

**Explorando la identidad profesional y las relaciones interprofesionales en Cirugía
Oral y Maxilofacial en Colombia**

Autor:

Natalia Ivonne Henao Moreno

Tutor:

Dr. John Alexander Vergel Guerrero

Título por el que opta:

Magíster en educación para profesionales de la salud

Facultad Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Facultad de Medicina

Pontificia Universidad Javeriana Bogotá

Colombia 2026

Tabla de Contenido

Tabla de Contenido	2
Tabla de Anexos	3
Resumen.....	4
Introducción	7
Marco Teórico.....	9
Metodología	13
Resultados.....	16
Discusión.....	39
Conclusiones.....	48
Referencias.....	50

Tabla de Anexos

Anexo A: Encuesta	57
Anexo B: Entrevista semiestructurada	61

Resumen

Introducción: La cirugía oral y maxilofacial (COMF) en Colombia, es una especialidad odontológica enfocada en el tratamiento de diversas condiciones del macizo craneomaxilofacial y de áreas afines que comparte con diversas disciplinas del área médica. Actualmente, existen pocos estudios que analicen cómo se ha construido la identidad profesional (IP) de los odontólogos-cirujanos orales y maxilofaciales (O-CxOMF) en entornos interprofesionales donde interactúan con especialistas del área médica y odontológica. Este estudio se propone explorar la construcción de la IP de los O-CxOMF en entornos interprofesionales, los desafíos interprofesionales que han enfrentado y realizar su análisis bajo una perspectiva crítica.

Métodos: Este estudio cualitativo, con enfoque crítico, incluyó a 20 participantes: 4 residentes y 16 especialistas O-CxOMF. La recolección de datos se llevó a cabo mediante 20 encuestas y entrevistas semiestructuradas realizadas a 5 de los participantes, considerando la diversidad de sus experiencias, niveles de formación y contextos laborales. El análisis de los datos combinó un enfoque descriptivo, basado en medidas de frecuencia, con un análisis temático utilizando en el software Quirkos®. Como estrategia de validez, se empleó la triangulación de fuentes.

Resultados: El estudio muestra que los O-CxOMF en Colombia poseen una IP sólida, construida a partir de su formación académica, experiencia clínica y colaboración interdisciplinaria, lo que refuerza su sentido de pertenencia, orgullo y compromiso profesional. No obstante, las relaciones interprofesionales se han visto influenciadas por competencias territoriales y jerárquicas, que han impactado su práctica y reconocimiento profesional como O-CxOMF. Algunos participantes mencionan haber experimentado estereotipos y prejuicios que

generan barreras laborales y académicas, aunque sin afectar de manera significativa su IP. El estudio propone estrategias para promover una mayor inclusión y reconocimiento, como la participación en comités, la formación interprofesional y el fortalecimiento de los programas académicos en odontología, destacando la necesidad de comprender la IP desde perspectivas individualizadas dada la diversidad de percepciones entre los profesionales.

Discusión: El presente estudio explora la IP y las relaciones interprofesionales de los O-CxOMF en Colombia, destacando una IP sólida, construida a partir de su formación académica dual, experiencia clínica y colaboración interdisciplinar. Aunque enfrentan desafíos relacionados con estereotipos, jerarquías tradicionales y falta de reconocimiento, los participantes también identifican su formación dual como una ventaja que refuerza su compromiso y capacidad para abordar necesidades complejas. Asimismo, se percibe un cambio positivo en la percepción de la especialidad, impulsado por su impacto en la salud general y la implementación de equipos interprofesionales. A pesar de sus limitaciones, este estudio proporciona información valiosa para fortalecer la IP, mejorar las relaciones interprofesionales y fomentar el desarrollo de la especialidad en beneficio de la atención en salud.

Conclusión: Los O-CxOMF en Colombia poseen una IP sólida, sin embargo, enfrentan tensiones interprofesionales y estereotipos derivados de jerarquías tradicionales y percepciones sobre el rigor académico de la odontología, lo que afecta su autoestima, satisfacción laboral y oportunidades profesionales. A pesar de estas barreras, se observa un cambio positivo en la percepción de la especialidad, impulsado por un mayor reconocimiento de su impacto en la salud general y la creciente integración en equipos interprofesionales. Este estudio destaca la necesidad de futuras investigaciones y políticas orientadas a reducir estereotipos, fomentar la educación

interprofesional y fortalecer el rol de los O-CxOMF, contribuyendo a una atención sanitaria más inclusiva y efectiva.

Palabras Claves: Identidad profesional en cirugía oral y maxilofacial, relaciones interprofesionales, construcción de la identidad profesional en salud, teoría crítica.

Keywords: Professional identity in oral and maxillofacial surgery, interprofessional education, construction of professional identity in health professionals, critical theory.

Introducción

En el contexto de la cirugía oral y maxilofacial (COMF), la identidad profesional (IP) desempeña un rol esencial al servir como referencia para las acciones, actitudes y comportamientos, así como para los conocimientos y habilidades, los valores, creencias y la ética esperados y requeridos de los cirujanos (Fitzgerald, 2020; Worthington et al., 2013). La IP no solo define el alcance de sus responsabilidades y competencias, sino que también abarca cómo los profesionales se perciben a sí mismos, cómo interactúan con otros y cómo son percibidos dentro y fuera de su esfera profesional (Fitzgerald, 2020). Por tanto, la IP implica una reflexión continua sobre la práctica individual y el rol del cirujano tanto en la comunidad profesional como en la sociedad. Según Tahim (2015), la IP no es solo un componente fundamental de la práctica quirúrgica de los odontólogos - cirujanos orales y maxilofaciales (O-CxOMF) pues proporciona un sentido de pertenencia dentro de la especialidad y un contexto para su desarrollo, sino que también permite la diferenciación frente a otros profesionales de la salud, estableciendo límites claros y enmarcando la profesión dentro de la sociedad.

La COMF se caracteriza por la diversa gama de procedimientos que incluyen el “diagnóstico y tratamiento clínico y quirúrgico de las lesiones traumáticas, congénitas, del desarrollo e iatrogénicas del complejo maxilofacial” (Rocha et al., 2008, p. 41). Esto la posiciona como una disciplina amplia y multifacética, con raíces tanto en la medicina como en la odontología, predominando esta última en Latinoamérica. Esta especialidad enfrenta una dualidad particular: mientras mantiene una fuerte asociación con la odontología, también se superpone con especialidades médicas tradicionales y más consolidadas y reconocidas como la neurocirugía, cirugía de cabeza y cuello, oftalmología, otorrinolaringología y la cirugía plástica

(Al-Muharraqi, 2020; Dalmao et al., 2021; Tahim, 2015). Esta dualidad genera desafíos para definir y consolidar la IP de los O-CxOMF, debido a la percepción externa limitada de la especialidad y un sentido confuso de la identidad desde el interior (Tahim, 2015).

A pesar de su relevancia, la literatura sobre la IP y las relaciones interprofesionales en esta especialidad es prácticamente inexistente, especialmente en el contexto colombiano y latinoamericano, donde existen desafíos específicos derivados del entorno social, histórico y profesional, evidenciando un vacío del conocimiento que necesita ser mejor examinado. Por esta razón, el presente estudio tuvo como objetivo explorar, desde una perspectiva crítica, las percepciones de los O-CxOMF sobre la construcción de su IP, las relaciones interprofesionales que han establecido y los desafíos que han enfrentado en el contexto colombiano. Con esta investigación, se busca contribuir al fortalecimiento de la IP de los O-CxOMF en Colombia y la región, sino también identificar áreas de mejora que permitan potenciar el impacto y desarrollo de esta especialidad en Latinoamérica.

Marco Teórico

Identidad profesional (IP)

La construcción de la IP en el ámbito de las profesiones del área de la salud ha sido objeto de un creciente interés en la investigación, en relación con la evolución cambiante de las dinámicas laborales y sociales (Caza & Creary, 2016). La teoría de la identidad y la teoría de la identidad social ofrecen marcos conceptuales valiosos para comprender este complejo fenómeno. La teoría de la identidad postula que las diferentes identidades de un individuo, tanto laborales como no laborales, se organizan jerárquicamente dependiendo de cuán importantes se perciban. (Stryker & Burke, 2000). Por otro lado, la teoría de la identidad social complementa esta perspectiva al sugerir que las personas se motivan para identificarse con sus profesiones debido a la reducción de la incertidumbre y la mejora de la autoimagen que esto implica (Hogg & Terry, 2000).

En esta conceptualización de la IP, se reconoce la naturaleza dinámica y multifacética de este fenómeno. La IP se construye y se mantiene a través de interacciones sociales, donde las expectativas de los demás sobre el rol del individuo en su profesión influyen en la formación de la autopercepción y la identidad (Caza & Creary, 2016). En este contexto la socialización emerge como un proceso fundamental en la formación de la IP, donde los individuos internalizan normas, valores y comportamientos asociados con su función médica (Hall, 1987). Este proceso de socialización facilita la identificación con la profesión y fomenta el desarrollo de la pertenencia al grupo profesional, lo que fortalece los lazos sociales entre los colegas y contribuye a la cohesión del equipo de profesionales del área de la salud.

Es importante tener en cuenta que los individuos pueden tener múltiples IP dentro del mismo ámbito, reflejando la complejidad de sus roles y responsabilidades (Caza & Creary, 2016). Esta pluralidad potencial de identidades subraya la diversidad de experiencias y perspectivas dentro de las profesiones del área de la salud.

