195-200.
- Barrow, M. (1965). The house officer as a medical educator. *Medical Education*, 712-714.
- Barrow, M. (1965). The house officer as a medical educator. *J Med Educ*, 712-714.

- Basch, M. (1983). Empathic understanding: A review of the concept and some theoretical considerations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 101-126.
- Becker, H. (1979). Observación y estudios de casos sociales. En D. Sills, *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales* (pág. 384). Madrid: Aguilar.
- Beauchamp, T. &. (1999). *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona: Masson.
- Bergua, A. (2006). El uso pionero de la mostaza nitrogenada por Emilio Roda Pérez en el tratamiento de las uveítis idiopáticas. *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología*.
- Bing-You, R., & Harvey, B. (1991). Factors related to resident's desire and ability to teach in the clinical setting. *Teach Learn Med*, 95-100.
- Bogdan, S. T. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.
- Borges, N. J., & Savickas, M. (2002). Personality and medical specialty choice: a literature review and integration. *J Car Ass*, 362-380.
- Borges, N., & Osmon, W. (2001). Personality and medical specialty choice: technique orientation versus people orientation. *J Vocat Behav*, 22-35.
- Borges, N., Manuel, R. D., Fedyna, D., & Jones, B. (2009). Influences on specialty choice for students entering person-oriented and technique-oriented specialties. *Medical Teacher*, 1086-1088.
- Bourdieu, P. (1990). *Sociología y cultura*. México: CONACULTA.
- Branz, F., Dabbah, P., & Nancy, V. (2014). Reorganización de los servicios de salud. En S. Laspiur, *Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles* (págs. 36-53). Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Brown, R. (1970). House staff attitudes toward teaching. *Medical Education*, 156-159.
- Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it so difficult? *Br Med J*, 1597-1599.
- Cabrera Macías, Y., López González, E. J., & Arredondo Aldama, B. d. (2017). La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. *Finlay*, 115-127.
- Calderón Carrillo, D. (2015). Los niños como sujetos sociales. Notas sobre la antropología de la infancia. *Nueva Antropología*, 125-140.
- Callen, K., & Roberts, J. (1980). Psychiatric residents' attitudes toward teaching. *Am J Psychiatric*, 1104-1106.
- Callen, K., & Roberts, J. (1980). Psychiatric residents' attitudes toward teaching. *American Journal of Psychiatry*, 1104-1106.
- Camacho Servín, F. (7 de Noviembre de 2017). El cyberknife, arma de la radioterapia contra tumores y células cancerosas. *La Jornada*. Obtenido de PENDIENTE CON INTERNET
- Camhaji, E. (7 de Octubre de 2019). El cuello de botella que estrangula la carrera médica en México. *El País*, pág. En línea.

- Cañete Villafranca, R., & Guilhem, D. &. (2013). Paternalismo médico. *Revista Médica Electrónica*, 144-152.
- Casas Aznar, F. (1998). *Infancia: perspectivas psicosociales*. Buenos Aires: Paidós.
- Chan, T., Wallner, C., Swoboda, T., Leone, K., & C, K. (2012). Assessing interpersonal and communication skills in emergency medicine. *Acad Emerg Med*, 1390-1402.
- Clark, K. (1980). Empathy-a neglected topic in psychological research. *American Psychologist*, 187-190.
- Coll, C. S. (1989). Aprendizaje significativo y ayuda pedagógica. *Reforma y Curriculum*, 78-81.
- Colegio de Medicina Interna de México*. (25 de Enero de 2018). Obtenido de Historia reciente de la medicina interna en México:
<http://www.cmim.org/historiami/index.php>
- Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas*. (2020). Obtenido de CONACEM: <https://conacem.org.mx/>
- Compayre, G. (1920). *Curso de Pedagogía*. México: Librería de la Vda. de Ch. Bouret.
