



**Universidad del
Rosario**



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá

Administración y Medicina, los estudiantes de postgrado entre dos mundos

Autores

Vivian Paola Delgadillo Sánchez, Felipe Aluja Jaramillo

Director

Francisco Olmos Vega

Título por el que opta

Magíster en educación para profesionales de la salud

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud – Facultad de Medicina

Maestría en educación para profesionales de la salud

Universidad del Rosario – Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá - Colombia

2022

Tabla de Contenido

Resumen.....	2
Introducción	3
Marco teórico	4
Tabla 1. Conceptos de Agencia	5
Metodología	6
Equipo de Investigadores.....	6
Reflexividad.....	7
Entorno.....	8
Recolección de datos.....	8
Análisis de datos	9
Tabla 2. Caracterización Demográfica De La Población	10
Resultados	11
Figura 1. Diagrama de resultados principales (codificación axial)	11
El médico no administrador: un divorcio irreconciliable.....	12
El médico como administrador: un matrimonio armónico.....	14
Discusión.....	16
Implicaciones para la práctica.....	18
Conclusiones	18
Referencias Bibliográficas	20
Apéndice A. Guiones para Grupos Focales y Entrevistas	24
Apéndice B. Codificación Focal	25

Resumen

Contexto: es limitada la información disponible en la literatura respecto a la forma en que los estudiantes de postgrados médicos adquieren competencias en Gestión Administrativa (GA) en los lugares de práctica y rara vez sus experiencias son contempladas en el diseño de estrategias de transformación educativa en el área, a pesar de ocupar un rol protagónico en la ejecución del día a día de las labores administrativas en las instituciones sanitarias.

Objetivo: diseñamos una investigación que exploró los Mundos Figurados de los médicos residentes y cómo sus experiencias en el lugar de trabajo incidieron en la adquisición de competencias en GA.

Metodología: desarrollamos una investigación cualitativa de Teoría Fundamentada Constructivista, con grupos focales y entrevistas semiestructuradas en 22 residentes médicos de la Pontificia Universidad Javeriana, de diferentes niveles formativos y disciplinas, rotantes en el Hospital Universitario San Ignacio, en la ciudad de Bogotá, Colombia.

Resultados: La adquisición de competencias en GA en residentes médicos se enmarca en dos mundos figurados opuestos. Uno de ellos constituido por vivencias negativas y poco formativas, y, en contraposición, un mundo enriquecido por estrategias de transformación cultural y apropiación de la GA como parte del acto médico.

Conclusiones: Los médicos, sin duda, debemos adquirir competencias administrativas en beneficio de una mejor calidad, seguridad en la atención y un uso eficiente de los recursos sanitarios; para lograrlo, se requiere una profunda transformación cultural de la comunidad educativa, partiendo de los profesores quienes deben afianzar sus conocimientos en GA y mejorar su integración a la práctica clínica.

Palabras clave: *figured worlds, qualitative research, constructivist grounded theory, management.*

Introducción

Las labores administrativas han sido históricamente subestimadas, pero hacen parte de la carga asistencial de los médicos, quienes se ven obligados a asumirlas sin una preparación previa (Myers & Provonost, 2017). Se ha descrito la importancia de la gestión administrativa (GA) en la prestación de servicios eficientes y de calidad como respuesta a las necesidades de salud de las sociedades (Souza, Ros & Zeferino, 2012) y algunos autores enfatizan en que la formación en estas habilidades mejorará la atención al paciente, el bienestar del personal sanitario y la salud de las poblaciones (Rotenstein, Huckman, & Cassel, 2021), sin embargo, los estudiantes consideran que existe un vacío en su formación profesional en aspectos como liderazgo o gestión (Kaur & Singh, 2013).

Esta brecha formativa hace necesaria la reforma de los planes de estudio incorporando líneas de educación en GA (Quince, Abbas, Murugesu, et al, 2014). Nos referiremos a GA, como aquellas habilidades que son necesarias para poder planificar, construir o dirigir una organización de manera que se puedan cumplir los objetivos trazados (Wajdi, 2017; Popovichi, 2012; Algahtani, 2014).

Es habitual encontrar confusión entre las competencias de GA y liderazgo, pero difieren en que el líder demuestra la capacidad de influenciar a otros en seguirle voluntariamente (Young & Dulewicz, 2008) y adquiere habilidades para favorecer un cambio potencial para alinear, motivar o inspirar personas (Wajdi, 2017; Popovichi, 2012; Algahtani, 2014); mientras que el administrador alcanza los objetivos con los recursos disponibles manteniendo el funcionamiento de la organización y no necesariamente requiere ser un líder (Wajdi, 2017; Popovichi, 2012; Algahtani, 2014).

Hopwood afirma que el aprendizaje y la práctica están estrechamente relacionados, son temporalmente inseparables y siguen una curva ascendente y evolutiva desde el comienzo de la formación (Hopwood, 2014). En el campo de la educación médica en GA, se ha

propuesto el aprendizaje experiencial en el lugar de trabajo como una estrategia de alto valor para resolver la disociación entre la teoría y la práctica, sin embargo, se ha limitado a ciertos grupos de supraespecialistas con intereses muy específicos (Thomassen & Jørgensen 2021). Usualmente, la adquisición de habilidades en temas no clínicos ocurre de manera informal mediante el aprendizaje experiencial en los lugares de práctica (Wahat, Krauss & Othman, 2013) y es poca la información en la literatura que aporta a la construcción de estrategias educativas en GA.

Es así, como surgió nuestra pregunta de investigación: *¿Cómo impactan las experiencias de los estudiantes de postgrado en los lugares de trabajo la adquisición de competencias en GA en medicina?*

Marco teórico

La teoría de Mundos Figurados (MF), busca entender cómo se define una persona durante su interacción con el mundo del que hace parte y con otros agentes propios en su mundo y por fuera de él (Stubbing, Helmich & Cleland, 2018). A través de esta teoría, explicaremos las características propias del MF de cada participante en este estudio y el impacto sobre su proceso formativo.