El desarrollo de la IP tiene un impacto significativo, tanto positivo como negativo, en la experiencia laboral de los profesionales de la salud, así como en la calidad del cuidado brindado a los pacientes y en las relaciones entre colegas y otros profesionales (Rees & Monrouxe, 2018). Se ha descrito que contar con una IP sólida en el ámbito de la salud permite a los profesionales reflexionar sobre sus propios valores y cómo estos se alinean con los códigos éticos de la profesión y las perspectivas de pacientes y colegas (Monrouxe & Rees, 2017). Además, una IP consolidada puede contribuir a fortalecer la confianza, tanto en uno mismo como en los demás, promover estilos de liderazgo colaborativo y fomentar el bienestar general (Reicher et al., 2005). Por otro lado, una IP fuerte también puede conllevar resultados negativos, como comportamientos desfavorables en el entorno laboral, deficiencias en el trabajo en equipo, dificultades para la toma de decisiones compartidas con los pacientes y estilos de liderazgo autoritarios, lo que representa un riesgo para la seguridad del paciente (Stevens, 2013).

Relaciones interprofesionales

La literatura describe que, con el fin de garantizar la calidad de los procesos asistenciales, se ha hecho necesario el desarrollo de la colaboración entre el personal asistencial. Pues “cuanto mejor sea la colaboración, mejor serán los resultados para los pacientes” (Baggs et al., 1999).

Leever (2010) describe que existen 3 acontecimientos que han promovido el aumento de colaboración entre los profesionales sanitarios: 1) La rápida evolución de las ciencias médicas, que ha generado el aumento del número de especialidades. 2) Los pacientes hospitalizados tienden a tener problemas de mayor complejidad y requieren de una mayor cantidad de tiempo y de profesionales en diferentes áreas del conocimiento. 3) El aumento continuo de los costos sanitarios, lo cual ha implicado que los hospitales formulen sus objetivos en términos de mayor calidad asistencial y eficiencia.

Debido a que el personal asistencial puede diferir en el grado de sus objetivos profesionales en relación con la atención del paciente, pueden presentarse grandes retos en relación a los procesos colaborativos entre ellos. (Garman et al., 2006), por lo cual pueden surgir conflictos con facilidad.

En general, los procesos colaborativos requieren que las partes que perciben diversos aspectos de los problemas establezcan una comunicación entre sí y exploren constructivamente sus diferencias en búsqueda de puntos de común o soluciones. Que vayan más allá de la visión limitada individual. Se han descrito ventajas cuando se logra una comunicación y colaboración entre los diferentes miembros del personal asistencial. Como por ejemplo mejorar el estado de ánimo de los participantes, mejorar la satisfacción de los pacientes y la calidad de los cuidados. (Vazirani et al., 2005). Sin embargo, una comunicación deficiente y resolución inadecuada de los conflictos o desacuerdos pueden generar consecuencias potencialmente graves o que afecten la atención o la salud del paciente (Prescott y Bowen, 1985).

Se ha descrito al conflicto como "el proceso que comienza cuando una parte percibe que la otra ha afectado negativamente, o está a punto de afectar negativamente, algo que le importa" (Thomas, 1992). Marquis y Huston (2009) definieron el conflicto como "la discordia interna o externa que resulta de las diferencias de ideas, valores o sentimientos entre dos o más personas", el cual puede presentarse entre dos individuos o entre pequeños grupos y equipos de trabajo. Por otro lado, la gestión de conflictos se describe como las diferentes estrategias utilizadas por una o ambas partes con el fin de hacer frente y resolver un conflicto. Rahim (1983), describe 5 estilos específicos de gestionar los conflictos: integrar, obligar, dominar (forzar), evitar y transigir.

Integrar conlleva una gran atención tanto a los propios intereses como a los de la otra parte involucrada. En contraste, obligar se caracteriza por mostrar una preocupación considerable hacia la otra parte, pero escasa consideración hacia los intereses propios. Por otro lado, dominar implica un fuerte interés en los propios intereses y una menor atención a los de la otra parte. Las personas que evitan el conflicto no muestran preocupación ni por sus propios intereses ni por los de la otra parte, mientras que el compromiso, representa un punto intermedio que refleja una preocupación equilibrada por ambas partes.

Si bien existen algunos estudios en los cuales se han descrito los conflictos y el manejo de conflictos en los procesos colaborativos entre diversos miembros del personal asistencial usualmente se refieren al manejo de conflictos entre personal médico y personal de enfermería, sin embargo, no existen estudios en la actualidad en los cuales se describan los conflictos interprofesionales ni resolución de conflictos que se pueden llegar a presentar entre el gremio odontológico y el gremio médico, especialmente en relación con los especialistas en COMF y otros profesionales afines.

Metodología

Este estudio se fundamentó en los principios de la investigación cualitativa, alineándose con su objetivo principal de explorar la identidad profesional (IP) y las relaciones interprofesionales en el ámbito de la cirugía oral y maxilofacial (COMF) en Colombia.

Participantes

El estudio incluyó la participación de cuatro grupos de actores dentro del ámbito de la COMF procedentes de programas odontológicos en Colombia: 1) Residentes, 2) Especialistas activos en el territorio nacional, 3) Miembros directivos de los programas de COMF a nivel nacional (Directores y coordinadores de programas académicos) y 4) miembros directivos de la Asociación Colombiana de Cirugía oral y Maxilofacial (ACCOMF) quienes optaron por participar voluntariamente. Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo intencionado, diseñado para incluir diversidad en niveles de formación, experiencia profesional y contextos laborales. Esta diversidad resultó esencial para permitir una comprensión más amplia y completa sobre la IP y los desafíos interprofesionales que enfrentan los odontólogos especializados en cirugía oral y maxilofacial (O-CxOMF) en Colombia. Además, se buscó incluir perspectivas de actores que pudieran sentirse marginados o subrepresentados, con el fin de garantizar un enfoque inclusivo.

Recolección de información y análisis

La recolección de información se realizó mediante 20 encuestas aplicadas a través de la herramienta virtual Google Forms® y 5 entrevistas semiestructuradas a través de la plataforma virtual Zoom®, adoptando una modalidad virtual para superar las limitaciones logísticas

relacionadas con diferencias de horarios y ubicaciones geográficas de los participantes. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 60 minutos, con un rango de entre 50 y 90 minutos, fueron dirigidas por la investigadora principal, utilizando un guion previamente diseñado con preguntas semiestructuradas. Cada entrevista fue grabada en audio y complementada con notas tomadas durante las sesiones, lo que permitió complementar y profundizar la información recolectada. Los participantes no recibieron ningún tipo de incentivo, garantizando así la autenticidad e integridad de sus respuestas.

El análisis de los datos se realizó en cuatro etapas: 1) Transcripción de las entrevistas, 2) Análisis descriptivo de las medidas de frecuencia obtenidas en las encuestas, 3) Codificación inicial para identificar unidades de significado en los datos obtenidos y 4) Agrupación temática mediante el software Quirkos®, que facilitó la organización y visualización de los patrones emergentes. Se implementó la triangulación de fuentes como estrategia para garantizar la validez del estudio, integrando datos de encuestas y entrevistas, con el fin de identificar convergencias y divergencias en las perspectivas de los participantes.

Consideraciones metodológicas

La saturación de datos se alcanzó cuando no surgieron nuevas categorías ni información relevante para los objetivos del estudio, determinando así tamaño de la muestra. La investigadora principal actuó como facilitadora en la recolección y análisis de los datos, adoptando una postura reflexiva para minimizar sesgos e interpretar las experiencias de los participantes de manera rigurosa. La credibilidad del estudio se aseguró mediante la triangulación de fuentes, mientras que la transferibilidad del estudio se respaldó mediante la documentación detallada de los

procedimientos empleados, permitiendo a los lectores evaluar su aplicabilidad en otros escenarios. El uso de Quirkos® permitió una codificación estructurada y visual, facilitando la identificación de relaciones entre categorías y profundizando en el análisis temático.

Resultados

El estudio incluyó a 20 odontólogos-cirujanos orales y maxilofaciales (O-CxOMF), quienes participaron mediante encuestas, y a 5 de ellos mediante entrevistas semiestructuradas.

Caracterización de los participantes

Para facilitar la comprensión de la caracterización sociodemográfica de los participantes, se presenta la Tabla 1, que resume aspectos como género, edad, roles desempeñados y años de experiencia.

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de los participantes

<i>Categoría</i>	<i>Subcategoría/Detalle</i>	<i>Número de Participantes</i>	<i>Comentarios</i>
Género	Mujeres	7	
	Hombres	13	
Rango de Edad	25-35 años	10	
	36-45 años	5	
	56-65 años	5	
	Residentes	4	En fase de formación.
Grupo dentro de COMF	Especialistas	16	Incluye: 3 directivos de programas académicos y 1 directivo de ACCOMF.

Tiempo de experiencia en COMF	Menos de 5 años	4
	5-10 años	4
	Más de 10 años	8
Rol Desempeñado	Docencia	8
	Trabajo asistencial en instituciones públicas	9
	Trabajo asistencial en instituciones privadas	13
	Investigación	3
	Práctica privada	12
Tipo de Universidad en que realizó la especialidad	Privada	13
	Pública	5
	Internacional	2

Esta distribución sociodemográfica, que incluye diversas etapas de carrera, rangos de edad, géneros, roles desempeñados y tipos de instituciones educativas de origen, permitió explorar una amplia variedad de experiencias y perspectivas desde múltiples ángulos en el campo de la Cirugía Oral y Maxilofacial (COMF).

Identidad profesional (IP)

Importancia de la IP para los CxOMF

Los participantes revelan un fuerte sentido de IP, donde ser un O-CxOMF es percibido no solo como una profesión, sino como una parte esencial de quiénes son. Este fuerte compromiso con su rol se manifiesta a través de sus respuestas, que describen la profesión como una parte importante en sus vidas. Sus historias destacan la conexión personal con su profesión. Sin embargo, la diversidad de experiencias entre los participantes también se hace evidente, como en el caso de un participante que no se siente parte de esta identidad colectiva.

