

REVISTA CIENTÍFICA CIENCIAEDUC

GENERANDO CONOCIMIENTOS



Venezuela



REVISTA
ELECTRÓNICA
SEMESTRAL

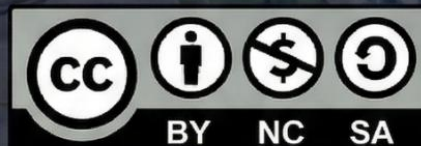


VOLUMEN
9 Número 2



JULIO
2026

Esta Obra está bajo Licencia de
Creative Commons Reconocimiento-
NoComercial-CompartirIgual 4.0
Internacional.



Más Allá del Protocolo: Hacia una Ética del Cuidado Compasivo en la Formación de Residentes de Urgencias Hospitalarias

Autora: Esp. Bárbara Ysolina Núñez Velázquez

Servicio de Nefrología

Correo electrónico: baysnuve@gmail.com

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-2968-3800>

Línea de Investigación Matriz: Bienestar, Ambiente y Sostenibilidad. **Línea Asociada:**

Educación inclusiva y sostenible. **Eje Temático:** Responsabilidad y participación.

Como citar este artículo: Bárbara Ysolina Núñez Velázquez "Más allá del protocolo: hacia una ética del cuidado compasivo en la formación de residentes de urgencias hospitalarias" (2026), (1,20)

Recibido: 20/02/2026

Revisado: 24/02/2026

Aceptado: 26/02/2026

RESUMEN

La formación de residentes en los servicios de urgencias hospitalarias se enfrenta a una tensión persistente entre la racionalidad técnica que impone el protocolo y la dimensión humana del acto médico. Este artículo aborda dicha tensión desde una perspectiva educativa y bioética, asumiendo que la urgencia no exige únicamente velocidad, eficacia o cumplimiento normativo; reclama, además, una sensibilidad ética capaz de reconocer la vulnerabilidad del otro. El propósito del estudio consiste en interpretar, a la luz de la pedagogía contemporánea y de la ética del cuidado, los fundamentos teóricos que permiten pensar una formación residencial orientada al cuidado compasivo, más allá del seguimiento mecánico de algoritmos. La metodología empleada es de carácter documental hermenéutico, inscrita en el paradigma interpretativo, con análisis e interpretación crítica de fuentes especializadas en bioética, educación médica y filosofía del cuidado. Los hallazgos muestran que el protocolo, aunque indispensable, resulta insuficiente cuando se desvincula de una pedagogía sustentada en la virtud, la presencia ética y la corresponsabilidad por el sufrimiento del paciente. De esta forma, el cuidado compasivo no se opone al protocolo; lo humaniza, lo resignifica y lo dota de profundidad pedagógica. Se concluye que la formación de residentes de urgencias requiere un giro hermenéutico hacia un currículo oculto explícito, donde la compasión se cultive como competencia ético-profesional sustantiva.

Palabras clave: Ética del cuidado, formación médica, residentes de urgencias, pedagogía hospitalaria, compasión, hermenéutica.

Reseña Biográfica: Médico egresada de la Universidad de Carabobo y abogada egresada de la Universidad Rómulo Gallegos con especialidades médicas en Medicina General Integral, Gestión en salud pública, Gerencia hospitalaria y Epidemiología y especialidad en derecho en Ciencias penales y Criminológicas, Especialidad en docencia Universitaria UNERG en espera de defensa de trabajo de grado Doctorado en Ciencias de la Educación UNELLEZ. Actualmente médico adjunto al Servicio de Nefrología HPAO y docente universitario pregrado y Postgrado UNERG y UBV.

Beyond the Protocol: Toward an Ethics of Compassionate care in the Training of emergency Hospital Residents

Author: Esp. Bárbara Ysolina Núñez Velázquez
Nephrology Department
Email: baysnuve@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-2968-3800>

Main Research Area: Well-being, Environment, and Sustainability. **Associated Area:** Inclusive and Sustainable Education. **Thematic Focus:** Responsibility and Participation.

How to cite this article: Bárbara Ysolina Núñez Velázquez, "Beyond the protocol: toward an ethics of compassionate care in the training of emergency hospital residents" (2026), (1,20)

Received: 20/02/2026

Revised: 24/02/2026

Accepted: 26/02/2026

ABSTRACT

The training of residents in hospital emergency departments faces a persistent tension between the technical rationality imposed by protocol and the human dimension of the medical act. This article addresses this tension from an educational and bioethical perspective, assuming that emergencies demand not only speed, efficiency, or regulatory compliance; they also require an ethical sensitivity capable of recognizing the vulnerability of the other. The purpose of this study is to interpret, in light of contemporary pedagogy and the ethics of care, the theoretical foundations that allow us to envision a residency training oriented toward compassionate care, beyond the mechanical adherence to algorithms. The methodology employed is documentary-hermeneutic, within the interpretive paradigm, with analysis and critical interpretation of specialized sources in bioethics, medical education, and the philosophy of care. The findings show that the protocol, while indispensable, is insufficient when it is detached from a pedagogy grounded in virtue, ethical presence, and shared responsibility for the patient's suffering. In this way, compassionate care does not oppose the protocol; it humanizes it, redefines it, and endows it with pedagogical depth. It is concluded that the training of emergency medicine residents requires a hermeneutical shift toward an explicit hidden curriculum, where compassion is cultivated as a substantive ethical-professional competency.