Los MF se caracterizan por estar culturalmente y socialmente contruidos, reconociendo tipos de actores y otorgando un significado y un valor diferencial a cada uno de sus actos (Holland, Lachicotte & Skinner, 1998; Kamberelis, Dimitriadis & Welker, 2018). Son espacios que les permiten a las personas descubrir quiénes son y su relación con los demás en las actividades diarias (Kamberelis, Dimitriadis & Welker, 2018); cada individuo se define y se identifica a sí mismo en relación con el mundo (Holland, Lachicotte & Skinner, 1998). A medida que los individuos se vuelven más familiares con las circunstancias del MF van generando un proceso de apropiación, objetivación y comunicación, de manera que el

mundo mismo también se forma y reforma con las prácticas de sus participantes (Holland, Lachicotte & Skinner, 1998).

Desde la perspectiva de los MF se busca comprender las formas en que los individuos y los grupos crean significado, con base en los recursos y el uso que se les da a estos recursos (Chaffee & Gupta, 2018). El concepto de producción cultural es clave, siendo definido como los significados desarrollados por los grupos en sus prácticas cotidianas para hacer, ser, actuar, interactuar y comunicarse (Chaffee & Gupta, 2018).

Existen cinco premisas en la teoría de MF: agencia, improvisación, discurso, posicionamiento y poder (Holland, Lachicotte & Skinner, 1998). La agencia es un concepto central compuesto por múltiples elementos que interactúan entre sí para que el individuo dentro del MF pueda consolidar sus pensamientos y motivaciones internas y hacer uso de diferentes herramientas que le proporciona el mismo MF para desarrollar sus actos agentivos. La agencia consta de cuatro conceptos entrelazados: auto-objetivación, auto-control, auto-dirección y auto-autoría (Holland, Lachicotte & Skinner, 1998) (ver Tabla 1).

Tabla 1. Conceptos de Agencia

Conceptos de Agencia en Teoría de Mundos Figurados	
Concepto	Definición
AUTO-OBJETIVACIÓN	Capacidad del individuo para modular su identidad encajando o no en un MF.
AUTO-CONTROL	Capacidad del individuo para usar las herramientas que dispone para gestionar sus acciones de manera que le permita ajustarse o no al MF.
AUTO-DIRECCIÓN	Forma en que el individuo usa las herramientas dentro del MF para alcanzar determinados objetivos. Son las decisiones que toma el individuo con base en las herramientas que tiene para adecuarse o no a un MF.
AUTO-AUTORÍA	Capacidad del individuo para modular el lenguaje y los símbolos apropiados del MF improvisando soluciones y demostrando agencia.

El posicionamiento permite entender el lugar que ocupa un individuo en el MF. Puede concebirse como una identidad posicional (ej. Género o raza) o una identidad figurada

(atributo exclusivo de un individuo y jerarquía). A partir del posicionamiento puede surgir el poder, que se entiende como la capacidad que tiene el individuo para lograr una modificación del comportamiento de los demás miembros usualmente a través de la jerarquía, llegando a identificar actores con mayor o menor influencia, privilegios y poder (Holland, Lachicotte & Skinner, 1998).

Los MF son dinámicos, se modifican de acuerdo con los contextos culturales y con elementos que se agregan o eliminan. Las acciones de cada individuo, su elección de participar o no, las herramientas aprendidas en otros mundos, la pertenencia al mundo, entre otros, son factores que impactan el funcionamiento del MF (Robinson, 2007).

Metodología

Aplicamos la Teoría Fundamentada Constructivista (TFC), que permitió elaborar un constructo teórico a partir de las vivencias y percepciones de los residentes, en conjunción con elementos conceptuales empíricos aportados por los investigadores y a la luz de conceptos sensitivos propios de la teoría (Charmaz, 2014). Utilizamos una estrategia de muestreo teórico, recolección, codificación y análisis iterativo de datos, con comparación y reflexividad constantes hasta obtener la suficiencia teórica (Charmaz 2014; Watling and Lingard 2012). Exploramos las vivencias y percepciones relacionadas con GA que experimentaron los residentes en sus lugares de trabajo, su capacidad de descubrirse en estos mundos y relacionarse con los demás individuos en las actividades cotidianas (Kamberelis, Dimitriadis & Welker, 2018).

Equipo de Investigadores

El equipo de investigación estuvo conformado por dos médicos aspirantes a maestría en educación para profesionales de la salud de la Universidad del Rosario y la Pontificia Universidad Javeriana (PUJ) en Bogotá, Colombia; uno de ellos especialista en radiología (FAJ) y otro en medicina interna (VDS) y en calidad de tutor, un doctor en educación para

profesionales de la salud con experiencia en el aprendizaje en el lugar de trabajo (FOV) y anestesiólogo, todos profesores en el Hospital Universitario San Ignacio en Bogotá.

Realizamos un proceso de análisis reflexivo y llegamos a concertaciones argumentadas de nuestras posturas ante los hallazgos obtenidos (Thornberg, R. and Charmaz, K., 2012).

Reflexividad

Siendo coherentes con el paradigma de investigación constructivista seleccionado y en aras de esclarecer los intereses de los investigadores y sus posibles conflictos durante el estudio, realizamos un proceso permanente de reflexividad (Olmos-Vega, F.et.al.,2022; Gentles SJ, et.al., 2014), empezando con la reflexividad personal por medio de un ejercicio de reconocimiento de los preconceptos de los investigadores, por medio de una entrevista aplicada por el tutor siguiendo el primer guión (ver Apéndice A), el cual ajustamos con base en este primer ejercicio y cuyos resultados sirvieron como punto de partida para la codificación inicial, reflejando las posiciones de cada investigador y sus propias percepciones y vivencias en el mundo de la GA en su práctica profesional