- CNDH, I. A. (2018). *Comisión Nacional de los Derechos Humanos*. Obtenido de http://informe.cndh.org.mx/uploads/principal/2018/IA_2018.pdf
- Coordinación del Servicio Social. (12 de Septiembre de 2019). *Facultad de Medicina, UNAM*. Obtenido de Secretaría de Enseñanza Clínica, Internado Médico y Servicio Social.:
<http://seciss.facmed.unam.mx/index.php/coordinacion-de-servicio-social/>
- Corominas, J. (1954). *Diccionario crítico etimológico de la lengua castellana*. Madrid: Gredos.
- Corro, S. (1985). A los 22 años murió el Centro Médico más avanzado de América Latina. *Proceso*, En línea.
- Cossio Moreno, J. A. (2018). Tradiciones o culturas pedagógicas: del contexto europeo y norteamericano al conocimiento pedagógico latinoamericano. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 1-23.
- Costas, C. (25 de julio de 2008). *Suprematismo*. Obtenido de Historial de diseño: <https://historialdedisenio.wordpress.com/2008/07/25/suprematismo/>
- Chan, T., Wallner, C., Swoboda, T., Leone, K., & C, K. (2012). Assessing interpersonal and communication skills in emergency medicine. *Acad Emerg Med*, 1390-1402.
- División de Estudios de Posgrado*. (2018). Obtenido de Facultad de Medicina, UNAM: <http://www.fmposgrado.unam.mx/profesores/guia2018-19.pdf>
- División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM*. (2008). Obtenido de Programa Pediatría.

- División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM.* (2008). Obtenido de Programa Radiooncología: <http://www.fmposgrado.unam.mx/>
- División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM.* (2008). Recuperado el Febrero de 2018, de Programa Oncología: <http://www.fmposgrado.unam.mx/>
- Dolci, G. E. (2017). *Informe Anual, 2017*. México: Facultad de Medicina, UNAM.
- Duffy, T. (2011). The Flexner Report-100 years later. *The Yale journal of biology and medicine*, 269-276.
- El Universal.* (2020). Obtenido de <https://www.eluniversal.com.mx/mundo/hospitalizan-frances-que-queria-transmitir-su-muerte-en-facebook>
- Elias, N. (1987). *El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Español, C. (2020). *CNN*. Obtenido de <https://cnnespanol.cnn.com/2020/09/06/la-muerte-deberia-ser-democratica-frances-con-una-enfermedad-terminal-planea-transmitir-en-vivo-sus-ultimos-dias/>
- Evolución Histórica. Facultad de Medicina, UNAM.* (2018). Obtenido de <http://www.facmed.unam.mx/fm/historia/evolucion>
- Facultad de Medicina, UNAM.* (2004). Obtenido de Seminario. Ejercicio actual de la Medicina. "Apología de la inmoralidad": http://www.facmed.unam.mx/sms/Seam2k1/2004/ponencia_ene_2k4.htm
- Facultad de Medicina, UNAM.* (2017). Obtenido de Seminario. El ejercicio actual de la Medicina. ¿Ética o Bioética?: http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/libro_pdf.html
- Fajardo-Ortiz, G. (2015). Cuatro etapas en la historia del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 657-663.
- Fernández Mosquera, L. (2019). "Luce López Baralt: se puede ser agnóstico y tener una experiencia mística". *Filosofía&co* Obtenido de: <https://www.filco.es/luce-lopez-baralt-agnostico-experiencia-mistica/>
- Flores-Maldonado, V., Zúñiga Oseguera, V., Gutierrez Samperio, C., Frati Munari, A., Ledezma Ramírez, M., & Pérez Tamayo, L. (1985). Estudio de la personalidad de tres grupos de médicos residentes (anestesiología, cirugía general y medicina interna), a través del inventario de Douglas N. Jackson. *Rev. mex. anestesiol*, 99-103.
- Forest-Streit, U. (1982). Differences in empathy: A preliminary analysis. *Journal Medical Education*, 65-67.
- Foucault, M. (2012). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI.