Keywords: Ethics of care, medical training, emergency medicine residents, hospital pedagogy, compassion, hermeneutics.

Biographical Sketch: Medical graduate from the University of Carabobo and lawyer graduate from the Rómulo Gallegos University with medical specializations in Comprehensive General Medicine, Public Health Management, Hospital Management, and Epidemiology, and a specialization in Criminal and Criminological Law. She also holds a specialization in University Teaching from UNERG and is awaiting the defense of her doctoral dissertation in Educational Sciences from UNELLEZ. Currently, she is an attending physician in the Nephrology Service at HPAO and a university professor at both the undergraduate and postgraduate levels at UNERG and UBV.

Introducción

Las salas de urgencias hospitalarias constituyen un escenario singular dentro de la práctica médica contemporánea. Allí confluyen la prisa, la incertidumbre, la fragilidad humana y, en muchos casos, la frontera entre la vida y la muerte. En ese espacio se forman, día tras día, los residentes que serán los profesionales del mañana. Sin embargo, la formación que reciben tiende a estar gobernada por una lógica predominantemente técnica: protocolos, guías clínicas, algoritmos de decisión y tiempos cronometrados. Tal racionalidad, indispensable, ha producido avances incuestionables; pero también ha desplazado, con frecuencia, otra dimensión que la práctica médica nunca debería extraviar: el cuidado del otro como persona doliente.

Este artículo se inscribe precisamente en ese punto de fricción. La pregunta que lo orienta no busca anular el protocolo; intenta interrogar sus límites pedagógicos. ¿Es suficiente formar a un residente para que ejecute correctamente una secuencia clínica, o se requiere, además, formarlo para que reconozca al sujeto que sufre detrás del cuerpo intervenido? Cabe considerar que la educación médica, especialmente en contextos de alta presión asistencial, ha tendido a privilegiar lo cuantificable sobre lo cualitativo, lo observable sobre lo relacional, lo procedimental sobre lo ético. En este orden de ideas, el cuidado compasivo emerge como una categoría pedagógica que reclama lugar dentro del currículo de las residencias hospitalarias.

Diversos autores han advertido sobre este desplazamiento. En este sentido, Pellegrino y Thomasma (1993, 79) sostienen que “la medicina, antes que técnica, es una empresa moral cuyas virtudes, la fidelidad, la compasión, la prudencia, constituyen el núcleo identitario del buen médico”. En consonancia, Mèlich (2010, 13) plantea que “la ética no se reduce al cumplimiento de un deber, sino que nace de la respuesta sensible al sufrimiento del otro”. A su vez, Gilligan (1985, 35) propuso “una voz distinta dentro del discurso moral: aquella que se construye desde la responsabilidad relacional y no desde la aplicación abstracta de principios universales”. De esta forma, los marcos teóricos disponibles permiten

repensar la formación residencial desde un horizonte distinto al meramente operativo.

Asimismo, la importancia social del tema resulta evidente. Los pacientes que ingresan a urgencias suelen describir, en estudios cualitativos diversos, una sensación de despersonalización, de ser tratados como casos clínicos en lugar de seres humanos. Ese diagnóstico social interpela a las instituciones formadoras, pues el residente no aprende solo de las clases magistrales o de los manuales; aprende de lo que Hafferty (1998, 404) denominó “currículo oculto, entendido como aquel conjunto de prácticas, gestos y silencios que modelan la identidad profesional al margen del programa formal”. Cabe considerar, entonces, que humanizar la urgencia exige intervenir también ese terreno tácito de la enseñanza.

Por lo tanto, la pregunta de investigación que articula este trabajo se enuncia en los siguientes términos: ¿cómo puede fundamentarse, desde una perspectiva educativa y bioética, una formación de residentes de urgencias hospitalarias que trascienda el protocolo y se oriente hacia una ética del cuidado compasivo? El objetivo del estudio consiste en interpretar hermenéuticamente las contribuciones teóricas más relevantes en torno a la ética del cuidado, la pedagogía médica y la formación basada en virtudes, a fin de proponer un horizonte conceptual que permita pensar una residencia de urgencias humanizada. El estilo del trabajo es reflexivo y argumentativo, en consonancia con la naturaleza documental y hermenéutica de la investigación.

Desarrollo Teórico

El desarrollo teórico de este artículo se organiza en torno a tres variables fundamentales que estructuran el problema investigado: la ética del cuidado compasivo, la formación de residentes en urgencias y el lugar del protocolo dentro del acto médico. Estas variables no operan de manera aislada; se entrelazan, dialogan y, en ocasiones, entran en tensión. Su análisis hermenéutico permite vislumbrar el modo en que cada una contribuye a configurar una pedagogía

hospitalaria capaz de sostener la dimensión humana del cuidado, sin renunciar al rigor técnico que la urgencia demanda.