La totalidad de participantes subrayan la gran influencia que su IP tiene en su práctica clínica, ya que refuerza su compromiso y dedicación con su profesión, también fomenta un sentido de orgullo, pertenencia y responsabilidad, motivándolos a mantenerse actualizados y a colaborar con otros profesionales para mejorar continuamente sus habilidades y conocimientos. Sin embargo, es importante reconocer la diversidad de experiencias y perspectivas dentro del grupo. Algunos participantes al haber expresado matices sutiles en su percepción, permiten reconocer la complejidad y variabilidad de este tema y por lo tanto la necesidad de comprenderlo en un contexto individualizado.

Características determinantes y construcción de la IP de un O-CxOMF

Se encontró una riqueza de perspectivas sobre lo que significa ser un O-CxOMF en Colombia. Los participantes del estudio describen una serie de elementos que consideran

fundamentales para definir la IP en esta especialidad. La educación formal, la experiencia clínica y el contexto laboral se destacan como los pilares fundamentales de la IP, siendo citados por la mayoría de los participantes. Como describe un participante:

“Desde mi punto de vista, un profesional de la cirugía oral y maxilofacial en Colombia y en el mundo se debe caracterizar por una sólida formación académica, una vasta experiencia clínica pues es esencial que este especialista posea habilidad quirúrgica avanzada... y demostrar claramente, pues como cualquier especialista médico, un compromiso ético con una excelencia clínica y del cuidado del paciente”

Para algunos participantes el mantenerse actualizado con los últimos avances y técnicas en COMF y pertenecer a una agremiación de profesionales puede ser importante para la IP de un O-CxOMF debido a que un indica un compromiso profesional tanto con la especialidad como con la comunidad local. Como describe un participante

“Idealmente se debe ser un profesional que esté agremiado a la Asociación colombiana de cirugía oral y maxilofacial, ...Que esté vinculado en términos generales a formación académica continua y que este ejerciendo, brindando los servicios relacionados con cirugía maxilofacial”. Otro participante comenta "La educación continua es fundamental para estar al tanto de los desarrollos en esta especialidad”.

Los participantes en este estudio resaltaron la importancia crucial de la colaboración con médicos y otros profesionales de la salud en la formación y desarrollo de su IP. Para muchos, estas interacciones interdisciplinarias representan una fuente invaluable de aprendizaje y crecimiento. Como lo expresó uno de los participantes:

"Creo que de todas las especialidades se aprende, de todas las interacciones con miembros de otras especialidades se puede aprender muchísimo".

Otro participante comenta:

“La identidad (profesional) también va sumada a una ardua colaboración con otros profesionales de la salud, participando en actividades de investigación, prestación de servicios, manejo de atención integral de multi-especialidad en un solo paciente".

La interacción y habilidades comunicativas con pacientes y familiares, y la percepción pública de la especialidad también fueron considerados importantes en la IP de un O-CxOMF.

Como lo expresa un participante:

“(Un O-CxOMF) debe contar con habilidades de comunicación, con la habilidad efectiva para poder trabajar en equipo y colaborar con los demás profesionales y especialistas”.

Otro participante menciona:

"Además de la competencia técnica, es importante tener empatía y habilidades de comunicación para establecer relaciones sólidas con los pacientes ... y por supuesto también con otros profesionales".

Los entrevistados describieron adicionalmente que la IP de un O-CxOMF es un proceso que se construye a lo largo de su formación académica y su experiencia clínica. El proceso formativo durante la residencia, emerge como un factor crucial en esta construcción. Uno de los participantes describe

“La identidad profesional (de un O-CxOMF) depende de su formación. Creo que todo empieza desde la residencia”.

Destacando la importancia de la exposición a una amplia gama de procedimientos y afirmando que esta variedad contribuye a la adquisición de competencias y confianza, esenciales para el desarrollo de identidad como especialista:

“...Si durante la residencia, el residente está expuesto a una alta gama de procedimientos, un amplio espectro en procedimientos que sus especialistas o durante sus rotaciones el residente puede hacer, forma una identidad bastante fuerte en términos de competencias y autoconfianza como especialista al momento de egresado”

La interacción con otros programas y especialidades durante la formación también influyen en la percepción y construcción de la IP. Aquellos que tienen la oportunidad de participar en rotaciones conjuntas con otras especialidades de áreas afines experimentan una comparación directa de sus habilidades, lo que puede fortalecer su sentido de competencia y pertenencia en el campo. Según uno de los participantes:

"Los programas que logran rotaciones conjuntas con otros servicios tienen la ventaja de poner a los residentes a la par con otros programas, residentes de cirugía plástica, residentes de otorrinolaringología al mismo nivel de formación... Y esas relaciones durante la formación creo que forja el carácter en los residentes porque ellos pueden medirse académica y quirúrgicamente con sus habilidades frente a las otras especialidades. Entonces, si al momento de egresar si el residente tuvo esas oportunidades, él va a saber que está a la par o está incluso por encima de habilidades quirúrgicas de otras

especialidades. Entonces creo que eso contribuye mucho a la formación de identidad... El autoestima como especialista o la visión propia o cómo se ve uno mismo en términos profesionales con las otras especialidades, también depende mucho de esas experiencias que se forjaron durante la residencia”

Un participante hizo hincapié en la importancia de la necesidad de ganarse el respeto y la confianza de otros profesionales de la salud, incluso en entornos inicialmente hostiles. Para este participante, la demostración de resultados es fundamental para obtener reconocimiento en su equipo de trabajo, y destacó el papel de las redes sociales en la difusión de su trabajo y su impacto en la comunidad médica. Reconoció que, si bien esta exposición pública ha generado críticas, ha contribuido positivamente al reconocimiento de su especialidad, la mejora general de su práctica clínica y un fortalecimiento de su IP.

Asimismo, se reconoció el papel de la historia y la evolución de las instituciones educativas en la configuración de la IP. Un participante describe que las universidades con programas de postgrado representan un entorno donde se enfrentan los éxitos y fracasos de generaciones anteriores, lo que influye en la mentalidad, la perspectiva y la identidad de los nuevos profesionales. Este participante reflexiona

“Cuando yo voy a una escuela quirúrgica ... me voy es (a) alimentar de los fracasos de los que me antecedieron. Básicamente, entre más rápido fracase, más rápido voy a tener éxito... y más rápido va a ser mi curva de aprendizaje. Sí, porque yo voy a aprender más del error que de los éxitos y eso va a forjar mi identidad”

Características diferenciales de la IP de un O-CxOMF y otros especialistas médicos de áreas afines

Los participantes del estudio describen una serie de características que diferencian la IP de un O-CxOMF en comparación con otros especialistas de áreas afines. Lo más destacado es la combinación única de formación en Odontología y Medicina que estos profesionales poseen, lo que les confiere un enfoque integral para abordar las necesidades de sus pacientes. Como lo describe un participante:

“Nos diferencia del resto la formación profesional en odontología durante el pregrado que al ser combinada con rotaciones medico quirúrgicas durante el postgrado, nos permite comprender la especialidad con mayor claridad y de manera mucho más amplia al momento de establecer terapéuticas”

Un participante menciona que los O-CxOMF tienen una ventaja diferencial a los demás profesionales de la salud ya que al provenir de programas de odontología que fomentan el desarrollo de habilidad motriz manual desde el pregrado y al exponer a sus profesionales a realizar procedimientos prácticos desde etapas iniciales de la carrera y durante toda su formación académica, al llegar a programas académicos en COMF, los residentes y futuros especialistas cuentan con un amplio trayecto de desarrollo de la motricidad gruesa y fina manual necesaria para la realización de procedimientos quirúrgicos, lo que afianza y facilita su capacidad para enfrentar y desenvolverse en casos clínicos que requieran mayor destreza y precisión. En contraste, la mayoría de los profesionales del área médica suelen desarrollar estas habilidades

principalmente durante su formación de posgrado, lo que resalta la preparación anticipada y continua de los O-CxOMF en este aspecto crucial. Este participante comenta:

“La diferencia entre nosotros y los médicos, es que nosotros tenemos 5 años de habilidad motriz, de motricidad fina. Los médicos solamente adquieren conocimiento y no están utilizando las manos... Un médico hasta que entra a una residencia quirúrgica, la que sea, empieza a tener su primer contacto de motricidad fina... Entonces nosotros nos los llevamos a ellos en esa habilidad y se nos facilita aplicarla en los casos complejos”.

Otro aspecto fundamental es su profundo conocimiento del sistema estomatognático, pues permite comprender la complejidad de la estructura y función de la región craneomaxilofacial. La capacidad de realizar procedimientos tanto en la cavidad bucal como en áreas faciales y del cuello emerge como una habilidad distintiva, ya que comprenden la relación entre la salud bucal y la salud general, reconociendo que muchas enfermedades sistémicas pueden manifestarse inicialmente en la cavidad oral. Esto subraya su versatilidad y su papel crucial en el diagnóstico y tratamiento de una amplia gama de condiciones, desde problemas dentales hasta complejas cirugías reconstructivas a nivel craneomaxilofacial.