Aclaremos que el primer autor desempeña un rol de dirección administrativa en el HUSI y es profesora del departamento de medicina interna en la PUJ, por lo cual, ocupa una posición de poder sobre los participantes del estudio; a su vez FAJ, es profesor del departamento de radiología en la misma institución, lo cual representa una relación de poder sobre estos residentes. Para mitigar esta influencia, la convocatoria a participar en el estudio fue realizada por los directores de los diferentes departamentos y solo los residentes que voluntaria y libremente decidieron participar recibieron un consentimiento informado que explicaba en detalle los intereses de los investigadores y sus jerarquías. Se permitió a los residentes escoger si deseaban la participación de los dos investigadores en los grupos focales o por el contrario si preferían que fuese excluido alguno de ellos del proceso. Los residentes manifestaron sentirse cómodos con la participación de los dos investigadores; sin embargo,

los grupos focales fueron conducidos por FAJ en su mayoría, con una participación de VDS en calidad de observador. Para las entrevistas, no incluimos residentes de medicina interna y definimos una participación conjunta, según la disciplina del participante, por lo cual FAJ no participó en la entrevista del residente de radiología. Tanto los grupos focales como las entrevistas se llevaron a cabo en un lugar neutral, fuera del hospital y en un entorno de total escucha y libre expresión de los conflictos de interés por parte de los investigadores, aceptando las inquietudes y observaciones de los participantes de forma autocrítica. Durante el análisis de los datos, mantuvimos una estrategia de anonimización, constante crítica reflexiva y comparación analítica permanente llegando a acuerdos objetivos que favorecieron la codificación de los datos de manera imparcial.

Entorno

La investigación se desarrolló en la PUJ en Bogotá, participaron 22 estudiantes de postgrado de diversas especialidades clínicas y quirúrgicas y niveles de formación. Su lugar de práctica principal fue el HUSI, pero se tuvieron en consideración las vivencias experimentadas en otros lugares de práctica durante el postgrado, el año de servicio social obligatorio (periodo establecido en Colombia para desarrollar prácticas clínicas comunitarias, una vez culminados los 6 años del pregrado) y los lugares de trabajo antes de ingresar al postgrado.

Recolección de datos

Realizamos una estrategia de muestreo propositivo para la conformación de grupos focales (Stalmeijer, R. E., Mcnaughton, N., & Van Mook, W. N. K. A., 2014). Obtuvimos una representación homogénea de las especialidades clínicas y quirúrgicas, igualdad de géneros y diferentes niveles de formación (ver Tabla 2). Se realizaron 2 grupos focales, uno con residentes de especialidades quirúrgicas (8 participantes) y otro con residentes de especialidades médicas (10 participantes), aplicando un primer guión con preguntas

semiestructuradas y abiertas (ver “Apéndice A”) (Charmaz, 2014). Participamos VDS y FAJ, alternando el rol de moderador con el de observador, de acuerdo con el ejercicio de reflexividad previamente realizado, con miras a evitar cualquier tipo de presión o incomodidad entre los residentes y mediante una técnica exploratoria logramos generar un espacio de confianza y reciprocidad con amplia participación de los estudiantes (Watling, C.J. & Lingard, L., 2012). Cada grupo tuvo una duración promedio de 3 horas. Los residentes no recibieron incentivos diferentes a un refrigerio durante el periodo de descanso de la sesión. Se recopiló la información por medio de grabaciones de audio y notas registradas por los entrevistadores (Stalmeijer, R. E., Mcnaughton, N., & Van Mook, W. N. K. A., 2014).

A lo largo del proceso se realizó un ejercicio permanente de análisis, codificación y agrupación de los datos, a partir de lo cual se redefinió el guión para aplicar en las entrevistas semiestructuradas complementarias (ver Apéndice A) (Charmaz, 2014). Realizamos un muestreo teórico para seleccionar los participantes en esta fase, considerando que pertenecieran a especialidades que no hubiesen participado en los grupos focales y de niveles formativos inferiores. Participaron 4 residentes (2 de especialidades quirúrgicas y 2 de especialidades clínicas). Todos los participantes firmaron el consentimiento informado y aceptaron las condiciones estipuladas para participar, destacando la confidencialidad de los datos y libertad de expresión de sus emociones y conceptos durante la sesión. Las entrevistas se realizaron en modalidad virtual por medio de la plataforma TEAMS y fueron grabadas en video y audio, con una duración promedio de 1 hora y 30 minutos, logrando alcanzar la suficiencia teórica con este volumen de participantes.

Análisis de datos

Realizamos la transcripción manual de las grabaciones de audio de los grupos focales y codificamos de forma independiente los documentos obtenidos por medio del software de

administración y codificación de datos ATLAS.ti. 22 (<https://atlasti.com/?x-clickref=1100lwc9aPXq>).

Tabla 2. Caracterización Demográfica De La Población

Caracterización Demográfica de los Participantes			
Variables	Participantes	Variables	Participantes (#)
Rango de edad (años)		Postgrado del estudiante	
23-27	11	Anestesiología (C8)	1
28-32	10	Cardiología (C1-C5)	2
33-37	1	Cirugía general (Q4-Q8)	2
Identidad de género		Cirugía plástica (11)	1
Masculino	11	Geriatría (C7)	1
Femenino	11	Ginecología y Obstetricia	1
No Binario	0	Medicina de urgencias (12)	1
Estado civil		Medicina Interna (C4-C9)	2
Soltero(a)	19	Nefrología (C10)	1
Casado(a)	2	Neumología (C2)	1
Unión Libre	1	Neurocirugía (Q2)	1
Año que se encuentra cursando		Neurología (C6)	1
I	1	Oftalmología (Q3)	1
II	4	Ortopedia (Q1-13)	2
III	5	Otorrinolaringología (Q5)	1
IV	7	Pediatría (C3)	1
V	1	Radiología (14)	1
Fellow	4	Urología (Q7)	1
Estudios previos en administración o afines		Nota: Se asocia el código identificador del residente en cada postgrado.	
Especialización en administración	1		
Maestría en ciencias y Salud	1		
Años de experiencia laboral			
0-5	19		
5-10	2		
10-20	1		
Experiencia laboral en administración			
SI	7		
NO	15		

Obtuvimos 88 códigos en la fase inicial, de los cuales partimos para complementar la información durante las entrevistas, las cuales suspendimos con el cuarto participante, al alcanzar la suficiencia teórica (Guest, G., Bunce, A. & Johnson, L., 2006).