La Ética del Cuidado Compasivo: Fundamentos Filosóficos

La primera variable que sostiene este estudio es la ética del cuidado compasivo. Esta categoría, desarrollada con particular fuerza desde finales del siglo XX, propone una mirada moral distinta de la que ha hegemonizado la tradición occidental. En lugar de basarse exclusivamente en principios universales y abstractos, la ética del cuidado parte del reconocimiento de la vulnerabilidad humana y de la responsabilidad concreta hacia quien sufre. Gilligan (1985, 165), una de las pensadoras más influyentes en este campo, abrió el debate al cuestionar las teorías clásicas del desarrollo moral. En su obra plantea: “La moralidad de la responsabilidad, en su énfasis sobre el cuidado, contrasta con la moralidad de los derechos, que descansa en la igualdad y se centra en la comprensión de la justicia”.

El planteamiento de este autor trasciende los límites de la psicología moral; constituye una apertura epistemológica de gran alcance. Al situar el cuidado como matriz de la vida ética, la autora desestabiliza la idea de que la madurez moral consiste en aplicar correctamente principios universales a situaciones particulares. En el ámbito de las urgencias hospitalarias, esta perspectiva resulta especialmente fecunda. El residente que atiende a una persona en estado crítico no decide únicamente sobre la base de algoritmos; decide también sobre la base de relaciones, miradas, contextos y silencios. La ética de la responsabilidad relacional propuesta por Gilligan permite leer ese acto clínico como un encuentro moral, donde la vulnerabilidad del paciente convoca al residente a una respuesta que excede el protocolo. De esta forma, formar en el cuidado compasivo implica enseñar a habitar esa relación, y no solo a cumplir un procedimiento.

En esta misma dirección, el filósofo catalán Mèlich (2010) aporta una de las elaboraciones más sugerentes de la ética compasiva. Para él, la ética no se origina en la obediencia a un código universal, sino en la respuesta

sensible al sufrimiento del otro. Su tesis se condensa en la siguiente afirmación: “No hay ética porque uno cumpla con su deber, sino porque nuestra respuesta ha sido adecuada al sufrimiento” (Mèlich 2010, 14). Esta sentencia, breve pero densa, condensa una transformación radical de la mirada moral. A su vez, desplaza el centro de gravedad de la ética desde el deber kantiano hasta la experiencia compartida del dolor. En el contexto de las urgencias, su propuesta cobra una pertinencia singular.

Por lo que, el residente no solo aplica conocimientos; se sitúa frente a un cuerpo herido, frente a una familia angustiada, frente a una historia que se le revela en fragmentos. Lo que este autor denomina respuesta adecuada al sufrimiento no es un gesto técnico ni un acto reglamentado; es una disposición ética que se cultiva en el tiempo y que requiere ser enseñada explícitamente. Desde esta perspectiva, la formación residencial debería incluir espacios donde el sufrimiento sea narrado, escuchado e interpretado, en lugar de ser meramente registrado. De este modo, la pedagogía hospitalaria se aproxima a una hermenéutica de la fragilidad, donde el aprendizaje moral se construye en el contacto con el otro vulnerable.

Del mismo modo, el pensamiento de Pellegrino complementa esta línea desde una perspectiva más enraizada en la tradición de las virtudes. Junto con Thomasma, sostiene que la medicina constituye una empresa moral, no solo técnica, y que la compasión es una de las virtudes constitutivas del buen médico. Sus palabras resultan elocuentes: Pellegrino y Thomasma (1993,65): “Las virtudes del buen médico, la fidelidad a la confianza, la compasión, la prudencia, la justicia, la fortaleza, la templanza y el desinterés; no son adornos, sino componentes esenciales de la práctica médica entendida como actividad moral”. El planteamiento de estos autores reviste un interés pedagógico particular. Las virtudes, recuerda, no se decretan: se cultivan. Esto implica que la formación residencial no puede limitarse a la transmisión de contenidos cognoscitivos o procedimentales; debe contemplar la educación del carácter, la formación del juicio prudente, la cultivación de la sensibilidad.

En el ámbito de las urgencias, donde la presión temporal y la sobrecarga emocional pueden erosionar progresivamente la disposición compasiva del residente, la enseñanza explícita de virtudes se vuelve aún más necesaria. Un residente cansado, saturado, expuesto sistemáticamente al sufrimiento, corre el riesgo de habituarse al dolor y de perder la capacidad de reconocerlo. Por ello, el cultivo de las virtudes, y especialmente de la compasión; funciona como un dispositivo de resistencia ética frente a la deshumanización que acecha en la práctica hospitalaria. Igualmente, este enfoque devuelve a la educación médica una dimensión narrativa y biográfica que el currículo formal tiende a subestimar.

A estas tres voces se suma la perspectiva de Torralba (2002,32), quien ha desarrollado una filosofía del cuidar especialmente influyente en el ámbito iberoamericano y propone que “el cuidar y el curar no son acciones disociadas, sino dos dimensiones de un mismo acto profesional. Cuidar, sostiene, exige el cultivo de hábitos personales que se traducen en la presencia atenta hacia el otro”. Esta concepción es relevante porque ofrece un puente entre la dimensión técnica del acto médico y su dimensión ética. En urgencias, donde con frecuencia se asume que primero se cura y luego, si queda tiempo, se cuida, la propuesta de Torralba revierte ese orden y advierte que sin cuidado no hay cura plena. Cabe considerar, además, que la formación de residentes podría incorporar momentos sistemáticos de reflexión sobre los hábitos profesionales que se están construyendo en cada turno, en cada gesto, en cada decisión.

