

UNIVERSIDAD DE GRANADA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

DEPARTAMENTO DE DIDÁCTICA Y ORGANIZACIÓN ESCOLAR



TESIS DOCTORAL

**CARACTERIZACIÓN DEL MODELO BASADO EN COMPETENCIAS
PROFESIONALES DE EDUCACIÓN MÉDICA DESARROLLADO EN DOCE
ESPECIALIDADES CLÍNICAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA - COLOMBIA. HACIA UN NUEVO ENFOQUE**

LEONOR GALINDO CÁRDENAS

DIRECTOR:

DOCTOR JUAN ANTONIO LÓPEZ NÚÑEZ

2014

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: Leonor Galindo Cárdenas
D.L.: GR 2083-2014
ISBN: 978-84-9083-257-8

A mi hija Nathalia Andrea

A mi amor Juan Carlos

Destellos luminosos en mi vida

AGRADECIMIENTOS

El camino de hacerse investigador es complejo, es un ir y venir de lo propio a lo ajeno, de lo próximo a lo distante, de lo particular a lo general, de lo cotidiano a lo científico, en una búsqueda incansable por develar y comprender el objeto investigado. Se pasa por momentos desolados en donde no se haya la luz que se requiere para seguir avanzando, también por momentos de alta productividad en los que corren sin cesar los datos, textos y argumentos; así como otros en los que se desea llegar a la meta y al ver lo lejano, se quiere detener la marcha.

En este proceso de seguir buscando mi propia forma mientras se investiga, aparecieron personas que marcaron pauta en el camino y aliviaron la faena, a esas personas quiero expresarles mi infinita gratitud, por dejar huella significativa en esta etapa de mi vida.

Al Dr. Juan López, director de mi tesis doctoral, quien desde que entregué mis primeros reportes me extendió sus manos dispuesto a acompañarme, gracias por creer en mis potencialidades, por conducirme con paciencia, por ratificarme con su ejemplo el valor de la sabiduría y la humildad.

A la Dra. María Elena Arango, jefe de la sección de Cirugía Pediátrica de la Facultad de Medicina, quien me acompañó durante todo el proceso investigativo y con su amistad incondicional, su experiencia médica, su ejemplar práctica educativa amplió mi perspectiva

investigativa y es copartícipe de este logro. Amiga tus ojos sirvieron a los míos para comprender la mirada médica de la investigación y valorar aún más tu condición humana integral como cirujana y como maestra. Gracias por lo vivido.

Al Dr. Tomás Solas Martínez, director académico del doctorado, por mirar hacia el sur y atreverse a abrir esta posibilidad formativa con optimismo. En su primer seminario de apertura de la cohorte, nos retó a desarrollar un proceso investigativo serio y de la mejor calidad, reiterando en los cambios que esto demandaría para la vida de cada uno de nosotros, pues con orgullo le digo que sus palabras me impulsaron a tomar en firme muchas decisiones trascendentales en mi vida.

Al Dr. Lorenzo Tébar Belmonte, ejemplo de mediador pedagógico, maestro al que sigo en su trayectoria educativa y cuyas contribuciones teóricas sirvieron de fundamento a mi tesis doctoral.

Al Dr. Wilson Jaimes, director de la Corporación Tecnológica del Oriente, por liderar esta iniciativa formativa en la región y el país. Su ejemplo debe servir de referente a la calidad de la gestión educativa Colombiana.

Al Dr. Elmer Gaviria Rivera, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, por su apoyo incondicional y su creencia en la formación pedagógica del cuerpo profesoral como base para una mejor calidad en la educación médica.

A los directivos, profesores, residentes y egresados de las especialidades clínicas y quirúrgicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, quienes me permitieron entrar en el espacio de formación y descubrir un territorio educativo de alto contenido humanístico.

A los directivos y médicos en convenio del Hospital San Vicente Fundación, por aceptar contribuir con la investigación para beneficio de la comunidad académica- científica de la institución.

A los integrantes del Grupo de investigación Edusalud, al Departamento de Educación Médica especialmente a las Dras. Diana Díaz H, Cruzana Echeverry R. y Miglena Kamburova por el apoyo y solidaridad incondicional durante el proceso investigativo.

A los doctores Carlos Palacio Vicedecano, Jaime Carrizosa Jefe de posgrados médicos, Sandra Isaza profesora del Dpto. de Neurología, Juan Manuel Toro profesor del Dpto. de Medicina Interna y Margarita Velásquez Lopera Jefe de Sección Dermatología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia por contribuir solidariamente con la consolidación de la investigación en las diferentes etapas.

A la Dra. Marcela Vélez, integrante del Instituto de Investigaciones Médicas de la Facultad de Medicina, por su asesoría metodológica que ofreció de forma incondicional durante todo el proceso investigativo.

A la Dra. Elvia María González Agudelo por animarme a seguir este reto y ofrecerme con su ejemplo, herramientas metódicas que favorecieron mi ejercicio investigativo.

A Isabel Cristina Vallejo, estudiante en formación y a Yohanna González Vélez, auxiliar de la investigación, quienes se convirtieron en baluartes esenciales en cada momento de esta experiencia investigativa, trascendiendo lo académico y consolidando una relación de amistad y mutua admiración.

A la comunicadora social Mary Correa, por ofrecerse a leer el documento y hacer la corrección gramatical que garantiza mayor calidad a su contenido. Y a la Dra. Luciana Torres Valderrama por la asesoría investigativa en la fase final del proceso.

A todas las personas que con su trabajo permanente permitieron que mis otras labores se hicieran mínimas, para que pudiera dedicarme a este reto profesional.

A mis amigos del alma, quienes con paciencia aceptaron mi ausencia durante la construcción del doctorado y nunca dejaron de animarme con la esperanza de que regresara a ellos.

A la Dra. Blanca Lucía Tamayo, quien con su amistad, hermandad y profesionalismo me motivo y acompañó en cada fase de la investigación, con su abrazo permanente me mantuvo

firme en el propósito, facilitando con su trabajo hasta en los mínimos detalles, mis logros definitivos en la investigación.

A mi familia, especialmente a mis padres, por forjar en mí los valores esenciales y las bases de una formación integral que hoy trasciende en mi pasión por la educación.

A mi hija amada, por tantas noches en el sofá, silenciosa y rebelde ante una madre presente y ausente, detenida en el tiempo mientras esculpía esta obra que también es su obra.

A Juan Carlos, mi amor, el regalo que la vida me tenía reservado para este presente, por invitarme a caminar a su lado y estar siempre respaldándome con sus palabras de aliento y su abrazo de apoyo incondicional.

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS.....	3
TABLA DE CONTENIDO.....	8

CAPÍTULO 1

COMO INFLUYE EL SISTEMA EDUCATIVO COLOMBIANO EN LOS POSGRADOS DE LA EDUCACIÓN MEDICA

1.1. LA EDUCACIÓN Y SU ESTRUCTURA ORGANIZATIVA.....	26
1.2. LA CREACIÓN DE PROGRAMAS ACADÉMICOS.....	30
1.2.1. <i>Las Condiciones Institucionales</i>	30
1.2.2. <i>Las Condiciones Específicas de los Programas</i>	31
1.3. LOS POSGRADOS MÉDICOS EN COLOMBIA, DESDE LA LEGISLACIÓN.	33
1.4. EL PROYECTO EDUCATIVO DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.	38
1.5. ESTRUCTURA ACADÉMICO-ADMINISTRATIVA DE LOS POSGRADOS EN LA UNIVERSIDAD.....	40
1.6. LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	45
1.7. LA OFERTA EDUCATIVA DE LOS POSGRADOS MÉDICOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA EN LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	54
1.8. LA ESTRUCTURA CURRICULAR DE LOS PROGRAMAS DE ESPECIALIDADES CLÍNICAS	57
1.8.1. <i>Lineamientos pedagógicos y didácticos de los programas de especialidades clínicas y quirúrgicas.</i>	59
1.8.2. <i>De los Procesos de Evaluación</i>	60
1.8.3. <i>La autoevaluación de los programas</i>	62

CAPÍTULO 2

RECORRIDO HISTÓRICO DE LA EDUCACIÓN MÉDICA

2.1. HISTORIA DE LA EDUCACIÓN MÉDICA EN EL NIVEL DE POSGRADO: ÁMBITO INTERNACIONAL.....	65
2.2. LA EDUCACIÓN MÉDICA EN COLOMBIA. DESDE LA INFLUENCIA FRANCESA A LA NORTEAMERICANA.....	82

CAPÍTULO 3

INFLUENCIA DE LOS ENFOQUES DIDÁCTICOS EN LA FORMACIÓN DE COMPETENCIAS

3.1. LA APROPIACIÓN DEL CONCEPTO DE COMPETENCIA.....	90
3.2. LA EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS.....	101
3.3. EVOLUCIÓN DE LAS CORRIENTES PSICOLÓGICAS Y PEDAGÓGICAS CONTEMPORÁNEAS HACIA LA FORMACIÓN POR COMPETENCIAS.....	112
3.3.1. <i>De las Corrientes Psicológicas</i>	112
3.3.2. <i>Las Corrientes Pedagógicas</i>	118
3.3.3. <i>El Enfoque De La Pedagogía Activa</i>	123
3.3.4. <i>El Enfoque de la Pedagogía Liberadora</i>	125
3.3.5. <i>Enfoque Cognitivo y Paradigma Histórico y Social</i>	126
3.4. LA MEDIACIÓN PEDAGÓGICA: RETOS DE LA FORMACIÓN DE COMPETENCIAS.....	132
3.5. ACERCA DE LA DIDÁCTICA PARA FORMAR COMPETENCIAS.....	145

CAPÍTULO 4

DISEÑO Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. DISEÑO Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	158
4.2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	159
4.3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS SOBRE LA CARACTERIZACIÓN DEL MODELO DE EDUCACIÓN MÉDICA EN LAS ESPECIALIDADES CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS	165
4.3.1. <i>Estrategias de Búsqueda</i>	166
4.3.2. <i>Descriptores</i>	166
4.3.3. <i>Bases de Datos</i>	169
4.3.4. <i>Análisis del Contenido</i>	175
4.4. CONCLUSIONES DE LOS ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	203
4.5. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	214
4.6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	215
4.6.1. <i>Objetivos Generales</i>	215
4.6.2. <i>Objetivos Específicos</i>	216

4.7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	217
4.8. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	220
4.9. POBLACIÓN Y MUESTRA.	224
4.9.1. Población.....	224
4.9.2. Muestra.....	226
4.10. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN.	227
4.10.1. Caracterización De Los Docentes.....	229
4.10.2. Caracterización de los Residentes.....	234
4.11. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.....	237
4.11.1. Fase de Investigación Cualitativa.	237
4.11.2. Fase de Investigación Cuantitativa.	250
4.12. TRATAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.	251
4.12.1. Análisis Cuantitativo.	251
4.12.2. Análisis cualitativo.....	257
4.12.3. Observaciones.....	262
4.13. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN	263
4.13.1. Criterios de inclusión en la investigación:	264
4.13.2. Criterios de exclusión de la Investigación:.....	265

CAPITULO 5

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.	268
5.1.1. Categoría de Análisis a Interpretar: Formación por competencias.....	359
5.1.2. Categoría de Análisis a Interpretar: Estrategias Didácticas.....	369
5.1.3. Categoría de Análisis a Interpretar: La Evaluación.	375
5.1.4. Categoría de Análisis a Interpretar lineamientos del currículo que traduce lo didáctico.....	377
5.1.5. Categoría de Análisis a Interpretar: Relaciones interpersonales y su incidencia en la formación.	380
5.1.6. Categoría de Análisis a Interpretar: Recursos Educativos.....	381

5.2. INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA	384
5.2.1. Estrategias didácticas que de acuerdo con profesores y residentes potencian el desarrollo de competencias en Educación Médica de Especialidades Clínicas y Quirúrgicas.....	408
5.2.1.1. Competencia Comunicativa	411
5.2.1.2. Competencia para Diagnosticar.	416
5.2.1.3. Competencia propositiva.	419
5.2.1.4. Competencia para Rehabilitar.	421
5.2.1.5. Competencia Investigativa.....	423
5.2.1.6. Competencia trabajo en equipo.	426
5.2.1.7. Competencia Ética	429
5.2.2. Categoría del Rol del Docente.....	434
5.2.3. Categoría De Análisis Rol Del Estudiante- Residente.....	449
5.2.4. Categoría de Análisis: Proceso de Evaluación.....	457
5.2.5. Categoría de Análisis: Recursos Educativos	463

CAPITULO 6

CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA

6.1. CONCLUSIONES	471
6.2. PERSPECTIVA Y NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	477
6.3. PROPUESTAS DERIVADAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	479
6.3.1. Propuesta 1º: Programa de Formación Pedagógica.	479
6.3.2. Propuesta 2: Caracterización De La Formación De Competencias En Especialidades Médicas	500
6.3.3. Propuestas 3: Guía Para el Desarrollo de un Enfoque Didáctico de la Formación Por Competencias en las Especialidades Clínicas Y Quirúrgicas	544
6.4. BIBLIOGRAFÍA	587
6.5. ANEXOS.....	603
6.5.1 Anexo 1. Ficha Técnica de las Entrevistas Semi-estructuradas	603
6.5.2. Anexo 2. Instrumento de las Entrevistas Semiestructuradas – Grupo Focal.....	604

6.5.3. Anexo 3. Ficha Técnica de Observaciones	612
6.5.4. Anexo 4. Instrumento de Guía de Observación.....	613
6.5.5. Anexo 5. Ficha Técnica del Cuestionario.....	614
6.5.6. Anexo 6. Instrumento Cuestionario de los Profesores.....	615
6.5.7. Anexo 7. Instrumento Cuestionario de los Residentes.....	627
6.5.8. Anexo 8. Validez del Instrumento Cuantitativo Dra. María Elena Arango	644
6.5.9. Anexo 9. Validez de Instrumento Cuantitativo Dra. Claudia Marcela Vélez.....	646
6.5.10. Anexo 10. Validez del Instrumento Cuantitativo Dra. Sandra Patricia Isaza Jaramillo	647
6.5.11. Anexo 11. Acta de Validez de Instrumento Cuantitativo.....	649
6.5.12. Anexo 12. Fiabilidad del Instrumento Alfa de Cronbach	653
6.5.13. Anexo 13. Consentimiento Informado	669
6.5.14. Anexo 14. Transcripciones de los grupos focales	675
6.5.15. Anexo 15. Transcripciones de las Entrevistas Individuales.....	802
6.5.16. Anexo 16. Transcripciones de las Guías de Observaciones.....	900
6.5.17. Anexo 17. Transcripciones de los Análisis de los Documentos.....	999
6.5.18. Anexo. 18 Investigación en Imágenes.....	1069

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. OFERTA EDUCATIVA DE POSGRADOS EN LA MODALIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS, MAESTRÍA O ESPECIALIZACIONES. CONSTRUCCIÓN PROPIA.....	55
TABLA 2. RELACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ESPECIALIDADES CLÍNICAS Y QUIRÚRGICA POR NÚMERO DE COHORTES, DURACIÓN, PERFILES Y REGISTRO SNIE. CONSTRUCCIÓN PROPIA.....	56
TABLA 3. NÚMERO DE PROGRAMAS SEGÚN TIPO DE ESPECIALIDAD. CONSTRUCCIÓN PROPIA.....	64
TABLA 4. CATEGORÍAS DEL APRENDIZAJE Y LOS PASOS PARA LOGRAR APRENDIZAJES EFECTIVOS. CONSTRUCCIÓN PROPIA.	116
TABLA 5. DESCRIPTORES Y RESULTADOS DE BÚSQUEDA EN BASES DE DATOS. CONSTRUCCIÓN PROPIA.....	168
TABLA 6. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS BASES DE DATOS UTILIZADAS. CONSTRUCCIÓN PROPIA.....	169
TABLA 7. DATOS DE LAS INVESTIGACIONES SELECCIONADAS. CONSTRUCCIÓN PROPIA.....	171
TABLA 8. COMPARACIÓN ENTRE LAS INVESTIGACIONES SELECCIONADAS. CONSTRUCCIÓN PROPIA.	178
TABLA 9. RELACIÓN DE NÚMERO DE ADMITIDOS A LOS PROGRAMAS ESPECIALIZACIONES DESDE EL PERIODO DE 2011 AL 2013. CONSTRUCCIÓN PROPIA.....	225
TABLA 10. POBLACIÓN OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN. CONSTRUCCIÓN PROPIA.....	228
TABLA 11. AÑOS DE EXPERIENCIAS COMO DOCENTES. CONSTRUCCIÓN PROPIA.....	233
TABLA 12. OBSERVACIONES REALIZADAS. CONSTRUCCIÓN PROPIA.....	249
TABLA 13. CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS. CONSTRUCCIÓN PROPIA.....	259
TABLA 14. INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES. CONSTRUCCIÓN PROPIA.	271
TABLA 15. CUADRO DE ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS. CONSTRUCCIÓN PROPIA.....	387
TABLA 16. COMPETENCIA COMUNICATIVA. CONSTRUCCIÓN PROPIA.....	411
TABLA 17. COMPETENCIA PARA DIAGNOSTICAR. CONSTRUCCIÓN PROPIA.....	416
TABLA 18. COMPETENCIA PROPOSITIVA. CONSTRUCCIÓN PROPIA.	419
TABLA 19. COMPETENCIA PARA REHABILITAR. CONSTRUCCIÓN PROPIA.....	421
TABLA 20. COMPETENCIA DE INVESTIGATIVA. CONSTRUCCIÓN PROPIA.....	423
TABLA 21. COMPETENCIAS TRABAJO EN EQUIPO. CONSTRUCCIÓN PROPIA.....	426
TABLA 22. COMPETENCIA ÉTICA. CONSTRUCCIÓN PROPIA.....	429

TABLA 23. CATEGORÍA DEL ROL DEL DOCENTE. CONSTRUCCIÓN PROPIA.....	434
TABLA 24. DIFERENCIA ESTADÍSTICA SOBRE LA GESTIÓN DE LOS DOCENTES, DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS RESIDENTES. CONSTRUCCIÓN PROPIA	441
TABLA 25. DIFERENCIA ESTADÍSTICA SOBRE LA GESTIÓN DE LOS DOCENTES, DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DOCENTES. CONSTRUCCIÓN PROPIA.	442
TABLA 26. CATEGORÍA ROL DEL RESIDENTE. CONSTRUCCIÓN PROPIA	449
TABLA 27. PROCESO DE EVALUACIÓN. CONSTRUCCIÓN PROPIA	457
TABLA 28. RECURSOS EDUCATIVOS. CONSTRUCCIÓN PROPIA.....	463
TABLA 29. DE LA DELEGACIÓN PROGRESIVA DE FUNCIONES EN RELACIÓN CON EL TIEMPO DE LA ROTACIÓN. CONSTRUCCIÓN PROPIA	519
TABLA 30. COMPETENCIA DESARROLLADA EL RESIDENTE. CONSTRUCCIÓN PROPIA	559
TABLA 31. ESLABONES DIDÁCTICAS DEL CLUB DE REVISTA. CONSTRUCCIÓN PROPIA	565
TABLA 32. ESLABONES DIDÁCTICOS DE LA ESTRATEGIA STAFF MÉDICO. CONSTRUCCIÓN PROPIA	568
TABLA 33. ESLABONES DIDÁCTICAS DEL SEMINARIO. CONSTRUCCIÓN PROPIA.....	570
TABLA 34. ESLABONES DIDÁCTICOS DE LA RONDA CLÍNICA. CONSTRUCCIÓN PROPIA.....	573
TABLA 35. ESLABONES DIDÁCTICOS DEL ESTUDIO DE CASOS. CONSTRUCCIÓN PROPIA	576
TABLA 36. ESLABONES DIDÁCTICOS DE LA CONSULTA EXTERNA COMO ESTRATEGIA DIDÁCTICA. CONSTRUCCIÓN PROPIA	578
TABLA 37. ESLABONES DIDÁCTICOS DE LA SIMULACIÓN COMO ESTRATEGIA DIDÁCTICA. CONSTRUCCIÓN PROPIA.....	583
TABLA 38. ESLABONES DIDÁCTICOS DE LA TELEMÁTICA COMO ESTRATEGIA DIDÁCTICA. CONSTRUCCIÓN PROPIA.....	586

ÍNDICE DE FIGURAS.

<i>FIGURA 1. LOS NIVELES Y MODALIDADES DE FORMACIÓN, MOVILIDAD Y TITULACIONES DEL SISTEMA EDUCATIVO COLOMBIANO. TOMADO DEL MEN</i>	34
<i>FIGURA 2. . SISTEMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR COLOMBIANA. TOMADO DEL MEN</i>	36
<i>FIGURA 3. CONSOLIDADO DE CAPACIDADES DE PENSAMIENTO A DESARROLLAR EN EL PLAN DE ESTUDIOS COMO PRODUCTO DEL PROCESO DE ARMONIZACIÓN DE COMPETENCIAS EN EL PREGRADO DE MEDICINA. CONSTRUIDA POR GALINDO L, ARANGO M. (2013)</i>	53
<i>FIGURA 4. MOMENTOS Y ACTORES EN EL PROCESO DE EVALUACIÓN. CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	110
<i>FIGURA 5. MAPA CONCEPTUAL SOBRE EL CONCEPTO DE APRENDIZAJE. CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	114
<i>FIGURA 6. TEORÍAS DEL APRENDIZAJE. CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	117
<i>FIGURA 7. MAPA CONCEPTUAL RECORRIDO CORRIENTES PEDAGÓGICAS CONTEMPORÁNEAS. CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	121
<i>FIGURA 8. MAPA CONCEPTUAL CONCEPTO DE ENSEÑANZA. CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	132
<i>FIGURA 9. FASES DEL ACTO MENTAL. CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	135
<i>FIGURA 10. MAPA CONCEPTUAL DIDÁCTICA. CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	149
<i>FIGURA 11. LO PEDAGÓGICO, LO DIDÁCTICO Y LO CURRICULAR. CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	152
<i>FIGURA 12. INVESTIGACIONES POR AÑO. CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	176
<i>FIGURA 13. INVESTIGACIONES POR PAÍSES. CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	177
<i>FIGURA 14. PORCENTAJE DE INVESTIGACIONES POR ESPECIALIDAD. CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	203
<i>FIGURA 15. CARACTERIZACIÓN TIPO DE CONTRATACIÓN DE LOS DOCENTES. CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	229
<i>FIGURA 16. CONSOLIDADO DE LA CARACTERIZACIÓN DE TIPO DE CONTRATACIÓN DE LOS DOCENTES. CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	230
<i>FIGURA 17. NIVEL DE FORMACIÓN DE LOS DOCENTES. CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	231
<i>FIGURA 18. CONSOLIDADO NIVEL DE FORMACIÓN DE LOS DOCENTES (HOMOLOGADOS A MAESTRÍA). CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	232

<i>FIGURA 19. MEDIA EN AÑOS DE EXPERIENCIA DOCENTE. CONSTRUCCIÓN PROPIA.....</i>	233
<i>FIGURA 20. CARACTERIZACIÓN NIVEL ALCANZADO EN RESIDENCIA. CONSTRUCCIÓN PROPIA.</i>	234
<i>FIGURA 21. UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA DEL PREGRADO. CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	235
<i>FIGURA 22. AÑO DE GRADUACIÓN DEL PREGRADO. CONSTRUCCIÓN PROPIA.</i>	236
<i>FIGURA 23. CARACTERIZACIÓN DE LOS GRUPOS FOCALES. CONSTRUCCIÓN PROPIA.....</i>	242
<i>FIGURA 24. ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN. CONSTRUCCIÓN PROPIA.</i>	267
<i>FIGURA 25. CATEGORÍA DE ANÁLISIS CUALITATIVO. CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	269
<i>FIGURA 26. CONTEXTO EDUCACIÓN MÉDICA EN ESPECIALIDADES CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS. CONSTRUCCIÓN PROPIA</i> <i>.....</i>	359
<i>FIGURA 27. TRIANGULACIÓN DE FUENTES. CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	385
<i>FIGURA 28. COMPETENCIA COMUNICATIVA ESTRATEGIA DIDÁCTICA MÁS UTILIZADAS. CONSTRUCCIÓN PROPIA... </i>	412
<i>FIGURA 29. COMPETENCIA PARA DIAGNÓSTICA ESTRATEGIA QUE MÁS UTILIZAN. CONSTRUCCIÓN PROPIA.</i>	417
<i>FIGURA 30. COMPETENCIA PROPOSITIVA. ESTRATEGIA DIDÁCTICA, MÁS UTILIZADAS. CONSTRUCCIÓN PROPIA.</i>	420
<i>FIGURA 31. COMPETENCIA PARA REHABILITA. ESTRATEGIAS MÁS UTILIZADAS. CONSTRUCCIÓN PROPIA.....</i>	422
<i>FIGURA 32. COMPETENCIA INVESTIGATIVA ESTRATEGIA QUE MÁS UTILIZAN. CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	425
<i>FIGURA 33. COMPETENCIA ÉTICA. ESTRATEGIA DIDÁCTICA MÁS UTILIZADA. CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	431
<i>FIGURA 34. SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LA ATENCIÓN MÉDICA. CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	439
<i>FIGURA 35. LOS PROFESORES CUENTAN CON BUENA FORMACIÓN PEDAGÓGICA. CONSTRUCCIÓN PROPIA.....</i>	440
<i>FIGURA 36. LOS RESIDENTES SE INTERESA POR INDAGAR MÁS ALLÁ DE LAS ACTIVIDADES. CONSTRUCCIÓN PROPIA</i> <i>.....</i>	451
<i>FIGURA 37. SATISFACCIÓN ROL COMO RESIDENTE. CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	453
<i>FIGURA 38. CAPACIDAD DEL RESIDENTE PARA LA TOMA DE DECISIONES EN EL DESEMPEÑO PROFESIONAL.</i> <i>CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	454
<i>FIGURA 39. PROCESO DE EVALUACIÓN. LA EDUCACIÓN MÉDICA EN LAS ESPECIALIDADES. CONSTRUCCIÓN PROPIA.</i> <i>.....</i>	458
<i>FIGURA 40. PROCESO DE EVALUACIÓN. LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES POR PARTE DE LOS</i> <i>RESIDENTES. CONSTRUCCIÓN PROPIA.....</i>	459

<i>FIGURA 41. PROCESO DE EVALUACIÓN. EL DISEÑO DEL PLAN DE FORMACIÓN DEL RESIDENTE. CONSTRUCCIÓN</i>	
<i>PROPIA</i>	460
<i>FIGURA 42. DIDÁCTICA ESPECÍFICA PARA LA FORMACIÓN DE COMPETENCIAS EN LOS POSGRADOS MÉDICOS.</i>	
<i>CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	477
<i>FIGURA 43. COMPETENCIA QUE SE POTENCIAN EN EL MÉDICO ESPECIALISTA – PROFESOR. CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	483
<i>FIGURA 44. ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS DE LOS POSGRADOS MÉDICOS. CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	505
<i>FIGURA 45. RESULTADO DE LA RONDA CLÍNICA EN RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS</i>	506
<i>FIGURA 46. RESULTADO DEL SEMINARIO EN RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS</i>	507
<i>FIGURA 47. RESULTADO DEL ESTUDIOS DE CASOS EN RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS. CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	508
<i>FIGURA 48. RESULTADO DEL CLUB DE REVISTA EN RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS. CONSTRUCCIÓN PROPIA</i> ..	509
<i>FIGURA 49. RESULTADO DE LA SIMULACIÓN EN RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS. CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	510
<i>FIGURA 50. RESULTADO DEL CPC EN RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS. CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	511
<i>FIGURA 51. RESULTADO DE LA TELEMÁTICA EN RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS. CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	512
<i>FIGURA 52. RESULTADO DE LA VISITA DOMICILIARIA FAMILIAR EN RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS.</i>	
<i>CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	513
<i>FIGURA 53. ESTRATEGIAS MÁS UTILIZADAS EN LAS COMPETENCIAS. CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	514
<i>FIGURA 54. LAS ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS POTENCIAN EL DESARROLLO COMPETENCIAS GENÉRICAS.</i>	
<i>CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	515
<i>FIGURA 55. PLAN DE DELEGACIÓN PROGRESIVA DE FUNCIONES. CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	517
<i>FIGURA 56. DISEÑO DE PERFILES Y COMPETENCIAS. CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	522
<i>FIGURA 57. CONTEXTO DE LA EDUCACIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA. CONSTRUCCIÓN PROPIA</i>	550

INTRODUCCIÓN

Ninguna ciencia es neutral, ni una práctica didáctica es neutral en relación con el conocimiento. El conocimiento en medicina viene circulando a la vanguardia de las tendencias educativas contemporáneas, aunque en su dinámica de transformación existen factores o categorías de orden histórico, de tradición, experiencia, método, de fragmentación de los saberes, entre otras, que hacen más compleja la dinámica hacia el cambio educativo.

Específicamente esta investigación pretende aproximarse a la caracterización de la didáctica en la educación médica de las especialidades clínicas y quirúrgicas en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Esto, con el propósito de avanzar hacia una ruta que defina un enfoque didáctico de formación por competencias. Teniendo coherencia, con los modelos pedagógicos contemporáneos exigidos para la educación superior.