- Fuentes, M. L. (2018). *Las muertes que no deben ser. Natalidad y mortalidad en México*. México: FCE; UNAM; PUED.
- Galván, M. (04 de 02 de 2019). *Negligencias médicas y otras faltas ponen al IMSS bajo la lupa de la CNDH*. Obtenido de Expansión-Política: <https://politica.expansion.mx/mexico/2019/02/04/negligencias-medicas-y-otras-faltas-ponen-al-imss-bajo-la-lupa-de-la-cndh>
- Gabilondo, Á. (2003). *Mortal de necesidad*. Madrid: Abada Editores.
- Gadamer, H. G. (1996). *Verdad y Método I*. Salamanca: Sígueme.
- Gadamer, H. G. (2000). *Educación es educarse*. Barcelona.: Paidós.
- García Garza, R. (20 de 09 de 2015). Septiembre del 85, postales del Centro Médico. *Crónica*.
- García-Ávila Celene, S.-C. L. (2014.). Octavio Paz: traducción y relaciones literarias. *La Colmena*, 9-18.
- García-Gallo, A. y. (1973). *Libro de las Bulas y Pragmáticas de los Reyes Católicos*. Madrid, España: Instituto de España.
- Gershon, R., Stone, P., & al., e. (2004). Measurement of Organizational Culture and Climate in Healthcare. *JONA*, 33-40.
- Gianella Gonzalo, E. (2017). La educación médica para una muerte digna. *Acta Médica Peruana*, 165-167.
- Gil, J.A., Rivera, M. (2015). Remedios Varo. El hilo invisible. Mexico: Siglo XXI.
- Glaser, B. y. (1967.). *The Discovery of Grounded Theory . Strategies for Qualitative Research*. Chicago.: Aldine Publishing Company.
- Glantz, M., López Cámara A. (2012). *Coronada de Moscas*. México: Siglo Veintiuno.
- Goldstein, A., & Goedhart, A. (1973). The use of structured learning for empathy enhancement in paraprofessional psychoterapists. *Journal Community Psychology*, 168-173.
- González, J. A. (9 de octubre de 2016). La vida propia y crucial del color negro en la historia de la pintura. *20 minutos*.
- Goode, W. y. (1976). *Métodos de investigación social*. México: Trillas.
- Gual, A., Palés-Argullós, J., Nolla-Domenjó, M., & Oriol-Bosch, A. (2011). Proceso de Bolonia (III). Educación en valores: profesionalismo. *Educación Médica*, 73-81.
- Guerrero Orozco, O. (1985). Las Ciencias Camerales. *Revista Ensayos*, 12-20.
- Gutiérrez-Cirlos Madrid, C. A. (2017). Factores relacionados con la elección de una especialidad médica. *Investigación en Educación Médica*, 206-214.
- Gutiérrez, S. (2007). Relación médico-paciente. En L. Cote Estrada, & D. Olvera Pérez, *Cirugía en el paciente geriátrico* (págs. 707-713). México, D.F.: Alfil.
- Hamui Sutton, L. (2011). Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social. *Cuicuilco*, 51-70.

- Hamui Sutton, A. (2014). *Un Modelo de Evaluación Curricular Cualitativa*. Ciudad Universitaria: Facultad de Medicina, UNAM; Diaz de Santos.
- Hamui Sutton, A., Lavallo-Montalvo, C., Díaz-Villanueva, A., Gómez-Lamont, D., Carrasco-Rojas, J., & Vilar-Puig, P. (2013). Las actividades docentes de los profesores clínicos del PUEM desde la perspectiva de sus residentes. *Revista de la Facultad de Medicina*, 26-42.
- Hamui Sutton, A., Varela Ruiz, M., González Quintanilla, E., Morales-Castillo, J., & Uribe, G. (2014). *Evaluación cualitativa de la evaluación clínica. Plan de Estudios 2010, Fase 2: Quinto, Sexto y Séptimo semestres*. Distrito Federal: Inédito.