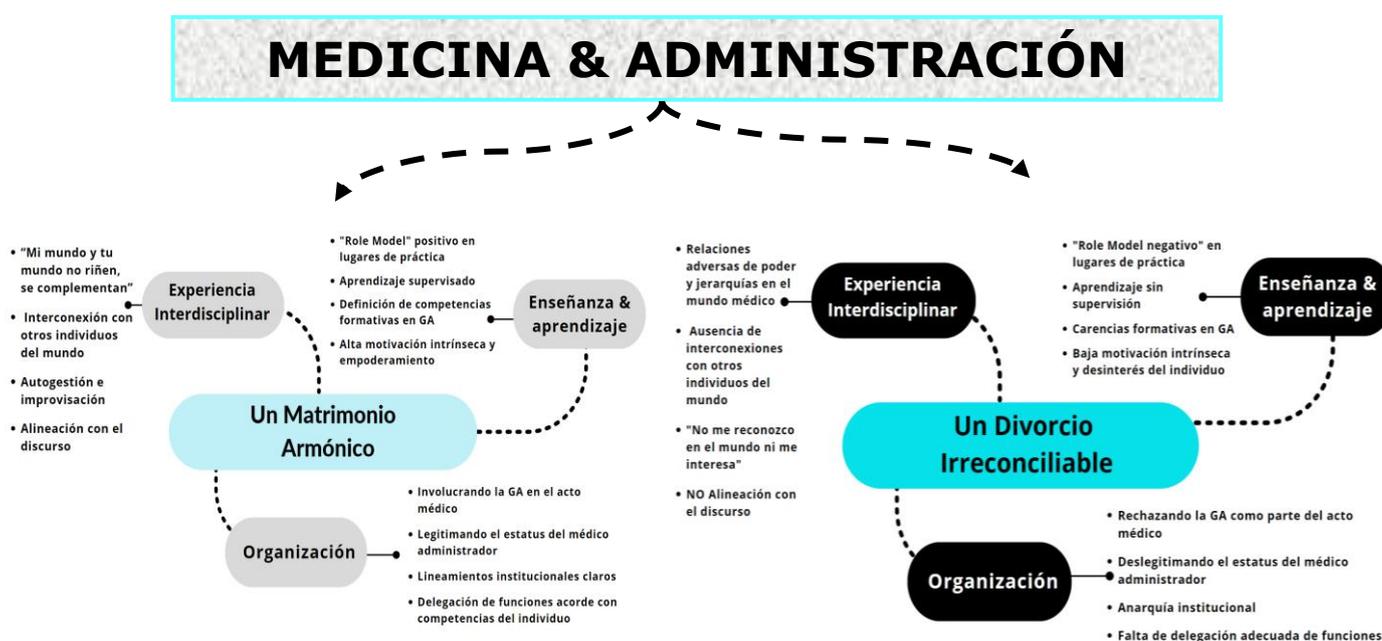
Mantuvimos el análisis simultáneo, sistemático e iterativo a lo largo de la investigación con comparación constante de los datos (Carmichael, T., & Cunningham, N.,

2017), lo que favoreció la codificación focal en 17 grupos y finalmente 7 categorías dinámicas en las que introdujimos nuevos conceptos para proceder con la codificación axial (Corbin & Strauss, 2015) (ver Apéndice B). Durante todo el proceso tanto VDS como FAJ realizamos el registro de diarios de reflexividad y memos, tratando de evitar al máximo posibles interferencias o prejuicios en el análisis de los datos, con una postura crítica ante los hallazgos, que dimos a conocer abiertamente a los participantes, quienes tuvieron la opción de conocer nuestros roles e intereses y los posibles preconceptos elaborados durante el análisis (Thornberg, R. and Charmaz, K., 2012). Los participantes se anonimizaron para la fase de análisis de resultados y discusión de estos (Guest, G., Bunce, A. & Johnson, L., 2006).

Resultados

El hallazgo más trascendente de esta investigación es la coexistencia en los lugares de trabajo de dos mundos figurados en GA, esencialmente opuestos, que surgen como consecuencia de experiencias positivas o negativas que viven los participantes a lo largo de su carrera (ver figura 1).

Figura 1. Diagrama de resultados principales (codificación axial)



Un grupo de residentes, desestima la GA: *“Yo creo que parte del problema es percibir tan mal la tarea administrativa y el aprendizaje de cosas administrativas” (Q8)*, y, por el contrario, otros encuentran un significado y encajan en el mundo de la GA destacando su importancia en la formación profesional del médico: *“uno empieza a darse cuenta que sí está involucrado todo y ojalá permita empezar a los futuros médicos a tener una formación integral” (12)*.

A continuación, describiremos las características principales que configuran cada uno de estos mundos:

El médico no administrador: un divorcio irreconciliable

Los participantes que construyen su agencia con base en narrativas negativas de la GA, se posicionan en el mundo como víctimas de la inoperancia de otros actores que no cumplen con sus funciones delegadas, como es el caso de enfermería: *“en teoría la jefe que esta asignada debería enviar cuáles son los casos que se deberían presentar y no revisar todos los pacientes, pero no lo hace, entonces uno termina haciendo esto” (Q8)*, o funcionarios administrativos: *“hay una manada de responsables de esas labores que no son capaces de hacer y no las quieren hacer y aparte les pagan para eso” (Q4)* y asumen múltiples responsabilidades administrativas y asistenciales por fuerza y con profundo disgusto: *“como que uno se da cuenta que acá nosotros somos secretarios máximos” (Q2)*, lo que demuestra la apropiación de las prácticas sociales y culturales del mundo y su auto-objetivación en el MF del médico no administrador, pues no encuentran un valor agregado para su proceso formativo y perciben una carga excesiva de trabajo no remunerado y carente de significado.