Esta investigación deja de lado aquellos aspectos que tocan con el componente del currículo tales como la estructura curricular, el plan de estudios, los créditos académicos, la duración del programa, selección y organización de contenidos, los objetos de estudio, la selección de profesores y de estudiantes. Lo que se debe a que este componente es objeto de una indagación por parte de la Comisión de Posgrado de la Facultad, con el fin de dar pasó a la reforma o modernización curricular de los posgrados. No obstante, todos los hallazgos y comprensiones que se puedan lograr de la presente investigación sirven de referente para aportar a los componentes pedagógicos y didácticos de las especialidades médicas y deja apertura hacia

futuras investigaciones en los campos de nuevas creaciones de programas de especialidades, maestrías y doctorados en la misma Universidad de Antioquia u otras universidades con programas similares, interesadas en conocer referentes investigativos que aporten o enriquezcan la mirada del territorio propio, a partir del ajeno.

El cuerpo del trabajo está compuesto por dos partes, una primera, de fundamentación teórica y otra, de trabajo empírico.

La primera parte la componen tres capítulos. El primer capítulo, alude a la reglamentación y conformación del sistema educativo colombiano, centrándose especialmente en la educación superior y en las especialidades a nivel general. Para esto se presenta la estructura educativa desde el ámbito legislativo. En donde se resaltan los apartados referidos a la educación como derecho en la constitución de 1991, la ley 30 de 1992 que regula la educación superior y permite comprender la clasificación de los niveles educativos, los requerimientos para acceder a los mismos, entre otros aspectos. También, se referencia la ley 115 de 1994, ley general de educación que organiza la educación formal, no formal e informal y deja ver la concepción de educación ligada a la formación integral de la persona.

También, aparecen algunos de los requisitos jurídicos e institucionales para la creación de programas académicos. Así como, las especificaciones de los componentes del sistema de aseguramiento de la calidad, resaltándose el papel de CONACES (Comisión nacional de aseguramiento de la calidad de la educación superior) para la obtención del registro calificado y del CNA (Consejo Nacional de Acreditación) –que pertenece al ICFES (Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior)- que se encarga de la acreditación de alta calidad. Además, se enuncian algunos decretos relacionados con la educación en salud. Éstos son: El decreto 1164 de 2007 para la formación del talento humano en salud y el decreto 2376 de 2010 que al referirse a la docencia-servicio en salud, vincula las Instituciones Educativas Superiores con los sitios de práctica.

Por último la contextualización de la investigación con una breve historia de la Universidad de Antioquia, la oferta y estructuración de posgrados a nivel general y médicos en la Facultad de Medicina, así como el proyecto Educativo de la Universidad de Antioquia, estructura académica administrativa de los posgrados de la Universidad y de la Facultad de Medicina, la oferta Educativa de los posgrados de medicina, la estructura curricular de los programas de las especialidades Clínicas (lineamientos pedagógicos y didácticos de los programas de las especialidades, los procesos de Evaluación, y la autoevaluación de los programas)

En el segundo capítulo se realiza un recuento histórico de la educación médica, haciéndose un marcado acento -al final- en la forma cómo se fueron estableciendo las especialidades clínicas y quirúrgicas en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. En un primer momento, se da cuenta de la historia de la educación médica desde la antigua Grecia -

aproximadamente a partir del siglo V-, pasando por la edad media, hasta el siglo XX con la declaración de Bolonia que sienta las bases de la educación superior en Europa. En un segundo momento, se referencian, el papel de la OPS (Organización panamericana de la salud), la IIEM (Instituto Internacional Educación Médica) y la WFME (*World Federation for medical education*). Además, se hace énfasis en la influencia que tuvieron tanto Francia y Norteamérica en los modos de enseñanza de la medicina en América Latina. A nivel de Colombia, se resalta la influencia del paradigma Francés en las Escuelas de Medicina (Finales del siglo XIX), incluso el papel de la misión norteamericana (1948) y la segunda misión Francesa (1951), teniendo mayor incidencia en las reformas curriculares la Norteamericana, que se fortalece en la segunda misión realizada (1953). En un tercer momento, se enuncian los primeros inicios de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia (1871), de las especialidades (años 50s), el proyecto de residencia (1954) y el papel que tuvo en este proceso ASCOFAME (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina).

El tercer capítulo, denominado la influencia de los enfoques didácticos en la formación por competencias, desarrolla la apropiación de los conceptos: aprendizaje, pedagogía, didáctica, formación, evaluación de competencias y sus componentes desde diferentes contextos (jurídico, psicológico, pedagógico, entre otros) y luego analiza cómo éstos se llevan a la educación médica en general hasta llegar a la educación médica en el nivel de especialidades clínicas y quirúrgicas. Para esto, se resaltan los diversos enfoques, teorías, corrientes, tendencias y autores en el campo educativo. Así como, funciones y fases del acto mental, en donde el profesor aparece como mediador y motivador del proceso pedagógico. Lo anterior, hace posible pensar en los retos que trae consigo el trabajo de competencias en la formación profesional, con miras

hacia un nuevo enfoque didáctico que esté en consonancia con éstas e involucre los componentes esenciales en el proceso de enseñanza y aprendizaje que se referencian al final del capítulo. De tal manera, que se supere la transmisión de conocimientos y procedimientos mecánicos y se favorezca la adquisición de aprendizajes relevantes y significativos.

La segunda parte, correspondiente al trabajo empírico, con el diseño y metodología de la investigación mixta se divide en varios capítulos. El capítulo cuatro correspondiente al diseño y metodología de la investigación, da cuenta del tipo y enfoque de investigación elegido, también muestra los objetivos y la justificación del proyecto, teniendo en cuenta la importancia que se le está otorgando a la residencia y posgrado médico desde organismos internacionales como la OMS (Organización Mundial de la Salud), la OPS (Organización panamericana de la salud) y centros de salud y educación especialmente de América Latina. Aspecto que se complementa con el estudio de antecedentes investigativos; una descripción detallada de investigaciones relacionadas con el posgrado en educación médica y encontradas en diferentes bases de datos nacionales e internacionales.

Estudio que evidencia como, a pesar de que se han realizado investigaciones relacionadas con aspectos de algunas especialidades médicas como la evaluación, el rol del estudiante y/o del tutor, no existe - al menos en las fuentes consultadas - una investigación en la Facultad de Medicina ni en Colombia, relacionada con la caracterización del modelo de educación médica que englobe las especialidades clínicas y quirúrgicas. De tal manera, que se identifiquen en éstas, puntos de confluencia y divergencia para proponer un enfoque didáctico de la formación por

competencias. Lo cual, pueda servir de referente a otras universidades y a los avances de la discusión del área en los ámbitos locales, nacionales e internacionales.

Se encuentran, además en este capítulo, el problema de investigación a manera de pregunta investigativa orientadora, los objetivos, tanto generales como específicos. La metodología en la cual se describe la población, la muestra y los instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos. Y en capítulo 5, aparece la manera como se realizó el tratamiento y análisis de los mismos, obedeciendo a la investigación mixta, cualitativa y cuantitativa, según sea el caso y conforme a las categorías de análisis establecidas. Finalmente, en el capítulo 6, se desarrollan las conclusiones, donde se sugirieren nuevas líneas de investigación y las propuestas de intervención. En la última parte, se indica la bibliografía utilizada a lo largo de los seis capítulos, la cual evidencia la gama de autores y textos que sirvieron de referencia para organizar la fundamentación teórica de la presente investigación.

PRIMERA PARTE

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO 1

Como Influye el Sistema Educativo Colombiano en los Posgrados de la Educación Médica

1.1. La Educación y su Estructura Organizativa

La educación forma parte de lo humano y como proceso está influenciada por las vicisitudes de la historia y de la cultura de los pueblos. Desde la Constitución Política de 1991 se asume el servicio educativo como un derecho de la persona y le otorga al Estado la función de regularlo, inspeccionarlo y vigilarlo para velar por la calidad y por el cumplimiento de los fines educativos enfocados a la formación integral. Además, le corresponde al Estado garantizar el acceso y la permanencia de los menores en el sistema educativo. La escuela, la familia y el Estado son responsables de la educación de los ciudadanos, por tanto, dicho proceso es externo al sujeto quien, mediante la interacción con su ambiente educativo, va desplegando su esencia y dando forma a su estructura de personalidad.

En la Ley General de Educación en Colombia, la número 115, en su Artículo Primero se expresa que: “la educación es un proceso de formación permanente, personal, cultural y social que se fundamenta en una concepción integral de la persona humana, de su dignidad, de sus derechos y de sus deberes”. (1994, p.1)

De acuerdo con la Constitución Política de Colombia, son fines de la educación el contribuir con el pleno desarrollo de la personalidad, el respeto por la vida y los derechos humanos en general, la participación e intervención en el contexto cultural, social, económico y político del país, atendiendo a principios de ética y respeto dentro del marco del fomento de la soberanía, la adquisición y producción de conocimientos integrales en la apropiación de un saber, mediante la potencia de capacidades como la crítica, el análisis y la intervención, en procura de ofrecer soluciones a las problemáticas existentes y aportar al progreso social, científico y cultural (Artículo 67 de la Constitución de Colombia).

La Ley 115 de 1994 (Ley General de Educación), de conformidad con el artículo 67 de la Constitución Política, organiza la educación formal en niveles de preescolar, básica (primaria y secundaria) y media, no formal e informal.

- La Educación Preescolar, que contempla como mínimo un grado obligatorio.
- La Educación Básica, organizada en nueve grados que se desarrollan en dos ciclos:
 - La educación básica primaria de cinco grados (primero, segundo, tercero, cuarto y quinto)
 - La educación básica secundaria de cuatro grados.(sexto, séptimo, octavo, noveno)
- La Educación Media que comprende dos grados(decimo y once)

La Ley 30 de 1992 regula la educación superior otorgándoles autonomía a las Instituciones de Educación Superior –IES-.

- La Educación Superior: compuesta por dos niveles (pregrado y posgrado)
- Pregrado con tres niveles de formación:
 - Técnico Profesional
 - Tecnológico
 - Profesional
- Posgrado:
 - Especializaciones (programas de Especialización Técnica Profesional) Especialización Tecnológica y Especializaciones Profesionales).
 - Maestrías.
 - Doctorados.

Para acceder a los programas formales de pregrado, se debe acreditar el título de bachiller y el Examen de Estado (ICFES Saber Pro), que presentan quienes egresan de la educación media. En los últimos semestres de la formación de pregrado se aplican los Exámenes de Calidad de la Educación Superior (ECAES). A través de estas pruebas, el Ministerio de Educación Nacional evalúa el grado de desarrollo de las competencias de los estudiantes.

- Los propósitos de formación en el nivel de posgrado se centran en:

- a. La contribución para el fortalecimiento y la vigencia del conocimiento disciplinario y profesional que se imparte en los programas de pregrado.

 - b. La generación de un espacio de renovación y actualización metodológica y científica.
- Apuesta por una formación integral que posibilite:
- a. El desarrollo de competencias.

 - b. La construcción de valores y conceptos.

 - c. La comprensión del ser humano, la naturaleza y la sociedad.

 - d. El desarrollo de las aptitudes para comunicarse.

Las Especializaciones tienen como propósito la cualificación de la profesión y el desarrollo de competencias. A su turno, las Maestrías se proponen ampliar y desarrollar conocimiento para la solución de problemas, pueden ser de profundización o de investigación y el Doctorado pretende acreditar la formación investigativa y las competencias para el ejercicio académico de la más alta calidad.

1.2. La Creación de Programas Académicos

Las instituciones de educación superior deben contar con su personería jurídica y el programa propuesto debe ser coherente con los propósitos educativos propios del carácter académico de la institución, que es la encargada de presentar, ante el Ministerio de Educación Nacional, la solicitud de Registro Calificado, con los argumentos que soportan el cumplimiento de las condiciones de calidad, de acuerdo con la Ley 1188 de 2008 y su Decreto Reglamentario 1295 de 2010.

1.2.1. Las Condiciones Institucionales

- El establecimiento de adecuados mecanismos de selección y evaluación de estudiantes y profesores, en los que se garantice la escogencia por méritos y se impida cualquier discriminación por raza, sexo, credo, discapacidad o condición social.
- La existencia de una estructura administrativa y académica flexible, ágil y eficiente al servicio de la misión de las instituciones de educación superior.
- El desarrollo de una cultura de la autoevaluación que favorezca el espíritu crítico y constructivo, un mejoramiento continuo
- La existencia de un programa de egresados que haga un seguimiento a largo plazo de los resultados institucionales, involucre la experiencia del egresado en la vida universitaria y haga realidad el requisito de que el aprendizaje debe continuar a lo largo de la vida.

- La implantación de un modelo de bienestar universitario que haga agradable la vida en el claustro y facilite la resolución de las necesidades insatisfechas en salud, cultura, convivencia, recreación y condiciones económicas y laborales.
- La consecución de recursos suficientes para garantizar el cumplimiento de las metas con calidad, bienestar y capacidad de proyectarse hacia el futuro, de acuerdo con las necesidades de la región y del país.

1.2.2. Las Condiciones Específicas de los Programas

A continuación se enuncian las condiciones específicas de calidad de los programas emanadas de Ministerio de Educación Nacional. (Pagina web oficial):

- La correspondencia entre la denominación del programa, los contenidos curriculares y el logro de las metas para la obtención del correspondiente título.
- La adecuada justificación del programa para que sea pertinente frente a las necesidades del país y el desarrollo cultural y científico de la Nación.
- El establecimiento de unos contenidos curriculares acordes con el programa que se ha establecido y que permitan garantizar el logro de los objetivos y sus correspondientes metas.

- La organización de todas aquellas actividades académicas que fortalezcan los conocimientos teóricos y demuestren que facilitan las metas del proceso formativo.

- La adecuada formación en investigación que establezca los elementos esenciales para desarrollar una actitud crítica, la capacidad de buscar alternativas para el desarrollo del país.

- La adecuada relación, efectiva con el sector externo, que proyecte a la universidad con la sociedad.

- El fortalecimiento del número y calidad del personal docente para garantizar, de una manera adecuada, las funciones de docencia, investigación y extensión.

- El uso adecuado y eficiente de los medios educativos de enseñanza que faciliten el aprendizaje y permitan que el profesor sea un guía y orientador, además de que le ayudan al estudiante a ser autónomo y participante.

- La garantía de una infraestructura física en aulas, bibliotecas, auditorios, laboratorios y espacios para la recreación y la cultura, que permitan la formación integral de los estudiantes como ciudadanos de bien y garanticen la labor académica.

El Ministerio de Educación Nacional evalúa el cumplimiento de las anteriores condiciones, mediante pares académicos y miembros de la Comisión Nacional Intersectorial para el Aseguramiento de la Educación Superior (CONACES). Si hay concepto positivo, el Ministerio

emite un acto administrativo para otorgar el Registro Calificado y se registra en el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES).

1.3. Los Posgrados Médicos en Colombia, Desde la Legislación.

El Instituto Colombiano de Fomento a la Educación Superior, ICFES, controla en Colombia la formación en pregrado y posgrado. Existe un sistema de Educación Superior y las universidades están adscritas a él, además de que pueden acreditar la alta calidad de los programas inscritos ante el Consejo Nacional de Acreditación, CNA -órgano del ICFES- que desarrolla la tarea de revisión y evaluación de universidades y programas académicos en el país para la excelencia en calidad.

En este sentido, los posgrados, entre ellos los de la formación médica, tienen exigencias generales que cumplir, además de sus especificaciones propias, las cuales pueden acreditar como de alta calidad.

En la actualidad, los posgrados médicos en Colombia forman parte del sistema de la educación superior. Los tipos de instituciones que conforman este nivel son: las instituciones técnicas profesionales que ofrecen programas de pregrado de nivel Técnico Profesional y especializaciones en campos técnicos. Los institutos tecnológicos con programas de pregrado en los niveles Técnico Profesional y Tecnológico, así como especializaciones en estos campos. Siguen las Instituciones universitarias o escuelas tecnológicas, con programas de pregrado en los

tres niveles y en posgrado, especializaciones y maestrías. Finalmente, las Universidades con programas de pregrado en los tres niveles y todas las modalidades de posgrado (especialización, maestría y doctorado).

En la siguiente figura se visualizan los niveles y las modalidades:

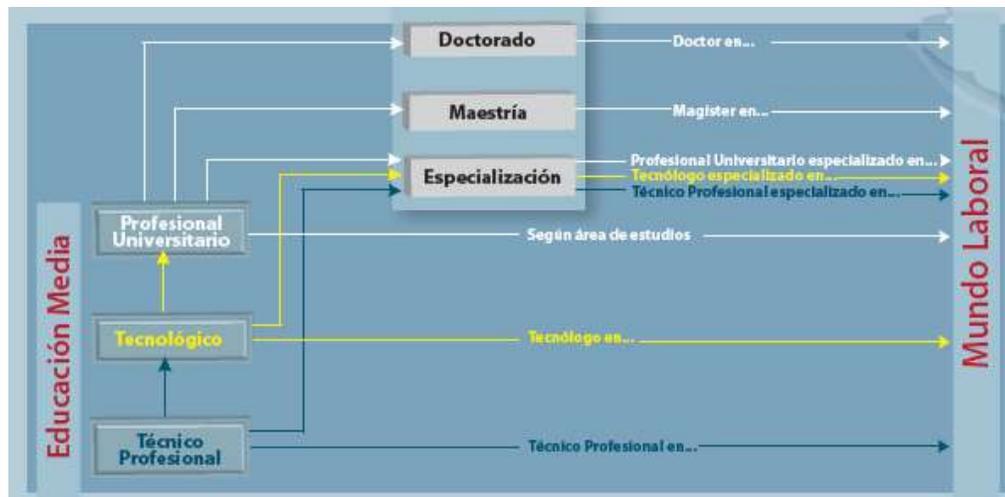


Figura 1. Los niveles y modalidades de formación, movilidad y titulaciones del sistema educativo Colombiano. Tomado del MEN

El MEN - mediante el decreto 1665 de agosto 2 de 2002 - establece los estándares de calidad de los programas de Especialidades Clínicas y Quirúrgicas, Capítulo 2, Artículo 21. Reconoce el grado de dedicación que se da en las especialidades médicas y en consecuencia, las homologa con Maestría para efecto de escalafón docente. Por tratarse de programas de especializaciones médicas y quirúrgicas que tienen un tratamiento equivalente a las Maestrías, la solicitud de registro calificado se formula ante el Ministro de Educación Nacional, por intermedio del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, ICFES, que dará traslado de ésta a la Comisión Nacional de Doctorados y Maestrías con la documentación que fundamenta dicha solicitud.

TESIS DOCTORAL

LEONOR GALINDO CÁRDENAS

El Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior lo conforman las siguientes instancias:

SACES (Sistema de Información para el Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior). Esta instancia contiene la información necesaria para el proceso de Registro Calificado de programas académicos.

SNIES (Sistema Nacional de Información de la Educación Superior). Aquí se encuentran datos con información acerca de las instituciones de educación superior de Colombia.

SPADIES (Sistema de Prevención y Análisis de la Deserción en las Instituciones de Educación Superior). La información que contiene permite el seguimiento a cada estudiante para el cálculo del riesgo de la deserción.

CONACES (Comisión Nacional Intersectorial para el Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior). Está compuesta por la Sala General, con representación del Gobierno, de la Academia; siete salas por áreas del conocimiento; una sala de Maestrías y Doctorados.

Registro Calificado: Para el tema de la evaluación de Instituciones y Programas Académicos, el sistema evalúa instituciones y programas que se crean y que deben obtener o actualizar el Registro.

CNA (Consejo Nacional de Acreditación). Lo conforman siete académicos de reconocida trayectoria. Su función es asesorar al MEN en lo relacionado con Acreditación de Alta Calidad de instituciones y programas, que es de carácter voluntario para las instituciones.

Los organismos de apoyo son el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología, Colciencias y el Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior, Icetex.

En la siguiente figura se muestra el sistema general de aseguramiento de la calidad de la educación superior.



Figura 2. . Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior Colombiana. Tomado del MEN.

La Ley 30 de diciembre 28 de 1992 organiza el Servicio Público de la Educación Superior, cuyos principios se orientan a asumir la Educación Superior como:

“(…) un proceso permanente que posibilita el desarrollo de las potencialidades del ser humano, de una manera integral. Se realiza con posterioridad a la educación media o secundaria y tiene por objeto el pleno desarrollo de los alumnos y su formación académica o profesional. La Educación Superior es un servicio público cultural, inherente a la finalidad social del Estado. La Educación Superior será accesible a quienes demuestren poseer las capacidades requeridas y cumplan con las condiciones académicas exigidas en cada caso (…)” (Ley 30, 1992)

Los posgrados en Colombia, deben contar para su funcionamiento con el Registro Calificado cuya duración es de cinco (5) años para las especializaciones y para los de maestría y doctorado de siete (7) años. Mediante procesos de autoevaluación permanente se garantiza la dinámica de avance hacia la calidad educativa.

Las instituciones de educación superior son las que solicitan la renovación del registro calificado, con un tiempo de diez meses antes de su vencimiento y es el Ministerio de Educación Nacional el que otorga el Registro Calificado a aquellos programas que demuestren el cumplimiento de las condiciones mínimas de calidad.

En cuanto a las *disposiciones en materia de talento humano en salud* el Decreto 1164 del 3 de octubre de 2007, reglamentó las disposiciones generales, los organismos de apoyo para el desarrollo y la Formación del Talento Humano (TH) en la Salud, prestación ética y bioética de los servicios; para lo cual estableció los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del T.H del área de la salud.

Los principios que orientan las disposiciones son: equidad, solidaridad, calidad, ética, integralidad, concertación, la unidad y la efectividad. De acuerdo con el Decreto 1164 para garantizar un buen desempeño de la misión médica: “El Ministerio de la Protección Social, las entidades territoriales y las IPS propenderán porque el personal de salud conozca y actúe en consistencia con las normas del derecho Internacional Humanitario”. (2007, p. 12)

Para la regulación de la *relación docencia-servicio en los programas de formación del talento humano en salud* se crea el Decreto 2376 del 1 de julio de 2010, este decreto regula el vínculo funcional que se da entre las Instituciones de Educación Superior de Salud, y los escenarios donde se desarrollan la práctica y los convenios marcos. Es potestad de los Ministerios de Protección Social y de Educación Nacional ofrecer toda la asesoría al Gobierno Colombiano, en dirección al cumplimiento de la norma en dicho contenido.

1.4. El Proyecto Educativo de la Universidad de Antioquia.

La visión de la Universidad que se plantea al año 2016 tiene su meta en ser una de las mejores universidades de investigación en América Latina. En el proceso actual de autoevaluación se tiene como reto cumplir con el lema de ‘Una universidad investigadora, innovadora y humanista, al servicio de la región y del país’.

El ejercicio de la docencia está centrado en la investigación tal como se expresa en el acuerdo normativo:

“La docencia, fundamentada en la investigación, permite formar a los estudiantes en los campos disciplinarios y profesionales de su elección, mediante el desarrollo de programas curriculares y el uso de métodos pedagógicos que faciliten el logro de los fines éticos y académicos de la Universidad. Por su carácter difusivo y formativo la docencia tiene una función social que determina para el profesor responsabilidades científicas y morales frente a sus estudiantes, a la Institución y a la sociedad”. (Acuerdo Superior 122, p.1997)

La Universidad apoya a más de 600 jóvenes investigadores, más de 145.000 millones de recursos externos a la misma, más de 300 empresas que financian investigación en la institución, diferentes premios nacionales e internacionales.

“La investigación, fuente del saber, generadora y soporte del ejercicio docente, es parte del currículo. Tiene como finalidad la generación y comprobación de conocimientos, orientados al desarrollo de la ciencia, de los saberes y de la técnica, y la producción y adaptación de tecnología, para la búsqueda de soluciones a los problemas de la región y del país”. (Acuerdo Superior 122, p. 1997)

La extensión expresa la relación directa que la Universidad tiene con la sociedad, se da en dos sentidos, el de proyección hacia la sociedad y de la sociedad a la institución; se realiza por medio de procesos y programas de interacción con los sectores y actores sociales, expresados en actividades artísticas, científicas, técnicas y tecnológicas, de consultorías, asesorías e interventorías, y de programas destinados a la difusión de las artes, los conocimientos y al intercambio de experiencias y de apoyo financiero a la tarea universitaria.

Los procesos de acreditación de la Universidad se consignan bajo el marco de los Lineamientos Ministeriales de Educación Superior del país. En la actualidad se cuenta con 49 Programas de pregrado acreditados, 26 Programas de pregrado con renovación de acreditación y 13 en proceso de acreditación por primera vez.

La Universidad de Antioquia está comprometida con la excelencia, la calidad, la competitividad y con la conservación del lugar de privilegio del que gozan las grandes universidades del mundo. Por este motivo es la primera universidad de Colombia en recibir acreditación institucional en 2003.

1.5. Estructura Académico-Administrativa de los Posgrados en la Universidad

En el acuerdo Superior 306 del 13 de diciembre de 2005, se plasma la estructura académico administrativa creada por la Universidad de Antioquia para la organización y administración de los posgrados, de una manera coherente, pertinente y eficiente, que permita la interdisciplinariedad, la movilidad y la intercomunicación entre las dependencias. Tal como se plasma en el Plan de Desarrollo 2006-2016:

“La estructura académico – administrativa de los posgrados se guía por criterios de descentralización y desconcentración de funciones en las facultades, todo ello enmarcado en procesos de integración y colaboración entre estas. Tal organización sirve de apoyo para el cumplimiento de los fines académicos de la institución y la función administrativa se

desarrolla con arreglo a los criterios de economía, celeridad, eficiencia, igualdad, imparcialidad, publicidad, contradicción, descentralización y desconcentración de funciones.” (p. 23)

La estructura del Sistema Universitario de Posgrado, parte desde el programa con un Coordinador y un Comité de Programa en una unidad académica, el cual se enlaza a los demás programas de la misma, bajo la administración de un Comité de Posgrado, a la cabeza de un coordinador General de dicha unidad. La estructura continúa hacia un Comité de Área de Posgrado, el cual agrupa las unidades académicas con posgrados en áreas de conocimiento relacionadas. Estos coordinadores forman parte del Comité Central de Posgrado que es el órgano consultor del Consejo Académico, en los asuntos pertinentes a esa área.

El Comité Central de Posgrado es coordinado por la Dirección de Posgrado, la cual es la encargada de: Velar por el funcionamiento del Sistema; asesorar a las unidades académicas en el desarrollo de las propuestas de posgrado, en la aplicación de normas y en la administración de los programas. También, sirve de enlace entre la Universidad y las entidades del Gobierno y del sector externo, tanto nacionales como internacionales.

Para asesorar y resolver asuntos estudiantiles y garantizar la correcta aplicación de normas, la Universidad creó el Comité de Asuntos Estudiantiles de Posgrado.

La Universidad, de acuerdo con los lineamientos de la Ley 30 de 1992, creó en 1995 el Sistema Universitario de Posgrado, desde esta instancia se orientan las directrices y

reglamentación, tanto para su creación como seguimiento, evaluación y control. Atendiendo a criterios de autonomía, descentralización, desconcentración y coordinación. A partir de 1998 se creó la Dirección de Posgrado, como apoyo para el aseguramiento de la oferta educativa en este nivel de formación.

Tal como se enuncia en el Sistema Universitario de Posgrados 2009, existen reglamentados cuatro niveles de formación de posgrados: Doctorado, Maestría, Especialidad Médica, Clínica y Quirúrgica y Especialización. A su vez, los programas están organizados en tres áreas de formación: Ciencias de la Salud, Ciencias Sociales y humanas, Ciencias Exactas y Naturales (Ingeniería-Economía).

La Universidad de Antioquia cuenta con un *Reglamento Específico para los Programas de Posgrado de la Facultad de Medicina*, mediante Resolución Rectoral 27223 del 16 de enero de 2009. Desde este marco, las especializaciones son programas de posgrado “por su presencialidad, número de créditos, plan de estudios y objetos limitados en investigación y las maestrías son programas de posgrados dirigidos a los médicos generales que pretenden su formación en investigación o en profundización” (p.3).

Cuando un estudiante se matricula en un posgrado, ingresa a un programa académico con docencia directa acompañado de un grupo de profesores y docencia indirecta, que le implican

actividades académicas, laborales asistenciales o investigativas de acuerdo con el plan de estudios a cursar.

La Especialidad Médica Clínica y Quirúrgica se categoriza como un programa de posgrado adscrito que tiene como finalidad, ofrecer al residente médico “la profundización del conocimiento, habilidades y destrezas avanzadas, para la atención de pacientes en las diferentes etapas de su ciclo vital, lo cual se logra por medio de un proceso enseñanza-aprendizaje teórico práctico en el marco docente-asistencial” (Resolución Rectoral 27223, 6 de Enero de 2009, p.1).

En el acuerdo académico 294 del 26 de octubre de 2006, por el cual se actualizan las políticas de posgrado en la Universidad de Antioquia, se caracterizan los tipos de posgrados y en este sentido se determinan las Especialidades Médicas, Quirúrgicas y Clínicas:

“Esta modalidad busca el desarrollo profesional por medio de la adquisición de los conocimientos, las destrezas y las habilidades necesarias para la atención avanzada en el área de la salud. Sin embargo, se diferencian de las especializaciones descritas en la necesidad de intensificar la formación de investigadores clínicos, en el tiempo y la consagración requeridos, pues son programas de 3 a 5 años de dedicación intensa y en los que se imparte una docencia altamente personalizada. Por ello se equivalen y asimilan, en todos sus procesos, a los programas de Maestría. Dentro de esta modalidad se incluyen programas de subespecialidades clínicas y quirúrgicas en áreas muy específicas que tienen a su vez a las Especialidades Clínicas como prerrequisito. Además de los doctorados, en el área de la salud, se constituyen en el más alto nivel de formación”. (2006, p. 89)

Es una política institucional la evaluación y la autoevaluación permanente, en procura del logro de la excelencia y los altos estándares de calidad. Cada programa se debe evaluar anualmente y describir el plan de mejora.