Algunos participantes describieron la capacidad de trabajar en equipo como una característica intrínseca diferencial de la IP de los O-CxOMF, ya que reconocen la importancia de colaborar con otros especialistas del área paramédica, médica y odontológica; desde odontólogos y médicos generales, así como especialistas de ambos campos como ortodoncistas, rehabilitadores orales, patólogos, otorrinolaringólogos, cirujanos plásticos, neurocirujanos, y

otros profesionales de la salud como enfermeras e instrumentadores quirúrgicos, para brindar una atención integral y multidisciplinaria a los pacientes. Como lo expresa un participante:

“Nosotros entendemos que la colaboración con otros médicos y en general con otras profesionales del área de salud, no solamente médicos, sino también enfermeros, instrumentadores quirúrgicos, auxiliares de enfermería, incluso auxiliares de odontología, es fundamental... ya que ... cada uno de este personal de salud aporta conocimiento en términos de un cuidado esencial en el paciente, de un conocimiento teórico a profundidad o de una habilidad quirúrgica adicional”.

También refiere:

“Es una característica diferencial nuestra (O-CxOMF) porque muchos de ellos (Profesionales del área de la salud) no tienen la necesidad, o no ven la importancia de trabajar con otros, interdisciplinariamente ... mientras que nosotros que estamos entre la odontología y la medicina continuamente vemos que nuestros pacientes requieren y se benefician de este trabajo conjunto”

Los participantes del estudio resaltaron diversos aspectos de la colaboración interprofesional que consideran cruciales para fortalecer la IP de los CxOMF en Colombia. La comunicación emergió como el factor más destacado, según lo señalado por la gran mayoría de los participantes. Como lo explica un participante

“si bien es posible que surjan diferencias de opinión o enfoques en el manejo de ciertos pacientes...son situaciones que finalmente deben abordar de una manera colaborativa y respetuosa, ...con el objeto de brindar una atención ideal al paciente, en el cual, pues se

debe respetar una comunicación abierta, un trabajo en equipo y un enfoque centrado en el paciente quien es el fundamental ... Pues uno piensa que la otra persona no tiene razón, pero yo creo que la clave está en abrir un poco su mente y puedes llegar a absorber lo necesario para poder llegar a contribuir al aprendizaje propio”

Además, el respeto mutuo entre los profesionales de la salud y la promoción de programas de formación y educación interprofesional fueron identificados como áreas clave para mejorar la colaboración y el desarrollo profesional. Asimismo, la claridad en cuanto a los roles y funciones de cada especialidad fue mencionada como un aspecto importante que requiere atención para fomentar una colaboración más efectiva entre los equipos de atención médica.

Percepción de los CxOMF por parte de odontólogos, médicos y la sociedad

Tanto en la encuesta como en la entrevista se empleó la afirmación “Los cirujanos orales y maxilofaciales son percibidos como odontólogos por el gremio médico y como cirujanos por la comunidad odontológica”. La percepción respecto esta afirmación por parte de los participantes fue variada. Aproximadamente el 15% de los participantes de la encuesta, expresaron total o parcial desacuerdo con esta afirmación. Estos participantes describieron un cambio a través del tiempo en la percepción, destacando un mayor reconocimiento de la especialidad. Uno de los participantes expreso:

"Ha cambiado la percepción y actualmente somos percibidos como cirujanos muy especializados en cirugía facial entre odontólogos y médicos”

Aproximadamente un tercio de los participantes de la encuesta se mostró neutral y un poco más de la mitad de los participantes de la encuesta estuvo parcial o totalmente de acuerdo con la afirmación. Algunos participantes destacaron en la entrevista que, históricamente, la especialidad ha sido incomprendida o subestimada tanto por el gremio médico como por el odontológico. Un participante menciona:

"Los odontólogos muchas veces no nos consideran parte del gremio y los muchos médicos que ignoran la especialidad, consideran que no somos competentes para realizar ciertos procedimientos ya que nos consideran odontólogos generales".

Otros participantes, por el contrario, consideran que, desde la perspectiva de los odontólogos, se reconoce la importancia de la especialidad de los O-CxOMF, considerándolos capaces de manejar complicaciones y casos complejos dentro de esta rama de la salud, pero que algunos sectores del gremio médico tienden a subvalorar la especialidad. Un participante atribuye esta percepción en parte a la historia en que se ha desarrollado el servicio de COMF en el entorno hospitalario y al tipo de procedimientos quirúrgicos realizados por los especialistas en dicho servicio, lo que puede llevar a una falta de comprensión sobre las habilidades y alcances actuales de los O-CxOMF por parte de otros profesionales de la salud. Esta falta de comprensión puede contribuir a la persistente etiqueta de "Odontólogos generales" que algunos sectores pueden considerar limitante e incluso insuficiente en cuanto a las competencias quirúrgicas necesarias para la realización de ciertos procedimientos fuera de la cavidad oral.

En el ámbito social, los participantes identificaron a la falta de información, como factor influyente en la percepción que se tiene de los O-CxOMF y de la especialidad en COMF. Se

menciona la existencia de una tendencia e interés por parte de otras especialidades a limitar el reconocimiento de la especialidad, así como una segregación en eventos y congresos médicos, lo que puede reflejarse en la desconfianza por parte de la sociedad médica colombiana hacia la competencia y alcance de los O-CxOMF, especialmente cuando se dedican a áreas no asociadas con la odontología de forma tradicional. Un participante describe que existe una creciente visibilidad a través de las redes sociales, en la cual se promocionan principalmente procedimientos estéticos faciales, lo que ha contribuido a que la población colombiana tienda a percibir la COMF desde un enfoque más estético que funcional.

Diferencias en la IP de un O-CxOMF en Colombia en comparación con sus homólogos a nivel mundial

Los participantes resaltaron diversos aspectos distintivos que caracterizan su práctica y contexto académico. Un tema recurrente identificado fue la diferencia en el enfoque de la práctica. Algunos participantes describieron que, en Colombia, los O-CxOMF están altamente centrados en cirugía ortognática, cirugía de la articulación temporomandibular (ATM) e implantes, con una creciente inclinación hacia la estética. Sin embargo, se señaló que esta orientación hacia lo estético a veces puede restar atención al manejo de patologías quirúrgicas complejas, como patologías malignas, congénitas o traumáticas y los tratamientos reconstructivos. Además, se destacó una limitación en la variedad y cantidad de procedimientos realizados, en comparación con otros países donde se realizan una gama más amplia de intervenciones.

Otra diferencia clave subrayada por los participantes fue el contexto académico y los requisitos para la práctica de la especialidad. Se destacó que, en países de Europa y en Estados Unidos, la formación en COMF requiere una doble titulación en medicina y odontología. Esta diferencia académica se percibe como un factor que afecta la IP y las oportunidades de desarrollo de los O-CxOMF en Colombia debido a que puede limitar el acceso y el desarrollo de habilidades y profundización de conocimientos por parte de los profesionales.

Además de las disparidades académicas en comparación con otros países, se planteó la influencia de factores jurídicos y políticos en la IP de los O-CxOMF. Se mencionó que la falta de reconocimiento legal del gremio de O-CxOMF y la falta de cohesión dentro de la comunidad profesional pueden influir en la percepción y el respeto hacia la especialidad. La ausencia de un liderazgo o representación ante entes políticos y la falta de una doble titulación reconocida internacionalmente fueron identificadas como barreras para el desarrollo de la especialidad en Colombia y en Latinoamérica en general, porque dificultan el reconocimiento oficial y la valorización de la especialidad, adicionalmente pueden restringir el acceso a estándares académicos y profesionales internacionales, lo que puede conllevar a que los O-CxOMF enfrenten desafíos adicionales para establecerse y desarrollarse plenamente en su campo.

Relaciones interprofesionales: Desafíos y oportunidades

Causas de Conflictos interprofesionales entre CxOMF y otros especialistas médicos de áreas afines

Si bien muchos participantes resaltaron la importancia crucial de la colaboración interprofesional en la formación de su IP, considerándola una fuente significativa de aprendizaje y crecimiento, otros describieron diversos conflictos interprofesionales que han generado experiencias desfavorables o negativas, afectando su IP. A través de sus experiencias, los participantes identificaron diversas causas posibles de los conflictos interprofesionales entre los O-CxOMF y otros especialistas médicos de áreas afines. Entre las causas más mencionadas se encuentran la competencia profesional y territorialidad, las jerarquías y roles profesionales, y la falta de comunicación efectiva. Además, la falta de respeto y confianza mutua fue mencionada por un tercio de los participantes. Otras causas, como diferencias de opinión en relación a diagnósticos y tratamientos, competencia por recursos limitados, y “egocentrismo”, también se citaron, aunque en menor medida. Como explica un participante:

“Esas causas de tensiones están relacionadas a las diferencias de formación académica de base, los enfoques de tratamiento y las percepciones sobre el alcance de la práctica. Me explico, obviamente aquí en Latinoamérica el alcance de la práctica es limitado porque obviamente los cirujanos plásticos dicen: Tú... odontólogo - cirujano maxilofacial, no puedes hacer esto porque eres finalmente odontólogo. Tú no tienes la suficiente idoneidad, no tiene suficiente alcance legal, no tiene suficiente pericia o el conocimiento para poder llegar a hacer “x” procedimiento”.

El análisis de estos conflictos reveló una diversidad de experiencias y percepciones entre los participantes. Algunos informaron no haber experimentado personalmente tales conflictos, otros reconocieron la presencia de relatos comunes por parte de conocidos, sobre disputas entre diferentes especialidades médicas con los O-CxOMF, a lo largo del tiempo y que han podido afectar diversas generaciones de profesionales. Como lo describe un participante:

“Creo que es “egos” y tratar de continuar la pelea histórica de los especialistas que nos han formado. Porque son peleas que creo, que se han escuchado durante las generaciones... y generaciones pasan y pasan y las mismas historias se siguen contando, entonces es una predisposición. O unos estereotipos que están arraigados y se siguen generando, perpetuando generación tras generación”.