- Hamui Sutton, A., Varela Ruiz, M., González Quintanilla, E., Vives Varela, T., Uribe Martínez, G., & Morales-Castillo, J. (2016). Gestión académica de los ciclos clínicos. Relaciones y tensiones entre la universidad y el hospital. *Investigación en Educación Médica*, 67-74.
- Hamui-Sutton, A., Vives-Varela, T., Gutiérrez-Barreto, S., Castro-Ramírez, S., Lavallo-Montalvo, C., & Sánchez-Mendiola, M. (2014). Cultura organizacional y clima: el aprendizaje situado en las residencias médicas. *Investigación en Educación Médica*, 74-84.
- Hart, R., & Ahrens, W. (1998). Coping with pediatric death in the ED by learning from parental experience. *Am J Emerg Med*, 67-68.
- Heller, E. (2010). *Psicología del color. Cómo actúan los colores sobre los sentimientos y la razón*. Gustavo Gili.
- Hentig, H. v. (1996). *Bildung: Ein Essay*. Munich: Hanser.
- Hernández, M. R. (s.f.). *Colegio de Medicina Interna de México*. Obtenido de Historia reciente de la medicina interna en México: <http://www.cmim.org/historiami/index.php>
- Horlacher, R. (2014.). ¿Qué es Bildung? El eterno atractivo de un concepto difuso en la teoría de la educación alemana. *Pensamiento Educativo. Revista de Investigación Educativa Latinoamericana*, 35-45.
- Hospital Infantil de México "Federico Gómez". (2015). Obtenido de Historia del Hospital Infantil: <http://hospitalinfantildemexicofedericogomez.mx/historia/>
- Hubert, R. (1952). *Tratado de Pedagogía General*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Informe Anual de Actividades de la CONAMED 2019*. (2019). Obtenido de Gobierno de México. Secretaría de Salud: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/560424/InformeAnualDeActividadesCONAMED_2019_29_06_20.pdf
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2004). Manual de Organización de las Unidades Médicas de Alta Especialidad. *Documento IMSS*. Distrito Federal, México: Instituto Mexicano del Seguro Social.

- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2018). *Instituto Mexicano del Seguro Social*. Obtenido de Dirección de Prestaciones Médicas: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/profesionalesSalud/investigacionSalud/normatividadInst/manualmetodologico2018.pdf>
- Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU. (2018). *Instituto Nacional del Cáncer*. Recuperado el Febrero de 2018, de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/neoplasia>
- Irving, P. . (2004). Empathy: Towards a conceptual framework for health professionals. *International Journal for Quality in Health Care* , 212-220.
- Iser, W. (1978). *The act of reading: A theory of aesthetic response*. Baltimore: Johns Hopkins University.
- Jaspers, K. (1958). *Filosofía. Vol. 2*. Madrid: Revista de Occidente.
- Jiménez, M. A. (2012). *Investigación Educativa. Huellas Metodológicas*. Ciudad de México: Juan Pablos Editor.
- Johansson K, P. (2012). La muerte en la cosmovisión náhuatl prehispánica. Consideraciones heurísticas y epistemológicas. *Cultura Náhuatl*, 47-93.
- Johansson K, P. (2016). Vejez, muerte y renacer de Ce Ácatl Topiltzin Quetzalcóatl. *Arqueología Mexicana*, 16-25.
- Johansson, P. (1997). La fecundación del hombre en el Mictlan y el origen de la vida breve. *Estudios de Cultura Náhuatl*, 68-88.
- Klafki, W. (1987). La importancia de las teorías clásicas de la educación para una concepción de la educación general hoy. *Revista de Educación*, 40-65.
- Klafki, W. (2000). The significance of Classical Theories of Bildung for a Contemporary Concept of Allgemeinbildung. En I. Westbury, S. Hopmann, & K. Riquarts, *Teaching as a reflective practice. The German Didaktik Tradition* (págs. 85-107). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Kübler-Ross, E. (2014). *La rueda de la vida*. México: Vergara.