Desde la normatividad vigente para los posgrados, el Acuerdo Superior 122 del 7 de julio de 1997 que trata sobre el Reglamento Estudiantil, definió en su Título Primero los principios generales para los programas de posgrados: Igualdad, responsabilidad social, autonomía, universidad y libertad de cátedra y de aprendizaje:

- *Igualdad.* Por el carácter democrático y pluralista de la Universidad se aboga por los derechos igualitarios de sus estudiantes sin ningún tipo de discriminación.
- *Responsabilidad Social.* La Universidad, por su carácter de institución estatal, forma parte del patrimonio social y por ello se debe a la sociedad actuando con responsabilidad sobre ella en consecuencia, el personal universitario tiene como responsabilidad prioritaria servir a los sectores más vulnerables de la sociedad con los instrumentos del conocimiento y del respeto a la ética” (Acuerdo Superior 122 del 7 de julio de 1997).
- *Autonomía:* la Universidad goza del derecho a regular los aspectos administrativos, laborales, académicos y pedagógicos y para ello diseña políticas, estipula los estatutos y reglamentos que la dirigen. De igual modo, está facultada para otorgar los títulos: “Es de su propia naturaleza el ejercicio libre y responsable de la crítica, la cátedra, la enseñanza,

el aprendizaje, la investigación, la creación artística y la controversia ideológica y política” (Acuerdo Superior 122 del 7 de julio de 1997).

- *Universalidad:* la Universidad está abierta a la multiplicidad de pensamientos, así como al cruce de saberes, a la multiculturalidad, a la diversidad de expresiones culturales y avances científicos que aporten a la investigativo y al progreso social y científico.
- *Libertades de Cátedra y de Aprendizaje.* Este principio le ofrece al profesor la posibilidad de desarrollar sus cursos, atendiendo a criterios pedagógicos y curriculares propios del programa académico en que se inscribe su labor, puede innovar, explorar nuevas formas de ofrecer su cátedra respetando los principios éticos, científicos y pedagógicos. De igual manera, el estudiante puede acceder a nuevas fuentes de información, solicitar mejores intervenciones didácticas que garanticen un real aprendizaje.
- *Interdisciplinariedad.* La Universidad reconoce el abordaje de los problemas sociales y científicos, desde la complejidad de saberes que exige el cruce de miradas y a partir del análisis e la interpretación de diferentes perspectivas.

1.6. La Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia

La Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia fundada desde 1871, tiene hoy 141 años de existencia, de sus claustros han egresado más de 7.000 médicos y 500 instrumentadores quirúrgicos. “Como institución pública de educación superior está comprometida con el

desarrollo social de la región, mediante la conservación, transmisión, creación y aplicación del conocimiento en salud, con énfasis en la investigación, articulada a la docencia y la extensión”.

(Portal UdeA. s, p.)

En 2007, el Pregrado de Medicina recibió la Reacreditación de Alta Calidad, por siete años. El pregrado de Instrumentación Quirúrgica cuenta con Acreditación de Alta Calidad por cuatro años, desde 2008 y el programa Técnico de Atención Prehospitalaria se creó mediante Resolución 8163 del 28 de diciembre de 2007, otorgada por el Ministerio de Educación Nacional, por un período de siete años.

En cuanto a los posgrados se tienen vigentes 43 programas distribuidos en 21 especialidades médicas, clínicas y quirúrgicas, reconocidas como maestría por el Ministerio Educación Colombiano, 20 subespecialidades, dos maestría y dos especializaciones con más de 300 estudiantes matriculados.

Desde la extensión, como responsabilidad social se orientan acciones encaminadas a diseñar y gestionar programas y proyectos que encausan las prácticas académicas, la educación continua, la prestación de servicios de laboratorios y los exámenes especializados, así como las consultas médicas y de asesoría y consultoría, en procura de aportar al mejoramiento de las condiciones de salud de la población objetivo, en aspectos “de vacunación, mortalidad materna y perinatal, cuidado integral en la etapa de la primera infancia, prevención de la anorexia y bulimia,

consultorio en seguridad social integral, control de dengue y atención integral de víctimas del conflicto” (Portal UdeA , 2012).

Desde la investigación, la Facultad cuenta con el Instituto de Investigaciones Médicas. La Facultad de Medicina cuenta con 35 grupos de investigación tipo A, B y C, y 15 registrados y reconocidos por Colciencias (Instituto Colombiano para el desarrollo de la Ciencia y la Tecnología), localizados en las instalaciones de la Facultad, la Sede de Investigación Universitaria (SIU), el Hospital Pablo Tobón Uribe y el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, principal Centro de Prácticas por más de 90 años. (Portal UdeA 2012, s, p.).

Los profesores e investigadores son reconocidos por sus aportes al desarrollo y bienestar de la sociedad; muchos de ellos han tenido la oportunidad de intercambiar experiencias y efectuar rotaciones y estudios en prestigiosos centros médicos del mundo.

Conocer el concepto de currículo, el cual muchas veces se asocia a ‘plan de estudios’, es vital para entender algunos modelos didácticos que se llevan a cabo en programas de especialidades clínicas, pues es una herramienta clave de propuesta de formación.

El concepto de currículo tiene variadas definiciones y aún pocos acuerdos en cuanto a su significado, por ello se encuentran múltiples conceptos para el mismo término. Un significado interesante y que es común a todas las definiciones, es entender el currículo como una estrategia

multidimensional influenciada por elementos culturales, políticos, intereses sociales y formas de conocimiento, que conforman una propuesta educativa y política, impulsada por el contexto social y sus actores sociales.

El currículo también es entendido como forma de acceso al conocimiento y como la interrelación de muchos conceptos y teorías pedagógicas, con el fin de cumplir las exigencias académicas, los intereses de los estudiantes y que permita la evaluación periódica para el mejoramiento de la calidad de éste. Con referencia a esto, Campo R. (1993) argumenta que el currículo es lo propio de una institución educativa, es:

“(…) el aspecto mediador entre el Proyecto Educativo que responde de una manera u otra al proyecto histórico social de la comunidad en donde está inserta la organización y las acciones que allí o desde allí se realizan entre maestros y alumnos (…)”. (p.235)

Entre todos los significados propuestos aparece el término ‘currículo oculto’, el cual hace referencia al aprendizaje de valores, principios y conductas en la formación de especialidades, que va más allá del currículo escrito. Este concepto parece adquirir importancia al momento de evaluar los resultados formativos de forma integral.

Además, Borrell (2005) propone dos tipos de currículos:

“El que denomina ‘Collection’, en el que los elementos se diferencian unos de otros y se juxtaponen, como es el caso del currículo diseñado por disciplinas. El otro, es el

‘Integrado’ en el que los contenidos aparecen en relación abierta unos respecto de otros, donde se suprimen o difuminan los contornos disciplinares”. (p. 130)

Un currículo universitario que busca la apropiación de conocimientos transferibles y el desarrollo de competencias científicas y profesionales debe disponer los contenidos en función de su pertinencia para la formación integral, dar relevancia al diseño de situaciones de aprendizaje, desde estrategias didácticas activas, ofrecer a los estudiantes situaciones distintas, no repetitivas, para resolver problemas de diverso tipo y por nivel de complejidad y movilizar su saber en contextos diversos. Generar escenarios de aprendizaje que le permitan a los estudiantes ser críticos frente al conocimiento y que desarrollen la posibilidad de formarse como profesionales que pueden aportar en la construcción del mundo y a la vida.

De acuerdo con Barnett, R. (2001) en su artículo denominado los límites de las competencias:

“En una educación superior genuina, el proceso no es de simple adición, sino que se trata de conseguir un desarrollo completo. No podemos promover un pensamiento original, una comprensión profunda, independencia de pensamiento, colaboración en el esfuerzo intelectual y responsabilidad por las propias afirmaciones a menos que todo eso esté incluido en el currículo. Una educación superior es un proceso abierto y no una venta de productos predeterminados”. (p.71)

El Proyecto Educativo de la Facultad de Medicina fue el resultado de la reforma curricular que se inició en 1996 y se implementó a partir de 2000. El sustento teórico está basado en un currículo centrado en el estudiante como protagonista de su propio aprendizaje, un profesor que

planifica la enseñanza con una clara intencionalidad formativa, a partir de la aplicación de estrategias didácticas activas y la concepción del proceso de salud- enfermedad como un objeto de estudio que requiere abordarse, de manera sistémica, para una comprensión holística.

Así se pasó de un modelo fragmentado por disciplinas, desde una concepción biológica, transmisionista y memorística centrada en los contenidos que marcaban la separación de la teoría con la práctica, a un modelo curricular organizado en sistemas y el ciclo vital humano. Los principios pedagógicos se expresan en la apuesta por la formación integral del educando y la investigación como eje transversal. Por su parte, el currículo declara como principios rectores la interdisciplinariedad, la flexibilidad y la pertinencia y desde el componente didáctico, se asume el paradigma cognitivo social como centro de la acción pedagógica expresada en la aplicación de estrategias didácticas activas, en procura de un aprendizaje significativo.

La estructura curricular en el plan de estudios se traduce en dos componentes, el central que se constituye por los ciclos de fundamentación por sistemas y de profesionalización. Este último, con una organización a partir del ciclo vital humano (niñez, adolescencia, adultez y vejez) y un componente flexible que abarca espacios de profundización, de recreación y deporte.

En la Facultad de Medicina, el currículo se asume como proceso en constante re-creación, durante su implantación se han realizado ajustes con el fin de lograr una mejor comprensión de los sentidos formativos, pero solo en el año 2008 se dio inicio a una evaluación formal,

mediante una investigación cuyo propósito central fue el de diseñar un modelo de evaluación coherente con el modelo curricular, para aplicarlo a la evaluación de impacto de la transformación curricular en la formación del pregrado médico. Se está a la espera de la entrega de los resultados finales de la investigación para dar paso a la formulación de planes de mejoramiento.

“El currículo vigente aspira a formar excelentes médicos generales que, ante todo, sean buenos ciudadanos, éticos y que tengan en cuenta la cultura universal y la singular. Muestren capacidad de trabajar en forma interdisciplinaria para intervenir en el proceso salud- enfermedad, en el contexto del ciclo vital humano, mediante acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, con el fin de influir sobre la realidad social como agentes de cambio para mejorar la calidad de vida del ciudadano y la sociedad. Sean profesionales íntegros en el ser y en el hacer, autónomos, reflexivos, críticos, que sepan escuchar, cuestionar y disfrutar. Con capacidad de construir conocimientos en una relación intersubjetiva, de buscar y analizar la información, así como de utilizar adecuadamente la tecnología. Propendan por relaciones democráticas con las personas y con la sociedad y entre todos los estamentos de la comunidad universitaria”. (Comité de Currículo, 1998, p. 33)

Este perfil de médico que se pretende formar requiere de un estudiante como agente activo de su propio aprendizaje y de un profesor mediador, para que juntos desde sus diferentes roles dentro de la relación pedagógica, logren poner en el escenario del aula los principios de apertura, flexibilidad, pertinencia, interdisciplinariedad y paradigma cognitivo que promulga el currículo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia para alcanzar las metas de formación propuestas. En otras palabras, este currículo propende por un médico educador que establezca

una relación de comunicación horizontal con el paciente y con su familia, en su entorno social. Esto requiere un profesor provocador y no un simple expositor de saberes elaborados.

El modelo pedagógico centrado en el estudiante como agente activo, en el profesor como mediador cultural y en los contenidos como pretextos para desarrollar procesos de pensamientos exige el desarrollo de estrategias didácticas activas como el ABP, el análisis de caso, simulaciones, método de proyectos, medicina basada en la evidencia, los talleres y seminarios, entre otras estrategias. Éstas se convierten en retos personales para el profesor, por cuanto le exige situarse de cara a la necesidad de formarse en lo pedagógico y lo didáctico para contar con competencias docentes que le aseguren una mediación educativa, con sentido desde lo superior y para lo superior. Esto situado dentro del contexto de la Universidad, de una Facultad con idoneidad tanto en su campo disciplinar, como en su desempeño profesoral.

En la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia se desarrolló una investigación que pretendió la armonización de competencias en el pregrado médico, denominada: *de cómo la formación por competencias desarrolla pensamiento crítico en la educación médica*, allí se asumieron las competencias como capacidades en potencia que se desarrollan cuando la persona se enfrenta a retos de solución de problemas con el uso de conocimientos metódicos que emergen de procesos lógicos, estéticos y éticos (González E & otras 2007), en esta investigación se pudo identificar dos tipos de competencias para la formación médica, las específicas entendidas como capacidades asociadas a conocimientos propios de la medicina cuyo objeto de estudio es el proceso salud-enfermedad y las competencias genéricas que aportan a la formación

integral del profesional para este caso en el área de salud, determinándose las siguientes: comunicación, trabajo en equipo, ética, bioética, aprender a aprender, ciudadanía, uso de TIC y dominio lector en inglés, de igual manera se determinaron las principales capacidades de pensamiento que se desarrollan por niveles en el plan de estudios del pregrado médico base para la descripción de las competencias específicas. En la siguiente figura se observa como de primero a último nivel las capacidades van apareciendo en mayor o menor proporción articuladas a los saberes que paulatinamente se van complejizando y a partir de allí se describen las competencias en el plan de estudios.

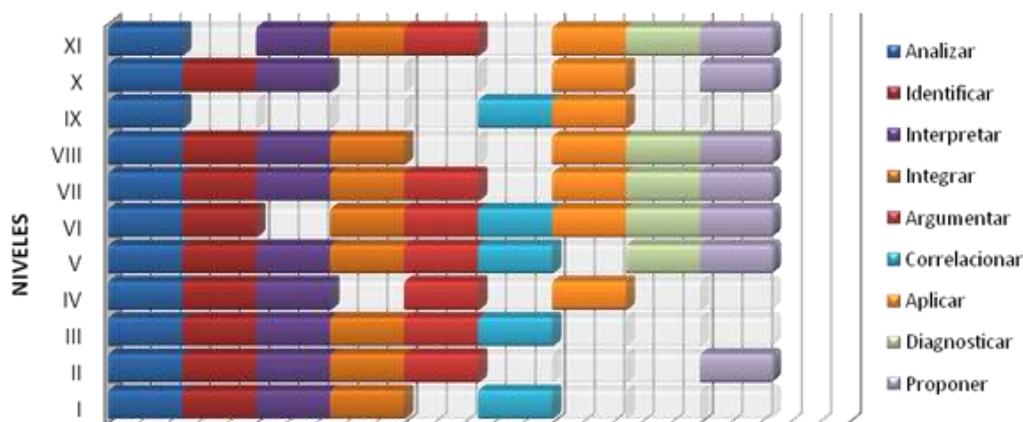


Figura 3. Consolidado de capacidades de pensamiento a desarrollar en el plan de estudios como producto del proceso de armonización de competencias en el Pregrado de Medicina. Construida por Galindo L, Arango M. (2013)

Los principios rectores que iluminan el modelo pedagógico de la Facultad de Medicina y que ha inspirado las transformaciones curriculares en el pregrado médico, se extienden hacia los demás horizontes de formación en el nivel de posgrado, mediante las especialidades clínicas y quirúrgicas, las maestrías y los doctorados con el fin de lograr en este nivel acuerdos pedagógicos y didácticos que favorezcan la formación por competencias en los médicos

especialistas de la Universidad. De aquí que la presente investigación asuma el mismo concepto de competencia para desarrollarlo en el nivel de posgrado.

1.7. La Oferta Educativa de los Posgrados Médicos de la Facultad de Medicina en la Universidad de Antioquia

La facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia se acoge a la Resolución Rectoral 27223 por la cual se expide el reglamento específico para los programas de Posgrado de la Facultad de Medicina para la denominación de los posgrados así:

“**Art 3 Denomínese Especialidad Médica Clínica y Quirúrgica**, a un programa de posgrado adscrito a la Facultad de Medicina que tiene por objeto, permitir al médico la profundización en una área del conocimiento específico de la medicina, adquiriendo competencias en conocimientos, habilidades y destrezas avanzadas, para la atención de pacientes en las diferentes etapas de su ciclo vital y con enfermedades de los diversos sistemas orgánicos que requieren atención especializada, lo cual se logra por un Proceso de enseñanza-aprendizaje, teórico- práctico en el marco docente-asistencial, y cuyo egresado responda a las necesidades de salud, servicio social, docentes e investigativas que requiere el país.” (p.1)

“Parágrafo 3: **Denomínese Especialización** a los programas de posgrado de la facultad de Medicina que por su presencialidad, número de créditos, plan de estudios, y objetivos limitados en investigación son equivalentes a lo que en la política de posgrados de la Universidad de Antioquia se denomina de la misma manera.” (p.6)

La Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia ofrece los siguientes programas de posgrado en la modalidad de especialidades médicas, clínicas y quirúrgicas, Maestrías o especializaciones.

Tabla 1.

Oferta educativa de posgrados en la modalidad de especialidades médicas, clínicas y quirúrgicas, maestría o especializaciones. Construcción Propia

Especialidades	Subespecialidades	Maestría
Alergología Clínica	Cardiología Clínica	Terapia de Familia
Anestesiología y Reanimación	Cirugía de Trasplantes	Ciencias Clínicas
Cirugía General	Cirugía Pediátrica	
Cirugía Plástica Maxilofacial y de la Mano	Cirugía Vascul ar	
Ginecología y Obstetricia	Endocrinología Clínica y Metabolismo	
Medicina Aplicada a la Actividad Física y al Deporte	Endocrinología Pediátrica	
Medicina de Urgencias	Enfermedades Infecciosas	
Medicina Física y Rehabilitación	Hemodinámica y Cardiología Intervencionista Vascul ar Periférico	y
Medicina Interna	Hepatología Clínica	
Medicina Vascul ar	Imagen Corporal	
Neonatología	Medicina Crítica y Cuidados Intensivos	y
Neurocirugía	Nefrología	
Neurología	Nefrología Pediátrica	
Oftalmología	Neurología Infantil	
Ortopedia y Traumatología	Neurorradiología	
Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello	Radiología en Trauma y Urgencias	
Patología	Radiología Intervencionista	
Pediatría	Reumatología	
Psiquiatría		
Radiología		
Toxicología Clínica		
Urología		

Para las Especialidades Médicas, Clínicas, Quirúrgicas se tiene reglamentado el siguiente proceso de admisión: hoja de vida que consigna las publicaciones en revistas científicas indexadas, aspecto que tiene hasta un cinco por ciento (5%) de puntaje; la prueba escrita que consiste en un examen sobre los conocimientos de medicina general y representa el 95% del puntaje; la suficiencia en segunda lengua, mediante un examen de competencia lectora en inglés que aplica la Universidad y acreditar el título de Médico General.

A continuación se presenta una tabla que contiene la información relacionada con el número de cohortes, la duración del programa en años, el registro SNIES y el requisito académico de ingreso de cada una de las especialidades tanto clínicas como quirúrgicas y el perfil del aspirante.

Tabla 2.

Relación de los Programas de Especialidades Clínicas y Quirúrgica por número de cohortes, duración, perfiles y registro SNIE. Construcción Propia

No.	Programa	No. Cohorte	Duración	Registro SNIES	Perfil aspirante para cada programa
1	Alergología Clínica	10	3	17456	Medicina General
2	Dermatología	51	3	460	Medicina General
3	Medicina Aplicada a la Actividad Física y al Deporte	25	3	485	Medicina General
4	Medicina de Urgencias	11	3	17651	Medicina General
5	Medicina Física y Rehabilitación	35	3	9891	Medicina General
6	Medicina interna	51	3	464	Medicina General
7	Neurología	37	4	467	Medicina General
8	Patología	58	3	471	Medicina General
9	Pediatría	52	3	472	Medicina General
10	Psiquiatría	49	3	473	Medicina General

No.	Programa	No. Cohorte	Duración	Registro SNIES	Perfil aspirante para cada programa
11	Radiología	51	4	474	Medicina General
12	Toxicología Clínica	15	3	8563	Medicina General
13	Anestesiología y reanimación	56	3	484	Medicina General
14	Cirugía General	57	4	458	Medicina General
15	Cirugía Plástica Maxilofacial y de la Mano	51	4	479	Medicina General
16	Ginecología y Obstetricia	54	3	462	Medicina General
17	Neurocirugía	51	5	466	Medicina General
18	Oftalmología	37	3	468	Medicina General
19	Ortopedia y Traumatología	50	4	469	Medicina General
20	Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello	37	4	470	Medicina General
21	Urología	52	4	477	Medicina General
TOTAL: 21 ESPECIALIDADES CLINICAS Y QUIRURGICAS					

1.8. La Estructura Curricular de los Programas de Especialidades Clínicas

La estructura curricular de los programas de posgrados parte de un concepto que delimita el objeto de estudio y de formación, describe el perfil del egresado, apoyado en los propósitos de formación y los objetivos o competencias que se traza el programa académico. A su vez, tiene en cuenta el tiempo de formación expresado en créditos académicos y duración estimada en años de recorrido formativo. El cuerpo de saberes está organizado para ser apropiado o profundizado durante las residencias y para ello, se apoya en procesos metodológicos y de evaluación que marcan el norte del proceso docente educativo en este nivel de formación.

Las especialidades clínicas y quirúrgicas en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia tienen como propósitos consolidar una formación posgradual que respete los principios que enmarcan la visión disciplinar en las ciencias de la salud y en armonía con las normas institucionales, nacionales, internacionales y universales que rige la Organización Mundial de la Salud -OMS, además.

La formación integral es un pilar esencial, así lo socio interactivo, lo cognitivo, lo académico-profesional, se articulan y complementan con los principios de interdisciplinariedad, flexibilidad, pertinencia y apertura hacia el conocimiento.

La estructura curricular de los programas de especialidades clínicas y quirúrgicas, la constituyen dos componentes: el **componente básico o de fundamentación** que se soporta en la ciencia que articula el saber interdisciplinar en cursos básicos; el **componente de profundización en la disciplina** que se articula alrededor de los cursos o rotaciones desde una integración teórico-práctica; el **componente investigativo** que se dinamiza mediante los procesos de investigación formativa y aplicada a casos, diagnósticos, estudio de problemas; el **componente flexible** que atiende los cursos opcionales y en los tópicos de interés formativo y el **componente interdisciplinar** que favorece la complementariedad para el apoyo investigativo, diagnóstico o terapéutico.

1.8.1. Lineamientos pedagógicos y didácticos de los programas de especialidades clínicas y quirúrgicas.

Las especialidades clínicas y quirúrgicas se ofrecen en una modalidad presencial, con dedicación de tiempo completo cumpliendo los lineamientos de los reglamentos de la Universidad y el decreto 2376 de julio de 2010.

En relación con los procesos de formación se utilizan estrategias didácticas como: rondas clínicas, Aprendizaje Basado en Problemas- ABP-, Staff, reunión de complicaciones, tutorías, prácticas quirúrgicas y clínicas, laboratorio de simulación, seminarios selectivos y club de revistas

El componente investigativo se desarrolla de manera trans- curricular durante todo el tiempo que dura la especialidad, de esta manera el estudiante está acompañado de un asesor temático la asesoría desde la epidemiología clínica y estadística se ofrece desde el instituto de investigaciones biomédicas.

Los profesores son responsables de las actividades docente-asistenciales, de la investigación y de las actividades de extensión, para tal fin de busca que en los perfiles docentes se cuente con capacidades docentes, expertos en su disciplina, con habilidades comunicativas, de trabajo interdisciplinario, actitud crítica, autónoma, ética y con alta responsabilidad social. Para tal fin se ofrecen espacios de actualización y capacitación permanente como el diplomado en Pedagogía y Didáctica en Educación Superior. Por disposición del Acuerdo Superior No 1 de 1994; Acuerdo

Superior 83 de 1996), se cuenta con un sistema de evaluación que abarca la autoevaluación, la evaluación de los estudiantes y la evaluación del jefe superior.

1.8.2. De los Procesos de Evaluación.

Para el currículo de la facultad de Medicina, la evaluación es asumida como un proceso permanente de valoración de competencias en términos de niveles de logro. Se reconoce la necesidad de que, tanto profesores como estudiantes y pares, aporten a la mirada evaluativa y contribuyan a dar una valoración integral al proceso formativo de cada residente.

En este sentido, la evaluación se realiza como un proceso continuo, integral y dinámico de seguimiento y acompañamiento a la producción intelectual y al desempeño del estudiante y para ello, se tienen en cuenta todos los momentos de aprendizaje durante las actividades académicas del programa.

Se desarrollan evaluaciones de tipo formativo en cada una de las rotaciones, en forma periódica, durante las diversas rotaciones el profesor a cargo realiza una evaluación parcial informándole al estudiante su desempeño, enfatizando en sus logros y aspectos por mejorar de acuerdo con los objetivos de la práctica. En algunos departamentos, se cuenta con un instrumento en el cual se consignan los indicadores de evaluación y se obtiene así una evaluación sumativa.

De acuerdo con el reglamento de posgrados, se definen los criterios generales para la evaluación de las rotaciones (curso teórico-práctico):

“Cada comité de programa definirá los criterios que se tendrán en cuenta y los informará por anticipado a los estudiantes. Una rotación (teórica-práctica) se pierde por debajo de 3.50. No será habilitable. Ningún curso podrá ser cancelado después de haberse cursado o calificado el 40%. Para que una asignatura sea calificada, el estudiante debe haber asistido por lo menos al 80% del tiempo de una rotación y haber cumplido con las actividades de la misma”. (Resolución Rectoral 27223)

La evaluación cualitativa se expresa atendiendo a la escala de Aceptada (A), No Aceptada (NA), Incompleta (I), y si es del caso, una observación descriptiva. Las evaluaciones cuantitativas se califican de cero (0,0) a cinco (5,0); la nota aprobatoria será igual o mayor a tres, cinco (3,5).

En algunos departamentos se realiza - cada dos meses - una reunión de los profesores de la sección para informar, discutir y analizar los logros y rendimiento académico de los residentes en las diversas rotaciones y se siguen las orientaciones de la normatividad que regula el proceso de evaluación consignada en el Acuerdo superior 122 del 7 de julio de 1997, capítulos VI, VII y VIII.

De igual modo, cada mes en la reunión administrativa, se tratan asuntos académicos relacionados con desempeño y cada seis meses se realiza una reunión exclusiva de todos los profesores, a fin de realizar una evaluación global basada en los resultados parciales; el resultado se informa de manera constructiva al grupo de residentes y se elaboran planes correctivos, según el caso.

Desde el departamento de Educación Médica se diseñó un instrumento de evaluación agrupado en tres áreas:

- Área Psicomotora (40%) Tiene en cuenta aspectos como el manejo de la historia clínica, los criterios clínicos terapéuticos, la capacidad docente, las actividades especiales y las habilidades manuales.
- Área Afectiva (20%) que valora aspectos como la responsabilidad, las relaciones humanas y las labores de asistencia.
- Área Cognoscitiva (40%) evalúa los conocimientos adquiridos y su aplicación práctica.

1.8.3. La autoevaluación de los programas.

La Universidad de Antioquia tiene entre sus metas incluir en la cultura institucional a la autoevaluación con fines de acreditación científica y pedagógica, así como el mejoramiento continuo de la calidad y garantizar la pertinencia social de los programas. Sigue los lineamientos emanados de las directivas ministeriales en cuanto al Sistema Nacional de Acreditación y para

ello crea y consolida el Comité Central de Autoevaluación y Acreditación (Acuerdo Superior No 046 de 1995), de igual modo establece la constitución de los comités por unidad académica para facilitar el acompañamiento a las diferentes unidades académicas de la Universidad.

Desde la dirección central de los posgrados se tiene como política la evaluación continua de los programas, con el fin de alcanzar altos estándares de calidad (Acuerdo Superior 0056 de Noviembre 28 de 1995). De igual manera, en el Plan de Desarrollo 1995-2006, la Universidad se propuso fortalecer la investigación y los posgrados y para ello estableció un sistema de auto evaluación y acreditación institucional.

En la Facultad de Medicina, cada programa de posgrado adelanta su proceso de autoevaluación, de manera que en el Comité de Posgrado se dan a conocer los logros y limitaciones encontradas, así como los planes de intervención y mejoramiento continuo. A su turno, la información analizada se lleva al Consejo de Facultad para su respectiva aprobación de ajustes, si se da el caso y se sigue el proceso de aprobación en el Comité de Posgrado de Ciencias de la Salud, que se encarga de direccionarlo hasta el Comité de Posgrados de la Universidad, para validar la apertura de una nueva cohorte y dar la recomendación respectiva al Consejo Superior Universitario.

La presente investigación se centra en el nivel de posgrado, con los 43 programas de especialidades médicas, de las cuales 12 son clínicas y nueve (9) quirúrgicas. Tabla 3.

Tabla 3.*Número de programas según tipo de especialidad. Construcción Propia*

Programas	Total
Especialidades Médicas, Clínicas y Quirúrgicas	21
Subespecialidades Médicas, Clínicas y Quirúrgicas	20
Maestrías	2
Total	43

CAPÍTULO 2

Recorrido Histórico de la Educación Médica

2.1. Historia de La Educación Médica en el Nivel de Posgrado: Ámbito Internacional

Desde la Grecia Antigua hasta nuestros días, en un recorrido por la historia de las disciplinas médicas, se irá encontrando la orientación dada a la enseñanza y el aprendizaje para llegar a la apuesta por una formación por competencias en educación médica en especialidades clínicas y quirúrgicas.