Otros participantes admitieron haber enfrentado conflictos interprofesionales en su práctica clínica, pero describieron estas experiencias de manera positiva, destacando la capacidad para abordar diferencias de opinión de manera colaborativa y respetuosa. Enfatizaron la importancia de mantener una comunicación abierta, trabajar en equipo, aceptar las diferencias entre disciplinas y mantener un enfoque centrado en el paciente para superar estos conflictos y lograr resultados óptimos.

Impacto de los Conflictos interprofesionales entre los O-CxOMF y otros especialistas médicos en la práctica profesional y la IP

Este estudio revela que la mayoría de los O-CxOMF encuestados no sienten que los conflictos o tensiones interprofesionales con otros especialistas médicos hayan tenido un impacto

significativo en su práctica profesional ni su IP. Según los participantes de la encuesta, un poco más de la mitad mencionaron que ni sus prácticas profesionales ni su IP se vieron afectadas por estos conflictos, mientras que un tercio señaló que estos conflictos realmente mejoraron su práctica profesional, aunque no se conoce con exactitud de qué forma. Solo un pequeño porcentaje, entre el 5% - 10%, expresaron que los conflictos o tensiones interprofesionales han deteriorado su práctica profesional o debilitaron su IP. También fueron mencionados otros sentimientos experimentados por los participantes a causa de los conflictos interprofesionales, tales como "desaprobación", "rechazo", "censura", y "frustración".

Estos resultados sugieren una variedad de experiencias y percepciones entre los O-CxOMF en relación con los conflictos interprofesionales y su impacto en la práctica profesional y la IP. Aunque la mayoría parece no verse significativamente afectada por estos conflictos, algunos participantes experimentan sentimientos negativos o de conflicto que pueden influir en su IP.

Estereotipos o prejuicios experimentados por los CxOMF por parte de otros especialistas médicos y sus implicaciones sociales y profesionales.

Se encontró una división de opiniones entre los participantes de la encuesta respecto a la afirmación sobre la existencia de estereotipos o prejuicios hacia los O-CxOMF por parte de otros especialistas médicos. Mientras que un 40% de los participantes se mostraron en desacuerdo, otro 40% estuvo de acuerdo con la afirmación, y el restante de los participantes se mantuvieron neutrales al respecto. Los participantes de la encuesta identificaron varias razones que podrían

estar detrás de estos estereotipos o prejuicios. Entre ellas, se destacó la percepción de menor rigor académico en los programas de Odontología, así como la falta de reconocimiento del impacto de la especialidad en la salud general, mencionadas por un poco más de la mitad de los participantes. Además, la jerarquía médica tradicional y la falta de comprensión de la especialidad y la falta de exposición a la especialidad también fueron mencionadas. Dos participantes mencionaron otras razones, como la existencia de "peleas heredadas".

Los participantes del estudio identificaron diversas implicaciones sociales y profesionales derivadas de los estereotipos o prejuicios hacia los O-CxOMF en el ámbito de la atención en salud. La desvalorización de la especialidad fue mencionada como la implicación más común. Además, se señalaron barreras en el acceso a oportunidades laborales y académicas, así como una menor colaboración interprofesional. También se expresó preocupación por la afectación en la autoestima y satisfacción laboral debido a estos estereotipos o prejuicios, así como por una atención inadecuada a los pacientes, como lo expresa un participante:

“En las juntas médicas interdisciplinarias, en ocasiones no son tenidos en cuenta las recomendaciones o interpretaciones del cirujano maxilofacial, esto sucede a menudo con el equipo de cirugía plástica”.

Otro participante añade:

“Ponen en duda la competencia de la especialidad. censurando y estableciendo juicios de valor peyorativos “.

Además, se mencionaron otras posibles implicaciones, como la "persecución a las prácticas privadas" a las cuales se han visto enfrentados algunos O-CxOMF por parte de

profesionales de otras especialidades médicas, y entes de vigilancia territorial en salud. Un participante expuso:

“Mi consultorio fue cerrado ya que la comisión determinó que yo debía ser cirujano plástico para realizar procedimientos estéticos en la cara”

Otro participante describió:

“Una funcionaria pública indicó que yo no puedo realizar procedimientos quirúrgicos sin la compañía de un médico porque yo solo sé de dientes”,

Otro participante declara:

“Negaron salas de cirugía en clínicas privadas para procedimientos de cirugía facial, persecución a mis pacientes con intimidaciones”

Estas situaciones han podido generar tensiones y obstáculos adicionales para estos profesionales, afectando su capacidad de ofrecer servicios de calidad y limitar su práctica profesional.

Relaciones de poder y jerarquías dentro de las profesiones de salud

Los participantes comúnmente perciben una relación de poder desequilibrada entre los O-CxOMF y otros especialistas médicos. De hecho, ningún participante consideró que esta relación fuera totalmente equitativa. Esta percepción se ve respaldada por la identificación de jerarquías dentro del ámbito de la salud, donde se observa que los O-CxOMF y su campo de especialización son frecuentemente menos valorados en comparación con otras especialidades

médicas más tradicionales y establecidas. Un participante mencionó la existencia de jerarquías invisibles, aunque no aclaró a que se refería con este término, donde ciertas especialidades podrían ser consideradas más "top" que otras, pero subrayó que todas son indispensables en el cuidado del paciente, reconociendo que cada especialidad aporta habilidades únicas y complementarias al equipo multidisciplinar.

Más de la mitad de los participantes de la encuesta compartieron experiencias personales en las cuales se sintieron subestimados y menospreciados en comparación con otros especialistas médicos. Estas experiencias incluyen la falta de reconocimiento de la competencia profesional, la cancelación de cirugías programadas en favor de otros especialistas considerados más relevantes o importantes, la negación de acceso a salas de cirugía por el personal administrativo de las instituciones o la necesidad de acompañamiento durante ciertos procedimientos por parte otros profesionales médicos, a los que adicionalmente debía reconocerse un valor pecuniario por tal acompañamiento, y finalmente comentarios despectivos sobre la formación y habilidades como O-CxOMF.

También describieron experiencias en las que fue cuestionada su autoridad o competencia como O-CxOMF, como por ejemplo recibir conceptos errados o incompletos por parte de otros especialistas en relación a la condición de un paciente o del tratamiento a ser instaurado, ser excluidos de realizar ciertos procedimientos favoreciendo otras especialidades, enfrentar el cierre de sus consultorios o practicas privadas o ser llamados para discutir sobre aparentes incompetencias de su formación para la realización de cierto tipo de procedimientos en el área facial.

El estudio revela una percepción de desigualdad en la relación de poder entre los O-CxOMF y otros especialistas médicos, reflejando la existencia de jerarquías dentro del ámbito de la salud. Los participantes describen experiencias personales de subestimación y menosprecio hacia su especialidad, lo que sugiere una falta de reconocimiento de su competencia profesional por parte de otros profesionales de la salud.

Distribución de oportunidades laborales y académicas

Los participantes del estudio ofrecieron diversas perspectivas sobre la distribución de oportunidades laborales y académicas para los O-CxOMF en comparación con otros especialistas médicos de áreas afines. Algunos participantes señalan, que mientras especialidades como cirugía plástica y otorrinolaringología cuentan con programas de formación y oportunidades de fellowship disponibles a nivel nacional, en el caso de la COMF, tales programas son escasos en Latinoamérica e inexistentes en Colombia. Esta carencia obliga a quienes deseen realizar una supraespecialidad en esta área a buscar oportunidades fuera del país, limitadas, en la mayoría de oportunidades al ser ofertadas para profesionales que tengan doble titulación, formación médica o cumplan estándares internacionales de difícil obtención por los programas de formación actuales en el contexto latinoamericano.

Se señaló que la oferta laboral en instituciones hospitalarias para los O-CxOMF es limitada en comparación con otras especialidades, dado que algunos hospitales carecen incluso de servicios específicos de COMF, derivando estos casos y pacientes a otras especialidades como cirugía plástica, otorrinolaringología o neurocirugía. Los participantes de la investigación

presentaron perspectivas divergentes sobre la accesibilidad para los recién egresados en COMF para integrarse al ámbito hospitalario. Un participante describe la situación como "*muy compleja*", resaltando la escasez de plazas disponibles y la alta demanda de aspirantes. Otros participantes describen que el acceso a estos puestos es difícil debido a la falta de apertura de nuevas plazas en el ámbito hospitalario, y que los servicios existentes no crecen, también describen que algunos profesionales con mayor trayectoria cuentan con múltiples puestos de trabajo, lo que limita las oportunidades para los recién graduados y representa un reto adicional para los profesionales jóvenes.

Estrategias para promover mayor inclusión, representación y reconocimiento de los CxOMF

Dentro del estudio, los participantes resaltaron diversas estrategias para promover una mayor inclusión, representación y reconocimiento de los O-CxOMF en el ámbito de la salud. Una de las estrategias más mencionadas fue la participación activa en comités y grupos de trabajo, lo cual fue destacado por la mayoría de los participantes como una manera efectiva de asegurar la presencia y voz de esta especialidad en el proceso decisional. Además, la formación interprofesional y la educación dirigida a otros profesionales de la salud se identificaron como herramientas importantes para aumentar la comprensión y valoración de la labor de los CxOMF. Algunos participantes también sugirieron la implementación de la doble titulación en medicina y odontología o la certificación a través de Boards o pruebas con aval internacional, como medidas para ampliar el reconocimiento y las competencias de esta especialidad. Otros enfoques propuestos incluyeron el establecimiento de leyes que defiendan sus derechos y competencias,

así como la mejora de los programas académicos de odontología para incluir un enfoque más completo en áreas relevantes para la COMF, especialmente en las ciencias básicas. Estas estrategias reflejan la necesidad percibida de abordar los desafíos existentes y avanzar hacia una mayor inclusión y reconocimiento de los CxOMF en el ámbito de la salud.