- Küng, H. (2016). *Una muerte feliz*. Madrid: Trotta.
- Kirk, W., & Thomas, A. (1982). A brief in-service training strategy to increase levels of empathy of psychiatric nursing personnel. *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation*, 177-179.
- Kraus, A. (29 de 12 de 2017). Propiedad sobre el cuerpo y la muerte. (Y. Weiss, Entrevistador)
- LaCombe, M. (1993). What is Internal Medicine? *Annals of Internal Medicine*, 3845-388.
- Landa-Ramírez, E., López-Gómez, A., Jiménez-Escobar, I., & Sánchez-Sosa, J. J. (2017). Comunicación de malas noticias en urgencias médicas: recomendaciones y retos futuros. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 736-47.
- Lave, J., & Wenger, E. (2003). *Aprendizaje situado: participación periférica legítima*. México: UNAM.

- Lefevere, A. (1992). *Translating Literature: Practice and Theory in a Comparative Literature Context*. Nueva York: Modern Language Association of America.
- Lempp, H., & Seale, C. (2004). The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical student's perceptions of teaching. *BMJ*, 770-773.
- Letelier S., L. M., Valdivieso D., A., Gazitúa P., R., Echávarri V., S., & Armas M., R. (2011). Definición actual de la medicina interna y el internista. *Revista médica de Chile*, 1081-1088.
- Lifshitz, A. (2003). La relación médico-paciente en una sociedad en transformación. *Acta Médica. Grupo Ángeles*, 59-66.
- Lifshitz, A. (2019). *Lo interno de la Medicina (Interna)*. Ciudad de México: Plabras y Plumas.
- Lindon, A. (1999). Narrativas autobiográficas, memoria y mitos: una aproximación a la acción social. *Economía, Sociedad y Territorio*, 295-310.
- López Torrecilla, J. (2001). Situación de la braquiterapia en España. Análisis de complejidad y tiempos de preparación y tratamiento. *Revista de Oncología*.
- Lorenzo Rodríguez, A. M. (1992). *John Locke. La conducta del entendimiento y otros ensayos póstumos*. Barcelona: Anthropos; Ministerio de Educación y Ciencia.
- Maanen, J. V., & Barley, R. (1985). Cultural Organization: Fragments of a Theory. En M. LF, L. MR, L. CC, & M. J, *Organizational Culture* (págs. 31-53). Beverly Hills, CA: Sage.
- Maeterlinck, M. (1957). *La muerte*. Mexico, D.F.: Andrés Botos e Hijo.
- Mantegazza, R. (2006). *La muerte sin máscara*. Barcelona: Herder.
- Marcus, E. (1999). Empathy, humanism, and the professionalism of medical education. *Academic Medicine*, 1211-1215.
- Martinez Caraso, P. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, 165-193.
- Martínez Cortés, F. (s.f.). *La Medicina Científica y Siglo XIX mexicano*. Obtenido de <http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen1/ciencia2/45/html/medicina.htm>
- Martínez Cortés, F. (1983). Del Establecimiento de Ciencias Médicas a la Escuela Nacional de Medicina, 1833-1956. En F. Martínez Cortés, *El Palacio de la Escuela de Medicina*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Martínez García, C. (30 de octubre de 2013). Hans Küng, el teólogo incómodo. *La Jornada. En línea*.
- Maxwell, J. (1996.). *Qualitative Research Design. An Interactive Approach*. California.: Stage.

- Médicos, M. M. (2018). *Instituto Mexicano del Seguro Social*. Obtenido de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/profesionalesSalud/investigacionSalud/normatividadInst/manualmetodologico2018.pdf>
- Méndez-López, J. F., Mendoza-Espinosa, H., Torruco-García, U., & Sánchez-Mendiola, M. (2013). El médico residente como educador. *Investigación en Educación Médica*, 154-161.