Es difícil precisar de forma exacta el origen de la educación médica, aunque lo más antiguo en que se podría ubicar es en la Grecia antigua, aproximadamente en el Siglo V antes de Cristo, momento en el que Platón planteó su idea de la enseñanza pública e Hipócrates estableció su juramento hipocrático, en el cual se puede interpretar el profundo respeto por el maestro,

“(…)tener al que me enseñó este arte en igual estima que a mis progenitores, compartir con él mi hacienda y tomar a mi cargo sus necesidades si le hiciera falta; considerar a sus hijos como hermanos míos y enseñarles este arte, si es que tuvieran necesidad de aprenderlo, de forma gratuita y sin contrato; hacerme cargo de la preceptiva, la instrucción oral y todas las demás enseñanzas de mis hijos, de los de mi maestro y de los

discípulos que hayan suscrito el compromiso y estén sometidos por juramento a la ley médica, pero a nadie más. (...).” (García, 1984, p.77)

La filosofía estaba directamente ligada a la medicina, porque se concebía que para ser un buen galeno, debería ser también un filósofo, una persona capaz de observar y contemplar al paciente en su enfermedad. Así los contenidos de la enseñanza se basaban en conocimientos teóricos y prácticos propios de la medicina; la relación maestro- estudiantes se caracterizaba por el espíritu de respeto, admiración y valoración de quien, de forma erudita, era capaz de acompañar a otros hacia una práctica médica pertinente con los conocimientos de la época.

Posteriormente, durante la edad media y con la participación de las iglesias Católica e Islámica, se crearon espacios para la atención caritativa de enfermos y desamparados, servicio que era prestado por laicos y monjes religiosos, estos espacios entonces establecieron los principios de la enseñanza de la medicina, estimulando la formación de médicos, mediante el método de aprender junto al maestro. Aparecen los textos clásicos (greco-romanos, helénicos) como recursos privilegiados para la enseñanza de la medicina, se privilegiaban las explicaciones orales de los textos y el dictado de los mismos apoyados en las explicaciones orales de los textos y por el dictado, y se basaban en las obras de Hipócrates, Aristóteles, Avicena, Rhazes, Galeno. Por primera vez aparece el escenario del hospital como un espacio para la enseñanza y la práctica médica. La influencia religiosa islámica hacía que se mermara en cierto sentido la práctica hospitalaria, aunque algunos hospitales estaban abiertos a dejar que se desarrollaran prácticas de enseñanza médica.

“La medicina antes lindó con lo mágico, milagroso, sobrenatural y era el médico quien tenía una lectura acertada y meticulosa de los comportamientos humanos, de sus

carencias y de sus influencias. Luego, esta se reglamentó y se constituyó en una ciencia, con una estructura científica basada en la observación, en la experimentación; es decir, en el proceso de investigación”. (González R. A 2008, p. 18)

En la antigua Greca Latina clásica se contaba con Escuelas Superiores como la de Pitágoras, la Académica Platónica, el Liceo de Aristóteles y la Escuela Alejandría. La organización académica estaba dada por las facultades menores o de artes, donde se impartían conocimientos de lógica, matemáticas, gramática y música; y las facultades mayores en donde se encontraban la medicina, la teología, el derecho canónico y el civil.

Más tarde, en el Siglo IX se estableció en Salerno, Italia, un instituto de enseñanza superior, el cual adoptó por muchos años el método de aprendiz – maestro establecido en la Edad Media. Este fue alcanzando fama por toda Europa e influyendo en el nivel de las universidades europeas existentes. La aparición de las universidades en la Europa occidental hace que los profesores pasen de dedicarse a la enseñanza en los hospitales, a enseñar la parte teórica en las nuevas universidades establecidas.

Las bases de la enseñanza estaban dadas por la guía de los textos, su comprensión a partir de la discusión del contenido, no solo desde la parte médica, sino también filosófica. El maestro impartía su saber y desde la instrucción orientaba la discusión y análisis de los textos, por su parte, el alumno que mostraba erudición en los marcos teóricos de la fundamentación médica recibía el título de bachiller en medicina, escalón que le habilitaba para continuar avanzando en

su dominio de la práctica como Licenciado en Medicina, una vez superados siete años de estudios con tutela del maestro, recibía el título de Doctor que le permitía además de ejercer, enseñar la medicina.

Hacia mediados del Siglo XII y principios del XIII, los hospitales árabes contaban con una infraestructura que les permitía realizar prácticas médicas desde diversas especialidades, reconociéndolos como verdaderos espacios de capacitación, a partir de técnicas centradas en la observación y la repetición hasta alcanzar la habilidad. Hasta este momento los hospitales servían además para albergar personas desvalidas.

En los siglos XIII y XIV en las Facultades de Medicina, para recibir el título de médico, el estudiante debería cursar tres cátedras: Prima (filosofía), Vísperas (Patología) y Método, así como superar seis meses como mínimo la práctica en el hospital que incluía el ejercicio de la anatomía, mediante la disección de los cadáveres.

Las primeras Universidades fueron la de Bolonia (1119), Oxford (1167), Cambridge (1209), París (1212) y Nápoles (1224). Mientras que la formación médica se impartía en las universidades, con lineamientos teóricos y filosóficos, los cirujanos se formaban en el hospital mediante la práctica manual. Esta tendencia llevaba a una marcada diferencia entre unos y otros, de hecho fue solo después de cuatro siglos de reconocida la especialidad médica que se otorgó reconocimiento oficial a la cirugía.

En los siglos XVI, XVII y XVIII, con la aparición de nuevos descubrimientos científicos y tecnológicos como la imprenta se logran mayores contribuciones de textos médicos, se introducen los textos clásicos traducidos, ya no desde el árabe, se desarrolla más la anatomía y con ella la creación de nuevos anfiteatros para su práctica, así mismo se enfatiza en la enseñanza al lado de la cama del enfermo, el surgimiento de la cátedra de farmacología a partir de los hallazgos en la botánica y emergen, a su vez, otras academias científicas distantes de los claustros universitarios. Se reafirma el valor del hospital como espacio para la enseñanza de la medicina y en Europa lentamente se empiezan a adoptar modelos de enseñanza modernos, hasta el Siglo XIX cuando, debido a los avances tecnológicos y científicos se fueron creando sociedades científicas y empezaron a surgir las “especialidades médicas. El modelo formativo establecido en este momento era el aprendizaje por medio de la práctica, el cual imponía grandes responsabilidades al practicante, quien constantemente era supervisado”. (Borrell, 2005)

Solo a principios del Siglo XIX, se crea un currículo de formación integrado que otorgaba el título de Médico y Cirujano, incluyendo así una formación humanística amplia y el dominio del latín. Al respecto, Santoni (1996) afirmaba que: “La separación ya no se dará entre cirujanos y médicos, sino entre cirujanos que sepan latín y los ‘practiquillos’, cuya baja instrucción formal los confinaría a su antigua condición de ‘artesanos mecánicos’, los curanderos, comadronas, herbolarios.” (pp. 261-262)

Durante el Siglo XIX en los Estados Unidos se presenciaba un aumento significativo en el número de médicos, la calidad de la atención decayó y por ello la Asociación Médica de

Estadounidenses solicitó a la Fundación Carnegie, un estudio acerca de la calidad de la educación médica en el país, para lo cual se nombró a Abraham Flexner. El ‘Informe Flexner’ evidenció los múltiples problemas y dificultades que presentaba el sistema de educación y dejó por sentadas las bases que surgirían en la formación de la medicina en el futuro.

A finales del Siglo XIX, Europa estaba a la cabeza de la educación médica. Al mismo tiempo en Estados Unidos, Flexner hacía sus propuestas de reforma de las escuelas de medicina americanas, convirtiéndose en un referente en educación médica, pues sus postulados promovieron una reforma exitosa en el sistema educativo en Estados Unidos. El impacto de esta reforma perduró a lo largo de todo el Siglo XX, y actualmente ha sido incorporada a la Educación Médica, adelantando además avances en aspectos cognoscitivos, sociales y pedagógicos de la educación médica.

Tal como lo expresa González Rodríguez en su libro *La modernización de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia 1930 – 1070*:

El siglo XIX, producto de los grandes cambios sociológicos y políticos causados por la revolución industrial, trajo cambios significativos en las ciencias y en las estructuras académicas universitarias: el romanticismo, el idealismo, el socialismo, el marxismo y, por encima de éstos, el positivismo, interrumpieron en las universidades y permitieron el surgimiento de los diferentes modelos educativos. A partir del pensamiento positivista del Siglo XIX, propuesto por Augusto Comte, (1798-1857),

“(…)la fragmentación de las ciencias llegó a ser tan profunda y se acumuló tan variado y extenso material en las ciencias llamadas exactas, inclusive en las especialidades más

estrechas, que un solo científico ya no era capaz de abarcar con una mirada todo el círculo de los problemas planteados por estas mismas ciencias. Como consecuencia de estos cambios, se comenzó a construir y a mirar la realidad fragmentariamente. Es quizás en el proceso educativo, particularmente en el nivel superior, donde mejor se reflejó esta concepción atomista del conocimiento, que fue tomando forma en un currículo cada vez más diversificado y fragmentado. Una formación de este tipo llevó necesariamente a la especialización como ideal profesional, a saber cada vez más sobre menos (...)" (Comte, 2008, p. 108).

Hacia finales del Siglo XX, Europa estaba buscando la perfección de la educación médica, reúne diferentes países en el marco de la creación del espacio Europeo de Educación Superior y se firma la Declaración de Bolonia, a partir de la cual surgen las bases para desarrollar la educación superior en Europa. Esta reforma, en sus principios, establece un modelo de educación centrado en currículos por competencias, mediante el desarrollo de didácticas más activas que disminuyan las actividades teóricas y aproximen, desde temprano, el acercamiento del estudiante al paciente, procurando la adquisición de destrezas clínicas. Así el currículo propuesto en España consta de un programa central que abarca la fundamentación de generalidades de la medicina, acompañado por un programa electivo de profundización y de investigación en el campo médico.

Hacia la década de los noventa, el Consejo Médico General propone en Inglaterra la reforma en la educación médica, a partir de la integración de los cursos de las ciencias básicas, con las clínicas y con lo socio humanístico. De otro lado, se impulsó el contacto directo del estudiante con la comunidad y la aplicación de didácticas más cercanas al contexto real, en grupos reducidos que favorecen un seguimiento más personalizado, medicina basada en la evidencia y

en los A.B.P. Esta misma situación se vivió también con los currículos médicos en Holanda y en el continente Asiático.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el libro titulado *La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud*, sostiene que:

“En Inglaterra, a partir del documento del General Medical Council “Tomorrow’s Doctors”, los currículos más modernos se han desarrollado en torno a programas basados en la comunidad y el aprendizaje basado en problemas. Estos modelos incluyen una mayor preocupación por los problemas de la gente y otorgan bases epidemiológicas para la práctica. Estos modelos permiten un balance más adecuado entre la formación hospitalaria, con una integración dinámica de la APS con base comunitaria, en un modelo de atención holística. Siguiendo estas directrices, los estudiantes tienen, desde el comienzo, una aproximación a la práctica del médico de familia/médico general y una mayor responsabilidad en el seguimiento longitudinal familiar para terminar en la práctica de la medicina familiar en los últimos años. Este modelo educacional responde a la existencia en este país de una práctica de servicios de salud que tiene como eje y fuente de entrada los servicios de salud de la familia.” (2008, p.13)

En Latinoamérica, durante el Siglo XX el modelo de formación médica existente, de influencia marcadamente europea, fue sustituido progresivamente por el norteamericano cuando Estados Unidos se consolidó como potencia militar, política y económica. La influencia Flexneriana llega a Cuba y Argentina. En Argentina - alrededor de 1910 - se inició una reforma de la enseñanza de la medicina basando está en la proyección social, y los problemas reales de Latinoamérica, la cual influyó posteriormente en todas las universidades, especialmente en Cuba, donde los estudiantes reclamaban adoptar esta reforma. Así, quedaron establecidas las ciencias

básicas, preclínicas y clínicas como modelo de plan de estudios en las universidades latinoamericanas. (Rodríguez, 2008)

En 1726 se inició en Cuba, específicamente en La Habana, la enseñanza médica. Su origen se dio gracias a los hermanos de la comunidad Franciscana, quienes impulsaron la creación de la universidad de carácter religioso. Como era propio del momento se ofrecían cuatro cátedras (Filosofía, Patología, Anatomía y Terapéutica) cuyo contenido era netamente teórico, desde un aprendizaje mecánico y memorístico. A partir del año 1797 se da, de forma incipiente, la práctica en el curso de Anatomía y con ella se introducen otras prácticas clínicas, así se dio comienzo a una reforma en la educación médica, centrada en la asistencia de la población, así como en las tendencias educativas soportadas en la práctica del estudiante para ser sujeto activo de su aprendizaje, resaltando el valor de lo preventivo ante lo curativo, de lo puramente biológico a un enfoque más social del proceso salud-enfermedad y emerge así la medicina comunitaria, coherente con el aparato ideológico y político del país. Aparece la figura del médico de familia (Piñón VI, Guzmely EB, & Vergara FE. 1994)

El modelo policlínico comunitario trajo consigo el modelo complejo de la formación de un médico general con enfoque comunista, profesional y ocupacional, capaz de atender a la familia en su comunidad y así surge en 1983 la creación de la especialización en Medicina General Integral, cuyo egresado alcanza las competencias para atender los problemas de salud, en cada caso particular en el contexto comunitario.

En 1972, en México se crea la primera Escuela de Medicina en la Universidad Guadalajara, hacia 1980 ya existían nueve escuelas más. A partir de 1970 la educación médica empieza a verse influenciada por los cambios que se estaban dando en Latinoamérica, en materia de modernización y la aplicación de nuevos enfoques pedagógicos y curriculares tendientes a favorecer la atención integral en salud. En la actualidad, la educación médica se ha visto permeada por los cambios y avances científicos, no obstante, se mantiene en los planes de estudios la disyuntiva entre la teoría y la práctica, a pesar de los esfuerzos que aún se hacen para procurar una formación más acorde con las necesidades sociales del país. (Fernández J.A 1996)

Abraham Horwitz en 1972 hace un análisis sobre Educación Médica en América Latina, desde la dirección de la OPS, citado por Venturelli (2000), expresaba que:

“Se acepta hoy que el estudiante no debe ser solo el objeto del proceso de enseñanza sino el sujeto del mismo, vale decir un activo participante en todas sus fases, dado que se espera que él devuelva al medio social en servicios lo que la institución y el país le entregaron. El currículum se construye no con base en departamentos y estructuras rígidas, sino con base en problemas de mayor frecuencia y en programas para resolverlas.” (p. 10)

La evolución del concepto de la educación médica trajo consigo la necesidad de las transformaciones y cambios curriculares en las Facultades de Medicina, aspectos que deberán encarar las tensiones que se deriven de la renovación cultural de las instituciones de manera que se evidencien en las transformaciones de los sujetos en el proceso formativo, es decir, ir más allá de la evaluación de los contenidos curriculares, de las formas de transmisión, del manejo de los

tiempo y los recursos, para alcanzar una nueva comprensión de lo educativo coherente con el momento histórico actual y en prospectiva con el devenir de la ciencia y las demandas sociales y culturales. (Venturelli, 2000)

Las tendencias de las pedagogías contemporáneas han contribuido a dichas transformaciones curriculares de la formación médica en el mundo, de manera que los procesos de educativos abarcan los ámbitos cognitivos, afectivos y sociales buscando un perfil de egresados integrales, capaces de actuar en escenarios interdisciplinarios, con capacidad crítica y sensibilidad social. (Rodríguez H. 2010).

En Latinoamérica, uno de los países en los que mejor se han estudiado los enfoques de las residencias y se han propuesto metodologías para el mejoramiento de la educación médica de postgrado ha sido Argentina. La doctora Borrell Benzt, en el libro *La educación médica de postgrado en la Argentina* hace referencia a las estrategias de enseñanza y de aprendizaje y comenta:

“La metodología actual de cátedras aisladas y sin conexión alguna con las demás imposibilita una práctica integradora continua que armonice las ciencias básicas con las ciencias de los ámbitos clínicos, socio-económicos y conductuales que son, en definitiva, las grandes determinantes de los estados de salud del individuo y de los grupos humanos.” (Borrell 2005, p.142)

Manuel Eugenio Márquez (2004) propone una enseñanza de la medicina más enfocada en el proceso salud-enfermedad, desde sus determinantes sociales. Por tanto, considera la “práctica profesional concreta” como método de aprendizaje, el cual se basa en la investigación e indagación de búsqueda científica. Por otro lado, recomienda que el aprendizaje sea basado en pacientes reales, cargado de emociones por parte del estudiante y del paciente, que los estudiantes reconozcan problemas y sean capaces de resolverlos, que descubran sus necesidades de aprendizaje y planeen proyectos de estudio e investigación y por último concluye:

“En la Clínica, el aprendizaje - si hay aprendizaje - se hace sobre pacientes o personas sanas, vivas, reales y sufrientes, y no sobre videos, pizarrones o clases teóricas. Esta diferencia debe ser comprendida por los estudiantes, quienes deben prepararse para pasar a la acción, es decir la práctica de la medicina, la cual implica pensamiento, sentimiento y acción con una finalidad de servicio, que se hará a distintos niveles, de acuerdo con el grado académico alcanzado, entrenamiento, y disponibilidad psicológica de quien la práctica”. (p.6)

Cuba es uno de los países que tiene como política de educación la superación profesoral, teniendo en cuenta el papel importante que desempeña el docente en los procesos enseñanza – aprendizaje. Es por ello, que los capacita en temas de investigación, perfección de la calidad de la docencia, conocimientos pedagógicos, destrezas en la comunicación, entre otros. Esto con el fin de educar a los docentes en el perfeccionamiento de técnicas de formación.

A finales del Siglo XX se crea el Instituto Internacional para la Educación Médica (IIEM), con el fin de liderar la orientación a las instituciones para el establecimiento de los requisitos

esenciales mínimos en los programas de educación médica. En el año 2003 la *World Federation for Medical Education* (WFME) promueve el proyecto sobre Estándares Internacionales en Educación Médica para el Postgrado. Esto con el fin de proveer uniformidad en los programas educativos que se venían llevando a cabo en los diferentes países del mundo y brindar, de esta forma, garantía de calidad en los programas de postgrado (WFME, 2003).

La WFME recomienda los siguientes estándares globales para la educación médica en el postgrado, los cuales se clasifican como básicos o de desarrollo de la calidad, para diferenciar entre los que son de cumplimiento obligatorio por las entidades educativas (básicos), y aquellos en los cuales el cumplimiento estaría influenciado por políticas propias de cada institución (de desarrollo de la calidad). Estos últimos, aunque no son de cumplimiento obligatorio deberían estar presentes, puesto que ofrecerían mejor calidad en la formación de especialistas de las instituciones que los apliquen. En este caso, citaremos los estándares básicos puesto que deben ser aplicados en todas las instituciones que ofrezcan posibilidad de formación en postgrado, lo cual permitirá comprender algunos estándares globales de enseñanza aprendizaje.

Los estándares básicos se pueden dividir de la siguiente manera, teniendo en cuenta los objetivos de aprendizaje durante el proceso de formación (WFME, 2003):

- **Misión y resultados:** Las instituciones deben definir, en común con sus agentes principales, la misión y los resultados, hacerlos públicos y describir el proceso educativo que llevará a cabo el futuro profesional, reforzando la profesionalidad y la autonomía del

médico. Además, definir las competencias que han de alcanzar los residentes como resultado de su proceso de formación.

- *Proceso de formación:* las instituciones deben seguir un programa formativo sistemático integral teórico-práctico, que defina los componentes generales y específicos para cada especialidad y la forma en la que se establecerá la formación práctica. El residente debe adquirir el conocimiento científico con la experiencia clínica/práctica, de forma que se pueda garantizar la integración entre la formación y el servicio. Por otro lado, debe tener dominio en la medicina basada en la evidencia, las ciencias biomédicas básicas, clínicas, sociales y del comportamiento, además de ser capaz de tomar decisiones clínicas críticas adecuadas, tener habilidades en la comunicación y disciplina en su formación. En cuanto a estructura, composición y duración de la formación, debe estar claramente especificada en el programa de formación.
- *Evaluación de los residentes:* el proceso de evaluación debe ser definido por las instituciones, especificando los métodos evaluativos utilizados, los cuales deben ser coherentes con los objetivos de aprendizaje planteados, tanto teóricos como prácticos. Se debe dar una retroalimentación constructiva sobre el proceso de aprendizaje / enseñanza del residente de forma regular.
- *Personal académico:* se deben contratar profesores con la excelente formación en su especialidad, a quienes se les deben dejar en claro sus obligaciones de tipo educativo, de servicio y otros deberes.

- *Centros de formación y recursos educativos:* los centros de formación deben fomentar un ambiente educativo, proveer suficientes espacios para la integración clínico-práctica, tener un número suficiente y variado de pacientes, tanto los hospitalizados como los de consulta externa. Ellos le permiten al residente adquirir experiencia en la práctica y favorecen que este cumpla con los objetivos de la formación propuestos. En cuanto a los recursos educativos, el residente debe tener espacio para la práctica y el estudio teórico, además de tener acceso a literatura científica profesional adecuada, experiencia de trabajo con colegas, equipos y tecnología de información y comunicación, instalaciones para la investigación y la posibilidad de intercambio educativo en el mismo país u en otros.

Los ítems anteriormente expuestos que propone la WFME, como estándares internacionales para la educación médica de postgrado, deben ser adoptados con el objetivo de mejorar la calidad en educación y formar residentes competentes que sean profesionales integrales. Estos estándares dan pie para evaluar las herramientas del proceso formativo a este nivel que se desarrolla en Colombia y otros países, con el fin de conocer la dinámica de aplicación de la formación especializada del médico.

Es evidente que los cambios en la práctica médica están asociados además a aspectos de tipo relacional entre los diferentes estamentos y personal participante:

“(…) ya no es el médico el que se relaciona con el paciente aportando a esta relación los conocimientos y técnicas que le permiten intervenir; él se presenta ahora como un

‘medio’, un recurso en la relación de los pacientes con la tecnología de la medicina. Del mismo modo puede decirse que los pacientes se han convertido en medios para los médicos en su relación con el conocimiento — la ciencia y los descubrimientos— y medios también en la relación del médico con los engranajes empresariales para el ejercicio de la profesión (...).” (Schraiber 1998, p. 171)

Estos aspectos no pueden ser ajenos a la hora de analizar los procesos de formación profesional de los residentes clínicos y quirúrgicos y su transferencia a la práctica médica desde los escenarios actuales, máxime cuando, en el ámbito de las especialidades es cuando más se aplica la tecnología de alta densidad y la vida hospitalaria se convierte en el ambiente que privilegia la fragmentación de los saberes y del cuidado del paciente. Al parecer, cada especialidad se hace responsable del órgano que le compete y olvida la mirada generalista del médico integral, de manera que el residente va tomando estos referentes como características propias de su quehacer profesional y puede abandonar rápidamente la reflexión que debe hacer a su práctica médica integral.

Marcos Hurvitz, en un artículo denominado: ‘La docencia y los docentes en formación de postgrado de las Ciencias Médicas’, describe de manera detallada el hospital como escenario privilegiado para el enseñar y el aprender en los posgrados médicos:

“(...)muchas veces es un hospital de alta complejidad, y aunque dentro del mismo existen aulas grandes y chicas para generar espacios tradicionales de enseñanza aprendizaje, también se produce constantemente en los pasajes de sala (cuando se recorren todas las camas donde están internados los pacientes y se cuentan sus enfermedades, así como las actualizaciones diarias de sus progresos), en las salas de guardia, en los mismos pasillos

del hospital, en la cafetería y en todo encuentro entre los médicos experimentados y los que recién comienzan a andar el camino de la formación, hasta podríamos decir actualmente que se puede generar en un chateo, una llamada telefónica o en una teleconferencia de expertos. No se “dictan clases”, salvo raras excepciones, en la acepción literal y escolar del término. Es decir, como planteamos desde el principio, es un escenario educativo sin la mayor parte de los elementos de la escolaridad tradicional (...). (2011, p. 25)

En el segundo Congreso de Sociedad de Educación Médica realizado en Euskadi, Bilbao, en octubre de 2006 se mostraron las perspectivas para el cambio en la formación y la práctica médica, fruto de la dinámica de transformación y cambio que está llevado a diferentes universidades del mundo, a evaluar sus procesos educativos en este nivel de formación y están estudiando las reformas curriculares de sus posgrados médicos, al visibilizarse aspectos críticos basados en las necesidades poblacionales no cubiertas, en los cambios de las prácticas de enseñanza y en la búsqueda de la integralidad de la profesión médica. Se reflexionó acerca de la duración de los programas de formación en los posgrados y el pregrado y se hicieron propuestas más flexibles que enlazaran los dos niveles y ofrecieran rutas de formación en menor tiempo. Aspectos relacionados con los diseños curriculares, como la instrumentalización de las competencias, pueden tener el riesgo de que fraccionen la formación, reducen sus alcances y distorsionan el perfil profesional que se desea alcanzar. La apuesta es poder integrar la complejidad de las competencias, desde el ángulo profesional. En este sentido, es necesario que el énfasis se haga en el trabajo en equipo interdisciplinario, en el desarrollo de capacidades comunicativas, en la toma de decisiones y en aprender a aprender y a autoevaluarse.

El análisis de dicho panorama llega a proponer una aproximación temprana a la práctica desde la fundamentación científica y el fortalecimiento de la relación médico-paciente. Se resaltan los valores que deben tener los tutores que acompañen el proceso académico de los estudiantes, tales como el respeto, la confianza, la responsabilidad y el diálogo. Para lo cual proponen el establecimiento de un programa de acompañamiento y formación pedagógica de los docentes, la reflexionan sobre la incorporación de las tecnologías de la información y la comunicación a la práctica médica y a la enseñanza.

Lo anterior implicará la meta de formación de un médico especializado distinto y para ello se hace necesario entre otros aspectos, identificar aquellos conceptos que definen el marco conceptual dentro del cual el médico ejercerá sus funciones. Una vez materializado el nuevo marco, se definirán los criterios y las formas que garanticen la armonización de cada uno de los elementos del currículo en sí mismo y en el todo. “Se requerirá que el orden y el contenido de las unidades curriculares, así como sus relaciones internas, la actitud de los docentes y el ambiente educacional también guarden relación con el marco conceptual” (García, 1972, p. 76).

2.2. La Educación Médica en Colombia. Desde La Influencia Francesa a la Norteamericana

En Colombia, durante la primera mitad del Siglo XX, se toma como referente lo que sucede en Inglaterra y Francia, especialmente de esta última. Para esta fecha se crean en el país la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional y se destaca la aparición de algunas revistas médicas, así como la creación de la Academia de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá

(1873), antecesora de la actual Academia Nacional de Medicina. (Ministerio de Salud, 2002). A finales del Siglo XIX se produce la creación de entidades hospitalarias como espacio de formación de profesionales y generador de las primeras especialidades médicas.

En 1963 el Gobierno reglamenta la carrera de Medicina con la Ley 14 de 1962 y la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, Ascofame, cumplía las funciones de estudiar los requisitos para las certificaciones como especialistas. A partir de la Ley 30 del 28 de diciembre de 1992 se organiza el servicio público de la educación superior.

En el año 1871 se dio comienzo a la Escuela de Medicina de la Universidad de Antioquia, bajo un paradigma de medicina francesa, caracterizado por un discurso anatómico-clínico apoyado en la Anatomía Patológica y en la Práctica Clínica. La enseñanza se basaba principalmente en la oralidad, la cátedra magistral, memorística y el seguimiento de textos franceses. A partir de 1930 se dio un período de reforma educativa en el país, buscando modelos soportados en pensamientos filosóficos que impulsaran la experiencia práctica como medio para el conocer y se alejara de concepciones rutinarias. La carencia de un modelo fisiopatológico fue evidente y en 1951, con la segunda Misión Francesa, se recomendaron la práctica en laboratorio, la introducción de la cátedra de fisiología y se impulsó un modelo más experimental, con el uso de los laboratorios, que fueron dotados paulatinamente.

Hacia 1948, viene la Misión Médica Norteamericana (Misión Humphrey), con el fin de realizar una mirada diagnóstica a la educación médica del momento, la evaluación tenía la tendencia del informe Flexner (1910-1925). Así se propuso la inclusión de un cambio de método de la enseñanza, a partir del aprendizaje basado en la experiencia directa, así como el desarrollo investigativo y la inclusión de una planta profesoral especializada, la adquisición de recursos más actualizados. La enseñanza de la medicina en la Universidad de Antioquia se centraba en las conferencias magistrales dirigidas por un profesor experto en el área, con demostraciones que se basaban en la observación pasiva por parte de los estudiantes.

En el año 1951 viene una nueva Misión Médica Francesa, es decir 20 años después de la anterior misión, pero en esta oportunidad no se dio un impacto fundamental en los procesos curriculares, ni pedagógicos que se desarrollaban en el programa de medicina.

La segunda Misión Norteamericana se dio en 1953, esta Misión Lapham, recomendó la continuidad del pregrado, mediante estudios de posgrado y especialización. Frente a la docencia insistió en promover actividades directas con el paciente bajo supervisión del experto (práctica guiada), así como prácticas de laboratorio. Este cambio permitió un avance importante en la enseñanza médica, al dar relevancia a los laboratorios como ambientes de aprendizaje en los cuales el estudiante podría experimentar, identificar, comparar, contrastar y evaluar. No obstante seguía privilegiándose el aprendizaje memorístico.