Discusión

La cirugía oral y maxilofacial (COMF) es una especialidad única dentro del área de la salud, destacándose por ser el puente integrador que conecta la medicina y la odontología en su formación académica y entrenamiento. Tal como lo describe Al-Muharraqi (2020) esta singularidad define su identidad, pues representa simultáneamente tanto su fortaleza como su debilidad. Esta particularidad genera la necesidad de explorar como se construye la identidad profesional (IP) de los odontólogos-cirujanos orales y maxilofaciales (O-CxOMF) en Colombia, así como la influencia de sus relaciones interprofesionales, en la configuración de su práctica clínica, su reconocimiento en la comunidad médica y en la sociedad, y en la evolución de su especialidad en el país. Este estudio busca examinar las perspectivas de los O-CxOMF sobre la construcción de su IP y cómo sus relaciones con otros profesionales de la salud influyen en su IP, en un contexto sociohistórico donde existen y persisten tanto desafíos como oportunidades de desarrollo y fortalecimiento de su rol profesional.

Los resultados de este estudio identifican que la mayoría de los O-CxOMF en Colombia poseen un fuerte sentido de IP, pues consideran su profesión como una parte esencial de su identidad, que se construye y consolida a lo largo del tiempo. La educación formal, la experiencia clínica y el contexto laboral surgen como los pilares fundamentales que construyen esta IP. La interacción con otros programas académicos y la colaboración con profesionales de la salud de diversas especialidades también son descritos como aspectos relevantes en la formación de la IP, pues constituyen una fuente fundamental de aprendizaje y crecimiento profesional. Los participantes destacan la influencia significativa de su IP en su práctica clínica, ya que refuerza su compromiso y dedicación hacia su profesión. Además, fomenta un sentido de orgullo,

pertenencia y responsabilidad, que los motiva a mantenerse actualizados para mejorar continuamente sus habilidades y conocimientos.

El estudio también identifica división de opiniones entre los participantes respecto a la existencia de estereotipos y prejuicios hacia los O-CxOMF por parte de otros especialistas médicos, originados a partir de disputas históricas entre especialidades, aunque se describe un cambio en la percepción a lo largo del tiempo. Las razones de estos estereotipos incluyen la percepción de menor rigor académico en los programas de odontología, la jerarquía médica tradicional, el egocentrismo del gremio médico, la falta de límites claros entre especialidades, el escaso reconocimiento del impacto de la especialidad en la salud general, y la limitada comprensión y exposición a la especialidad. Los participantes describen que estos estereotipos y prejuicios han generado la desvalorización de la especialidad, barreras en el acceso a oportunidades laborales y académicas, afectación en la autoestima y satisfacción laboral, menor colaboración interprofesional, disputas entre profesionales y atención inadecuada a los pacientes e incluso casos de persecución a las prácticas privadas de los O-CxOMF.

La relevancia de una identidad profesional (IP) sólida en la formación y el ejercicio de los profesionales de la salud ha sido ampliamente documentada en la literatura. En este estudio, se encontró que los O-CxOMF en Colombia poseen un fuerte sentido de IP, lo que fortalece su compromiso y dedicación, fomenta el orgullo, la pertenencia y la responsabilidad, y los impulsa a mantenerse actualizados y a colaborar con otros profesionales para mejorar de forma continua sus habilidades y conocimientos. Esta observación se respalda en investigaciones previas que señalan la IP como un factor clave en el desarrollo profesional (Lave & Wenger, 1991, 1998), ya

que promueve un sentido de pertenencia y un desempeño competente y seguro en entornos interprofesionales y complejos (Tahim, 2015).

En la actualidad existen pocos estudios que exploren cómo los O-CxOMF construyen y definen su IP (Tahim, 2015). Además, la literatura señala las dificultades en la definición y consolidación de esta disciplina como especialidad. Según Gkiousias (2021) y Van Gijn (2011), la integración de conocimientos de medicina y odontología en la formación de los O-CxOMF da lugar a una formación heterogénea que influye directamente en la construcción de su IP. Esta heterogeneidad sin límites bien definidos puede dificultar el desarrollo de un sentido de pertenencia bien establecido y una IP unificada entre los especialistas. Asimismo, esta dualidad genera confusión en la percepción externa de la especialidad, principalmente debido al desconocimiento general entre estudiantes, profesionales de la salud y la sociedad (Guerrero et al., 2014). Además, el solapamiento en su campo de acción con especialidades más consolidadas, como Neurocirugía, Cirugía de Cabeza y Cuello, Oftalmología, Otorrinolaringología y Cirugía Plástica, que cuentan con mayor visibilidad, contribuye a lo que algunos autores han denominado una "crisis de identidad" dentro de la especialidad (Van Gijn, 2011). A diferencia de los estudios que interpretan esta dualidad primordialmente como una debilidad, los participantes de este estudio logran reinterpretarla también como una oportunidad o ventaja diferencial. Consideran que esta formación dual les otorga un enfoque integral, versátil y habilidades distintivas para abordar las necesidades de sus pacientes, reconociendo la importancia del sistema estomatognático en múltiples condiciones sistémicas. Asimismo, destacan que esta formación les facilita la interacción y colaboración con especialistas de áreas paramédicas, médicas y

odontológicas, consolidando así su rol como profesionales capaces de integrar conocimientos en contextos complejos y multidisciplinarios.

En este estudio, los participantes reconocieron las tensiones y desafíos que han enfrentado en las relaciones interprofesionales y cómo estas han influido en su IP como O-CxOMF. Sin embargo, también resaltaron, en línea con la literatura, que la formación de la identidad profesional es "un proceso continuo de interpretación y reinterpretación de experiencias" (Clarke et al., 2013). Esto sugiere que un individuo nunca llega a ser completamente un profesional, sino que está en constante proceso de convertirse en uno (Thistlethwaite et al., 2016). Por lo cual, el desarrollo de la IP de los profesionales en salud es dinámico, influido por el entorno social y las interacciones con colegas, pacientes y otros actores, quienes pueden ejercer tanto efectos positivos como negativos en este proceso (Gkioussias, 2021).

Los hallazgos sobre los estereotipos y prejuicios percibidos por los O-CxOMF coinciden con investigaciones previas que documentan tensiones interprofesionales entre profesionales médicos y otras profesiones de la salud (Eichbaum, 2018). Un factor clave que perpetúa estos estereotipos es la persistencia de jerarquías tradicionales, identificadas como una fuente recurrente de conflicto en equipos interprofesionales (Gergerich et al., 2019; Van Schaik et al., 2015; Baker et al., 2011).

Históricamente, los sistemas de salud han sido jerárquicos, donde los médicos ocupan posiciones privilegiadas en la toma de decisiones y el liderazgo (Lancaster et al., 2015). Este modelo, sustentado en valores organizacionales, ha generado barreras que afectan la percepción de las contribuciones de otros profesionales, quienes no siempre sienten que sus aportes son

valorados o aplicados equitativamente (Kvarnström, 2008). Los participantes de este estudio reflejan experiencias similares.

Gergerich y colaboradores (2019) señalan que estas jerarquías y las ideas preconcebidas sobre las estructuras de poder en las profesiones de salud pueden crear y perpetuar barreras a la colaboración interprofesional. Supper y colaboradores (2015) destacan que la jerarquía percibida es, de hecho, la principal barrera que obstaculiza la colaboración interprofesional. Lingard y colaboradores (2012) encontraron que, aunque los equipos reconocen la naturaleza jerárquica del sistema, los médicos tienden a percibir que esta jerarquía no existe en sus propios equipos, lo que sugiere una falta de conciencia sobre su poder profesional. Además, Baker y colaboradores (2011) proponen que la resistencia de algunos médicos a la formación interprofesional puede estar relacionada con la amenaza percibida a su estatus de autoridad, sustentado en su nivel educativo. Finalmente, estudios como el de Kvarnström (2008) y Paradis & Whitehead (2015) demuestran que los temas relacionados con jerarquías y poder en equipos interprofesionales a menudo permanecen sin discusión ni resolución. En esta investigación, los profesionales no pertenecientes a la posición predominante, pero conscientes de la naturaleza jerárquica del sistema han experimentado durante su trayectoria profesional sentimientos de frustración, desaprobación y rechazo, en algunos casos afectando negativamente el desarrollo y consolidación de su IP.

Otro hallazgo relevante de este estudio es el estereotipo sobre un aparente menor rigor académico en los programas de odontología. Investigaciones previas han identificado que las especialidades odontológicas enfrentan menor valoración debido a su limitada integración en entornos hospitalarios y la percepción de un currículo menos exigente. Esto podría presentarse

debido a que, la interacción entre médicos y odontólogos no está formalizada y las actividades asistenciales están separados desde el punto de vista organizativo y educativo (Holzinger et al., 2016). Adicionalmente, los planes de estudio de las facultades de medicina suelen abordar temas odontológicos de forma superficial, principalmente en clases de anatomía (McCann et al., 2005, mientras que las facultades de odontología tienden a cubrir en mayor profundidad aspectos relacionados con la medicina general y enfermedades sistémicas (Plasschaert et al., 2007). Esta discrepancia podría explicar la percepción de desigualdad en la formación académica que perpetúa los estereotipos hacia los O-CxOMF, como se evidenció en este estudio.