La Formación de Residentes de Urgencias: Pedagogía en el Límite

La segunda variable de este estudio aborda la formación de residentes en el contexto específico de las urgencias hospitalarias. Esta etapa, conocida también como residencia médica o internado de especialidad, constituye un proceso formativo intensivo en el que el aprendiz adquiere competencias clínicas, técnicas, comunicativas y éticas mediante la inmersión directa en la práctica. Su singularidad pedagógica reside en una característica fundamental: el aprendizaje

ocurre, simultáneamente, con el ejercicio profesional real. El residente aprende mientras atiende, decide y actúa sobre cuerpos vivos.

Esto introduce una densidad ética que ningún otro escenario formativo posee con tanta intensidad. En este sentido, Hafferty (1998:404) fue uno de los primeros autores en problematizar este escenario al introducir el concepto de currículo oculto en la educación médica. Su tesis sigue siendo profundamente vigente: “Mucho de lo que se aprende en la educación médica no proviene de los manuales o de las aulas, sino de la cultura institucional, de los rituales hospitalarios y de las lecciones implícitas que los aprendices reciben de sus mentores y del entorno organizacional”

El aporte del autor resulta clave para comprender por qué la formación en cuidado compasivo no puede reducirse a una asignatura. Si el residente recibe en clase un discurso sobre humanización, pero observa cotidianamente prácticas deshumanizantes, el currículo oculto tendrá más fuerza formativa que el currículo formal. En las urgencias hospitalarias, este fenómeno adquiere una intensidad particular: la sobrecarga, la fatiga, la jerga distanciadora, la cosificación del paciente como cama, número o caso, son elementos que se transmiten silenciosamente y que modelan la identidad profesional del residente.

De esta forma, una pedagogía del cuidado compasivo exige intervenir el currículo oculto: identificar prácticas erosivas, hacerlas visibles, problematizarlas en sesiones reflexivas y promover modelos docentes que encarnen lo que se predica. Cabe considerar que esta intervención no es un añadido cosmético, sino una transformación cultural de la institución formadora. En el mismo sentido, las contribuciones de Schön (1998, 50) sobre el profesional reflexivo iluminan esta dimensión. sostuvo que

Las profesiones de alta complejidad no pueden enseñarse mediante la mera aplicación de teoría a la práctica; requieren del cultivo de una reflexión en y sobre la acción que permita al profesional dialogar con la incertidumbre y con la singularidad de cada situación. La urgencia, por su naturaleza, es el reino de la incertidumbre. Ningún protocolo agota la realidad clínica concreta, pues siempre habrá un detalle, un matiz, una

circunstancia que escapa al algoritmo. El residente que solo sabe ejecutar protocolos, sin desarrollar la capacidad de reflexión situada, queda inerme frente a lo imprevisto.

Por ello, la formación residencial necesita incluir prácticas estructuradas de reflexión de sesiones informativas éticas, narrativas clínicas, análisis de casos morales, que permitan al residente articular técnica y compasión en un mismo acto profesional. De este modo, la reflexividad se convierte en el puente entre el protocolo y el cuidado. Por lo que, la pedagogía hospitalaria también ha sido enriquecida por la propuesta de Freire (2005, 88), cuya influencia trasciende la educación formal y se proyecta “sobre cualquier proceso formativo entendido como práctica humanizadora. recuerda que toda educación auténtica supone un encuentro de sujetos que dialogan en torno al mundo”. En el ámbito médico, esta idea desafía la concepción jerárquica y vertical del aprendizaje, donde el residente recibe pasivamente las instrucciones del especialista.

Una pedagogía freiriana del cuidado supondría que el residente sea reconocido como sujeto pensante, capaz de problematizar su propia práctica, de cuestionar la cultura institucional y de coautorar, junto con sus docentes y pacientes, una manera más humana de habitar la urgencia. A su vez, esta perspectiva devuelve la voz al paciente, quien deja de ser objeto de intervención para convertirse en interlocutor de un proceso de cuidado compartido.

El Protocolo y sus Límites: Técnica, Ética y Juicio Prudencial

La tercera variable del estudio se ocupa del protocolo. Conviene precisar, desde el inicio, que este artículo no asume una postura antitética frente al protocolo. Las guías clínicas, los algoritmos y los procedimientos estandarizados constituyen un patrimonio invaluable de la medicina contemporánea. Han salvado vidas, han reducido errores y han democratizado el acceso a buenas prácticas. El problema no reside en el protocolo en sí, sino en su absolutización pedagógica. Cuando el protocolo deja de ser un instrumento al servicio del juicio clínico y se convierte en sustituto de ese juicio, la formación se empobrece y el cuidado se mecaniza.

De este modo, Gawande (2010, 36) ha contribuido de manera notable a esta reflexión desde la propia práctica clínica. En su análisis sobre los procedimientos en medicina intensiva afirma: “Las listas de verificación no reemplazan la habilidad ni el juicio del profesional; las complementan y las protegen contra los errores que la sobrecarga cognitiva inevitablemente produce”. La distinción que introduce el autor es de gran relevancia pedagógica. El protocolo no piensa por el residente; lo asiste para que pueda pensar mejor. Esta sutileza, sin embargo, tiende a desdibujarse en contextos donde la formación se reduce a la memorización y aplicación mecánica de pasos.