Con los vientos de cambios que se venían dando desde la Epistemología, la Psicología, la Sociología y la Pedagogía, se fueron recreando las teorías del aprendizaje y dan apertura a corrientes pedagógicas contemporáneas, que fueron traducidas a la educación médica para ofrecer la orientación para las reformas de los currículos médicos soportados en la apropiación de un modelo pedagógico activista, que se desarrolla mediante currículos alternativos, es decir no tradicionales, caracterizados por la integración teoría-práctica, el reconocimiento del sujeto que aprende como protagonista de su propio proceso y el papel del profesor, desde ser un mediador y creador de ambientes educativos óptimos para el libre desarrollo de la personalidad, para el diálogo de saberes desde la interdisciplinariedad en el abordaje del proceso de salud-enfermedad y para la construcción de una sólida formación integral. Se resalta aquí la aplicación de estrategias didácticas que conducen a la resolución de problemas, que llevan a problematizar el aprendizaje y a ofrecer salidas inteligentes a situaciones contextualizadas, fruto de la organización del pensamiento y de la transferencia de lo aprendido.

En este sentido, se establece un modelo pedagógico que reta tanto a estudiantes como a profesores a mantener un rol más activo y participativo dentro del proceso educativo. En ese modelo hay aspectos como el trabajo en equipo, el aprender a aprender, la búsqueda de la autonomía y la construcción de conocimientos sólidos que garanticen un ejercicio profesional idóneo y que son, entre otros, aspectos esenciales para potenciarse durante el tránsito del estudiante por el claustro universitario.

De acuerdo con Merieu (1992) la profesión de la enseñanza exige de una permanente investigación, lo cual significa por una parte indagar, observar, contrastar e interpretar acerca de los estudiantes, sus modos de adquisición del conocimiento, sus capacidades y sus potencialidades, así como sus intereses, deseos, necesidades y por otro lado, profundizar en los saberes.

Así la educación médica evoluciona hacia procesos más elevados de formación que implican un aprender a aprender durante toda la vida, de este modo, la Asociación Médica Mundial en su declaración sobre la enseñanza médica manifestó que:

“(…) La enseñanza médica es un aprendizaje continuo que comienza con la admisión en la Escuela de Medicina y termina con el retiro del ejercicio activo. Su objetivo es preparar a los estudiantes de medicina, a los médicos residentes y a los médicos en ejercicio, a aplicar los últimos descubrimientos científicos en la prevención y tratamiento de enfermedades que afectan al ser humano, y en el alivio de enfermedades actualmente incurables. La formación médica inculca también en los médicos, normas éticas de pensamiento y conducta que ponen énfasis en el servicio al prójimo más que en el lucro personal. Todos los médicos, sea cual sea su práctica, son miembros de una profesión. Como miembros de la profesión médica, todos los médicos deben aceptar la responsabilidad de mantener, no solamente altos niveles personales de formación médica, sino también de mantener altos niveles de formación médica para la profesión (…”. (AMM, 1987, 2006, s, p.)

En el Ámbito del Posgrado.

En el país, la historia de la mayoría de los posgrados, se remonta al viaje al exterior usualmente hacia Europa o Suramérica (la ruta hacia Norteamérica solo fue desde los sesenta)

de un médico general formado en Colombia, este médico estudiaba en España, Alemania o en Estocolmo y volvía a Colombia, con la nueva información para incorporarse a las actividades de docencia y de servicio en el área de su formación pos graduada. A este nuevo trabajo comenzaban a adherirse otros médicos que regresaban al país con el mismo conocimiento o por otros que no habían viajado pero aprendían de ellos directamente, es decir, este otro médico era su única fuente de información, era la forma en que se acercaba al conocimiento y así fueron creciendo y haciéndose formales los programas de especialidades clínicas y quirúrgicas. De esta manera, se fue determinando en el país el crecimiento de los posgrados según el interés y la necesidad del medio, al menos en un inicio.

Esta formación debe basarse en una enseñanza básica mínima y una formación intelectual y moral que coloque al médico en condiciones de completar su perfeccionamiento.

“Esa fue la primera vez que en Colombia se afirmó explícitamente que las escuelas de medicina debían formar prioritariamente médicos generales y abrir simultáneamente estudios de posgrado o especializaciones en áreas clínicas y en básicas. Disminuir apreciablemente la enseñanza teórica, incrementando en cambio los trabajos prácticos, tanto en los laboratorios como en las clínicas”. (González, R. 2008, p. 65)

Así como en Colombia, en otros países de Latinoamérica, como Chile, Argentina, México y Venezuela se dio inicio a los posgrados clínicos. El paradigma transmisionista del momento se acrecentaba aún más con la formación en las especialidades medico quirúrgicas; en cirugía - por ejemplo - la educación médica se daba de manos de un profesor experto, quien, mediante la demostración de su práctica enseñaba a sus alumnos qué y cómo abordar las bases de la cirugía y así el hospital se convertía en la residencia, cerca del colega y del paciente (Buzzí, 2003).

En la Universidad de Antioquia, específicamente en la Facultad de Medicina, las especialidades se iniciaron en los años cincuenta, para esta fecha se contaba con nueve programas de Especialidades Médicas, Clínicas y Quirúrgicas. Fue hacia finales de los años setenta y principios de los ochenta que se impulsó la creación de nuevos posgrados, desde diferentes unidades académicas y a partir de este momento se desarrollaron importantes contribuciones para la investigación, para el desarrollo profesoral, infraestructura, etc Hacia 1990 se da comienzo a la formación doctoral (Sistema Universitario de Posgrados, 2009).

De acuerdo con la reseña histórica el Doctor A. González R. señala que fue en 1954 cuando se inició el proyecto de residencias en las especialidades médicas y entre ese año y 1959 empezaron su funcionamiento de manera irregular por múltiples factores del momento:

“(…) para octubre de 1953, el servicio de anestesia inició el primer programa de Residencia en la Facultad, con un solo docente de tiempo parcial y bajo condiciones muy precarias; en 1954 se abre la residencia de cirugía plástica y posteriormente, se abrieron otras así: Patología y Neurocirugía 1955; Medicina Interna en 1956; Obstetricia y Ginecología, en 1957; Cirugía General en 1958, y Pediatría en 1959. El Departamento de Medicina Interna, que era el mejor estructurado del área de las clínicas de la Facultad – gracias a los auxilios económicos de la Fundación Kellogg –, ofrecía un programa de especialización en el que los médicos rotaban por varias de sus recién fundadas secciones, algunas con el mínimo personal docente y con precaria dotación, por lo cual se requirió de tiempo y recursos económicos para la capacitación del personal y recursos tecnológicos para dotar las diferentes secciones(…)”. (2008, pp. 140 -141)

En la misma reseña se puede constatar como el mayor impulso de la formación de especialistas fue la necesidad de preparar médicos para suplir los servicios de asistencia y docencia. A partir de 1962, se reglamentó la dedicación obligatoria de tiempo completo para los estudiantes de los programas de posgrado en la Facultad de Medicina, dicha decisión se tomó con el fin de fortalecer tanto la formación académica, como la asistencia hospitalaria (González R, 2008).

En 1963 ya el Departamento de Cirugía había establecido programas de posgrados de Cirugía General, Cirugía Plástica, Maxilofacial y de Mano, Oftalmología y Otorrinolaringología. En ese mismo año, la clínica de órganos de los sentidos se dividió en dos secciones: oftalmología y otorrinolaringología “En 1971 estaban estructurados los programas de magister que habrían de surtir al país de profesores e investigadores en ciencias básicas; los departamentos que ofrecían programas de magister eran: Morfología, Fisiología, Farmacología y Toxicología, Microbiología y Parasitología” (González R, 2008, p. 142).

De esta manera se logró consolidar un cuerpo profesoral propio que, desde la formación académica y su experiencia en la asistencia, ha acompañado generaciones de residentes y ha impulsado los avances en investigación en las diferentes disciplinas médicas.

CAPÍTULO 3

Influencia de los Enfoques Didácticos en la Formación de Competencias**3.1. La Apropiación del Concepto de Competencia**

Para hablar del concepto de competencia en la formación profesional se requiere identificarlo en los diferentes contextos. Bacarat & Graciano (2006) afirman que desde la etimología del concepto la palabra competencia en la lengua española se relaciona con:

“Los verbos *competere* y *competir*, los cuales provienen de un mismo verbo latino: *competere*, que significa ir de una cosa al encuentro de otra, encontrarse, coincidir. A partir del Siglo XV *competere* adquiere el significado de pertenecer a, incumbir, que da lugar al sustantivo *competencia* y al adjetivo *competente*, que indica aquello apto o adecuado. También, el término *competere* en aquella época es usado como pugnar con, rivalizar con, contender, lo cual da origen a los sustantivos *competición*, *competencia*, *competidor*, *competitividad* y al adjetivo *competitivo*”. (P. 67)

Desde el psicolingüista Noam Chomsky (1965) se define la competencia lingüística como: “el conocimiento que el hablante-oyente tiene de su lengua; y la *actuación [la sitúa como]* el uso real de la lengua en situaciones concretas” (p. 6). Esto permite comprender el concepto de competencia desde una perspectiva lingüística, que da pie a diferentes autores para pensar la relación entre este y la comunicación, lo que más adelante se comprende como *competencia comunicativa*.

Desde el escenario jurídico, el concepto de competencia “se empieza a utilizar para aludir a la atribución legítima de un juez o de otra autoridad para el conocimiento o resolución de un asunto” (Bacarat & Graciano, 2002. p. 67). La competencia, aparece de esta manera como conocimiento y capacidad de resolver determinados problemas y asuntos. Definición que se complementa con el significado que se le otorga en el ámbito laboral: “(...)criterio de selección para admitir nuevos miembros en el escenario productivo(...)” (Barrantes, 2001, p.162). De esta forma, la competencia, al ser asumida como saber y capacidad de resolver asuntos, se vuelve determinante para la elección de personal laboral. Esta se vuelve tangible con “los comportamientos manifiestos en el desempeño laboral que le permiten a una persona actuar eficazmente” (Benavides, citado por Tobar, 2005, pp. 2-3).

Las competencias como concepto aplicado a la educación superior se usan para designar:

“Un rango de cualidades (qualities) y capacidades (capacities). Incluye habilidades de pensamiento (razonamiento lógico y analítico, solución de problemas, curiosidad intelectual), habilidades de comunicación efectiva, trabajo en equipo y capacidades para identificar, acceder y gestionar el conocimiento y la información. De igual modo, atributos personales como la imaginación, la creatividad y el rigor intelectual y valores como la ética práctica (deontología profesional), persistencia, tolerancia e integridad. Esta colección de cualidades y capacidades tan diversas se diferencia del conocimiento profesional específico y las habilidades técnicas tradicionalmente asociadas con la educación superior”. (Hager & otros, 2002, p. 3).

Este concepto sitúa la formación superior en un marco educativo que va más allá de capacitar a un profesional para desempeñarse en un ámbito específico, sino que exige prepararlo en la vida

y para la vida, no solo para que habite una parte de esta. Este reto educativo cobró fuerza con la Conferencia Mundial sobre la ‘Educación para Todos’ realizada en Jontiem (Tailandia) espacio liderado por el Programa de las Naciones Unidas (PNUD), por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), y por el Banco Mundial (BM). En ella se reafirma la Declaración Universal de los Derechos Humanos en la cual se sostiene que toda persona tiene derecho a la educación, por lo menos en el nivel básico. Además, afirma que la disponibilidad de información científica favorece el desarrollo de la mega competencia de aprender a aprender, de modo que la persona sea capaz de satisfacer sus propias necesidades del conocimiento desde el dominio de herramientas esenciales como de los básicos para lograr vivir mejor, desempeñarse con dignidad en el ámbito del trabajo y elevar la calidad de vida. “La calidad de uso (o de puesta en práctica) de las competencias es un componente determinante de la calidad de la formación. El resultado de la formación está íntimamente ligado a la capacidad de utilizar o transferir las competencias” (Le Boterf & otros, 1992, p. 46).

Desde el proyecto *Tunning Educational Structures in Europe*, las competencias se abordan como:

“Un enfoque integrador, considerando las capacidades por medio de una dinámica combinación de atributos [...] que juntos permiten un desempeño competente como parte del producto final de un proceso educativo [...] lo cual se enlaza con el trabajo realizado en educación superior. Las competencias y las destrezas se entienden como conocer y comprender (conocimiento teórico de un campo académico, la capacidad de conocer y comprender), saber cómo actuar (la aplicación práctica y operativa del conocimiento a

ciertas situaciones) saber cómo ser (los valores como parte integrante de la forma de percibir a los otros y vivir en un contexto social)”. (2003. p. 88)

Estos aspectos demarcan la necesidad de apuestas educativas integrales, que asuman a la persona en formación dentro de un todo constitutivo de sentidos, que merecen ser mediados intencionalmente desde apuestas pedagógicas y didácticas porque permiten la movilidad de intereses, el desarrollo de potencialidades y capacidades para que la persona logre un despliegue de toda la integralidad de su desarrollo humano y profesional. Las sociedades cambiantes requieren de una instrucción que capacite a las personas, no en entrenamientos de funciones mecánicas, sino en desarrollar autonomía, a partir de experiencias de aprendizaje autónomo para hacer posible una educación a lo largo de la vida. (Zabalza, 2005)

Para alcanzar una comprensión de la categorización de las competencias, en la literatura se encuentran algunas tipologías que responden a los contextos en los cuales se pretenden desarrollar o aplicar:

- ✓ Competencias Laborales y las Competencias Académicas
- ✓ Competencias Profesionales Integrales, Básicas, Genéricas y Específicas, según conceptos de Argudín (2005) y de Huerta (2006)
- ✓ Genéricas para la Vida y Académicas. Díaz-Barriga (2006)
- ✓ Desde el currículo: Disciplinarias y Transversales. Díaz-Barriga (2006), Díaz Barriga Arceo y Lugo

- ✓ Desde el desempeño profesional: Competencias Básicas, Competencias Iniciales y Competencias Avanzadas. Díaz-Barriga (2006), Díaz Barriga Arceo y Lugo.
- ✓ Por su amplitud: Competencias Genéricas y Competencias Particulares. 5UACH (2003).
- ✓ Según el tipo de saberes: Competencia Técnica o saber referencial; Competencia Metodológica o saber hacer y Competencia Social y Participativa o saber hacer y ser y convivir.

El proyecto *Tuning Educational Structures in Europe* (2000) clasifica las competencias en dos tipos, transversales o genéricas, aquellas que se comparten por todos los ámbitos del conocimiento, estas se dividen en Instrumentales, Interpersonales (trabajo en equipo, multi e interdisciplinariedad) y Sistémicas (capacidades individuales y motivaciones intrínsecas). Y las específicas que son propias de cada disciplina. Así determina las competencias específicas en medicina.

- Capacidad para llevar a cabo la práctica clínica.
- Capacidad para proveer atención médica de urgencias.
- Capacidad para comunicarse en su ejercicio profesional.
- Capacidad para realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Capacidad para identificar los factores determinantes en el proceso salud – enfermedad.
- Capacidad para el uso de la evidencia en la práctica médica.
- Capacidad para el uso efectivo de la información y sus tecnologías en un contexto médico.
- Capacidad para aplicar los principios éticos y legales en la práctica de la medicina.
- Capacidad para trabajar efectivamente en los sistemas de salud.

“Las competencias representan una combinación de atributos (con respecto al conocimiento y sus aplicaciones, aptitudes, destrezas y responsabilidades) que describen el nivel logrado de suficiencia con que una persona es capaz de desempeñarlos” (González & Wagenaar, 2003; P. 79-80). Para Goñi, (2005) la competencia “no es cuestión de teoría y práctica sino de capacidad de resolver situaciones, no se aprende y luego se aplica sino que aprender implica aplicar” (p.88). Por su parte, el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES), la define como: “Saber hacer en contexto” (1999, p.17).

En este mismo sentido, Bunk (1994) afirmó que la persona que posee un buen desarrollo de las competencias profesionales si “ dispone de los conocimientos, destrezas y aptitudes necesarias para ejercer una profesión, puede resolver los problemas profesionales de forma autónoma y flexible y está capacitado para colaborar en su entorno profesional y en la organización del trabajo” (p. 9). Lo que significa que, las competencias posibilitan a la persona mayor desarrollo de su autonomía en la resolución y conocimiento de problemas que son producto de la contingencia de la vida diaria.

Para Martínez, Sánchez A. (2009),

“(…) el dilema de las competencias en la formación profesional sigue generando tensiones que convocan a expertos académicos a desarrollar investigaciones diagnósticas acerca de la cuestión, así como el caso de las Universidades Andaluzas, a través de la UCUA (Unidad para la Calidad de las Universidades Andaluzas), cuyos resultados sugieren transformaciones estructurales que incidan tanto en los métodos de la enseñanza, como de la evaluación. De igual modo, en el papel que asumen los estudiantes en su propia formación, en las relaciones establecidas entre docencia e investigación, en los espacios, los recursos y en los tiempos que se disponen para potenciar el desarrollo de las competencias. Por tanto, la formación profesional debe incluir componentes que permitan el desarrollo de capacidades personales,

sociales y ciudadanas, así como los conocimientos y actitudes propias del campo de la profesión elegida, de manera que pueda posibilitar autonomía y éxito en la vida personal, social y profesional. (...)” (pp. 141-145)

Lo anterior, presenta correspondencia con lo expuesto por el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) que promueve una teoría educativa soportada en el rol activo de quien aprende, quien debe asumir y asumirse con responsabilidad y autorregulación. Aspectos que conducen a trasladar el centro del proceso educativo del profesor, hacia el estudiante.

“Por ello, cada vez con mayor insistencia se reclama, desde distintos foros, que las instituciones universitarias orienten sus enseñanzas de manera que los alumnos adquieran las competencias que son requeridas desde el ámbito profesional. Ello supone orientar los procesos de enseñanza- aprendizaje hacia la adquisición de competencias profesionales”. (Espacio Europeo de Educación Superior (EEES. 2009. p. 155)

En acuerdo con García San Pedro, 2010 la formación de competencias impone el reto a la escuela de establecer el puente disciplinar y científico con el mundo laboral y el mundo social, de manera que garantice una cultura de aprendizaje permanente que ligue los diversos ámbitos y contextos propios de cada especialidad, con los contextos reales de intervención profesional. Lo cual implica el establecimiento de alianzas estratégicas inter-sectoriales que se conviertan en espacios de laboratorio para la transferencia de saberes.

Desde el marco de la convergencia europea con relación a la competencia se dice que:

“El concepto de competencia debe ser asumido, desde esta perspectiva, como un saber-hacer razonado para enfrentarse a la incertidumbre. De esta manera, las competencias no podrían abordarse únicamente como comportamientos observables, sino como una compleja estructura de atributos necesarios para el desempeño en situaciones diversas, donde se combinan conocimientos (tácitos y explícitos), habilidades, actitudes y valores, con tareas que se tienen que desempeñar en determinadas situaciones.” (Fernández C & Salinero M 2006, p. 137)

De acuerdo con lo enunciado por González Sanmamed, (2005) a propósito del modelo de convergencia europeo, el modelo universitario en la formación de competencias se distanciaría del enfoque tradicional, para dar paso a aquel centrado en el sujeto que aprende y en el desarrollo de su pensamiento y capacidades. Por tanto, cualquier reforma curricular de hoy debe repensar sus metas de formación, los saberes que enseña, las competencias que desarrolla, el diseño de sus espacios curriculares, la enseñanza que desarrolla. Lo cual implica un cambio conceptual que requiere el fortalecimiento de la formación didáctica del equipo de profesores y el acompañamiento para buenas prácticas, desde la innovación educativa.

“El modelo de aprendizaje centrado en la enseñanza concibe el espacio de forma lineal, los modelos de aprendizaje centrados en el estudiante reclaman un espacio multidimensional, capaz de posibilitar diversas interacciones, que pueda hacer lugar al ejercicio de las competencias necesarias y que sea un espacio que puede darse en diversos lugares (des-localizado: virtual, presencial...); aunque continúa siendo el espacio de aprendizaje (se retoma el sentido aristotélico de que el lugar es separable del espacio, pero no lo es enteramente, puesto que si lo fuera, sería el equivalente al vacío). En este sentido, el lugar de aprendizaje puede ser diverso (taller, una escuela, un laboratorio, una empresa, un tribunal judicial, por ejemplo) pero sigue concibiéndose como espacio de aprendizaje y evaluación”. (García San Pedro, 2010, p. 130).

En palabras de González Agudelo E (2008) se sostiene que:

“(…) desde la puesta en práctica de los saberes en sus diferentes lógicas de investigación, emergen las competencias como capacidades en potencia, según sus orígenes chomskianos, que habitarían las didácticas en los procesos académicos universitarios. En consecuencia, si la lógica de la investigación se moviliza hacia la formulación y solución de problemas y los futuros egresados de las universidades, mediante los procesos didácticos, se forman planteando y resolviendo dichos problemas con el rigor metódico propio de las ciencias, en las artes, las técnicas y las tecnologías, posiblemente se educarán las nuevas generaciones, desarrollando las competencias propias del saber científico. Los egresados no solo se formarán para integrarse a las comunidades del conocimiento, sino para interactuar en las sociedades del conocimiento y para vivir inteligentemente (…)”. (p. 12).

En esta misma línea de asumir las competencias como capacidades, otros autores como Wattíez & Quiñonez, (2004) sostienen también que son capacidades que se requieren desarrollar y poner a prueba cuando la persona se enfrenta a resolver problemas de manera eficaz y autónoma, en las situaciones de la vida. No es suficiente con saber qué y saber cómo, se requiere saber ser una persona que forma parte de un mundo complejo, en constante cambio y con alta competitividad.

Por su parte Cullen, (1996) afirma que las competencias son:

“Complejas capacidades integradas, en diversos grados, que la educación debe formar en los individuos para que puedan desempeñarse como sujetos responsables en diferentes situaciones y contextos de la vida social y personal, sabiendo ver, hacer, actuar y disfrutar convenientemente, evaluando alternativas, eligiendo las estrategias adecuadas y haciéndose cargo de las decisiones tomadas.” (p. 25)

Como se pueden seguir analizando las consecuencias educativas de una formación por competencias se exige, además, desde la didáctica enfocar las tareas educativas vinculadas a un contexto y comprendidas en la globalidad de la situación. Lo cual implica, entre otros aspectos, al individuo que aprende, generar capacidades que le permitan manejar una amplia gama de situaciones en diferentes contextos, asimilando las nuevas circunstancias, a partir de la transferencia de lecciones aprendidas y sintiendo más confianza y seguridad en sus actuaciones y retos por venir. En este sentido, tal vez no hayan tantas habilidades genéricas para transferir, sino una comprensión creciente de cómo tratar con los diferentes contextos. (Hager & otros, 2002).

En consecuencia con lo anterior, el reto para un nuevo enfoque didáctico que responda con la formación por competencias se orientará no solo a la transmisión de conocimientos y procedimientos mecánicos, sino a transitar por el valor pedagógico que provocan la adquisición de aprendizajes relevantes y significativos. Esto debe implicar activamente al estudiante en un proceso de aprender a aprender. También debe permitir lograr diseñar estrategias inteligentes para la solución de problemas propios de su campo de formación y del mundo de la vida. Por tanto, estará retado a activar las capacidades mentales, desarrollar la metacognición, el meta aprendizaje y la autorregulación de su conducta, como forma de adaptación al medio y de contribuir con su desarrollo, ser co-creadores de nuevos escenarios de actuaciones humanas que conduzcan a mejor calidad de vida.

Si al estudiante durante su paso por el ámbito de la Universidad en su proceso formativo, se le implica directamente en la tarea de aprender, se le provoca motivación hacia la transferencia de

lo aprendido en los contextos de situaciones problemáticas, así como se le anima a relacionar la teoría con la práctica, se conducirá a un dominio profesional idóneo. Propósitos que son posibles gracias al papel que las competencias tienen en el proceso de aprendizaje esperado. Por esta razón se considera que:

“El aprendizaje basado en competencias no debe entenderse como fragmentado, tal como se entendían las competencias desde un enfoque conductista, sino que hay que comprenderlo desde una perspectiva integradora. Las competencias agregan, a nuestro entender, un valor añadido al proceso de enseñanza posibilitando una dinámica entre los conocimientos, las habilidades básicas y el comportamiento efectivo.” (Villa & Poblete, 2007, p. 41).

De acuerdo con esto, la formación por competencias debe comprenderse desde una perspectiva integradora. No obstante, más allá de direccionar la acción educativa de un sujeto como individuo y situarse además en la perspectiva de ese sujeto como ser individual, también se enfatiza en lo social. Para este último ámbito se requiere, entonces, planear ambientes de aprendizaje ricos en experiencias de cooperación, de ayuda mutua de trabajo en equipo, a partir de la búsqueda estratégica de solución de problemas en reconciliación con el medio y en cooperación con el progreso social. Esta perspectiva social cultural de la formación soporta las bases del desarrollo de las competencias genéricas de cualquier profesional independiente del campo de su actuación disciplinar.

El reto para un nuevo enfoque didáctico que responda con la formación de competencias supera la transmisión de conocimientos y procedimientos mecánicos para dar lugar a nuevos

roles entre profesores y estudiantes, a nuevos escenarios educativos, a nuevas maneras de abordar los procesos de enseñanza y los de aprendizaje, otorgando un real valor pedagógico a las acciones de unos y otros. Tal como lo expresa Prieto, L 2004:

“(…) no hay lugar para dudas, nos enfrentamos a un nuevo tiempo educativo que exige, además del replanteamiento de las funciones, de la organización y la estructura, de la gestión de procesos, etc., de las instituciones universitarias, algo que atañe al sentido mismo de su labor cotidiana: el nuevo rol de profesores y alumnos, los nuevos modos de aprender y de enseñar (…)”. (p. 112)

Esto debe implicar activamente al estudiante en un proceso de aprender a aprender. También debe permitir lograr diseñar estrategias inteligentes para la solución de problemas propios de su campo de formación y del mundo de la vida. Por tanto, estará retado a activar las capacidades mentales, desarrollar la metacognición, el meta aprendizaje y la autorregulación de su conducta como forma de adaptación al medio y de contribuir con su desarrollo, ser co-creadores de nuevos escenarios de actuaciones humanas que conduzcan a mejor calidad de vida.

3.2. La Evaluación de las Competencias

Un componente del proceso docente educativo tiene que ver con los resultados y estos están directamente asociados a una concepción de evaluación que responde al modelo pedagógico y el enfoque didáctico de la institución educativa. A continuación se presentan algunos ejemplos en relación con la forma como estaba orientada la evaluación, a lo largo de su recorrido histórico.

La evaluación hacia el Siglo XII tenía como objetivo la clasificación de los estudiantes de acuerdo con su grado de erudición, para lo cual debían someterse a exámenes orales en los cuales se valoraba la capacidad de erudición, mediante la argumentación y el debate en torno a la gramática, la retórica y la dialéctica (trívium), así como a la aritmética, la astronomía, la geometría y la música (quadrivium). El carácter teológico de la enseñanza, correspondiente con el momento histórico Feudal, le otorgaba a la evaluación su carácter reproductivo, memorístico y punitivo.

Con el surgimiento de la ideología positivista, se da culto a la objetividad mediante el método científico, emergen las corrientes psicológicas conductistas y con ellas se instala en la escuela el Modelo Pedagógico Conductista que trae consigo una evaluación, que tiene como punto de partida evaluar el rendimiento, de acuerdo con el alcance de los objetivos de la enseñanza, como lo señala Tyler (1942). Esa tendencia no era ajena en los programas de educación médica, tal como lo describe González R. A.L. (2008), a propósito de la modernización de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia 1930 – 1070:

“Hasta mediados de los años cincuenta, los exámenes eran de tipo oral, existiendo solo un examen final, en el que el estudiante se la jugaba toda, se le hacía una pregunta llamada en ese entonces tesis, que el mismo estudiante sacaba de una bolsa, si estaba con buena suerte, le podía salir una pregunta de la que el estudiante conocía su respuesta o que era fácil de responder y ganaba la materia, injustamente podían seguir malos estudiantes o podían quedarse buenos estudiantes. Con el fin de evitar este tipo de evaluación, a comienzos de la década de los 60 en el Siglo XX, las directivas de la Facultad fueron estableciendo los exámenes de tipo objetivo.” (p. 36)

En contraposición al Modelo Evaluativo Tradicional Conductista, autores como Cronbach (1973), Stufflebeam (1971) & Scriven (1977) proponen un modelo de evaluación que conduzca a una información que permita valorar el aprendizaje y, a su vez, perfeccionar la enseñanza. Ofrecen una mirada evaluativa más participativa en la cual, tanto profesores como estudiantes, pueden intervenir, cada uno aportando tanto al proceso como al resultado del aprendizaje. De esta manera, se pretenden efectuar evaluaciones diagnósticas que determinen el estado del estudiante antes de iniciar su proceso para planear la enseñanza, en procura de potenciar el aprendizaje, identificar ritmos de aprendizaje, anticipar dificultades y emprender acciones de mejoramiento del proceso docente-educativo. Se empieza a hablar de la evaluación no solo sumativa, sino también formativa y a partir de esta, emergen los procesos de autoevaluación, en los cuales, el mismo sujeto que aprende asume su rol activo y evalúa su rendimiento.