- Méndez-López, J., Mendoza-Espinosa, H., Torruco-García, U., & Sánchez-Mendiola, M. (2013). El médico residente como educador. *Investigación en Educación Médica*, 154-161.
- Merckaert, I., Liénard, A., Libert, Y., Bragard, I., Delvaux, N., Etienne, A.-M., & al., e. (2013). Is it possible to improve the breaking bad news skills of residents when a relative is present? A randomize study. *Br. J. Cancer*, 2507-2514.
- Morales Castillo, J. D., & Varela, M. (2014). El debate en torno al concepto de competencias. *Investigación en Educación Médica*, 36-41.
- Moreto, G., González Blasco, P., & Agustina, P. (2018). Reflexiones sobre la deshumanización de la educación médica: empatía, emociones y posibles recursos pedagógicos para la educación afectiva del estudiante de medicina. *Educación Médica*, 172-177.
- Morris, D. (1972). *El mono desnudo*. Barcelona: Plaza & Janes.
- Mukherjee, S. (2017, 2a. reimp.). *El emperador de todos los males. Una biografía del cáncer*. Ciudad de México: Penguin Random House.
- Murakami, H. (2014). *Underground*. Barcelona: Tusquets.
- Murillo-Godínez, G. (2013). Algunos comentarios sobre la Historia de la Medicina Interna en México y en el mundo. *Medicina Interna de México*, 622-624.
- Najmanovich, D. (2016). *El mito de la objetividad*. Buenos Aires: Biblos.
- Nazareno Bravo, J. (2005). Costumbre y tradición: la cultura popular entre la rebeldía y el conservadurismo. *Realidad*, 481-504.
- Neiman, G. y. (2006.). Los estudios de caso en la investigación sociológica. . En V. c. De Gialdino, *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona.: Gedisa.
- Noguera Ramírez, C. E. (2011). *Una genealogía del Vocabulario Pedagógico Moderno*. Colombia: Universidad Pedagógica Nacional-Tesis.
- Osterath, B. (20 de 08 de 2015). *Deutsche Welle*. Obtenido de DW Made for minds: <https://www.dw.com/es/paul-ehrllich-padre-de-la-quimioterapia/a-18663100>
- Plan Único de Especializaciones Médicas, U. (15 de febrero de 2017 de 2011). *División de Estudios de Posgrado*. Obtenido de <http://www.fmposgrado.unam.mx/>
- Platt, J. (1992). Case study in American methodological throught. *Current Sociology*.

- Pública, I. N. (2017). *Brechas en la disponibilidad de médicos y enfermeras especialistas en el sistema nacional de salud*. Ciudad de México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Páramo, A. (17 de septiembre de 2015). Sismo 85: definen cifra de muertes. *Excelsior*, pág. En línea. Obtenido de <https://www.excelsior.com.mx/comunidad/2015/09/17/1046211>
- Páramo, A. (17 de 09 de 2015). Sismo 85: definen cifra de muertes. *Excelsior*.
- Parkinson de Saz, S. M. (1984). *Centro Virtual Cervantes. Instituto Cervantes*. Obtenido de Boletín de la Asociación Europea de Profesores de Español: https://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/aepe/boletin_31_16_84.htm
- Paz, O. (1956). *El Arco y la Lira*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Paz, O. (1975). *Pasado en Claro*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Peña-Viveros, R., Rodríguez-Moctezuma, J. R., & López-Carmona, J. M. (2004). Factores asociados a la gestión de quejas contra médicos que laboran en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México*, 210-215.
- Pérez Oliva, M. (23 de 10 de 2008). Una espera angustiada para el enfermo de cáncer. *El País*.
- Pérez Tamayo, R. (2019). *Seminario "El Ejercicio Actual de la Medicina"*. Obtenido de http://www.medicinaysalud.unam.mx/seam2k1/2002/ponencia_ago_2k2.html
- Pérez, G., Porta, M., Borrell, C., Casamitjana, M., Bonfill, X., Bolibar, I., . . . Group, I. S. (2008). Interval from diagnosis to treatment onset for six major cancers in Catalonia, Spain. *Cancer detection and prevention*, 267-275.