Un residente formado únicamente en la ejecución del protocolo no aprende a discernir cuándo desviarse de él, cuándo el caso particular exige una interpretación distinta, cuándo el algoritmo entra en conflicto con la voluntad del paciente o con su biografía. La compasión, en este sentido, no es enemiga del protocolo: es la facultad humana que le da sentido. Una pedagogía adecuada debería enseñar al residente a leer el protocolo desde la persona, y no la persona desde el protocolo. Igualmente, esta lectura invertida permite restituir al juicio prudencial el lugar central que la tradición aristotélica le otorgaba dentro del acto médico.

En este orden de ideas, la noción aristotélica de *phrónesis* o sabiduría práctica adquiere actualidad. Recuperada por autores como Pellegrino y Thomasma (1993, 84), “la *phrónesis* designa la capacidad de deliberar bien sobre lo particular, atendiendo a las circunstancias concretas, a los fines de la acción y al bien del otro”. Esta virtud intelectual, irreductible a cualquier protocolo, es precisamente lo que distingue al profesional excelente del profesional meramente competente. Visto de esta forma, formar residentes en *phrónesis* exige tiempo, exposición a casos diversos, mentores comprometidos y espacios de reflexión sostenida. En urgencias, donde el tiempo escasea, este desafío se vuelve formidable; pero, justamente por ello, su importancia se acrecienta. Renunciar a la *phrónesis* en nombre de la eficiencia equivaldría a renunciar al núcleo mismo de la medicina entendida como arte moral.

Metodología

Este artículo se orientó en el paradigma interpretativo de investigación, también denominado hermenéutico-comprensivo. Tal paradigma, a diferencia del positivista, no buscó explicar fenómenos a partir de relaciones causales generalizables, sino comprenderlos en su densidad simbólica, contextual y significativa. Como señala Martínez Miguélez (2006, 132), “la investigación cualitativa de naturaleza hermenéutica se orienta a la interpretación profunda del sentido que los actores otorgan a sus prácticas, así como al desentrañamiento de los marcos teóricos que iluminan dichos sentidos”. En el ámbito de la formación médica, donde concurren elementos éticos, pedagógicos, culturales y biográficos, el enfoque interpretativo resultó particularmente fecundo, pues permite leer la educación residencial como una trama de significados y no como un mero proceso técnico.

El tipo de investigación adoptado fue documental hermenéutico. Este enfoque, ampliamente legitimado en las ciencias sociales y humanas, consistió en recopilar, analizar e interpretar fuentes escritas para construir nuevas comprensiones sobre un fenómeno. Por lo que, Gadamer (1993, 360), uno de los principales exponentes de la hermenéutica filosófica contemporánea, sostiene que “comprender un texto no significa repetirlo ni reducirlo a su contexto original, sino dejar que sus preguntas interpelen al presente del lector”. Esta concepción dialógica de la interpretación resultó consonante con los objetivos del presente estudio: no se trata de glosar a Mèlich, Pellegrino, Gilligan o Hafferty, sino de hacerlos hablar entre sí y con la realidad concreta de las urgencias hospitalarias actuales.

De esta forma, el análisis hermenéutico operó como un espacio de fusión de horizontes, en el que las voces clásicas iluminan los problemas contemporáneos y, recíprocamente, los problemas contemporáneos abren nuevas lecturas de los textos clásicos. La justificación de la metodología documental hermenéutica radica en la naturaleza misma del objeto investigado. La ética del cuidado compasivo en la formación de residentes no constituyó un fenómeno susceptible

de medirse mediante variables cuantitativas. Su densidad ética y pedagógica exigió un tratamiento conceptual riguroso que dialogue con las grandes tradiciones filosóficas, bioéticas y educativas que han pensado el cuidado, la virtud y la formación.

Asimismo, este enfoque resultó especialmente útil cuando se buscó proponer horizontes interpretativos antes que conclusiones definitivas, en tanto que la hermenéutica no clausura el sentido, sino que lo abre a sucesivas lecturas. Por ello, los hallazgos de este estudio se entendieron como una invitación a continuar el diálogo, no como verdades terminadas. La utilidad del enfoque hermenéutico se manifiesta de varias maneras. En primer lugar, permite leer las contribuciones teóricas en su contexto, pero también más allá de él, identificando líneas de continuidad y de tensión entre autores. En segundo lugar, habilita una lectura crítica que no se limita a parafrasear, sino que interpreta, argumenta y resignifica.

En tercer lugar, estableció puentes entre tradiciones distintas, la fenomenología, la ética de la virtud, la pedagogía crítica, la bioética principialista; en torno a un problema común. Finalmente, permite que el texto académico no sea solo un informe de hallazgos, sino una experiencia reflexiva en la que el lector también es interpelado. A su vez, Bonilla y Rodríguez (2005, 119) coinciden con “esta visión al subrayar que la investigación cualitativa hermenéutica produce conocimiento situado y dialógico, irreductible a la lógica binaria del verdadero o falso”.