Una dificultad descrita en el presente estudio es la limitada comprensión y exposición a la especialidad en COMF por parte de otros profesionales de la salud. La literatura señala que la eficacia de la colaboración interprofesional depende de diversos factores, entre ellos las percepciones y el entendimiento tanto de la propia profesión como de las demás. No obstante, los estudiantes de programas de formación sanitaria suelen contar con pocas o nulas oportunidades de aprendizaje conjunto con estudiantes de otras disciplinas de la salud (Ateah et al., 2011). El conocimiento mutuo sobre las competencias de cada profesión se hace fundamental para fomentar la confianza y la cooperación en los equipos interprofesionales. Sin embargo, persisten barreras significativas, como la falta de claridad, reconocimiento y conciencia sobre los roles de cada integrante. Supper y colaboradores (2015) subrayan que la definición precisa de los roles y la confianza en las capacidades de los miembros del equipo son aspectos clave para lograr una integración efectiva. Este estudio confirma que estas barreras siguen siendo un desafío en el contexto interprofesional actual. La falta de interacción entre disciplinas limita el desarrollo de

competencias interprofesionales y perpetúa la desconexión entre los equipos de atención en salud, obstaculizando su integración y eficacia.

Otro hallazgo relevante que estos estereotipos no solo afectan las dinámicas interprofesionales, sino que también generan barreras significativas en el acceso a oportunidades laborales y académicas. Este estudio aporta un hallazgo particularmente relevante para el contexto colombiano: la denuncia de casos de persecución hacia las prácticas privadas de los O-CxOMF por parte de diversos profesionales médicos, una problemática que no ha sido abordada en la literatura internacional.

Si bien los resultados de este estudio exponen que, a pesar de estas tensiones, algunos participantes describen un cambio progresivo en la percepción hacia los O-CxOMF a lo largo del tiempo. Este cambio puede estar relacionado con el relevo generacional, por el reconocimiento creciente del impacto de la especialidad en la salud general percibido por la sociedad y otros profesionales del área de la salud y también por el creciente interés de que la implementación de equipos de atención interprofesional con el fin mejorar la práctica asistencial y los resultados de los pacientes (Zwarenstein et al., 2009).

Limitaciones:

Este estudio representa un primer paso hacia la comprensión de la IP y el impacto de las relaciones interprofesionales de los O-CxOMF en el contexto latinoamericano, con un enfoque particular en Colombia. Sin embargo, una de las principales limitaciones fue la falta de recursos suficientes para asegurar una mayor cobertura y representatividad de los participantes. Esto

restringió la diversidad de experiencias recogidas y limitó la posibilidad de explorar en profundidad todos los posibles contextos sociohistóricos relevantes. Como resultado, se limita la generalización de los hallazgos, y los resultados podrían estar sujetos a deficiencias interpretativas propias del enfoque cualitativo utilizado.

Otra limitación importante es que los hallazgos pueden no extrapolarse fácilmente a poblaciones con características sociohistóricas distintas, ya que incluso países en un mismo continente, pueden presentar condiciones diferentes que afectan de manera particular la construcción de la IP y las relaciones interprofesionales de los O-CxOMF. Estas diferencias limitan la aplicabilidad de los resultados a contextos fuera del estudiado.

A pesar de estas limitaciones, este trabajo ofrece una perspectiva valiosa sobre el objetivo de estudio proporcionando información relevante sobre el pasado y presente de la especialidad. Los hallazgos sugieren elementos clave que podrían considerarse para fortalecer la IP y las relaciones interprofesionales de estos especialistas, contribuyendo no solo al desarrollo de la profesión, sino también a la mejora de la calidad de la atención brindada a los pacientes y en beneficio de la sociedad.

Implicaciones para la práctica:

Los resultados de este estudio destacan la necesidad de desarrollar futuras investigaciones longitudinales que profundicen en la evolución de la IP de los O-CxOMF a lo largo de su trayectoria profesional en Colombia y Latinoamérica.

Se hace importante llevar a cabo estudios que analicen la influencia de intervenciones educativas específicas, como la modificación de los planes curriculares de posgrado, con el objetivo de integrar de manera más efectiva estrategias de educación interprofesional. Esto permitiría promover un diálogo continuo y constructivo entre los O-CxOMF, médicos especialistas de áreas afines y otros profesionales de la salud. Además, se recomienda investigar el impacto de las intervenciones en las políticas de salud que busquen reducir los estereotipos existentes. Tales estudios podrían mejorar no solo la percepción de los O-CxOMF en el ámbito clínico, sino también en la sociedad en general, contribuyendo a un entorno de trabajo más inclusivo y cooperativo.

Conclusiones

Los odontólogos-cirujanos orales y maxilofaciales (O-CxOMF) en Colombia poseen una identidad profesional (IP) sólida, construida sobre la base de la educación formal, la experiencia clínica y el contexto laboral. Esta IP refuerza su compromiso, sentido de pertenencia y responsabilidad profesional, incentivándolos a mantenerse actualizados y a colaborar en entornos interprofesionales. La formación dual en medicina y odontología, aunque tradicionalmente percibida como una debilidad debido a su heterogeneidad y la falta de límites claros en la especialidad en relación con otras especialidades de mayor reconocimiento en el área médica, también es vista por los profesionales como una fortaleza que les permite abordar las necesidades de los pacientes de manera integral y versátil, y como una herramienta para trabajar en equipos multidisciplinarios.

Los O-CxOMF también enfrentan y han enfrentado tensiones interprofesionales y estereotipos derivados de jerarquías tradicionales, percepciones sobre el rigor académico de la odontología y la falta de claridad en los roles profesionales. Estas dinámicas impactan negativamente en su autoestima, satisfacción laboral y acceso a oportunidades académicas y laborales, además de dificultar la colaboración interprofesional. Sin embargo, se evidencia un cambio progresivo en la percepción de la especialidad, atribuido al relevo generacional, al reconocimiento creciente de su impacto en la salud general y a la mayor implementación de equipos interprofesionales en la atención en salud.

Una barrera significativa en la integración interprofesional radica en la limitada exposición y comprensión de la especialidad por parte de otros profesionales de la salud. La falta de interacción académica y asistencial entre disciplinas perpetúa estas dificultades,

obstaculizando la eficacia de la atención en salud. Este estudio exalta la importancia de futuras investigaciones que analicen la evolución de la IP de los O-CxOMF y la implementación de estrategias educativas interprofesionales, así como políticas de salud orientadas a reducir estereotipos y promover un entorno de trabajo más inclusivo. Estas iniciativas contribuirán a fortalecer la percepción de la especialidad y a mejorar tanto la calidad de la atención sanitaria como la colaboración entre profesionales.

Referencias

Al-Muharraqi, M. A. (2020). Dental and medical dual qualification in oral and maxillofacial surgery: a global identity. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 58(10), 1235-1239.

Ateah, C. A., Snow, W., Wener, P., MacDonald, L., Metge, C., Davis, P., ... & Anderson, J. (2011). Stereotyping as a barrier to collaboration: Does interprofessional education make a difference?. *Nurse education today*, 31(2), 208-213.

Baggs, J. G., Schmitt, M. H., Mushlin, A. I., Mitchell, P. H., Eldredge, D. H., Oakes, D., & Hutson, A. D. (1999). Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Critical care medicine*, 27(9), 1991-1998.

Baker, L., Egan-Lee, E., Martimianakis, M. A., & Reeves, S. (2011). Relationships of power: implications for interprofessional education. *Journal of interprofessional care*, 25(2), 98-104.

Caza, B. B., & Creary, S. (2016). The construction of professional identity. In *Perspectives on contemporary professional work* (pp. 259-285). Edward Elgar Publishing.

Clarke, M., Hyde, A., & Drennan, J. (2013). Professional identity in higher education. *The academic profession in Europe: New tasks and new challenges*, 7-21.

Dalmao, O., Dempster, L., Caminiti, M. F., Blanas, N., & Lam, D. K. (2021). Public and professional perceptions of the scope of practice of oral and maxillofacial surgeons. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 79(1), 18-35.

Eichbaum, Q. (2018). Collaboration and teamwork in the health professions: rethinking the role of conflict. *Academic Medicine*, 93(4), 574-580.

Fitzgerald, A. (2020). Professional identity: A concept analysis. *In Nursing forum* (Vol. 55, No. 3, pp. 447-472).

Garman, A. N., Leach, D. C., & Spector, N. (2006). Worldviews in collision: Conflict and collaboration across professional lines. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 27(7), 829-849.

Gergerich, E., Boland, D., & Scott, M. A. (2019). Hierarchies in interprofessional training. *Journal of interprofessional care*, 33(5), 528-535.

Gkiousias, V. (2021). Scalpel please! A scoping review dissecting the factors and influences on professional identity development of trainees within surgical programs. *Cureus*, 13(12).

Guerrero A.V., Altamirano A., Brown E, (2014) What is in a name? Oral and maxillofacial surgeon versus oral surgeon. *J Oral Maxillofac Surg*;72:8–18

Hall, D. T. (1987). Careers and socialization. *Journal of management*, 13(2), 301-321.

Hogg, M. A., & Terry, D. J. (2000). Social identity and self-categorization processes in organizational contexts. *Academy of Management Review*, 25(1), 121-140.

Holzinger, F., Dahlerdorf, L., & Heintze, C. (2016). ‘Parallel universes’? The interface between GPs and dentists in primary care: a qualitative study. *Family Practice*, 33(5), 557-561.

Kvarnström, S. (2008). Difficulties in collaboration: A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *Journal of interprofessional care*, 22(2), 191-203.

Lancaster, G., Kolakowsky-Hayner, S., Kovacich, J., & Greer-Williams, N. (2015). Interdisciplinary communication and collaboration among physicians, nurses, and unlicensed assistive personnel. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(3), 275-284.