Destacan el conflicto que se presenta entre lo clínico y lo administrativo *“hay muchas zonas donde lo administrativo y lo clínico se cruzan y se pierde mucho la definición de hasta qué punto voy yo...” (Q8)*, lo cual afecta considerablemente su identidad en el mundo pues no

logran discriminar las prácticas más relevantes para adquirir las competencias formativas y no encuentran elementos claros para auto-direccionarse y encajar en el mundo de la GA: *“termina uno poniendo su tiempo, su salud mental, muchas veces tiempo de lo académico incluso, para satisfacer necesidades que no cambian mucho en nuestro proceso académico, que es lo que estamos haciendo acá...”* (C7).

Perciben que las labores administrativas *“quitan tiempo para la academia, quitan tiempo para las actividades asistenciales”* (Q7) y esto *“tiene una repercusión en el tiempo que uno tiene para hacer labores académicas esenciales”* (Q1) y resaltan la carencia de recursos formativos en GA desde el pregrado: *“cuando a uno nunca le han enseñado”* (Q4), *“yo pienso que los médicos salimos de pregrado y creo que, de postgrado, muy perdidos con respecto a toda la parte de finanzas, de contratación, o sea, ¡muy perdidos!...tenemos muy poquito conocimiento al respecto”* (C1), lo cual limita su capacidad de agencia y profundiza la percepción de malestar ante la asignación de labores administrativas durante el postgrado, consolidando un discurso de insatisfacción y rechazo a la GA.

Este discurso se enriquece con prácticas sociales muy arraigadas que se perpetúan en el tiempo, como la falta de apoyo por parte de los profesores: *“tengo muchos docentes que, no tienen ni idea, ni siquiera, que a uno lo llaman a decirle que está mal lo que acaban de escribir”* (Q3), la permanente recriminación ante el error: *“todo este sistema administrativo, no está diseñado para tolerar error del residente”* (C2), las jerarquías impositivas: *“es muy importante que el que está arriba y nosotros vamos a estar arriba en un futuro, mire siempre hacia atrás y qué está haciendo el otro y que tanto estoy haciendo yo por el funcionamiento de este servicio”* (C10), un aprendizaje informal por ensayo y error: *“entonces a todos nos toca, entonces digamos que uno empieza a hacer esto como muy sobre la marcha, es muy ensayo y error”* (C7) y la ausencia de retroalimentación: *“Nadie nunca sabe el resultado de las tareas administrativas que hacemos, pudimos haber hecho 899 actas de morbilidad con*

las patas y nadie nunca sabe si esa acta quedó bien, si esa acta la revisaron, o si alguna vez revisaron el indicador y así quedó” (Q8), y, aunque unos pocos tienen conocimientos básicos en GA y valoran su importancia en el ejercicio profesional, terminan auto-objetivándose con este discurso hostil, dadas las vivencias desafortunadas a las que se ven expuestos.

Los residentes que encajan en el MF del *médico no administrador*, consideran que deben adquirir competencias administrativas, pero no necesariamente ser responsables de la ejecución de estas actividades en los lugares de práctica: *“estoy de acuerdo, a uno se lo tienen que enseñar, pero el hecho que a uno se lo enseñen, no quiere decir que uno tenga que hacer eso, ¿listo? Son dos cosas muy diferentes” (Q1)* y no encuentran el respaldo necesario para generar un cambio en la cultura e incorporar la GA como parte del acto médico.

El médico como administrador: un matrimonio armónico

En contraste, ciertos participantes reconocen el valor de haber tenido que asumir actividades administrativas durante su residencia, pues *“independientemente del que quiera, le guste o no, todos debemos saber de administración, pues todos debemos aprender a administrar recursos” (C10)* y a diferencia del mundo anterior, el discurso en este mundo, esta fundamentado en un proceso de transformación consciente entre el grupo docente y los temas relacionados con GA se han incorporado dentro de los objetivos de enseñanza y competencias formativas: *“nuestros profesores son todos muy conscientes de esa realidad y es que es algo muy propio en nuestro quehacer” (C8)*, lo cual estimula y sensibiliza al residente en la adquisición de estas competencias, alineándose con el discurso y encajando en este mundo con mayor capacidad de agencia.

Son ejemplos relevantes de factores que promueven una mayor capacidad de agencia del residente en el mundo de la GA: un aprendizaje por imitación: *“pues fui aprendiendo, como que, de distintas personas, fue como por imitación de lo que ellos hacían, y de pronto te asesoraban en el proceso” (I1)*, la identificación de modelos positivos a seguir: *“otra*

figura que quiero destacar entre nosotros es el doctor M, es otra de las personas que nosotros decimos bien, nos enseña motivándonos a ser mejores y no nos enseña con la cultura del miedo”(C5), “el Dr.S, se sienta al lado de uno en la consulta, en la cirugía, en todo y es la única persona que le enseña a uno y no le delega la función, sino que él la hace al lado de uno” (Q4), el empoderamiento femenino, resaltando profesoras destacadas como promotoras del aprendizaje en GA: “la Dra. A, yo creo que ella si nos inculca mucho, pues como ella es la docente que se encarga de todo..., ella responde todas las glosas, entonces ella sabe cuál es el componente administrativo que hay detrás, entonces cuando uno presenta pacientes en la revista, ella dice: Venga, paremos un segundo y ¿debimos haber tomado esto?, ¿por qué estamos haciendo esto?... entonces ella nos para y nos hace pensar” (C4) y el haber experimentado roles administrativos durante su vida laboral: “pues yo en general con la experiencia que tuve del cargo administrativo cuando trabajé, me di cuenta de muchísimas cosas que uno no ve uno como médico...” (11).