De este modo, los criterios de selección de autores y documentos respondieron a tres principios. Primero, la pertinencia temática: se priorizaron obras dedicadas, de manera directa o indirecta, a la ética del cuidado, a la educación médica y a la formación basada en virtudes. Segundo, la solidez epistémica: se eligieron autores con reconocida trayectoria en sus respectivos campos, cuyas obras hubieran sido sometidas al escrutinio académico mediante editoriales universitarias, revistas indexadas o publicaciones especializadas.

Tercero, la complementariedad de perspectivas: se incorporaron voces filosóficas (Mèlich, Gadamer), bioéticas (Pellegrino y Thomasma, Torralba), pedagógicas (Hafferty, Schön, Freire), del cuidado (Gilligan, Noddings) y clínicas (Gawande), de modo que el análisis pudiera moverse entre planos teóricos sin perder coherencia. Cabe considerar que esta diversidad metodológica constituye una fortaleza, pues permite abordar el problema desde múltiples ángulos.

Por su parte, el procedimiento de análisis siguió las fases propias de la hermenéutica documental. La primera fase consistió en una lectura comprensiva de las fuentes, orientada a identificar las categorías centrales que cada autor aporta al problema investigado. La segunda fase se enfocó en la interpretación intratextual, donde cada cita o concepto fue examinado en relación con la totalidad de la obra que lo contiene, evitando lecturas descontextualizadas. La tercera fase, de interpretación intertextual, consistió en establecer diálogos entre autores, comparando convergencias y divergencias.

La cuarta y última fase, de interpretación crítica, permitió integrar los hallazgos en una propuesta argumentativa propia, en la cual el cuidado compasivo emerge como categoría pedagógica clave para la formación de residentes en urgencias. Igualmente, durante todo el proceso se mantuvo una vigilancia epistemológica destinada a evitar imponer al texto interpretado lecturas anacrónicas o reduccionistas.

Resultados

Del proceso interpretativo desarrollado emergieron tres hallazgos principales, que se presentan a continuación en subapartados que comparan e interpretan a los autores estudiados. Estos hallazgos no constituyen conclusiones cerradas, sino articulaciones conceptuales que permiten responder, de manera reflexiva y argumentada, a la pregunta de investigación planteada al inicio del trabajo.

Primer hallazgo: el protocolo no se opone al cuidado compasivo, pero requiere ser pedagógicamente subordinado a él: El primer hallazgo del análisis

muestra que las tradiciones examinadas no plantean una oposición tajante entre protocolo y cuidado, pero sí reclaman una subordinación pedagógica del primero al segundo. Pellegrino y Thomasma (1993, 65) y Gawande (2010, 36) coinciden en que “los procedimientos estandarizados son instrumentos valiosos del acto médico; pero ambos advierten que su sentido depende del juicio prudencial y de las virtudes del profesional”.

Esta convergencia es significativa: dos tradiciones distintas, una de raíz aristotélica y otra de raíz pragmática-clínica, llegan al mismo punto. Por su parte, Mèlich (2010, 14) ofrece un fundamento filosófico aún más profundo al recordar que “la ética nace de la respuesta sensible al sufrimiento, no de la conformidad con la norma”. De este modo, el protocolo deja de ser el horizonte último de la formación y se convierte en un medio al servicio de un fin más alto: el cuidado del otro vulnerable.

Segundo hallazgo: la formación residencial requiere intervenir el currículo oculto: El segundo hallazgo destaca que ningún cambio sustantivo en la formación de residentes de urgencias podrá lograrse mientras se ignore el peso del currículo oculto. De este modo, Hafferty (1998, 404) lo formuló con claridad y, décadas después, su diagnóstico sigue siendo preciso. “Lo que se enseña en los pasillos hospitalarios, en las jerarquías informales, en las bromas de guardia, en la forma de referirse al paciente, configura tanto o más que el contenido formal del programa”.

De este modo, Schön (1998, 50) y Freire (2005, 88) ofrecen, desde tradiciones distintas, herramientas para intervenir ese currículo: “la reflexión en la acción y el diálogo crítico, respectivamente”. Asimismo, Torralba (2002, 32) recuerda que “cuidar y curar no son acciones disociadas, lo que implica que el currículo oculto debe orientarse hacia hábitos profesionales que integren ambas dimensiones”. En consecuencia, la interpretación conjunta de estos autores arroja un resultado claro: humanizar la urgencia exige hacer pedagógicamente visible aquello que hoy permanece tácito, y construir, en su lugar, una cultura institucional que encarne explícitamente los valores del cuidado compasivo.

Tercer hallazgo: la compasión es enseñable, pero requiere una pedagogía específica: El tercer hallazgo responde a una pregunta clásica de la educación médica: ¿puede enseñarse la compasión? El análisis interpretativo de los autores estudiados sugiere una respuesta afirmativa, aunque con matices importantes. Por su parte, Pellegrino y Thomasma (1993, 168) sostienen que “las virtudes médicas pueden cultivarse mediante la combinación de modelado, práctica reflexiva y exposición a tradiciones de excelencia profesional.”