- Piaget, J. (1977). *Biología y conocimiento*. Siglo XXI Editores.
- Pinzón, C. E. (2008). Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica. *Acta Médica Colombiana*, 33-41.
- Prats, J. (2012). El estudio de una caso único como modelo. *Novedades Educativas*.
- Profesionalismo médico en el nuevo milenio: Un estatuto para el ejercicio de la medicina. (2003). *Revista médica de Chile*. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000400016>
- Ptacek, J., & Eberhardt, T. (1996). Breaking bad news. A re-view of the literature. *JAMA*, 496-502.
- Ramos, M., Esteva, M., Cabeza, E., Llobera, J., & Ruiz, A. (2008). Lack of association between diagnostic and therapeutic delay and stage of colorectal cancer. *European Journal of Cancer*, 510-521.
- Redacción Proceso. (28 de 09 de 1985). A los 22 años murió el Centro Médico más avanzado de América Latina. *Proceso*.

- Regan-Smith, M. (1999). Commentary on Flexner's impact-then and now. A profound effect on medical education, research, practice. *Pharos*, 31.
- Renna, J. H.-H. (2004). Tecnologías de la información y la comunicación aplicadas a la educación médica continua. *Gaceta Médica de México*, 71-76.
- Reyes Carmona, C., Monterrosas Rojas, A. M., Navarrete Martínez, A., & Flores Morones, F. (2015). Caracterización por promedio de los grupos de internado de la Facultad de Medicina de la UNAM. *Investigación en Educación Médica*, 10-15.
- Rivero Serrano, O. (2000). La relación médico-paciente en la actualidad. En O. Rivero Serrano, & M. Tanimoto, *El ejercicio actual de la medicina* (págs. 32-28). México, D.F.: Siglo Veintiuno.
- Robert M., V., Álvarez O., C., & Fernanda, V. B. (2013). Psicooncología: un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 677-684.
- Rousseau, D. (2011). Organizational Climate and Culture. En M. Stellman, *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety*. International Labor Organization.
- Ruiz, G. (2013). La teoría de la experiencia de John Dewey. *Foro de Educación*, 103-124.
- Runge Peña, A. K. (2011). Educabilidad, formación y antropología pedagógica: repensar la educabilidad a la luz de la tradición pedagógica alemana. *Universidad de San Buenaventura*, 13-25.
- Runge Peña, A. K., & Muñoz Gaviria, D. A. (2012). Pedagogía y Praxis (Práctica) educativa o educación. De nuevo: una diferencia necesaria. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, 75-96.
- Schlüter, A. &. (2009). *Bildung? 26 Thesen zur Bildung als Herausforderung im 21. Jahrhundert*. Berlin: Berlin Verlag.
- S. Pellejero, S. y. (2009). Descripción de equipos de última generación en radioterapia externa. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*.
- Sánchez Mendiola, M., Graue-Wiechers, E., Ruiz-Pérez, L., & al., e. (2010). The resident-as-Teacher educational challenge: A needs assessment survey at the National Autonomous University of Mexico Faculty of Medicine. *BMC Medical Education*, 10-17.
- Sabines, J. (2012). *Algo sobre la muerte del mayor Sabines/Mal Tiempo/Otros poemas sueltos*. México, D.F.: Joaquín Mortiz/Planeta.
- Samuels, A. (2006). The clinical duty of care: is it enough that the doctor did what all or many of the other doctors do? *Med Sci Law*, 76-80.
- Secretaría de Salud. (8 de diciembre de 2016 de 2013). *Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud*. Obtenido de <http://www.cifrhs.salud.gob.mx/>

- Secretaría de Salud, S. d. (2019). *Reportes Académicos. Médicos inscritos, sustentantes, seleccionados y resultados por Escuela o Facultad de Medicina, 2019*. Ciudad de México: SSA, SEP, CIFRHS.