Estos nuevos postulados permitieron enriquecer el constructo teórico frente al componente didáctico de la evaluación, autores como Parlett & Hamilton (1972), desde la Investigación Antropológica, propusieron una evaluación que reconoció el contexto en que se da la enseñanza y las técnicas que se utilizaron para alcanzar los aprendizajes. Por su parte Stake (1975) propuso un modelo de evaluación que tuviera en cuenta las etapas en las cuales se desarrollaba, las normas o reglas que la regulaban, así como los juicios para emitir un concepto evaluativo holístico y flexible. Otro autor, Eisner (1979) postuló una evaluación hecha por expertos que garantizara que, quien evaluaba conociera a profundidad acerca del método evaluativo, de modo que desde su experticia, pudiera dar cuenta de un resultado integral. Por último, Carroll (1963) & Glasser (1968), aportaron a la práctica evaluativa la necesidad de tener en cuenta los criterios de evaluación, con el fin de establecer un comparativo entre estos y el desempeño alcanzado por el

estudiante. De este modo, se ha garantizado la validez y confiabilidad de los resultados y se procede desde un diálogo entre los participantes del proceso evaluativo, al establecer planes de mejoramiento para elevar el logro de los aprendizajes.

Estas propuestas evaluativas se soportaron en modelos de enseñanza activos que han privilegiado el concepto de aprendizaje como un proceso de construcción activa por parte del sujeto que aprende. Decroly (1907), Freinet (1934) Dewey (1935). Al mismo tiempo, con enfoques de la Psicología Evolutiva-Cognitiva (Piaget, Bruner, Ausubel) y la Psicología Socio Culturalista (Vygotsky, Feurestein).

En los años 90, con la reforma educativa inspirada en la Constitución Política Colombiana, aparece la Ley General de Educación (Ley 115 de 1994) y con ella, otra manera de abordar lo evaluativo, tal como se lee desde el Ministerio de Educación Nacional (MEN):

A partir de la expedición de la Ley General de Educación (1994) se dio paso a una evaluación formativa, integral y cualitativa, más centrada en el desarrollo de las habilidades de los estudiantes, que en los contenidos de la enseñanza. Ella tiene como marco las competencias, haciendo que el proceso en el aula cobre otro sentido. Reglamentada la ley por decretos como el 1860 de 1994, el 230 y el 3055 de 2002 se propició un cambio importante en las prácticas pedagógicas, al establecer la autonomía curricular de las instituciones mediante la definición de su Proyecto Educativo Institucional (MEN, 2008).

En este mismo sentido, el MEN aboga por la evaluación como un proceso permanente que debe atender momentos de planeación, ejecución y seguimiento, además de que deberá servir de medio para comprender y promover el aprendizaje e identificar las formas como cada estudiante aprende.

En el ámbito nacional, en el nivel de educación superior en Colombia se aplican, desde el ICFES, las pruebas ECAES. Su objetivo esencial es evaluar las competencias cognitivas de interpretar, argumentar y proponer. Desde noviembre de 2010, el nombre de estas pruebas de Estado se cambió por el de Pruebas Saber Pro, pero el sentido del trabajo y objetivos de aprendizaje sigue siendo el mismo:

“Comprobar el grado de desarrollo de las competencias de los estudiantes que cursan el último año de los programas académicos de pregrado ofrecidos por las instituciones de Educación Superior del país y servir de fuente para construir indicadores de evaluación del servicio público educativo, que fomenta la cualificación de los procesos institucionales, la formulación de políticas y faciliten el proceso de toma de decisiones.”
(Decreto 1781, 2003, p. 1)

Tal como lo expresa González (2008),

“(…) la descripción de las competencias profesionales están condicionadas por los problemas que un egresado debe asumir en la realidad aplicando para su resolución

procesos metódicos, de ahí la necesidad de seleccionar las competencias de formación que emerjan de procesos investigativos para construir conocimiento (científico, artístico, técnico o tecnológico) y su descripción está condicionada por los problemas que un egresado enfrente en la realidad y utilice para su resolución procesos metódicos(...)”. (p.13).

Aparece así la evaluación de competencias como un camino viable para valorar de forma integral al estudiante:

“En esta perspectiva, el estudiante y el profesor ya no se sitúan frente a los resultados de la evaluación, como espectadores pasivos, sino como corresponsables del proceso y del nivel de resultado alcanzado. Profesores y estudiantes, sujetos en potencia y acto, hacen parte de un mismo proceso que, si bien es cierto, es diferenciado, no excluye a ninguno de sus responsabilidades con relación a la enseñanza y el aprendizaje, desde una realimentación continúa.” (Galindo L., 2008, P. 21)

La evaluación por competencias convoca a sus actores a reconocer el valor de la intersubjetividad en la tarea de comprender el acto evaluativo como aquel cargado de singularidades que, unidas, permiten dar mayor comprensión al fenómeno evaluado y así llegar a humanizar el proceso educativo, de acuerdo con lo expresado por Magendzo, citado por Galindo (2008) quien expone que se debe:

“Estar abiertos a la realidad social de los estudiantes, al tiempo y al espacio que ellos viven, reconociendo sus particularidades. Ello no quiere decir renunciar a toda posibilidad de establecer indicadores, sino construir esos indicadores desde un proceso investigativo que ayude a comprender los significados que estos aprendizajes tienen para los sujetos.” (Magendzo, 2003, p. 93)

El proceso de evaluación de competencias debe incluir en su fase de planeación la selección de los momentos, las estrategias, técnicas e instrumentos utilizados para llevarse a cabo, dentro de una dinámica que incorpore la meta evaluación, la retroalimentación y el planteamiento de acciones de mejora continua. Para esta evaluación es fundamental comprender los diferentes tipos de competencias que se desarrollan en el antes, durante y después del proceso formativo. De esta manera, se comprende como lo señala Joan Rué, (2009) que entre los tipos de competencias que emergen en un ambiente de aprendizaje, se encuentran como más comunes las siguientes:

“Las competencias definidas para una titulación (Competencias Declaradas o Definidas), las asumidas por medio de los programas o guías de aprendizaje (Competencias Promovidas), las competencias que efectivamente son llevadas a la práctica, mediante las actividades de ejercicio, transferencia, etc. (Competencias Practicadas), las competencias que efectivamente son adquiridas por los estudiantes (Competencias Adquiridas) y las competencias que positivamente se evalúan, es decir aquellas que se demostraron, por medio de evidencias, a lo largo de un curso o de los cursos (Competencias Evaluadas). En consecuencia, entre las competencias Definidas, las Promovidas, Practicadas y las Adquiridas, puede haber una gran diferencia.” (Rué, 2009, p. 116)

La evaluación de competencias, en su carácter procesual, tiene en cuenta tanto los momentos evaluativos de inicio o exploración de presaberes, como el estado del aprendizaje durante el proceso y los resultados que se alcanzan al final. De igual modo, planea intencionadamente las estrategias, técnicas y formas de evaluación, incluyendo estándares de valoración cualitativa y cuantitativa relacionados con las actividades y experiencias de aprendizaje -tareas, proyectos,

Aprendizajes Basados en Problemas (A.B.P.), sustentaciones, pruebas evaluativas, asesorías, tutorías, foros, etc.

De acuerdo con Martínez (2009), la evaluación del rendimiento incorpora las diferentes competencias. Entre ellas se resaltan:

“Es preciso considerar la evaluación como una ocasión para conocer la calidad de los procesos de enseñanza-aprendizaje y una oportunidad para su reformulación y mejora... Se impone la necesidad de ampliar el concepto de evaluación del rendimiento para que abarque los diferentes componentes de las competencias personales y profesionales que se propone desarrollar la enseñanza universitaria: conocimientos, habilidades, actitudes y comportamientos... se trata de transformar el modelo convencional de transmisión oral de conocimientos, toma de apuntes y reproducción de lo transmitido en pruebas y exámenes, por un modelo que reafirma la naturaleza tutorial de la función docente universitaria, que atiende a las peculiaridades del aprendizaje profesional y académico de cada estudiante.” (pp. 146 – 147)

Las herramientas de registro del proceso evaluativo se traducen en instrumentos que facilitan la toma sistemática de datos, a partir del establecimiento de criterios acordados previamente, de manera que cada actividad de aprendizaje es, a su vez, un momento de evaluación. Es por esto que, la observación intencionada se convierte en una potente estrategia evaluativa y permite una aproximación más real a la recopilación de evidencias y su valoración. Para ello, es pertinente el diseño de rejillas de seguimiento, rúbricas de desempeño, registro de bitácoras, elaboración de portafolios de evidencias y registro de observaciones sistemáticas de todo el proceso, así como la interpretación de los informes estadísticos y la valoración que el mismo estudiante hace de su propio proceso de aprendizaje.

“La mejor forma de evaluar competencias es poner al sujeto ante una tarea compleja, para ver cómo consigue comprenderla y resolverla movilizando conocimientos. Los instrumentos de evaluación empleados no pueden limitarse a pruebas para ver el grado de dominio de contenidos u objetivos, sino proponer unas situaciones complejas, pertenecientes a la familia definida por la competencia que necesitará el alumno. Asimismo, una producción compleja para resolver la situación, puesto que necesita conocimiento, actitudes, pensamiento metacognitivo y estratégico.” (Bolívar, 2008, p. 184)

La evaluación de competencias, al privilegiar la comunicación bidireccional entre todos los participantes del proceso educativo, resalta y prioriza el sistema de retroalimentación. En otras palabras, se evalúa para realimentar, comunicar y establecer planes de mejora inmediata (Litwin E 2008). Para esto, es importante utilizar instrumentos de evaluación que no desconozcan las competencias requeridas, sino que estén orientados por estas.

En el siguiente cuadro se esquematiza la relación de los componentes, los momentos y los actores que intervienen en el proceso de la evaluación por competencias:



Figura 4. Momentos y actores en el proceso de Evaluación. Construcción Propia.

Joan Rué, autor del libro: “El aprendizaje autónomo en Educación superior”, afirma que a partir de lo expuesto por Miller, relacionado con los cuatro niveles de complejidad, se desarrolla un modelo de evaluación del desempeño profesional que bien puede servir de referente para la evaluación por competencias en educación superior.

“En este modelo, el primer nivel, el del saber, abarca el conocimiento que un estudiante de medicina debe apropiarse y dominar para ejercer con éxito su profesión. El segundo nivel es el saber cómo, aquí el médico en formación debe interpretar el conocimiento y apoyarlo en diferentes fuentes de información para emitir un diagnóstico. En este nivel, Miller ubica la evaluación de las competencias, entendiéndolas como la cualidad de ser funcional y adecuado, tener el suficiente conocimiento, juicio o habilidad o fortaleza para cumplir con una obligación. En el tercer nivel, el médico en formación deberá demostrar, mediante la intervención con su paciente, que logra tratar o rehabilitarlo mediante una actuación idónea en la que se evidencia que sabe acerca del asunto y además orienta al paciente y le apoya en la solución de su situación particular y por eso resuelve. El cuarto y último nivel, permite que el estudiante actúe en escenarios de práctica de manera

independiente y desempeñándose con autonomía frente a los retos de salud de sus pacientes.” (2009, p. 76)

En síntesis, la evaluación de competencias exige acuerdos consensuados mediante diálogos argumentados entre las partes involucradas en el proceso educativo. Esta conduce a precisiones de orden filosófico, pedagógico, sociológico y didáctico, con el fin de identificar sus múltiples interrelaciones y poner en escena una evaluación capaz de superar las barreras de lo inmediato.

El propósito es situarse en la propensión de los sujetos evaluados hacia el cambio de conductas y en consecuencia, hacia una transformación personal y social de la realidad, a partir de procesos metódicos de producción creativa.

“No se trata solamente de dar cuenta acerca de lo que uno sabe y puede hacer, sino que también acerca de si uno es capaz de completar una tarea y producir un resultado, valorado tanto por uno mismo como por la organización. Las competencias deben estar estrecha y estratégicamente vinculadas a los propósitos institucionales. Por esta razón, la causalidad no está ausente en algunas definiciones de competencia, esperando que una competencia cause o sea capaz de predecir un resultado de desempeño deseado, específico. Por lo tanto, un propósito de la formación basada en competencias es aumentar la competencia humana, que debería ser medida no solo por el comportamiento, sino también por el valor de los resultados de ese comportamiento.” (Centro Interuniversitario de Desarrollo Andino CINDA, 2009, p. 24)

3.3. Evolución de las Corrientes Psicológicas y Pedagógicas Contemporáneas Hacia la Formación por Competencias.

3.3.1. De las Corrientes Psicológicas.

La evolución del concepto de aprendizaje se dio, desde finales del Siglo XIX hasta la consolidación de las Teorías Cognitivas. Dicha evaluación posibilitó que el aprendizaje no solo fuera un asunto conductual o de acumulación, sino de interacción social y de interrelación con otros procesos, pues se trata del complejo sistema representacional de la mente. El aprendizaje, entonces, puede ser entendido como la constante interacción de las representaciones que se van haciendo del entorno y el cómo esto le permite manipular su entorno, adaptarse a él y resolver problemas que emergen.

Surge así el *Constructivismo*, como una nueva manera de entender los procesos psicológicos y en especial el aprendizaje. Para los constructivistas, lo que se pone en juego es la manera en que se dan la construcción social y la individual. Esta concepción implica que se piensen las ideas y pensamientos, no solo como parte de los comportamientos y construcciones individuales, sino también como construcción social.

Estas construcciones sociales hacen parte del aprendizaje y logran que se hable de un *aprendizaje social*. Eso significa que, los significados de las diversas ideas, normas y demás tipos de mediadores sociales se construyen a partir de la interacción. Así, este proceso de

construcción implica la *reconstrucción* de la realidad por parte del sujeto, entendiéndolo como sujeto social.

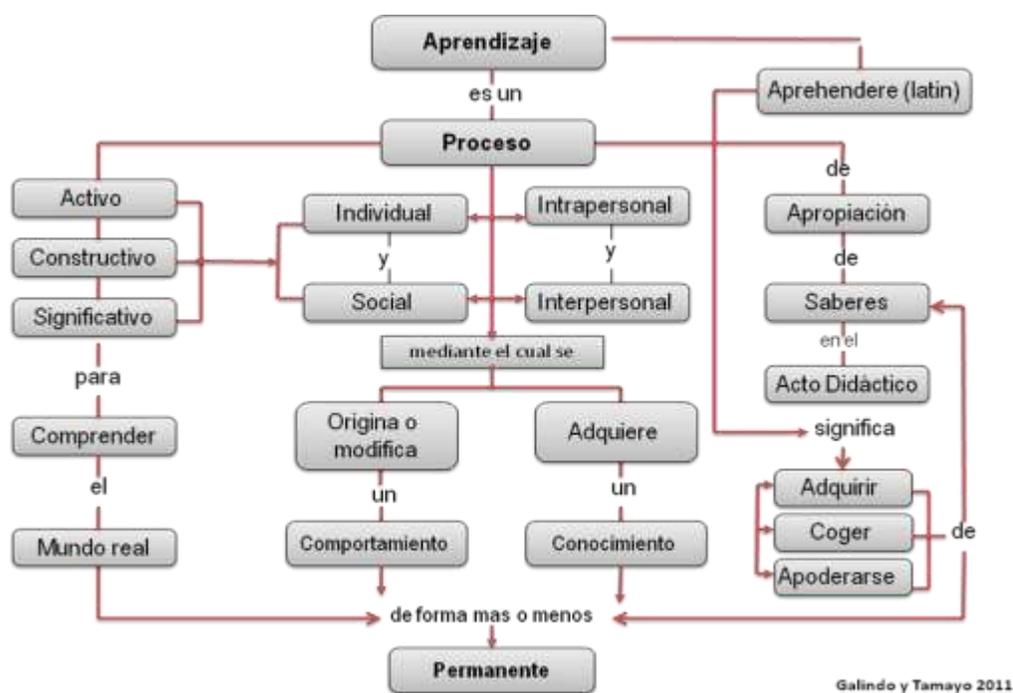
Entre otros, se puede encontrar a Jean Piaget (1896 -1980) y a Lev Vygotsky (1896 – 1934) como autores fundamentales para el Constructivismo. El primero, entendió los procesos de aprendizaje como parte del desarrollo del humano y a partir de ello y de la observación que realizó de este desarrollo, encontró que hay coincidencias entre la consecución de logros y la edad del individuo. Si bien Vygotsky se preocupó por los procesos de aprendizaje en el desarrollo, encontró que no es suficiente y que cada ser humano posee una *zona próxima de desarrollo* la cual, a grandes rasgos, es una teoría del aprendizaje como el camino hacia el desarrollo de los procesos psicológicos superiores, es decir, el aprendizaje de los mismos, a partir del encuentro de un individuo con el aspecto social.

En esta línea aparecen psicólogos contemporáneos como David Ausubel (1981), Joseph Novak (1983). Estos autores, desde la Psicología de la Educación, han sentado las bases de la Teoría del Aprendizaje Significativo. Enuncian así las tres condiciones esenciales para que se dé este aprendizaje: significatividad lógica del material, significatividad psicológica y la motivación.

La primera, hace referencia a la articulación que debe existir entre los contenidos y su forma de abordar, de modo que se garanticen entre otros aspectos, un lenguaje pertinente, con un

enfoque argumentativo y crítico que oriente la comprensión. Por su parte, la significatividad psicológica se refiere a la relación entre los pre-saberes que sirven de anclaje a las nuevas experiencias y contenidos de aprendizaje. Finalmente, la motivación intrínseca alude a aquello que debe tener el estudiante como sujeto que aprende, de modo que movilice sus acciones al reto de aprendizaje que se le ofrece.

El siguiente mapa conceptual permite identificar el concepto de aprendizaje que emerge de estas últimas tendencias de aprendizaje:



Galindo y Tamayo 2011

Figura 5. Mapa conceptual sobre el concepto de Aprendizaje. Construcción Propia

Con relación al reto de crear ambientes que potencien aprendizajes significativos, Ausubel (1983) afirma que:

"El aprendizaje por recepción, si bien es fenomenológicamente más sencillo que el aprendizaje por descubrimiento, surge paradójicamente ya muy avanzado el desarrollo y especialmente en sus formas verbales más puras logradas, implica un nivel mayor de madurez cognoscitiva" (p.36).

Sin embargo, desde el paradigma constructivista, el aprendizaje significativo será el determinante de una adecuada mediación pedagógica, al respecto Coll, citado por Díaz B sostiene que: "la finalidad última de la intervención pedagógica es desarrollar en el alumno la capacidad de realizar aprendizajes significativos por sí solo, en una amplia gama de situaciones y circunstancias (aprender a aprender)", (1988, p.133).

En consecuencia con la Concepción Constructivista del Aprendizaje, la persona que aprende asimila el conocimiento que existe en la sociedad y lo incorpora a sus esquemas mentales. Esto sucede a modo de representaciones y nuevas construcciones que se van ampliando, a medida que persisten las interrelaciones con el mundo social y cultural. De esta manera, el aprendizaje posibilita cada vez más la adquisición de diversas y complejas competencias.

La Psicología Educativa propone un método, un objeto y un sujeto para su hacer. Define como objeto los procesos de enseñanza-aprendizaje y la manera en que estos influyen en los comportamientos. El método está dado a partir de la observación, la evaluación y la intervención sobre dichos procesos. Por su parte, el sujeto es entendido como protagonista de los procesos de enseñanza y de aprendizaje.

Dentro de los representantes de la Psicología Educativa, se puede encontrar a Robert M. Gagné (1996 -2002) psicólogo que fundamentó sus teorías del aprendizaje, a partir de las cuales logró una *clasificación del aprendizaje* (Gagné, 1965) y propuso una serie de *tareas* para que se logre un aprendizaje efectivo y en el cual se tengan en cuenta los condicionantes internos y externos para que se dé el aprendizaje.

Se puede observar el siguiente cuadro en el cual se ilustran las categorías del aprendizaje y los pasos para lograr aprendizajes efectivos:

Tabla 4.

Categorías del aprendizaje y los pasos para lograr aprendizajes efectivos. Construcción Propia.

CATEGORÍAS DEL APRENDIZAJE	PASOS (TAREAS) PARA LOGRAR APRENDIZAJE EFECTIVO
Información verbal.	<ul style="list-style-type: none"> • Ganar la atención del estudiante
Habilidades intelectuales	<ul style="list-style-type: none"> • Informar al estudiante de los objetivos • Estimular y retroalimentar aprendizajes previos
Estrategias cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular, mediante material que resulte interesante • Proporcionar orientación al estudiante
Habilidades motoras	<ul style="list-style-type: none"> • Observar el rendimiento • Informar
Actitudes	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del desempeño • Optimizar la focalización de la atención

Benjamín Bloom (1975) fue otro que logró hacer aportes al campo educativo de la Psicología. A continuación, se ilustra la relación y los cambios de la forma de cómo se concibe el aprendizaje en las diferentes corrientes psicológicas mencionadas.

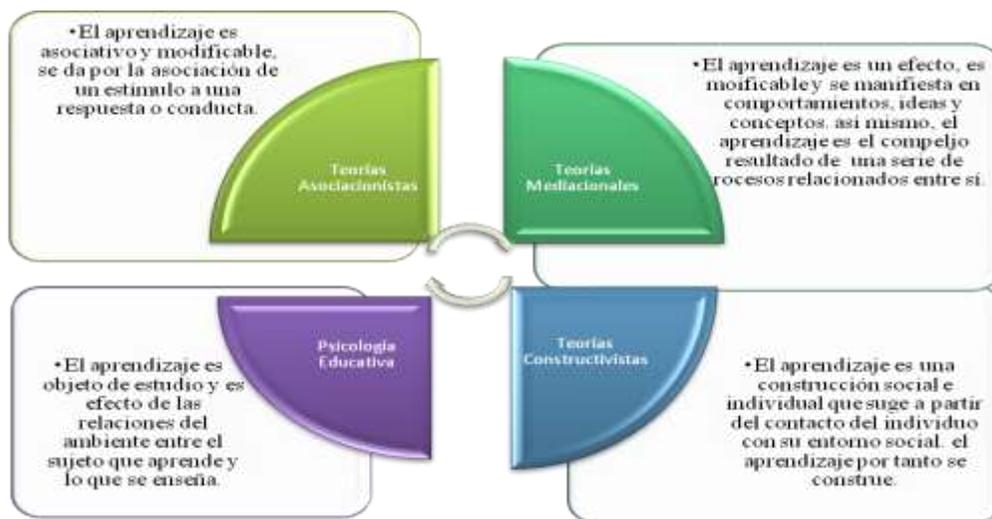


Figura 6. Teorías del aprendizaje. Construcción Propia.

Es justamente en estas tendencias de las Psicologías Mediacionales, así como Constructivistas e Interaccionistas del aprendizaje, que se pretenden comprender los constructos derivados de la interpretación de los hallazgos investigativos hacia la fundamentación de un enfoque didáctico de formación por competencias, propio de la educación médica en las especialidades clínicas y quirúrgicas. Esto, debido a que se espera un reconocimiento de los sujetos en el proceso docente-educativo. Lo que es derivado de un acto consciente de quien conoce y aprende, como de quien a su vez, también conoce y enseña. Al respecto Harvey & Knight (1996) consideran que:

“Para que la enseñanza superior desempeñe un papel eficaz debe centrar su atención en el proceso transformador del aprendizaje [...] Para que sea un proceso transformador eficaz, la misma enseñanza superior debe transformarse[...] de manera

que produzca a agentes transformadores: aprendices reflexivos críticos capaces de afrontar un mundo en rápido cambio.” (p.8)

Por su parte, Perry (1970) afirma que: “el aprendizaje deseado como resultado de toda la enseñanza universitaria no es de un contenido específico, sino del modo o la estrategia empleados para abordarlo y de las competencias adquiridas para el aprendizaje, a lo largo de la vida” (p. 96).

3.3.2. Las Corrientes Pedagógicas.

La formación como proceso interno, propio de la persona, puede desplegar armónicamente las dimensiones humanas, debido en buena medida, a un ambiente educativo integral. Para Gadamer (1984) la formación es el proceso que permite la adquisición de una cultura, desde un modo humano de ir dándose forma a las disposiciones y las capacidades propias del hombre.

Existe una relación dialéctica entre la formación y la educación. Por una parte, la educación es la oferta que hace la sociedad a la persona para su formación y por otra, la formación es la elección de la persona para apostarle a un devenir, a un proyecto de vida. Mientras que la educación es social y general, la formación es individual y singular; esta relación coexiste, además, en diálogo permanente y en tensión emergente por los avances de la ciencia, la tecnología, la investigación y los problemas a resolver en la sociedad.

Mary Luz Restrepo (2001), en su libro *Formación para el desarrollo humano* sostiene que:

“La formación no trata de cuestiones de procedimiento o de comportamiento, sino del ser en cuanto devenido; su principal característica es ese mantenerse abierto hacia el otro, hacia puntos de vista distintos y más generales. Porque los seres humanos no están completos, sino que están en un estado de devenir. El educando, como razón de ser de la educación, tiene para el educador un doble sentido: es un nuevo ser humano en el mundo y es un ser humano haciéndose” (p.33).

En este mismo sentido, Rafael Flórez Ochoa (1994) asume la formación como el proceso de humanización que:

“(…) va caracterizando el desarrollo individual, según las propias posibilidades; la formación es la misión de la educación y de la enseñanza, facilita la realización personal, cualifica lo que cada uno tiene de humano y personal, para potenciarse como ser racional, autónomo y solidario (…)” (p.108).

Ahora bien, la Pedagogía es la ciencia que tiene como objeto de estudios el proceso formativo, como explica Álvarez de Z, (1992). En este sentido, dirige dicho proceso de una manera metódica para procurar una formación de la persona en y para la vida en sociedad. De este modo, la Pedagogía toma aspectos de la Epistemología, de la Filosofía y de la Psicología Educativa para soportar su discurso frente a las prácticas pedagógicas que orientan los procesos de enseñanza y de aprendizaje y dirigir acciones formativas en los diferentes momentos o niveles educativos por los que transita un sujeto durante su estancia en la institución educativa. Emergen así las corrientes pedagógicas contemporáneas, con el fin de procurar respuestas intencionadas a los procesos formativos actuales. De acuerdo con Cerezo (2007), las corrientes pedagógicas contemporáneas hacen alusión a:

“(…) los movimientos y/o teorías que se caracterizan por tener una línea del pensamiento e investigación definida sobre la cual se realizan aportes permanentemente, y que les dan coherencia, solidez y presencia en el tiempo a los discursos que la constituyen. Estas "corrientes" describen, explican, conducen y permiten la comprensión de lo pedagógico, ante las exigencias del contexto y pasan a ser referentes que modifican los contextos sociales y pedagógicos de la escuela y las líneas de discurso o de la práctica en que se definen diversas pedagogías. (...)” (p.3)

Se espera que la incidencia de unas y otras Corrientes Pedagógicas Contemporáneas inspire movimientos o tendencias educativas encaminadas a la formación por competencias que asuman a la persona integralmente, para que sean capaces de responder inteligente y creativamente a los retos de una sociedad cambiante y en constante movimiento. De modo tal que, el sujeto pueda enfrentar los problemas y habitar el mundo, procurando aportar a la mejora constante de su esencia humana y a su vez, al fortalecimiento de la sociedad. En palabras de Freire (1970): “El hombre solo se expresa convenientemente cuando colabora con todos en la construcción de un mundo común. Solo se humaniza en la construcción dialógica de la humanización del mundo.” (p. 14)

Es pues un reto del presente trabajo situar un discurso pedagógico coherente con el momento presente y con el devenir de la educación médica en especialidades médicas por competencias, para tal fin se presenta a continuación un recorrido general por la evolución de las corrientes pedagógicas, desde una categorización que contempla cuatro enfoques diferenciadores: el Tradicional, la Pedagogía Activa, la Pedagogía Liberadora y el Enfoque Cognitivo.



Figura 7. Mapa conceptual recorrido Corrientes Pedagógicas Contemporáneas.
 Construcción Propia.

En el Siglo XVII en la Escuela Tradicional, la concepción de la enseñanza fue mecanicista, por parte del profesor. En ese momento histórico hubo una fuerte pretensión por superar los métodos rígidos y punitivos impuestos por la Iglesia Católica, que tenía la hegemonía sobre la enseñanza, no solo imponía el qué enseñar, sino los cómo hacerlo. La moral y la regla eran condiciones esenciales para hacer del hombre un ser útil a la sociedad. Por su parte, el profesor era el poseedor del conocimiento (Magistrocentrismo), protagonista de la enseñanza y con el poder de castigar el error. Los objetivos de la enseñanza se organizaban en función de la acumulación de conocimientos, para ello, se programaban en manuales que pretendían compilar todo lo necesario de ser aprendido, marcando así una tendencia enciclopedista. A su turno, el método de la enseñanza centraba su base en la mecanización de contenidos para ser reproducidos de la misma forma como eran impartidos, el papel del estudiante era de receptor pasivo, repetidor y la evaluación se concebía como reproductora, mecánica y memorística.

Desde la misma perspectiva instruccional apareció el Modelo Pedagógico Conductista, cuyo fin se centró en la modelación de la conducta, a partir de los intereses de un estado capitalista. Así marcaron la pauta los objetivos terminales desde la enseñanza, dejando de lado el aprendizaje. Primó la reproducción de un modelo evaluativo basado en el estímulo- respuesta, con el fin de conseguir la adopción de conductas determinadas por la sociedad. La hegemonía de los contenidos y las formas de enseñanza eran impartidas desde el Estado bajo enfoques de la Psicología Conductista- Positivista. Como recurso didáctico apareció la incorporación de la tecnología a los procesos de enseñanza.

A pesar del dominio de la Escuela Tradicional y Conductista, en el Siglo XVIII, se dieron a conocer otras voces que convocaban hacia una escuela enmarcada en apuestas más significativas para el estudiante, dando relevancia, tanto al proceso de enseñanza como al de aprendizaje. Pensadores como Johann Heinrich Pestalozzi (1746- 1827) centraron su aporte a la educación en aquellos aspectos relacionadas con la interacción del sujeto que aprende con la naturaleza, en un ambiente de libertad, previendo las condiciones para mantener una relación equilibrada con el ambiente. Enfatizaron en la necesidad de despertar en el educando las capacidades de intuición y de observación como fuente para el desarrollo de la inteligencia y una formación integral.