Del mismo modo, Gilligan (1985, 186) refuerza esta idea al mostrar que “la sensibilidad moral hacia las relaciones se desarrolla en contextos donde se cultiva la escucha, la responsabilidad relacional y la empatía cognitiva”. En el mismo sentido, Mèlich (2010, 92) añade que “esta enseñanza no se realiza mediante discursos, sino a través de experiencias formativas que pongan al residente en contacto con la finitud, la fragilidad y el sufrimiento”.

Por consiguiente, la convergencia de estos autores permite proponer que la compasión no es un don innato ni un rasgo de personalidad, sino una competencia ético-profesional susceptible de ser cultivada mediante prácticas pedagógicas específicas: narrativa clínica, reflexión ética estructurada, mentoría, exposición a las humanidades médicas, entre otras. De esta forma, el cuidado compasivo se incorpora plenamente al ámbito de lo educable.

Discusión

Los hallazgos expuestos invitan a una discusión que, por su naturaleza hermenéutica, no busca cerrar el debate sino profundizarlo. El primer punto a destacar consiste en la convergencia que muestran los autores estudiados, a pesar de provenir de tradiciones distintas. Filósofos como Mèlich, bioeticistas como Pellegrino, psicólogas morales como Gilligan, sociólogos de la educación médica como Hafferty y clínicos reflexivos como Gawande coinciden en una intuición central: la práctica médica contemporánea, sometida a una creciente presión técnica y administrativa, corre el riesgo de perder su núcleo moral si no es acompañada por una pedagogía explícita del cuidado. Esta convergencia

interdisciplinaria fortalece la tesis del presente estudio y muestra que la humanización de las urgencias no es una preocupación sectorial, sino un horizonte compartido por la mejor reflexión contemporánea.

Igualmente, las implicaciones educativas resultan considerables. Si la compasión es enseñable, entonces los programas de residencia tienen una responsabilidad pedagógica explícita en su cultivo. Esto significa, en términos prácticos, que el currículo de las residencias de urgencias debería incluir espacios formales para la reflexión ética, el análisis narrativo de casos, la mentoría humanizadora y el contacto con las humanidades médicas. Significa también que los criterios de evaluación del residente deberían ampliarse: no basta con medir el dominio técnico o la velocidad de respuesta; se requiere también valorar la calidad del trato, la capacidad de escucha, la sensibilidad ética y la disposición compasiva. En el mismo sentido, los docentes y especialistas asumen una responsabilidad redoblada, pues su modelaje cotidiano constituye, según Hafferty (1998, 404), el contenido más poderoso del currículo oculto.

Cabe considerar, asimismo, las diferencias y matices entre los autores. Mientras Gilligan (1985, 165) sitúa el cuidado en el terreno de la responsabilidad relacional, con un énfasis psicomoral, Pellegrino y Thomasma (1993, 79) lo articulan dentro de una tradición de virtudes profesionales que enraíza en la filosofía aristotélica. Mèlich (2010, 14), por su parte, radicaliza la cuestión al afirmar que la ética misma es inseparable de la respuesta al sufrimiento, lo que aproxima su pensamiento a la fenomenología levinasiana.

Estas diferencias no son meras variaciones terminológicas; revelan tradiciones filosóficas distintas que, sin embargo, convergen en la valoración pedagógica de la compasión. Esta riqueza plural permite que la formación de residentes pueda nutrirse de varias fuentes sin verse atada dogmáticamente a una sola escuela. Desde esta perspectiva, la pluralidad teórica enriquece la propuesta pedagógica en lugar de debilitarla.

Por otro lado, es preciso problematizar las condiciones institucionales que pueden hacer fracasar incluso la mejor pedagogía del cuidado. La sobrecarga

laboral, la escasez de personal, la presión administrativa y la cultura productivista que afecta a muchos sistemas de salud contemporáneos constituyen obstáculos estructurales que ningún currículo, por sí solo, puede superar. La compasión, recuerda Mèlich (2010, 92), no florece en la prisa absoluta. Si el residente no dispone de tiempo, ni de descanso, ni de espacios reflexivos, su sensibilidad ética se erosiona inevitablemente.

De ahí que la propuesta pedagógica de este estudio deba complementarse con una propuesta política e institucional, en la que el cuidado del residente se reconozca como condición de posibilidad del cuidado del paciente. Cuidar a quienes cuidan resulta, en este sentido, un imperativo ético y formativo de primer orden. Finalmente, los hallazgos del estudio dialogan con investigaciones empíricas recientes que han documentado, en diversos contextos hospitalarios, el desgaste emocional y la fatiga compasiva entre residentes de urgencias.

Si bien este artículo no pretende sustituir tales investigaciones, ofrece un marco interpretativo que permite leerlas con mayor profundidad. La fatiga compasiva no es solo un problema de salud mental del residente; es también una alerta pedagógica sobre las insuficiencias de los modelos formativos actuales. De este modo, los aportes teóricos analizados no quedan en la abstracción: iluminan, en clave hermenéutica, fenómenos concretos que requieren atención urgente desde la educación médica.