Aquellos participantes que logran encajar en el mundo de la GA, logran interconectar las competencias asistenciales y las administrativas, encontrando significado en el discurso, un mayor apropiación y se posicionan como referentes para otros individuos de su mundo y de otros mundos: *“entender que la labor o la función del otro es importante para que mi propia función se cumpla, por ejemplo, la función de los tecnólogos es indispensable para uno, pero también para las asistentes que están en ventanilla” (14).*

También destacan la práctica interprofesional dentro de su MF, como un factor promotor del aprendizaje: *“hay cosas que uno que no aprende como académicamente, pero si lo aprende con la jefe de enfermería y de programación” (14), “uno aprende muchísimo de ellos o sea no sólo el personal de enfermería sino también el tecnólogo porque a la larga el tecnólogo es la mano derecha de uno” (14).*

Discusión

De acuerdo con nuestros resultados existen dos formas de entender y concebir la GA en los lugares de práctica. Los residentes se alinean con uno u otro MF dependiendo de los discursos, el poder y el posicionamiento. Según Thomassen & Jørgensen (2021), existe una disociación entre la teoría y la práctica en el aprendizaje de la GA y para mitigarla se ha propuesto el aprendizaje experiencial en el lugar de trabajo como una estrategia de alto valor, sin embargo, en nuestra investigación demostramos que esta brecha podría profundizarse si el residente se encaja en el MF del *médico no administrador* en los lugares de trabajo.

Como lo describieron Myers & Provonost (2017), las labores administrativas en el lugar de trabajo se suman a la carga asistencial y han sido subestimadas en la práctica diaria de los médicos residentes, quienes se ven obligados a asumirlas sin una preparación previa, hallazgo que confirmamos en nuestro grupo de participantes. Al igual que Souza y sus colaboradores (2012) una de las principales barreras que encontramos es que los médicos no están siendo entrenados en los procesos administrativos básicos para garantizar la prestación de servicios eficientes y de calidad (Souza, Ros & Zeferino, 2012).

Aunque son los mismos estudiantes quienes han identificado un vacío en su formación profesional en aspectos de administración, no todos están de acuerdo en que estos temas se integren a los planes de estudio de las facultades de medicina. Es posible que en el estudio de Kaur & Singh (2013) donde encontraron un interés particular por incluir estos temas en los currículos, hayan dejado de lado la opinión de aquellos que no se identificaban con la administración.

Cómo describieron Wiese, Kilty, Bergin, et al, (2017), reafirmamos que en los lugares de práctica existe una competencia continua entre la atención del paciente, el cumplimiento de horarios, la seguridad del paciente, los procesos administrativos y que estos últimos se ven menospreciados en la práctica y en la formación médica.

Encontramos que los residentes de medicina que se identificaron con la GA, reconocen la importancia de este aprendizaje para su formación y su práctica futura. Al igual que en la literatura, en nuestros participantes “*médicos como administradores*”, la adquisición de habilidades en temas no clínicos ocurrió de manera informal mediante el aprendizaje experiencial o por ensayo error (Wahat, Krauss & Othman, 2013).

Nuestros resultados indican que el discurso del “*médico como administrador*” es uno de los elementos que favorece el aprendizaje de labores administrativas, argumento que no ha sido identificado previamente en la literatura y que exploramos en profundidad en este estudio. De manera similar al proceso que tienen los estudiantes de medicina al adquirir la identidad del buen médico durante el proceso formativo (Bergin, Horgan & Dornan, 2017), es posible que los residentes asuman la identidad propia del médico administrador apropiando el ejemplo positivo de sus docentes.

Las fortalezas de esta investigación radican principalmente en la elección cuidadosa de unas teorías relevantes que aplicamos con rigurosidad, lo que nos permitió analizar en profundidad el aprendizaje en los lugares de práctica y las diferentes visiones de los mundos figurados de los participantes. Estos hallazgos deben ser interpretados en el contexto de cada uno de nuestros lectores, haciendo un análisis reflexivo y consciente para saber cómo beneficiarse de este trabajo. Obtuvimos dos perspectivas opuestas, positivas y negativas, que balancearon la información y enriquecieron los mundos descritos.

Entre las limitaciones, encontramos que, aunque en el estudio participaron estudiantes de diversas especialidades médicas y quirúrgicas, la mayoría de vivencias descritas, tienen lugar en un mismo escenario de práctica, por lo cual, la transferibilidad de los resultados deberá evaluarse cuidadosamente según la cultura y rasgos propios de los individuos.

Es posible, que, a pesar de las medidas tomadas, los participantes no logran total honestidad al discutir este tipo de temas con los entrevistadores, quienes forman parte del grupo docente y ocupan posiciones de poder en la facultad de medicina y del hospital.

Implicaciones para la práctica

Esta investigación busca ser el marco de referencia para el inicio de una transformación en el paradigma de la enseñanza médica, aportando elementos innovadores para la reforma educativa en medicina. Los líderes deben entender que el concepto tradicional que se ha impartido hasta el momento del “*médico no administrador*”, genera riesgos de seguridad clínica, pérdidas financieras e imprime en los médicos un sentimiento de desarraigo y malestar ante la ejecución de este tipo de labores. Para que esta transformación se produzca sin entorpecer los procesos clínico-asistenciales, es necesario permear la cultura de las escuelas de medicina y las instituciones sanitarias y contemplar el sentir del residente y sus vivencias, como punto de partida para incluir la GA como parte del acto médico.

Conclusiones

El mundo figurado de la administración en medicina, según los participantes, se divide en dos caminos que al final convergen en una misma conclusión y es la necesidad de transformar la educación médica en lo relacionado con GA.

Para algunos participantes del estudio predominan las interacciones negativas durante la práctica, afectando su capacidad de agenciarse, alinearse con el discurso y encajar en el mundo de la GA.

Quienes se alinean con el discurso del mundo de la GA encuentran aplicabilidad en la práctica, refieren mejoría en los procesos de seguridad clínica y protección a los recursos finitos de los sistemas de salud.

Algunos residentes generan alternativas para armonizar la GA con la clínica, sin embargo, no encuentran apoyo en sus docentes, quienes deberían promover este tipo de iniciativas como un factor determinante en la transformación cultural en el lugar de trabajo.