Apareció también Federie drich Fröbel, cuyos aportes pedagógicos se enfocaron en concebir al niño como un ser con libertad de expresión para el desarrollo de su personalidad y de su creatividad. A partir de este postulado, validó el juego como vehículo para el aprendizaje en un ambiente lúdico.

Surge así una nueva visión de lo educativo que da cabida a los procesos de activación y desarrollo de las habilidades de pensamiento del sujeto que aprende.

Las viejas propuestas conductistas se asentaban en prácticas que reforzaban las buenas conductas y castigaban el error, poniendo el centro del aprendizaje en la memoria y en la repetición. Las derivaciones de la Psicología Constructivista, en cambio, pusieron el acento en el proceso reflexivo y en el papel de la comprensión del conocimiento.

“(…) las teorías del aprendizaje, siempre fueron inspiración de nuevos diseños curriculares y cambios en los enfoques de la enseñanza. Pero entendemos que las innovaciones se refieren a proyectos y acciones que deben poder ser distinguidos específicamente, al tiempo que enmarcan el interior de un diseño curricular (…)” (Litwin, E. 2008, p. 66)

3.3.3. El Enfoque De La Pedagogía Activa

En el Siglo XIX, aparecieron apuestas educativas que se enmarcaron en los llamados enfoques contemporáneos. El enfoque de la Pedagogía activa recibió una influencia directa de los aportes de la Psicología Estructuralista de Jean Piaget (1896- 1980), además fundador de la Epistemología Genética, generando desde allí aportes a las formas de aprender. Se reconoció así la importancia de la Psicología del Desarrollo Evolutivo para la creación de ambientes de aprendizaje más próximos a las necesidades e intereses reales del educando. Surgió un maestro capaz de interpretar los intereses de los estudiantes y encausarlos hacia procesos educativos que les permitieran ser parte activa de su propio aprendizaje.

Hacia el Siglo XX, pensadores como John Dewey (1859 -1952) exponente de la Filosofía Pragmática, de la Pedagogía Progresista Norteamericana, gestor de la Escuela Activa, consideraron la experiencia vital para el aprendizaje. Él reconoció la necesidad de valorar los intereses y las necesidades del educando y para ello postuló el Método de Proyectos en el cual el aprendiz se somete a una experiencia que le permite identificar un problema y hacer una búsqueda de alternativas de solución, mediante la formulación de hipótesis y la comprobación de las mismas. Este autor es citado por Litwin y señalaba como problema crucial:

“(…) que los temas aprendidos aisladamente, sin conexión con el resto de la experiencia ya adquirida, caen en el olvido. Según él, cada experiencia es una fuerza en movimiento y debería provocar curiosidad, fortalecer la iniciativa y crear deseos y propósitos intensos. Además, debería preparar a la persona para ulteriores experiencias de una calidad más profunda y expansiva. Esto hace que el crecimiento se provoque por la continuidad y la reconstrucción de la experiencia. Se trata de crear condiciones para que el género de experiencias del presente tenga un efecto favorable sobre el futuro (…)”. (Dewey, citado por Litwin, 2008 p.12)

María Montessori como educadora, aportó a la consolidación de una Pedagogía Científica basada en la observación y el despertar de los sentidos; al respeto por el niño y su desarrollo integral. Por su parte, Ovide Decroly centró su tesis en el respeto por el libre desarrollo de la personalidad del niño, como contraposición de las disciplinas rígidas y preestablecidas. Se opuso a la disciplina rígida, apostando por crear un ambiente motivador con grupos homogéneos, basados en la globalización, la observación de la naturaleza y el papel activo de quien aprende. Su teoría de los Centros de Interés fue validada en los diferentes niveles de la formación.

3.3.4. El Enfoque de la Pedagogía Liberadora

Esta teoría fue expuesta por Paulo Freire y en ella se propende por una educación capaz de albergar sujetos alfabetizados, que logren, mediante la formación, el desarrollo de una autonomía que libere el espíritu y haga personas libres en su pensamiento y en su obrar. Para tal fin, la Pedagogía Liberadora buscaba que hubiera una relación dialógica entre educadores y educandos, de manera que aprendieran mutuamente, en la medida en que se aproximaban al mundo para comprenderlo, desde las diversas formas de abordarlo y no solo aquellas formas impositivas, propias de la pedagogía bancaria.

“La educación, con sus programas y sus métodos, debe consistir en hacer que la persona llegue a ser sujeto, que se construya como persona, que transforme el mundo, que entable con los demás relaciones de reciprocidad, que haga su cultura y su historia. Esto exige que sea una educación que libere y no que domestique.” (Freire, 2000, p. 122).

El rol del educador se centra entonces en acompañar la construcción de pensamientos críticos, dentro de una práctica progresista, en contraposición con el rol transmisionista y continuista. “Es por este motivo que el maestro debe asumir su función y transmitir las herramientas forjadas a lo largo de toda la historia del hombre, liberándose poco a poco de sus primeras ilusiones” (Merieu, 1992, p. 85). En este mismo sentido, Litwin E (2008), expresa que:

“(…) en todos los casos se trata de proporcionar oportunidades para que los estudiantes elijan, adopten reflexivamente un contexto, un escenario, una vivencia para transitar, concibiéndolos como una posibilidad que contradiga la sensación del observador casual, furtivo, uno entre la multitud y sin conciencia de sus propias preferencias o alternativas para seguir (…)”. (p. 20)

El rol del profesor como líder se centra en aportar oportunidades de aprendizaje soportadas en la resolución de problemas sociales, de modo que se despierte en los estudiantes su sensibilidad hacia la transformación de los aparatos reproductores del Estado. Aparecen así nuevas formas de comunicar los saberes, desde estrategias didácticas que privilegian el rol activo del sujeto que aprende, en una toma de conciencia que le posibilita el desarrollo de su personalidad y de sus procesos de pensamiento para intervenir creativamente en la sociedad desde la comprensión del conocimiento. De este modo, emergen otros enfoques bajo la misma orientación activista y desarrollista de la enseñanza. Bajo esta mirada el profesor Martínez (1994) afirma que:

“(...) el hecho educativo requiere una gran apertura y flexibilidad por parte de los educadores hacia las ideas y los modelos pedagógicos del momento. El paso de la enseñanza centrada en los contenidos, a otra que sin olvidarlos, se preocupa de las estructuras mentales que hacen posible su adquisición supone una renovación de su calidad, pero requiere cambios importantes en la actuación del educador y por tanto, la preparación específica para su dominio y ejercicio (...)”. (1994, p. 53).

3.3.5. Enfoque Cognitivo y Paradigma Histórico y Social

Aparece en los inicios de los años setenta del Siglo XX en busca de erradicar el paradigma conductista de la Psicología, que había permeado a toda la educación. Teóricos como Jean Piaget, David Ausubel, Jerónimo Bruner, Lev Vygotsky ofrecieron sus aportes.

Este paradigma concibe al sujeto que aprende como una persona activa, capaz de construir su propio aprendizaje, en la medida en que interactúa con los objetos y con el medio. Además, le

ofrece al profesor un rol de creador de ambientes altamente estimulantes para el logro de aprendizajes significativos.

Desde este enfoque surge el *Paradigma Histórico Social*, cuyo principal exponente fue Lev Vygostsky (1998). Su tesis central la soportó en la Zona de Desarrollo Próximo (ZDP), definida como la distancia que hay entre el nivel de desarrollo real del individuo y el nivel de desarrollo potencial. En la ZDP ubicó la figura del profesor como mediador cultural, dando un papel esencial a la interacción social y de la fuerza del contexto social en el desarrollo de la persona.

“La ZDP es un rasgo esencia del aprendizaje, es decir, el aprendizaje despierta una serie de procesos evolutivos internos capaces de operar solo cuando el niño está en interacción con las personas de su entorno y en cooperación con algún semejante. Una vez que se han internalizado estos procesos, se convierten en parte de los logros evolutivos.” (1988, pp. 87-94).

Desde la perspectiva del Enfoque Cognitivo y el Paradigma Histórico Social, enmarcados en un Modelo Pedagógico Constructivista, se hace necesario que en los procesos de formación de competencias se indague acerca el conocimiento inerte, aquel que hace referencia al conocimiento que tiene un estudiante, sin saber cómo aplicarlo. Dicho conocimiento se encuentra memorizado y puede incluso evocar en una prueba escrita, pero no puede transferirlo, ni aplicarlo (Steffens, 2004).

Algunas investigaciones enfocadas en el tema de la instrucción intentan aproximarse al problema del conocimiento inerte, incluso algunos autores asumen, de manera metafórica, el conocimiento como una herramienta que ayuda a resolver problemas; si se aborda el conocimiento como una herramienta, se puede entonces afirmar que no es suficiente dar a los estudiantes una caja de herramientas, es indispensable además enseñarles cómo utilizarlas y entrenarlos para que puedan usarlas solos.

Cuando los procesos formativos dirigen su foco hacia el logro de competencias, se hace más evidente el problema del conocimiento inerte, (Whitehead, 1929) y con él, los intentos por tratar de acompañar a los estudiantes en la consolidación del aprendizaje significativo, es decir aquel que se logra cuando los contenidos son relacionados de modo no arbitrario y sustancial, no al pie de la letra, con lo que el alumno ya sabe. Afirmó Ausubel (1983): “Por relación sustancial y no arbitraria se debe entender que las ideas se relacionan con algún aspecto existente específicamente relevante de la estructura cognoscitiva del alumno, como una imagen, un símbolo significativo, un concepto o proposición” (p. 18).

Uno de esos intentos por contribuir con la formación de competencias es la propuesta de Experiencia de Aprendizaje Mediado (EAM), desde la Teoría de la Modificabilidad Estructural Cognitiva propuesta por Reuven Feuerstein (1980). Desde esta teoría, la Modificabilidad se produce cuando se da un cambio estructural en los patrones de desarrollo cognitivo e implica el desarrollo de las funciones cognitivas. En ella se asume la inteligencia como un proceso dinámico, modificable, en otras palabras, la modificabilidad es la capacidad global del individuo

para actuar de forma deliberada y de manera eficaz con su medio. Esa adaptabilidad es la que se llama Modificabilidad.

La EAM busca que el sujeto sea autónomo en su pensamiento y da una salida a aquellas personas que no pueden nutrirse por sí solas, ofreciéndoles la guía de un mediador, un par más capaz o un adulto competente, para lograrlo. Desde la experiencia de Aprendizaje Mediado, el profesor como mediador es la persona que selecciona o tamiza los estímulos en función de una meta concreta, es quien organiza su enseñanza y diseña estrategias de intervención educativa que procuren el logro de aprendizajes significativos en todos los estudiantes, a partir del desarrollo óptimo de las funciones cognitivas. La mediación del profesor se disminuye o incrementa, en la medida en que el sujeto eleva su nivel de desarrollo de las competencias y requiere de mayor o menor apoyo para lograr un aprendizaje significativo, tal como lo expresa Brunner:

“Las funciones tutoriales del enseñante deben mantener una relación inversa con el nivel de competencia en la tarea del aprendizaje manifestado por el aprendiz. Mientras más dificultades tenga el aprendiz en lograr el objetivo educativo planteado, más directas deben ser las intervenciones del enseñante y viceversa.” (Metáfora del Andamiaje 1997, p. 21).

Por lo anterior, es compromiso del profesor mediador en el ámbito de la relación pedagógica entendida según Prieto D, (1995) como “una mediación capaz de promover y acompañar el aprendizaje de nuestros interlocutores, es decir, de promover en los educandos la tarea de construirse y de apropiarse del mundo y de sí mismos” (p.141) estar atento a los ritmos de aprendizaje de sus estudiantes, reconocer en ellos su estilo cognitivo y proveer diferentes

estrategias de enseñanza, de manera que garantice la apuesta por la diversidad de las mismas. En este sentido, el profesor deberá realizar acciones intencionadas más directas con aquellos estudiantes que requieran de un acompañamiento más cercano y propiciar el aprendizaje colaborativo, como un camino que conduce a la democratización del aula, al espíritu de cooperación entre pares y a retos colectivos por el logro de metas de formación por competencias.

En esta misma dirección Sola M. & Moreno O. en el artículo denominado “La acción tutorial en el contexto del Espacio Europeo de Educación Superior expresan que:

“(…) las nuevas exigencias universitarias implican una modificación en la función docente, que pasa de tener una función centrada en torno a la enseñanza, a reconsiderar el aspecto del aprendizaje. El alumno pasa de ser un elemento pasivo a ejercer un papel preponderante en el proceso de enseñanza-aprendizaje, que conduce a una enseñanza participativa, activa, para convertirse en el gran protagonista del proceso (…).” (s. f. p.127).

Desmontar imaginarios relacionados con lo que ha sido la enseñanza y situar el proceso de cara a una labor consciente e intencionada es un reto por cumplir. Zabalza (2003) expresa como la idea que se tiene de enseñanza, puede incluso reducir su impacto en la formación.

“La enseñanza es un conocimiento personal basado en la propia experiencia directa y en los comentarios de nuestros colegas. Es todo un corpus de conocimientos que nos sirve de base para nuestras ideas, convicciones, planteamientos, e incluso, para la forma de actuación que empleamos como docentes. Pero no es un conocimiento suficientemente formalizado y firme. Más bien se trata de algo superficial, asistemático, vago; basado,

con frecuencia, más en intuiciones que en datos sistemáticos sobre lo que sucede en la práctica.” (p. 68).

Por eso, investigaciones que pretendan sistematizar los procesos educativos surgidos de las mismas prácticas pedagógicas, pueden ser iluminadoras para avanzar en las construcciones propias y colectivas.

De acuerdo con Rogoff (1984), el profesor debe tener en cuenta aquellos principios referidos a una participación guiada para realizar efectivamente su intervención pedagógica, ofrecer al alumno un puente entre la información de que dispone –presaberes- y el nuevo conocimiento; una estructura de conjunto para el desarrollo de la actividad; traspasar de forma progresiva el control y la responsabilidad hacia el alumno y finalmente, aparecen de manera explícita e implícita las formas de interacción entre el profesor y el estudiante. En este mismo sentido, Feurestein (1963) afirma que: “el organismo humano es un sistema abierto que en su evolución adquirió la propensividad para modificarse a sí mismo, siempre y cuando se genere un acto humano mediador” (p. 14).

En el siguiente mapa muestra la conceptualización acerca del proceso de enseñanza.

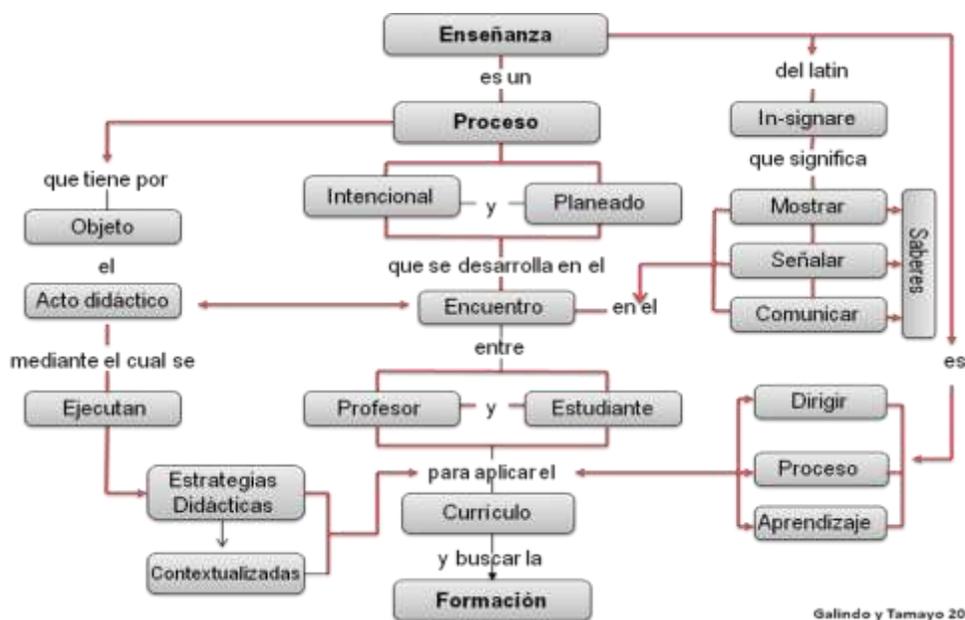


Figura 8. Mapa conceptual concepto de Enseñanza. Construcción Propia

En síntesis, se puede concluir que la formación de competencias se da en el marco de una enseñanza como un acto intencionado y planeado que se desarrolla en el encuentro entre el profesor y el estudiante, con el fin de que este último se apropie de los saberes, potencia sus capacidades y despliegue su formación. Develar lo que acontece en los espacios formativos de la educación médica en las especialidades médicas llevará hacia la reconfiguración de un enfoque didáctico propio o hacia la afirmación del existente, si es que se halla.

3.4. La Mediación Pedagógica: Retos de la Formación de Competencias

De acuerdo con Díaz B & Hernández G (1998) el aprendizaje significativo requiere de condiciones para que se pueda dar: la asociación que debe tener la nueva información respecto a

la que ya se posee, el grado de motivación por aprender y la naturaleza de los contenidos de aprendizaje.

Otros autores de la corriente constructivista del aprendizaje han reconocido que, mediante el aprendizaje significativo, el estudiante puede construir nuevos significados, lograr una comprensión de los objetos de estudio y su real transferencia a situaciones problemáticas cotidianas o esporádicas que acontecen en un campo específico del conocimiento, otorgando así funcionalidad de lo aprendido. Dado que el aprendizaje significativo está mediado por la autonomía, se hace indispensable que el aprendiz tome conciencia de sus procesos cognitivos y asuma un control efectivo sobre ellos, o sea que debe conocer los procesos que debe activar a lo largo del aprendizaje y la forma de regularlos.

Gowin (1996) y Novak (1981) refirieron que cuando el aprendizaje es significativo, el sujeto que aprende crece, tiene una percepción buena de sí mismo y se predispone a nuevos aprendizajes en el área. Contrario pasa cuando el aprendizaje es siempre mecánico, el sujeto acaba por desarrollar una actitud de rechazo a la materia de enseñanza y no se predispone a un aprendizaje significativo.

Por su parte, Coll (1990) propuso como ideas fundamentales de la construcción del conocimiento que el estudiante asuma su responsabilidad en el proceso de aprendizaje, así como que la intención educativa recaiga en la activación de los esquemas mentales, a partir de lo que el estudiante ya sabe, de manera que establezca mecanismos para aprehender de la nueva información, incorporarla y transformarla en un aprendizaje nuevo y contextualizado en la

cultura que lo produce. También argumenta que el aprendizaje de los saberes y formas culturales incluidos en el currículo escolar puede ser fuente de desarrollo personal de los alumnos, en la medida en que se potencie simultáneamente el proceso de construcción de la identidad personal y el proceso de socialización; es decir, en la medida en que les ayude a situarse individualmente de un manera activa, constructiva y crítica en y ante el contexto social y cultural del que forman parte.

El proceso didáctico que apunte hacia la formación de competencias debe orientar o enrutar su acción a partir de principios de secuenciación y jerarquización de los contenidos a aprender, según la lógica de la ciencia en que se inscriben, de este modo se garantiza una secuencia lógica y psicológica óptima para la apropiación de nuevos conocimientos y desarrollo de competencias. Desde la planeación del proceso docente educativo se han de seleccionar los contenidos relevantes, esenciales de ser mediados didácticamente. Lorenzo Tebar, (2001) en su artículo acerca del paradigma de la mediación como respuesta a los desafíos del Siglo XXI expone que:

“Si la formación pasa por el trabajo personal del alumno, el mediador debe conseguir motivar e implicar al educando en las metas que es capaz de conseguir con la ayuda del mediador. Para ello, debe seleccionar los nuevos contenidos en su relación con los conocimientos previos del alumno, con sus capacidades y sus potencialidades. La dosis de dificultad y novedad de los nuevos datos pueden marcar el éxito o el fracaso del alumno.” (p. 7)

El proceso de formación de competencias se convierte así en una experiencia significativa en la cual el profesor, como mediador, trabaja de forma intencionada hacia el desarrollo de las funciones

cognitivas, entendidas como los prerrequisitos para activar las operaciones mentales, de modo que el estudiante eleve su capacidad intelectual, potencie las capacidades de pensamiento al enfrentarse a contextos de situaciones problemas que le ofrezcan una mayor intervención en el mundo de la vida. (Feuerstein, 1979).

En el siguiente esquema se presentan las funciones cognitivas en cada una de las fases del acto mental: de entrada - antes - cuando se recibe la información y se asocia con la que ya se posee mediante los presaberes; de la elaboración - durante - cuando se procesa la información y de salida - después - cuando se ofrece una respuesta fruto del procesamiento, del análisis y de la comprensión lograda.



Adaptación de R. Feuerstein. Por Galindo & Tamayo

Figura 9. Fases del Acto Mental. Construcción Propia.

En la fase entrada del acto mental, intervienen siete funciones cognitivas básicas: Percepción clara, exploración sistemática de una situación de aprendizaje, habilidades lingüísticas de

entrada, orientación espacial, orientación temporal, conservación, constancia y permanencia del objeto, organización de la información, precisión y exactitud en la recepción de información. Estas funciones, al ser mediadas intencionadamente, garantizan el desarrollo de las operaciones mentales y, en consecuencia, la construcción de competencias que trascienden los mundos laboral, social y personal, es decir, garantiza el éxito de una persona capaz de desarrollarse humanamente en el mundo de la vida.

La fase de elaboración referida a la organización, a la estructuración y al procesamiento de la información alrededor del objeto de aprendizaje está constituida por diez funciones cognitivas: percepción y definición de un problema, selección de información relevante, interiorización y representación mental, amplitud y flexibilidad mental, organización y estructuración perceptiva, conducta comparativa, pensamiento hipotético, clasificación cognitiva. Estas funciones deberán ser mediadas desde la planeación del proceso docente-educativo, de manera que se garantice la construcción de aprendizajes significativos que impacten en la formación de la persona.

La fase de salida será la que el estudiante demuestra con una comunicación fluida como respuesta certera de la resolución problémica. Esta fase contiene ocho funciones cognitivas: comunicación explícita, proyección de relaciones virtuales, reglas verbales para comunicar la respuesta, elaboración y desinhibición en la comunicación de la respuesta, respuestas por ensayo-error, precisión y exactitud en las respuestas, transporte visual y control de las respuestas. Estas funciones, al ser trabajadas intencionadamente, con el fin de provocar el desarrollo de las operaciones mentales y la estructuración de las competencias, elevarán el éxito en la consecución

de logros, incrementarán la autoestima, cualificarán los desempeños y permitirán que el estudiante alcance un conocimiento meta cognitivo de sí mismo para beneficio propio y del medio sociocultural en el que interviene, dado que lo habilita para autogestionar su proceso de mejoramiento continuo.

Dar paso a teorías como la Modificabilidad Estructural Cognitiva es situar el discurso en un escenario más esperanzador. Desde ella se afirma que la mediación permite al sujeto recrear sus esquemas de pensamiento, ampliar la visión de mundo y lograr cambios necesarios para la adaptación al medio. Sin embargo, se reconoce que existen determinantes distales como los factores genéticos, socio-económicos y los socio-ambientales imposibles de modificar. Luego, un mediador no tiene injerencia directa para su solución, no obstante, si dichos determinantes son intencionalmente trabajados desde la Experiencia de Aprendizaje Mediado (EAM) se puede matizar el efecto que el determinante produce en la persona, según lo expresó Feuerstein (1986).

La mediación pedagógica se soporta sobre la creencia de que cualquier ser humano tiene la posibilidad de ser modificado de forma independiente en la etapa de desarrollo en la cual se encuentre, Feuerstein (1978). “Estas diferencias se pueden compensar, rehabilitar, mediar o intervenir en cualquier momento de la vida del individuo, por lo que no se presuponen períodos críticos e irreversibles en dicho desarrollo” (Prieto S, 1989, p. 343).

El proceso de mediación cuenta con características específicas que, articuladas desde la enseñanza, hacen posible el aprendizaje significativo por parte de los estudiantes. Las tres principales son la intencionalidad, el significado y la trascendencia. Desde la intencionalidad, el mediador selecciona y organiza la información para conseguir el logro de los objetivos planeados y hacer partícipe a la persona mediada.

“La intencionalidad se refiere a metas y objetivos del mediador durante el proceso, interaccionar con la persona mediada, lo cual refleja una intención explícita por enseñar algo: un contenido específico, método de organización, una actitud, una manera de pensar y hacer” (López S, 2004, p. 62).

A partir de la trascendencia, el profesor como mediador conduce al estudiante a pensar acerca de la actividad que está realizando, para que este logre pasar de lo inmediato y pueda ir más allá, ver la situación de aprendizaje en función de su aplicabilidad más allá del tiempo y del espacio presente, lo cual conduce a una reflexión constante y a un análisis acerca del objeto de estudio. Para ello, el estudiante debe hacer uso de sus presaberes, experiencias anteriores y seleccionar la información relevante, a fin de llevar a cabo una reflexión crítica. En palabras de Ausubel D, (1983) "(...) el factor más importante que influye en el aprendizaje es lo que el alumno ya sabe. Averígüese esto y enséñese consecuentemente (...)" (p. 96).

Para mediar el significado, el profesor presenta las situaciones de aprendizaje de forma tal que invita al estudiante a la búsqueda incesante del sentido; a establecer redes de conocimiento que conecten el aprendizaje que está consolidando con los otros, a quienes ya tiene incorporados en su red de conocimiento o en su propia enciclopedia; para ello, el mediador le otorgará

significado al estímulo que está trabajando y a la interrelación de este con el sujeto mediado, con el ambiente y con los aspectos emocionales que intervienen. Este proceso es dinámico y permanente y como producto se evidencia que el estudiante se siente implicado emocionalmente en la tarea, aspecto que moviliza sus motivaciones intrínsecas y el deseo de alcanzar el propósito y alcanzar niveles mayores de competencias.

Además de la intencionalidad, el significado y la trascendencia, Feuerstein (1978) menciona otras características de la mediación:

- *La conducta compartida*, el mediador potencia las discusiones reflexivas y alienta a la participación de cada integrante del grupo, de manera que se logren acuerdos consensuados, a la vez que propicia la cooperación, ayuda mutua y el establecimiento de retos colectivos, con la intención de alcanzar un clima de respeto, estimación, valoración hacia el otro, empatía entre profesor y estudiantes, gracias al grado de proximidad que se establece. En este sentido, el profesor es guía y orientador, pero al mismo tiempo, comparte con sus estudiantes y coopera para el desarrollo de sus competencias.
- *La regulación y el control de la conducta*, favorece el pensamiento reflexivo y el control de impulsividad. Además, está vinculada con el autoconocimiento, exige saber cómo se obtiene la información (input), utilizarla de forma adecuada (elaboración) y expresarla mediante el proceso de razonamiento (output).

De acuerdo con Flavell J (1996), el conocimiento metacognitivo implica conocer las propias capacidades y limitaciones de los procesos de pensamiento y ser consciente de su aplicabilidad. Existen algunas variables de orden personal, las cuales inciden en el proceso de la metacognición: lo que uno puede saber de sí mismo, relacionado con las implicaciones de la tarea: reconocer su exigencia en cuanto a funciones y operaciones de pensamiento que requieren su tratamiento y están asociadas a la selección de las estrategias y a la búsqueda planificada de posibles caminos para resolver el problema.

- *Sentimiento de ser competente*, esta característica hace referencia a la necesidad de despertar en los estudiantes el sentimiento de capacidad - ser y sentirse capaz - de poder lograr sus aprendizajes. El mediador debe alentarlos hacia el alcance de las metas y desarrollar actividades con niveles de gradación, de tal manera, que los impulse a ir progresando. Una vez obtenida la meta de aprendizaje se desencadenan sentimientos de capacidad que refuerzan su autoestima y seguridad. Tal como lo expresa Bandura (1973) “estudiantes con creencias de autoeficacia altas, rinden mejor en sus aprendizajes y tareas de resolución de problemas, son más persistentes e invierten más esfuerzo en conseguir su objetivo y aplican estrategias metacognitivas en un grado más alto”. (p.67)
- *Búsqueda de la novedad y complejidad*, El mediador anima a los estudiantes a solucionar los problemas desde diferentes vías, de manera que disminuyan los sentimientos de frustración y despierte en ellos el deseo por explorar estrategias nuevas, sin el temor al fracaso. Las estrategias y experiencias de aprendizaje deben contener cierto grado de tensión, fruto del conflicto cognitivo que desencadena en un comportamiento exploratorio. Se requiere un

grado intermedio de tensión emocional, pues si es demasiado bajo puede no activar el proceso y si es demasiado alto, tiende a limitar la dinámica cognitiva y fomenta la rigidez funcional.