- Seibert, S., & Kraimer, M. (2001). The five-factor model of personality and career success. *J Vocat Behav*, 1-21.
- Shoenberg, J., Yeghiazarian, S., Rios, C., & Henderson, S. (2013). Death notification in the emergency department: survivors and physicians. *West J Emerg Med*, 181-185.
- Smith-Cumberland, T. (2006). The evaluation of two death education programs for EMTs using the theory of planned behavior. *Death Stud*, 637-647.
- Soler, W., Gómez Muñoz, M., Bragulat, E., & Álvarez, A. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra.*, 55-68.
- Solórzano Santos, F. y. (2012). Quincuagésimo aniversario del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*.
- Taber, B. J., Hartung, P., & Borges, N. (2011). Personality and values as predictors of medical specialty choice. *J Vocat Behav*, 202-209.
- Taylor, S., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.
- Tenorth, H. E. (2008). Bildungstheorie angesichts von Basiskompetenze: Über die Ignoranz gegenüber dem Selbstverständlichen im Prozess des Aufwachsens. *Zeitschrift für Pädagogische Historiographie*, 26-30.
- Thomas, Louis-Vincent. (2017). *Antropología de la muerte*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Torres-Arreola, L. y. (2007). Cáncer de mama. Detección oportuna en el primer nivel de atención . *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 157-166.
- Turner, R. (1953). The quest for universals in sociological research. *American Sociological Review.*, 604-611.
- Unión, C. d. (s.f.). *Cámara de Diputados LIX Legislatura*. Obtenido de Nuestro Siglo- De la Reforma de 1986 a la modernización del proceso electoral: http://www.diputados.gob.mx/museo/s_nues12.htm
- Varela Huerta, I. (26 de Diciembre de 2011). Acompañantes de pacientes son recibidos en tres albergues. *La Jornada* , pág. en línea.
- Verne, J. El soberbio Orinoco. (1960). Barcelona: Molino.
- Villanueva Lozano, M. (2019). *Somos médicos, no dioses. Una etnografía de la deshumanización de la medicina*. Ciudad de México: Tesis Doctoral. UNAM, Posgrado en Filosofía de la Ciencia.

- Vives Varela, T., & Alicia, H. S. (2019). Concepciones de pedagogía y medicina en la construcción de la identidad profesional docente. *Investigación en Educación Médica*, 76-84.
- Welle, D. (2020). *Deutsche Welle. Made for minds*. Obtenido de <https://www.dw.com/es/hombre-con-enfermedad-incurable-se-dejar%C3%A1-morir-en-directo/a-54812823>
- Weinert, F. E. (2001). *Concept of competence: A conceptual clarification*. En D.S. Rychen, & L.H. Salganik (Ed.), *Defining and selecting key competencies*. Seattle, WA: Hogrefe & Huber.
- Wences, L. (2019). Diagnóstico del Perfil de Ingreso a la Licenciatura de Médico Cirujano. *Gaceta. Facultad de Medicina, UNAM*, En línea.
- Westermann-Binnewies, A. (2004). *Zeit und Macht im Krankenhaus: Eine organisationspsychologische Studie in Krankenhäusern der Basis-und Regelversorgung*. Berlín: Uni-Edition.
- Woloschuck, W., & Harasym, P. T. (2004). Attitude change during medical school: A cohort study. *Medical Education*, 522-534.
- Yin, R. (1994). *Case Study Research. Design and Methods*. (2a. ed.). California.: Sage.
- Zizek, S. (2014). *Acontecimiento*. Madrid: Sexto Piso.
- Zurroza-Estrada, A. D., Oviedo-Rodríguez, I. J., Ortega-Gómez, R., & González-Pérez, O. (2009). Relación entre rasgos de personalidad y el nivel de estrés en los médicos residentes. *Revista de Investigación Clínica*, 110-118.