Para generar una transformación a un médico capaz de administrar, se requiere una modificación del plan de estudios, pero, el requisito previo es la apropiación por parte de los docentes, que, como modelos positivos, deben incentivar a toda la comunidad educativa.

La enseñanza de competencias de GA en medicina, debe incorporarse de forma temprana, aplicarse al contexto de los lugares de práctica y partir desde la transformación cultural tanto en las universidades como en las instituciones sanitarias.

Referencias Bibliográficas

- Algahtani, A. (2014). Are Leadership and Management Different? A Review. *Journal of Management Policies and Practices*, 2(3), 71-82. DOI: 10.15640/jmpp.v2n3a4
- Bergin, C, Horgan, M and Dornan, T (2017) Possibility and agency in Figured Worlds: Becoming a 'good doctor'. *Medical Education*, 51 (3). pp. 248-257
- Carmichael, T., & Cunningham, N. (2017): "Theoretical Data Collection and Data Analysis with Gerunds in a Constructivist Grounded Theory Study", *The Electronic Journal of Business Research Methods*, 15(2), pp. 59–73.
- Chaffee, R., & Gupta, P. (2018). Accessing the elite figured world of science. *Cultural studies of science education*, 13(3), 797–805. <https://doi.org/10.1007/s11422-018-9858-0>
- Charmaz, K. (2014). *Constructing Grounded Theory*. 2nd edition. The Sage publications, pp.1-746. ISBN 978-0-85702-9133.
- Corbin, J., & Strauss, A.L. (2015). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Gentles SJ, Jack SM, Nicholas DB, McKibbin K. 2014. A critical approach to reflexivity in grounded theory. *Qual Rep*. 19(44):1–14.
- Guest, G., Bunce, A. & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1):59-82.
- Holland, D., Lachicotte, W., Skinner, D., & Cain, C. (1998). *Agency and identity in cultural worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hopwood, N. (2014). Four essential dimensions of workplace learning. *Journal of Workplace Learning*, 26(6), 349-363. <https://doi.org/10.1108/JWL-09-2013-0069>

Kamberelis, G., Dimitriadis, G. & Welker, A. (2018). Focus Group Research and/in Figured Worlds. En N. K. Denzin y Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (pp. 692- 716). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Kaur, N., & Singh, T. (2013). Teaching healthcare management to medical students: an early experience. *The National medical journal of India*, 26(3), 166–168.

Myers, C.G., & Pronovost, P.J. (2017). Making Management Skills a Core Component of Medical Education. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 92(5), 582–584.

<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001627>

Olmos-Vega, F., Stalmeijer, R.E., Varpio, L. & Kahlke, R. (2022). A practical guide to reflexivity in qualitative research: AMEE Guide No. 149. *Medical teacher*, 1–11. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2022.2057287>

Popovici, V. (2012). Similarities and differences between management and leadership. *Annals-Economy Series*, 2, 126-135.

<https://EconPapers.repec.org/RePEc:cbu:jrnlec:y:2012:v:2:p:126-135>

Quince, T., Abbas, M., Murugesu, S., Crawley, F., Hyde, S., Wood, D., & Benson, J. (2014). Leadership and management in the undergraduate medical curriculum: a qualitative study of students' attitudes and opinions at one UK medical school. *BMJ open*, 4(6), e005353. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005353>

Robinson C. (2007). Figured World of History Learning in a Social Studies Methods Classroom. *The Urban Review*, 39(2), 191-216.

Rotenstein, L. S., Huckman, R. S., & Cassel, C. K. (2021). Making Doctors Effective Managers and Leaders: A Matter of Health and Well-Being. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 96(5), 652–654.

<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003887>

- Souza, P., Ros, M. and Zeferino, A. (2012) The Brazilian public healthcare system and its participation in medical training. *Health*, 4, 500-505. doi: 10.4236/health.2012.48080.
- Stalmeijer, R. E., Mcnaughton, N., & Van Mook, W. N. K. A. (2014). Using focus groups in medical education research: AMEE Guide No. 91. *Medical Teacher*, 36(11), 923–939. <https://doi-org.ezproxy.javeriana.edu.co/10.3109/0142159X.2014.917165>
- Stubbing, E., Helmich, E., & Cleland, J. (2018). Authoring the identity of learner before doctor in the figured world of medical school. *Perspectives on medical education*, 7(1), 40–46. <https://doi.org/10.1007/s40037-017-0399-0>
- Thomassen, A. O., & Jørgensen, K. M. (2021). John Dewey and Continuing Management Education: Problem-Based Learning for Organizational Sustainability. *Journal of Workplace Learning*, 33(3), 229–242.
- Thornberg, R. and Charmaz, K. (2012). Grounded Theory. In S. Lapan, M. Quartaroli, and F. Riemer Eds: *Qualitative research: An introduction to methods and designs* (pp.41-67), San Francisco: Jossey-Bass.
- Wahat, N.W.A, Krauss, S.E. & Othman, J. (2020). Leadership development through workplace learning in Malaysian organizations. *Asian Social Science*, 9(5), 298. DOI:10.5539/ass. v9n5p298
- Wajdi, B. N. (2017). The differences between management and leadership. *Sinergi: Jurnal Ilmiah Ilmu Manajemen*, 7(1). <https://doi.org/10.25139/sng.v7i1.31>
- Watling, C., & Lingard, L. A. (2012). Grounded theory in medical education research: AMEE Guide No.70. *Medical Teacher*, 34, 850–861.
- Wiese, A., Kilty, C., Bergin, C., Flood, P., Fu, N., Horgan, M., Higgins, A., et al. (2017). Protocol for a realist review of workplace learning in postgraduate medical education and training. *Syst Rev* 6, 10. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0415-9>

Young, M., & Dulewicz, V. (2008). Similarities and differences between leadership and management: High-performance competencies in the British Royal Navy. *British Journal of Management*, 19(1), 17–32. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8551.2007.00534.x>

Apéndice A. Guiones para Grupos Focales y Entrevistas

Guion para Grupos Focales

Preguntas de apertura

Cada uno de ustedes haga una breve presentación personal.