Conclusiones

El recorrido realizado permite formular varias conclusiones que responden al objetivo planteado al inicio del estudio. La primera y más sustantiva es que la formación de residentes en los servicios de urgencias hospitalarias no puede agotarse en la transmisión de protocolos y procedimientos técnicos. Aunque tales instrumentos resultan indispensables, requieren ser pedagógicamente subordinados a un horizonte ético más amplio, en el cual el cuidado compasivo se reconozca como núcleo identitario del acto médico.

La interpretación hermenéutica de Pellegrino, Mèlich, Gilligan, Torralba, Hafferty, Schön, Freire y Gawande converge en este punto, aunque cada uno

aporte matices propios desde su tradición. Esta convergencia, que el análisis documental hizo visible, constituye un sólido fundamento teórico para repensar las residencias hospitalarias contemporáneas. La segunda conclusión sostiene que la compasión no es un atributo psicológico espontáneo ni un rasgo de carácter aislado, sino una competencia ético-profesional susceptible de ser cultivada mediante prácticas pedagógicas específicas.

Dichas prácticas incluyen, entre otras, la mentoría humanizadora, la narrativa clínica, los espacios de reflexión ética estructurada, el contacto con las humanidades médicas y los procesos de debriefing emocional. Esta conclusión tiene implicaciones pedagógicas concretas: invita a los programas de residencia a incorporar formalmente estos dispositivos formativos, no como adornos opcionales, sino como componentes nucleares del currículo. Asimismo, sugiere que la evaluación de los residentes debe ampliarse para incluir indicadores cualitativos relacionados con la calidad del trato, la sensibilidad ética y la disposición compasiva.

La tercera conclusión, derivada del análisis de Hafferty (1998, 404), enfatiza que ninguna reforma curricular podrá ser efectiva si no aborda el currículo oculto de las instituciones formadoras. La cultura hospitalaria, los rituales de servicio, las jerarquías informales y los modelos profesionales que el residente observa cotidianamente ejercen una influencia formativa decisiva. Por ello, humanizar la urgencia exige también transformar la cultura institucional, hacer visibles las prácticas erosivas y construir espacios donde la compasión sea performada explícitamente por los docentes y especialistas. De esta forma, la educación residencial se convierte en una empresa colectiva que involucra no solo al residente, sino también a la institución entera.

La cuarta conclusión resalta la dimensión política e institucional del problema. La compasión, como han advertido Mèlich (2010, 92) y Torralba (2002, 32), no florece en condiciones de prisa absoluta y agotamiento sistemático. Cuidar al residente —garantizando condiciones laborales humanas, descansos adecuados, espacios reflexivos y apoyo emocional, resulta una condición de posibilidad para

que el residente pueda, a su vez, cuidar al paciente. Esta conclusión articula la pedagogía con la política institucional y muestra que la ética del cuidado compasivo no se sostiene solo en el aula o en el discurso, sino también en las estructuras concretas que organizan la vida hospitalaria. Igualmente, desafía a las autoridades sanitarias a comprender la formación residencial como un asunto que excede los límites del individuo y compromete a la institución como totalidad.

La quinta y última conclusión, de carácter teórico, sostiene que el horizonte hermenéutico abierto en este estudio no clausura la discusión, sino que invita a continuarla. La pregunta por la formación de residentes en urgencias permanece abierta y requiere, en futuros trabajos, ser confrontada con investigaciones empíricas que exploren cómo se vive concretamente la tensión entre protocolo y compasión en distintos contextos hospitalarios. Asimismo, sería deseable profundizar en propuestas curriculares concretas y en estrategias institucionales que permitan operacionalizar los hallazgos teóricos aquí expuestos. En este sentido, el presente artículo aspira a ser un punto de partida, no un punto de llegada: una invitación reflexiva para que la educación médica contemporánea se reconozca, sin temor, como una empresa moral, donde el cuidado compasivo no es un complemento del protocolo, sino su alma.

Referencias

- Bonilla-Castro, Elssy, y Penélope Rodríguez Sehk. 2005. Más allá del dilema de los métodos: la investigación en ciencias sociales. 3.^a ed. Bogotá: Norma.
- Freire, Paulo. 2005. Pedagogía del oprimido. 2.^a ed. México: Siglo XXI Editores.
- Gadamer, Hans-Georg. 1993. Verdad y método: fundamentos de una hermenéutica filosófica. Salamanca: Sígueme.
- Gawande, Atul. 2010. The Checklist Manifesto: How to Get Things Right. New York: Metropolitan Books.
- Gilligan, Carol. 1985. La moral y la teoría: psicología del desarrollo femenino. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hafferty, Frederic W. 1998. "Beyond Curriculum Reform: Confronting Medicine's Hidden Curriculum". *Academic Medicine* 73 (4): 403–407.
- Martínez Miguélez, Miguel. 2006. Ciencia y arte en la metodología cualitativa. México: Trillas.
- Mèlich, Joan-Carles. 2010. Ética de la compasión. Barcelona: Herder.

- Pellegrino, Edmund D., y David C. Thomasma. 1993. The Virtues in Medical Practice. New York: Oxford University Press.
- Schön, Donald A. 1998. El profesional reflexivo: cómo piensan los profesionales cuando actúan. Barcelona: Paidós.
- Torralba i Roselló, Francesc. 2002. Ética del cuidar: fundamentos, contextos y problemas. Madrid: Fundación Mapfre Medicina.