Lave J, Wenger E. (1991). *Situated learning: legitimate peripheral participation*. New York: Cambridge University Press

Lave J, Wenger E. (1998) *Communities of practice: learning, meaning, and identity*. New York: Cambridge University Press

Leever, A. M., Hulst, M. V. D., Berendsen, A. J., Boendemaker, P. M., Roodenburg, J. L. N., & Pols, J. (2010). Conflicts and conflict management in the collaboration between nurses and physicians—A qualitative study. *Journal of Interprofessional care*, 24(6), 612-624.

Lingard, L., Reznick, R., DeVito, I., & Espin, S. (2002). Forming professional identities on the health care team: discursive constructions of the ‘other’ in the operating room. *Medical education*, 36(8), 728-734.

Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2009). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application*. Lippincott Williams & Wilkins.

McCann, P. J., Sweeney, M. P., Gibson, J., & Bagg, J. (2005). Training in oral disease, diagnosis and treatment for medical students and doctors in the United Kingdom. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 43(1), 61-64.

Monrouxe, L. V., & Rees, C. E. (2017). Healthcare professionalism: improving practice through reflections on workplace dilemmas. John Wiley & Sons.

Paradis, E., & Whitehead, C. R. (2015). Louder than words: power and conflict in interprofessional education articles, 1954–2013. *Medical education*, 49(4), 399-407.

Plasschaert, A. J. M., Manogue, M., Lindh, C., McLoughlin, J., Murtoomaa, H., Nattestad, A., & Sanz, M. (2007). Curriculum content, structure and ECTS for European dental schools. Part II: methods of learning and teaching, assessment procedures and performance criteria. *European journal of dental education*, 11(3), 125-136.

Prescott, P. A., & Bowen, S. A. (1985). Physician-nurse relationships. *Annals of Internal Medicine*, 103(1), 127-133.

Rahim, M. A. (1983). A measure of styles of handling interpersonal conflict. *Academy of Management journal*, 26(2), 368-376.

Rees, C. E., & Monrouxe, L. V. (2018). Who are you and who do you want to be? Key considerations in developing professional identities in medicine. *The Medical Journal of Australia*, 209(5), 202-203.

Reicher, S., Haslam, S. A., & Hopkins, N. (2005). Social identity and the dynamics of leadership: Leaders and followers as collaborative agents in the transformation of social reality. *The Leadership Quarterly*, 16(4), 547-568.

- Rocha, N. S., Laureano Filho, J. R., Silva, E. D. O., & Almeida, R. C. A. (2008). Perception of oral maxillofacial surgery by health-care professionals. *International journal of oral and maxillofacial surgery*, 37(1), 41-46.
- Stevens, S. (2013). Surgeons' professional identity and patient safety: time for change.
- Stryker, S., & Burke, P. J. (2000). The past, present, and future of an identity theory. *Social psychology quarterly*, 284-297.
- Supper, I. O. M. C. Y. L., Catala, O., Lustman, M., Chemla, C., Bourgueil, Y., & Letrilliart, L. (2015). Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of public health*, 37(4), 716-727.
- Tahim, A. (2015). Who are we? A qualitative evaluation of trainees' perspectives on professional identity in oral and maxillofacial surgery. *Perspectives on Medical Education*, 4, 33-38.
- Tahim, A. S. (2015). Development of professional identity during early training in oral and maxillofacial surgery: a qualitative study. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 53(9), 864-869.
- Thistlethwaite, J. E., Kumar, K., & Roberts, C. (2016). Becoming interprofessional: professional identity formation in the health professions. *Teaching medical professionalism: Supporting the development of a professional identity*, 140-154.
- Van Gijn DR. (2011). Oral and maxillofacial surgery—a case of mistaken identity? *Br Dent J*. 210(1):9–11.

Van Schaik, S., Plant, J., & Bridget, O. (2015). Challenges of Interprofessional Team Training: A Qualitative Analysis of Residents' Perceptions. *Education for Health*, 28(1), 52-57.

Vazirani, S., Hays, R. D., Shapiro, M. F., & Cowan, M. (2005). Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physicians and nurses. *American Journal of Critical Care*, 14(1), 71-77.

Worthington, M., Salamonson, Y., Weaver, R., & Cleary, M. (2013). Predictive validity of the Macleod Clark Professional Identity Scale for undergraduate nursing students. *Nurse education today*, 33(3), 187-191.

Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane database of systematic reviews*, (3).

Anexos

Anexo A: Encuesta:

Datos del participante:

Nombre completo:

Genero:

Edad:

Grupo correspondiente: Residente ___ Especialista ___ Miembro directivo de los programas académicos de COMF ___ Miembro directivos de la Asociación Colombiana de Cirugía Oral y Maxilofacial (ACCOMF) ___

Universidad en la que cursa o finalizó su especialidad:

En una escala de 1 a 5, ¿qué tan fuerte cree que es la identidad profesional del Cirujano Oral y Maxilofacial en Colombia?

1 (Muy débil)

2 (Débil)

3 (Neutral)

4 (Fuerte)

5 (Muy fuerte)

Por favor, califique en una escala de 1 a 5, ¿cuán importante considera que es la colaboración interprofesional en la práctica de la Cirugía Oral y Maxilofacial en Colombia?

1 (Muy poco importante)

2 (Poco importante)

3 (Neutral)

4 (Importante)

5 (Muy importante)

En su opinión, ¿cuál es la principal barrera para la colaboración interprofesional en la Cirugía Oral y Maxilofacial en Colombia?

Falta de comprensión y respeto entre profesionales

Barreras organizativas

Dificultades en la comunicación

Limitaciones en la formación interprofesional

Otro (Especificar)

En una escala de 1 a 5, ¿cómo calificaría la actual formación en interprofesionalidad en los programas de COMF en Colombia?

1 (Muy insatisfactoria)

2 (Insatisfactoria)

3 (Neutral)

4 (Satisfactoria)

5 (Muy satisfactoria)

¿Cuán satisfecho está con la colaboración interprofesional actual en los programas de COMF en Colombia?

1 (Muy insatisfecho)

2 (Insatisfecho)

3 (Neutral)

4 (Satisfecho)

5 (Muy satisfecho)

En una escala de 1 a 5, ¿en qué medida cree que la colaboración interprofesional puede mejorar la calidad de la atención al paciente en la Cirugía Oral y Maxilofacial en Colombia?

1 (En muy poca medida)

2 (En poca medida)

3 (En cierta medida)

4 (En gran medida)

5 (En muy gran medida)

¿Cuán dispuesto estaría a participar en iniciativas que promuevan la colaboración interprofesional en el campo de la Cirugía Oral y Maxilofacial?

1 (Nada dispuesto)

2 (Poco dispuesto)

3 (Neutral)

4 (Bastante dispuesto)

5 (Muy dispuesto)

Anexo B: Entrevista semiestructurada:

Datos del participante:

Nombre completo:

Genero:

Edad:

Grupo correspondiente: Residente ___ Especialista ___ Miembro directivo de los programas académicos de COMF ___ Miembro directivos de la Asociación Colombiana de Cirugía Oral y Maxilofacial (ACCOMF) ___

Universidad en la que cursa o finalizó su especialidad:

Preguntas de apertura:

Realice una breve presentación personal

Podría relatarnos ¿Que considera usted que es la identidad profesional?

Podría relatarnos ¿Que considera usted que es un desafío o conflicto profesional?

Preguntas de intermedio:

¿Podría describir su experiencia personal en la Cirugía Oral y Maxilofacial en Colombia y cómo cree que ha evolucionado la identidad profesional en este campo a lo largo de los años?

Desde su perspectiva, ¿cuáles son los principales desafíos interprofesionales que enfrenta actualmente un Cirujano Oral y Maxilofacial en Colombia?

¿Qué factores considera que influyen en la relación entre los diferentes profesionales de la salud en el ámbito de la Cirugía Oral y Maxilofacial en Colombia?

¿Cómo ha solventado esos desafíos o conflictos profesionales a los que se ha enfrentado?

¿Cuál es su opinión sobre la importancia de la colaboración interprofesional en la práctica de la Cirugía Oral y Maxilofacial en Colombia?

¿Podría compartir algún ejemplo o experiencia personal que ilustre la importancia de la colaboración interprofesional en su trabajo como Cirujano Oral y Maxilofacial?

¿Qué medidas o cambios considera que podrían mejorar la colaboración interprofesional y la identidad profesional de los Cirujanos Orales y Maxilofaciales en Colombia?

¿Cómo cree que se podrían superar los obstáculos para la colaboración interprofesional en el contexto de la Cirugía Oral y Maxilofacial en Colombia?

¿Cuál es su visión de cómo podría evolucionar la identidad y la colaboración interprofesional de los Cirujanos Orales y Maxilofaciales en Colombia en el futuro?

¿Qué diferencias percibe entre la identidad del Cirujano Oral y Maxilofacial en Colombia comparativamente a nivel mundial?

¿Cuál cree usted que es la percepción de especialistas de áreas relacionadas (Neurocirugía, Cirugía de Cabeza y Cuello, Oftalmología, Otorrinolaringología y Cirugía Plástica) respecto a la identidad profesional del Cirujano Oral y Maxilofacial en Colombia?

¿Ha experimentado situaciones en las que la colaboración interprofesional ha sido especialmente beneficiosa o problemática en su trabajo como Cirujano Oral y Maxilofacial en Colombia?

¿Considera usted que existen diferencias notables en la percepción de la identidad y los desafíos interprofesionales entre los residentes, los especialistas y los miembros directivos en los programas de COMF en Colombia?

Preguntas de finalización:

Finalmente, ¿Tiene usted preguntas relacionadas con la entrevista o le gustaría realizar algún comentario adicional o aclarar algún tema en particular?