¿cuáles consideran ustedes que son las actividades administrativas que deben ejercer en su rol como residentes?

¿mediante un ejemplo podrían ustedes contarnos cuándo y dónde han tenido que afrontar situaciones de índole administrativo a lo largo de su carrera de medicina?

¿podrían ustedes describirnos, detallando una experiencia, cómo aprendieron a llevar a cabo gestiones administrativas en sus lugares de trabajo?

¿qué clase de ayudas han recibido para desarrollar las actividades de índole administrativo en los escenarios de práctica clínica? Describa qué tipo de ayudas y quien se las ha brindado.

Preguntas intermedias

¿cuáles son los problemas que identifican para la gestión administrativa en los lugares en los que han trabajado o han tenido sus prácticas profesionales?

¿qué impacto tuvieron esas ayudas en sus habilidades para llevar a cabo procesos administrativos?

Preguntas de cierre

Finalmente, ¿alguno de ustedes tiene inquietudes en relación con la actividad, les gustaría aclarar algún tema en particular o realizar comentarios adicionales?

Guion para Entrevistas

Preguntas De Apertura

Cada uno de ustedes haga una breve presentación personal.

¿Cuándo y dónde ha tenido que afrontar situaciones de índole administrativo a lo largo de su carrera de medicina?

¿Cuáles considera usted que son las actividades administrativas que debe ejercer en su rol como residente?

Preguntas Intermedias

Describa cómo aprendió a llevar a cabo esas labores administrativas y cuéntenos si tuvo algún tipo de ayuda u orientación para realizarlas.

Describa con quien entra en contacto usted durante la elaboración de estas actividades y como son estas interacciones (Amplíe su respuesta a otros roles).

¿Qué impacto tuvieron esas ayudas en su habilidad para llevar a cabo procesos administrativos?

¿Identifica usted barreras en la formación médica en este tema? Si su respuesta es afirmativa, ¿cuáles serían esas barreras?

Preguntas De Cierre

Finalmente, ¿Alguno de ustedes tiene inquietudes en relación con la actividad, les gustaría aclarar algún tema en particular o realizar comentarios adicionales?

Apéndice B. Codificación Focal

<i>Demostrando deficiencias en la formación en administración</i>	<i>Develando falencias del sistema organizacional</i>
Asumiendo labores delegadas a enfermería	Afrontando ineficiencias administrativas en la institución
Asumiendo labores delegadas al profesor	Esperando que realicen tareas de mantenimiento
Asumiendo labores por delegación directa	Relatando procesos institucionales ineficientes
Ejecutando tareas administrativas delegadas a otros	Criticando los procesos administrativos
Ejecutando tareas operativas delegadas a otros	Cuestionando la eficiencia de funcionarios administrativos
Careciendo de formación en administración desde el pregrado	Comparando modelos institucionales
Compitiendo entre lo clínico y lo administrativo	Comparando modelos organizativos entre especialidades
Demostrando la ausencia de retroalimentación en labores administrativas	"El sistema no tolera error del residente"
Develando incumplimiento de los profesores	<i>Expresando inconformidad con las labores administrativas en los lugares de práctica</i>
Desconociendo el aprendizaje de las labores administrativas	Definiendo tareas clínicas como administrativas
Recalcando la necesidad de la formación de los docentes	Desconociendo el significado de la administración
Refiriendo carencias formativas	Describiendo tareas asistenciales
Señalando inconvenientes del convenio docente-asistencial	Incomprendiendo el significado de administrar
Describiendo tareas administrativas	Reflejando el desconocimiento del tema administrativo
<i>Identificando modalidades de aprendizaje</i>	Desobligándose de la responsabilidad de las labores administrativas
"Herencia de la pereza"	Devengando un menor ingreso salarial en el rol administrativo
Aprendiendo de otros miembros del equipo	Desvirtuando el valor de lo administrativo desde el rol docente
Aprendiendo por ensayo y error (2)	Excluyendo del acto médico las labores administrativas
Aprendiendo por imitación (2)	Otorgando mayor importancia a lo clínico
Aprendiendo por repetición	Perdiendo la paz y tranquilidad
Aprendiendo lo administrativo como parte de la formación médica	Perdiendo el tiempo en tareas administrativas
Resaltando el papel de enfermería en el aprendizaje administrativo	Manifestando sobrecarga laboral
Diferenciando métodos de aprendizaje administrativo	Subrayando los beneficios de no asumir labores administrativas
Diferenciando métodos de aprendizaje administrativo entre medicina y enfermería	Revelando indisposición ante labores administrativas

Relatando factores que promueven el aprendizaje	Subvalorando el aprendizaje de las labores administrativas
Exaltando el valor del aprendizaje administrativo en enfermería	Reportando eventos de seguridad clínica
Identificando el concepto de administración de recursos	Reconociendo el papel de la práctica interdisciplinar
Manifestando interés por las labores administrativas	Advirtiendo problemas de comunicación entre miembros del equipo
Queriendo aprender administración sin dejar de lado lo clínico	Demostrando la falta de comunicación interprofesional
Beneficiando al paciente	Destacando la colaboración entre pares
Demostrando que las tareas administrativas son asumidas enteramente por el docente	Dilucidando dinámicas de formación interdisciplinar
Mencionando valores familiares o personales	Valorando el papel del trabajo en equipo
Reconociendo el lado humano del residente	Reconociendo el papel de enfermería en la gestión administrativa
Cambiando el trato y la retroalimentación docente	Detectando barreras en el aprendizaje
Considerando un docente como modelo a seguir	Denotando falta de empatía por parte del profesor
Contribuyendo en tareas administrativas en conjunto con el docente	Desconociendo el lado humano del residente
Enaltecendo el empoderamiento femenino como modelo a seguir	Desconociendo las necesidades personales del residente
Siendo acompañado por el docente en tareas administrativas	Menospreciando la labor del residente
	Relatando situaciones de maltrato
	Recibiendo represalias por errores en administración