- *Individualización y diferenciación psicológica*, El profesor mediador toma conciencia de la importancia de conocer las diferencias individuales de sus estudiantes y sobre la base de este conocimiento, diseña estrategias de intervención pedagógica, de manera que se potencie la diversidad de estilos cognitivos. El profesor que media la individualidad y la diferenciación psicológica ha de reconocer que sus expectativas sobre el rendimiento de los estudiantes pueden afectar, de manera significativa, positiva o negativa, el rendimiento académico de estos. En palabras de Rosenthal, J. (1971) profecías de Autocumplimiento o Efecto Pigmaleón. De aquí la necesidad de proyectar imágenes y expectativas más formativas frente a los estudiantes.
- *Búsqueda, planificación y logro de objetivos*, el mediador hace partícipes a los estudiantes respecto a los objetivos que se ha propuesto para las diferentes experiencias de aprendizaje, de tal manera que ellos se apropien de estos retos y organicen la forma cómo lograr desarrollar las competencias. Se espera que paulatinamente el estudiante vaya incorporando a su estructura mental la necesidad de trazarse metas, planificar su alcance y trabajar en consecuencia con la planeación diseñada.
- *Conciencia de la modificabilidad y del cambio*. El profesor mediador, con actividades de evaluación y comunicación, acompaña al estudiante en la interiorización de sus progresos, hasta lograr una toma de conciencia que le permite alcanzar la seguridad de que puede

avanzar en su desarrollo, a pesar de que existan algunos bloqueos de orden conceptual, actitudinal o procedimental. La transformación se va conquistando, en la medida en que el estudiante haga uso de la autorregulación y tenga clara su meta -aprendizaje. Si un individuo no puede hacer uso del conocimiento que posee puede deberse a déficit de metaprocedimientos, es decir, defectos que tienen relación con los procesos de autorregulación de una persona, como aclara Steffens K, (2004). Por su parte, Renkl (1996) distingue cinco tipos de explicaciones del metaprocedimientos así: explicaciones metacognitivas: el estudiante sabe muy poco sobre sí mismo como persona cognoscente. En consecuencia desconoce, en cierta medida, las estrategias que debe seguir para realizar algunas tareas, así como el tipo de interacción que requiere para explorar el objeto de conocimiento.

Explicaciones motivacionales: el estudiante puede mantener tensiones que afectan su estado motivacional frente a su formación. Factores como ansiedad, temor al fracaso, pesimismo, percepciones negativas de sí mismo, carencia de interés son, entre otros, aspectos por considerar en el momento de ponderar el rendimiento del estudiante. Al respecto Campos S & otros afirman que:

“(...) a motivación es reconocida como un factor importante en la enseñanza de las ciencias de la salud ya que ayuda a los estudiantes a lograr un buen rendimiento académico, el bienestar y la satisfacción, y también les ayuda a ser buenos profesionales (...).” (Campos Sánchez, & otros, 2014, s.p)

Las explicaciones de voluntad: el estudiante que está interesado en la búsqueda de solución de un problema requiere mantener un control consciente sobre la ejecución de sus intenciones de acción, de manera que, por sí mismo, garantice la culminación exitosa de su propósito.

Las explicaciones de utilidad subjetiva: la persona que aprende puede vivir un conflicto frente a sus consideraciones de aplicar los nuevos conocimientos y la utilidad subjetiva del mismo. Por ejemplo, la persona sabe que utilizar aerosoles contamina el ambiente y esta es una afirmación que ha sido probada en sus aprendizajes, pero los sigue aplicando por el disfrute de olores que estos producen en el ambiente.

Las explicaciones basadas en el sistema de creencias: los estudiantes se encuentran con un sistema de creencias que a veces les impide aplicar sus conocimientos.

Desde estas características de la mediación surge un reto para el profesor, en cualquier nivel del sistema educativo en que desempeñe su función educadora, reto que se inicia con una recomposición de su tarea educativa. La cual parte de un diseño contextualizado, pensado y recreado para un grupo de estudiantes particulares; un diseño que muestre caminos y maneras para acceder a un conocimiento cada vez más elaborado; un diseño didáctico flexible que ofrezca posibilidades para el desarrollo pleno de la curiosidad -aspecto que Morín (1999) invita a repensar:

“(…) a educación debe favorecer la aptitud natural de la mente para hacer y resolver preguntas esenciales y correspondientemente estimular el pleno empleo de la inteligencia general. Este pleno empleo necesita del libre ejercicio de la curiosidad, la facultad más

expandida y más viva de la infancia y de la adolescencia, la cual desaparece a menudo por acción de la instrucción, cuando de lo que se trata, por el contrario, es de estimularla o, si está dormida, de despertarla (...).” (p. 18).

El reto se encamina hacia la construcción de un diseño didáctico que se traduzca en una práctica pedagógica con sentido, en la cual se evidencien las cualidades y características del profesor como mediador, aquellas que Beltrán (1993) desarrolla.

“Diseña un estilo de enseñanza que muestra su confianza en la naturaleza activa y cambiante de las personas. Genera procesos formativos integrales procurando que sus estudiantes alcancen habilidad para utilizar sus operaciones mentales y funciones cognitivas. Centra su trabajo en la meta cognición, al ayudar a sus estudiantes a la toma de conciencia de sus propios procesos y actividades mentales. Ofrece mediaciones de contenidos, de significados culturales, sentimientos, afectos y valores. Mantiene un optimismo pedagógico, con el objeto de ayudar a sus estudiantes en el desarrollo de la personalidad, desde la posibilidad de modificabilidad y del crecimiento de sentimientos de autoestima.” (p.34)

Desde el enfoque sociocultural en que se enmarca la experiencia de aprendizaje mediado, aparece además el aprendizaje experiencial y situado que buscan también el desarrollo de competencias, partiendo de la premisa de que el conocimiento es parte esencial del contexto y de la cultura en la cual se desarrolla y se aplica.

De esta manera, se da paso a la mirada por las corrientes pedagógicas que pueden inspirar las prácticas educativas en las especialidades médicas o dar el marco hacia la construcción de un nuevo enfoque didáctico, basado en la formación por competencias.

3.5. Acerca de la Didáctica Para Formar Competencias.

De forma científica, los procesos de enseñanza y de aprendizaje tienen unos componentes dinamizadores para llegar a alcanzar unos objetivos educativos. A ellos se les conoce como los procesos didácticos, pues contribuyen a establecer modelos descriptivos, explicativos e interpretativos que favorecen una intervención efectiva.

La Didáctica, analizada por algunos pedagogos clásicos, fue concebida como el arte de enseñar, desde una tendencia prescriptiva, como lo expresaron Comenio (XVII) y Herbart (XIX). Con la entrada de otras tendencias psicológicas y pedagógicas aparece un concepto de didáctica ligada, no solo al proceso de enseñanza, sino también al de aprendizaje, lo cual lleva a que la experiencia - tanto de profesores como de estudiantes - cobre un papel fundamental, como aparece en Peralozzi, Rosseau, Dewey, Makarenko (XX).

Hacia finales de los 70 emerge el concepto de Didáctica desde un enfoque más interpretativo, hermenéutico que permitió no solo reconocer el proceso de formación, sino el contexto en que este ocurre, la incidencia de las ideologías políticas y sociales y su repercusión para la

comprensión de la práctica, como en Bordieu y Foucault (1980). Así la Didáctica está llamada a intervenir en las particularidades del proceso docente educativo y no solo en el método.

Para Wolfgang Klafki (1987) la Didáctica es una ciencia interpretativa, reconstructiva y crítica, por cuanto intenta la comprensión de métodos, modelos, leyes, sujetos; a la vez que busca suplir los vacíos que se han producido durante la práctica educativa, desde una perspectiva que repiensa la posición de la persona en el medio y en la sociedad.

Para Zabalza (1990) la Didáctica tiene dos finalidades, por una parte cuenta con una fundamentación teórica desde una ciencia descriptiva- explicativa y por otra, cuenta con dominio práctico, de modo que esta doble finalidad se articula para dar soporte a una praxis que explica su quehacer desde el constructo teórico.

Para Not (1992) la Didáctica es un proceso de mediación que pretende apoyar al estudiante en la adquisición de la información y su transformación en conocimiento. Así la relación entre profesor y estudiante es recíproca, de mutuo apoyo y crecimiento. En este mismo sentido Habermas (1996) sostiene que la relación exige reconocimiento mutuo desde la intersubjetividad, es decir, desde el cruce de subjetividades para que exista una verdadera acción comunicativa entre el que enseña y quien aprende, distante de posturas verticales. Él propone un diálogo abierto en permanente reconstrucción y así la Didáctica es provocadora de la conversación entre profesores y estudiantes, como sujetos capaces de expresar, mediante el lenguaje, sus

inquietudes, sus maneras de interrogar e interrogarse, como también lo señalaba Kant. De manera que se puede afirmar que la esencia de la Didáctica, desde la concepción hermenéutica, es su estrategia discursiva para aproximar a los actores en comunicación permanente hacia la búsqueda de nuevos conocimientos (González 1999)

En esta última perspectiva de la Didáctica, los procesos de enseñanza y de aprendizaje, denominados también el proceso docente educativo, se convierten en campo de estudio de la didáctica. Esta explica los principios que deben regular la consecución de las metas educativas y para ello determina métodos y estrategias derivadas de las aportaciones en el campo de la Psicología y de la Pedagogía. En palabras de Álvarez (1992):

“(...) la ciencia que estudia el proceso docente-educativo recibe el nombre de Didáctica, es decir, que mediante la Pedagogía estudia todo tipo de proceso formativo en sus distintas manifestaciones, la Didáctica atiende solo al proceso más sistemático, organizado y eficiente, que se ejecuta sobre fundamentos teóricos y por personal profesional especializado: los profesores. En consecuencia, la Didáctica es una rama en la Pedagogía (...).” (p. 14)

La Didáctica, como ciencia, posee un sistema teórico y una estructura propia. Ambos aspectos son influenciados por el contexto social y al ser su objeto de estudio el proceso docente educativo, tiene como problema apuntar a la formación integral de la personas y aquí se evidencia la importancia de investigación en el campo. De esta manera, se reconoce el estudio de la Didáctica desde un campo más amplio de la relación entre el estudiante y el profesor y ubica, además, el valor de los contenidos o saberes inmersos en la cultura- derivados de la ciencia, pero

también de la experiencia, tradiciones, costumbres- como contexto de interacción de los sujetos participantes, de reproducción y transformación social. En este sentido Camilloni afirma que:

“(...) desde la didáctica general se postula que es necesario atender a una doble demanda. La enseñanza, por una parte, debe ser individualizada y, por ese camino, con el apoyo del docente que le proporciona andamios, el alumno logrará un aprendizaje autónomo. Pero otra dimensión que también se debe incluir en la enseñanza para la comprensión profunda es la que deviene de la consideración de las variables sociales en los procesos de aprendizaje. El aprendizaje colaborativo se encuentra actualmente entre las estrategias de enseñanza que demuestran mayor valor didáctico. Las fuentes de esta doble propuesta se hallan en la Didáctica General de Enfoque Socio-Cognitivo (...).” (1999, p. 8)

La perspectiva crítica de la Didáctica permite ampliar la mirada del proceso educativo más allá del aula, para situarse en el contexto social, de manera que aborda, además de los problemas técnicos, aquellos relacionados con lo cultural, político, económico y lo ideológico, los que inciden en los roles tanto de maestros, como de estudiantes en sus actuaciones como miembros de una sociedad. “Hay una articulación entre las exigencias de la Didáctica, como disciplina desarrolladora en función de los problemas del maestro, la enseñanza y el currículum, como ámbito de conocimiento vinculado a los procesos institucionales de la educación”. (Díaz B, 1997, p. 37)

A continuación se presenta un mapa conceptual que sintetiza el proceso didáctico



Figura 10. Mapa Conceptual Didáctica. Construcción Propia

En síntesis, se puede afirmar que el objeto de estudio de la Didáctica es el proceso docente educativo o los procesos de enseñanza y de aprendizaje. En él se articula lo individual y lo social, ambos elementos fundamentales para la formación de la persona en la sociedad, según lo expresó Chevallard (1999):

“(…) el sistema didáctico no es el efecto de nuestra voluntad. Su funcionamiento- sin hablar siquiera todavía de su buen funcionamiento- supone que la ‘materia’ (enseñante, alumnos, saber) que vendrá a ocupar cada uno de los lugares, satisfaga ciertos requisitos didácticos específicos. Para que la enseñanza de un determinado elemento de saber sea meramente posible, ese elemento deberá haber sufrido ciertas deformaciones, que lo harán apto para ser enseñado. El saber-tal-como-es-enseñado, el saber enseñado, es necesariamente distinto del saber-inicialmente-designado-como-el-que-debe-ser-enseñado, el saber a enseñar (…).” (pp. 16-17)

La transposición didáctica, mencionada por Chevallard (1991) permite el paso del llamado saber sabio al saber enseñado, aspecto que compromete al profesor directamente con un saber que requiere de tratamiento didáctico para poder ser provocado, y al estudiante, mediante un puente cognitivo que le permita hilar sus conocimientos previos y asociarlos a la nueva información. De este modo se apropia de un aprendizaje que le era ajeno y se vuelve cercano, gracias a la transposición didáctica., como lo analizó González (2006), “el saber sabio es un discurso técnico que suele comunicarse mediante un lenguaje científico.” (p. 94). Cada enunciado en el lenguaje científico porta símbolos, signos que son en el lenguaje científico y significan en el lenguaje científico. El sujeto que se acerca a las ciencias necesita traducir los símbolos, a partir de su lenguaje cotidiano, para comprender lo simbólico del lenguaje científico y dotarlo de su significado.

Esto implica una toma de conciencia del acto docente, que va más allá de la selección de contenidos. Es su lectura desde el contexto en que se sitúa y la relación de dicho contexto con la realidad del estudiante que se está preparando en un territorio de la ciencia o la disciplina, bajo condiciones óptimas de formación y conciencia social del conocimiento que está apropiando. En este mismo sentido, Díaz B (1992) afirma que la Didáctica se concibe más como una expresión que articula la institución educativa con el momento social, así va más allá de resolver el problema de la enseñanza. En palabras de Álvarez & González (2002):

“(…) ser consciente implica que el proceso docente-educativo es dirigido. En él están presentes los sujetos estudiantes y profesores. El profesor, como representante de la sociedad, es quien guía el proceso por medio de la enseñanza problémica, desde la lógica de las ciencias y el estudiante dirige su proceso de aprendizaje. La maestría radica en que el profesor sea capaz de guiar el proceso docente (...).” (p. 113)

Vale precisar que el centro del proceso docente educativo es la formación y en consecuencia, el sujeto esencial es el estudiante, así el profesor sea quien conduce el proceso de forma consciente e intencionada hacia la formación integral, hacia la formación por competencias. Para ello, puede tener en cuenta los principios de la Didáctica: la escuela en la vida, la educación, mediante la mediación pedagógica y la formación, con ayuda de la comunicación. En el primer principio se reconoce la relación directa entre la sociedad y la escuela; el segundo principio precisa la importancia del modelo didáctico por medio del cual se logran las transformaciones de los sujetos, y el tercero, resalta lo educativo como un acto comunicativo. (Álvarez & González, 2002)

En el siguiente mapa se puede ver la integración entre lo pedagógico, lo didáctico y lo curricular, con el fin de precisar sus intencionalidades hacia la formación (González A., 2005)

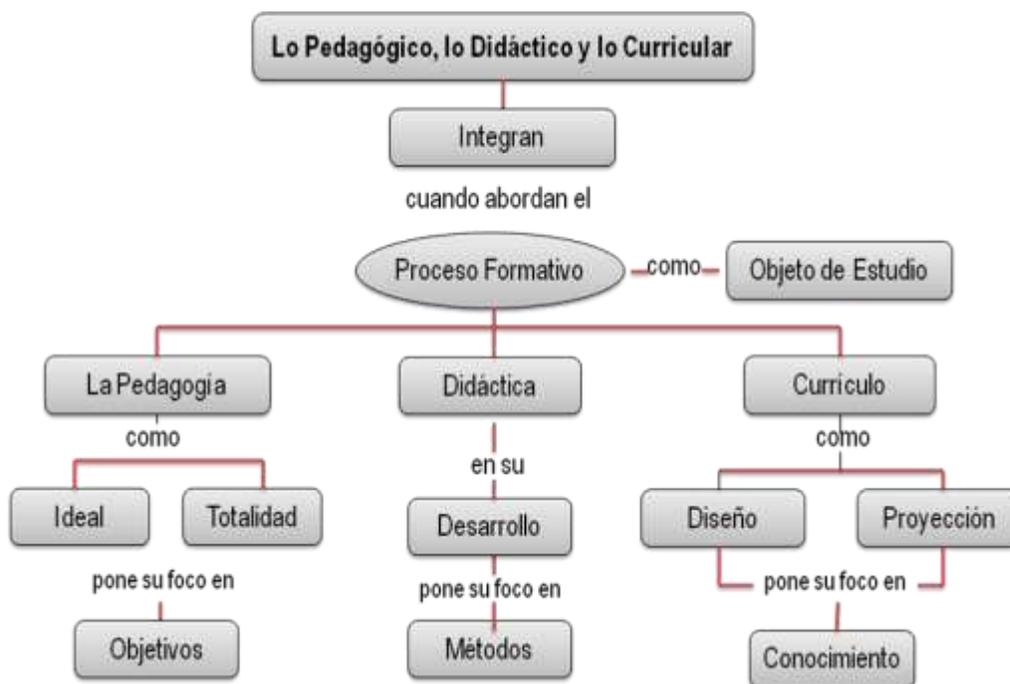


Figura 11. Lo Pedagógico, lo Didáctico y lo Curricular. Construcción Propia

De acuerdo con Álvarez C, (1992), el primer componente del proceso docente-educativo es:

- *El problema* derivado de las necesidades de la sociedad para apuntar a una formación determinada, en un campo específico y con los valores y actitudes requeridas para un desempeño profesional idóneo.
- *El objetivo* aparece como segundo componente y se concibe como el propósito, la meta de formación que se espera en el estudiante, luego de transitar por la institución educativa.
- *El Objeto* corresponde a la parte concreta del problema, pues manifiesta la necesidad de formación en un área específica de una disciplina o ciencia para intervenir directamente sobre la solución de un problema en la sociedad.
- *El contenido de aprendizaje*, es el cuarto componente, propio de una ciencia o disciplina, el cual se requiere para intervenir el problema de estudio. De este modo, el alcance del objetivo implica la formación de un pensamiento disciplinado de un saber, es decir su dominio para poder intervenir el problema con idoneidad.

- *El método* es el quinto componente, para que se logre la apropiación de un saber disciplinado, se requiere una secuencia del proceso, un orden lógico derivado de la ciencia, que garantice la comprensión de la complejidad de las partes que constituyen dicho saber.
- *La forma de enseñanza* es el sexto componente, porque ella determina los tiempos o secuencias en los que se desarrollan los contenidos y se alcanzan los objetivos, así como la conformación de los grupos de estudiantes a los que va dirigida la intencionalidad educativa. Puede ser tutorial y grupal, según la tipología de actividad propuesta y se ejecuta mediante talleres, seminarios, clase magistral, práctica, investigación, tutorías, etc.

En actividades académicas se desarrollan las clases de acuerdo con la función de introducción de un tema, del desarrollo del mismo, la sistematización y evaluación del aprendizaje.

- *Los medios* constituyen el séptimo componente y hacen referencia a los recursos necesarios para disponer al estudiante, con relación a su objeto de aprendizaje y garantizar, en buena medida, su comprensión.
- *El resultado* que conduce a valorar tanto el proceso como el producto alcanzado, luego de cierto periodo de formación del sujeto.

El proceso docente-educativo que se orienta a la formación por competencias es de naturaleza compleja y sistémica. Compleja, porque su totalidad es más que la suma de sus elementos

constitutivos (problema, método, objeto, objetivo, contenido, formas, medios, resultados) e implica una contextualización de dichas partes en forma holística, con sentido y orientación hacia la búsqueda de ideales de formación que procuren la transmisión y la transformación cultural. Es sistémico porque sus elementos forman una red interrelacionada, cada parte en sí misma es un todo y a su vez, constituyen la parte para un todo mayor (el proceso docente educativo) y este a su turno, para el proceso formativo general.

Lo anterior, visto desde la teoría de los sistemas (Morín, 1984) cuyos principios: dialógico (reconocimiento de las contradicciones y necesidad de unir puntos divergentes para repensar la complejidad en este caso del acto didáctico); recursión (relación biunívoca entre causa y efecto: proceso de enseñanza- proceso de aprendizaje), hologramático (el todo más que la sumatoria de sus partes y a su vez, las partes en sí mismas más que un todo, dada la multiplicidad de factores que pueden influir en una y otra: componentes del proceso docente-educativo) operan en la complejidad de lo educativo y favorecen la coexistencia de tensiones individuales, culturales, sociales que emergen de la relación dialéctica entre la Pedagogía, la Didáctica y el Currículo, cuyo horizonte de sentido es la formación del hombre en la vida y para la vida, como una de las leyes de la Didáctica propuestas por Álvarez (1992).

De acuerdo con Villa & Poblete (2007), se deben tener en cuenta cuatro elementos esenciales en la planeación y desarrollo de los procesos de enseñanza y de aprendizaje para la formación de competencias:

-Selección de estrategias didácticas, que responda con los propósitos de formación y que sean coherentes con los ambientes de aprendizaje que reten a la solución de problemas.

-Selección de las modalidades para la organización de los procesos de enseñanza y de aprendizaje, en este sentido, algunos ambientes educativos pueden ser presenciales, otros semi presenciales, otros virtuales o incluso mixtos.

-Selección de estrategias de acompañamiento y seguimiento del estudiante, que favorezcan la retroalimentación o feedback de su progreso, así como la autoevaluación acerca de cómo se siente y qué ha logrado durante el proceso.

-Selección de un sistema de evaluación variado y coherente con el qué evaluar, para qué evaluar, por qué evaluar, cómo evaluar y cuándo evaluar.

A estos cuatro elementos se les puede agregar, además, la selección de recursos educativos para identificar en ellos la variedad, novedad y pertinencia, de manera que se impulse al uso de diferentes recursos físicos, bibliográficos y tecnológicos.

SEGUNDA PARTE:
TRABAJO EMPÍRICO

CAPÍTULO 4

Diseño y Metodología de la Investigación

4.1. Diseño y Metodología de la Investigación

Se realiza una investigación descriptiva que en palabras de Alexis Labarca, C. Hace referencia a la descripción de fenómenos sociales o educativos en una circunstancia específica determinada. En este sentido, autores como Deobold, B. Van Dalen & William J. Meyer (1974) precisan que su objetivo consiste en indagar y conocer acerca de las situaciones, actitudes y costumbres que, mediante la descripción precisa, se plasman en lo evidenciado, a partir de la recolección de datos que organizados sistemáticamente, dan lugar a interpretaciones exhaustivas, se analizan y se alcanza un nivel de comprensión que facilita la contribución del conocimiento.

Según Pauda, J. (1993) en esta investigación se busca llegar a levantar un diagnóstico, “(...) describir de modo sistemático las características de una población, situación o área de interés no está interesado en comprobar explicaciones, ni en probar determinadas hipótesis, ni en hacer predicciones (...)” (p. 44).

Las etapas de la investigación descriptiva, parten de una definición clara de las características que se pretenden describir. A continuación se debe precisar las formas como se

van a realizar las observaciones; la selección de la población, las técnicas de recolección de datos, recolección de datos e informe descriptivo de lo encontrado. (Tamayo, 1995)

En la presente investigación se hace una caracterización mediante la descripción del proceso pedagógico que subyace a la educación médica de las Especialidades Clínicas y Quirúrgicas en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y a partir de allí, se proponen los fundamentos y criterios para el diseño de un enfoque didáctico activo.

4.2. Justificación de la Investigación

La Organización Mundial de la salud (OMS) viene afirmando que las residencias médicas deben ocupar un lugar privilegiado dentro de las políticas de salud, de modo que ellas respondan al perfil del futuro especialista que requiere el país, se reorienten de cara a las prioridades de especializaciones que se necesiten y que los profesionales extiendan su labor con incentivos adicionales, hacia las diferentes zonas geográficas del país, como las provincias, para lo cual se hace prioritaria la revisión de las relaciones institucionales entre Salud y el ámbito de la Universidad-Educación, de modo que se garantice el financiamiento requerido para el proceso educativo.

De otra parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), cuenta con estudios investigativos en el campo del currículo de posgrados médicos, quirúrgicos y allí se evidencian fallas sustanciales en los procesos de formación por competencias y de la evaluación.

La Doctora Borell, (2006) representante de la OPS, en su investigación referida a los currículos en las residencias médicas, afirma que para definir el perfil de médicos especialistas que queremos, se deben revisar los determinantes sociales de la salud, la protección social, la promoción de la salud y la salud ambiental. Dar un vuelco a la formación médica centrada en la docencia y la práctica para pasar a otro escenario en el cual esta se centre en el aprendizaje y la investigación. Lo anterior exige el impulso de la creación de enfoques formativos que consideren la disciplinariedad y la interdisciplinariedad, el trabajo en equipo, la inclusión de nuevos diseños curriculares y contenidos en la formación, la articulación de la formación intra y extra residencia, el desarrollo de nuevos escenarios de formación, la formación centrada en el aprendizaje y la investigación, el aprendizaje mediante nuevas estrategias, abordajes y soportes tecnológicos.

La formación de posgrado en el área médica inició en América Latina entre las décadas de los sesenta y setenta y a la fecha, es poco lo que se ha indagado en todos aquellos determinantes que condicionan su progreso. Desde el punto de vista educativo, por ejemplo, es evidente el énfasis en la asistencia médica por encima de la enseñanza médica, sumado a otros múltiples factores que aún faltan por estudiar.

“En las residencias de muchos países latinoamericanos se identifican en los últimos años una serie de problemas tales como: la fuerte carga de trabajo que tienen los residentes, en detrimento de las horas dedicadas al aprendizaje y al estudio sistemático; el empleo de teorías pedagógicas de transmisión y adiestramiento con escasa incorporación de procesos reflexivos y fundamentados en metodologías problematizadoras; la continuidad de planes de estudios obsoletos y enfoques curriculares que poco se corresponden con las teorías conductistas; la carencia de investigación como medio formativo y la ausencia de un enfoque epidemiológico en los planes de estudio; la presencia de un modelo curativo y biológico y la disociación con los factores determinantes de salud.” (Borell, 2006, p. 3)

Es precisamente la necesidad de actualizar los currículos e inducir los nuevos paradigmas educativos, de cara a un profesional reflexivo y crítico, así como el lograr la formación de un recurso docente que rompa con el paradigma transmisionista caracterizado por el marcado énfasis a la práctica pedagógica oral, el monólogo, el libro guía para dar paso a un proceso más dialógico, con múltiples recursos disponibles para acceder al conocimiento, como razones valederas para impulsar la investigación en el campo de la educación médica en las especialidades médicas.

La Universidad de Antioquia como la principal institución estatal del orden departamental y la segunda a nivel nacional que desarrolla el servicio público de la Educación Superior, tiene dentro de sus intencionalidades formativas estar a la vanguardia de las nuevas tendencias educativas que posibiliten la producción y el desarrollo de conocimiento, llevando a liderar transformaciones pedagógicas y curriculares que aporten a la pertinencia social y académica de los programas ofrecidos, de aquí que se pregunte permanentemente no solo por el campo disciplinar de la

educación que se imparte, sino además por el sentido pedagógico que debe orientar la formación de los profesionales. Por esta razón promueve la iniciativa de investigadores y grupos de investigadores interesados en aporte a los avances en el campo específico de la pedagogía, de aquí la importancia de que la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia lidere esta investigación que pueda aportar a la renovación didáctica de las especialidades médicas que responda a las exigencias actuales de la profesión. Además se puede contribuir al estado actual de la investigación por cuanto en los antecedentes expuesto en el apartado anterior, es claro que no existe una investigación que dé cuenta de la descripción de lo que acontece de manera formal o informal durante el proceso de educación médica en el grupo de las 21 Especialidades médicas pertenecientes a la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia que pudiera caracterizar un enfoque didáctico inspirado en las prácticas educativas que busquen la formación por competencias en este grupo de especialidades. En consecuencia, el aporte que se pueda ofrecer desde esta investigación de la Universidad de Antioquia, puede servir de referente para ampliar la investigación en otras Facultades de Medicina de Colombia y de Latinoamérica.

En el año 2000 la Facultad de Medicina realizó una transformación curricular y luego de 11 años de su implantación, se adelantó una investigación acerca de la evaluación del currículo en el pregrado. No obstante, en los programas de las especializaciones clínicas y Quirúrgicas, que nacieron desde los años 50 y hasta la fecha, aunque algunas se han sometido a procesos de autoevaluación, no han tenido una valoración evaluativa de la pertinencia de la educación médica impartida en este nivel de formación.

Los programas de las especializaciones clínicas y quirúrgicas surgieron gracias a la preparación de algunos integrantes del cuerpo profesoral que fueron a adelantar estudios en Universidades y hospitales franceses y norteamericanos y una vez aprendían las técnicas y procedimientos quirúrgicos, retornaban a la ciudad de Medellín y desde la Facultad de Medicina, emprendían la tarea de formar a otros tal y como ellos fueron formados. Así, de generación en generación se ha impartido por años la enseñanza de los posgrados clínicos y quirúrgicos.

La educación médica en las especializaciones clínicas y quirúrgicas en la Universidad de Antioquia probablemente se esté desarrollando de manera espontánea, los profesores informalmente acompañan a los estudiantes y les imparten sus experiencias, de la misma forma como les enseñaron a ellos. En algunos de los informes de autoevaluación, las diferentes audiencias confirman esta dificultad en los procesos de enseñanza, de aprendizaje, de evaluación, de desarrollo de las competencias, de la adecuación de espacios de aprendizaje y de la carencia de formación pedagógica, puesto que la mayoría de los profesores que imparten la docencia en este nivel cuentan con una formación específica amplia desde la científicidad, pero con pocas bases teóricas y prácticas de los procesos pedagógicos y didácticos.

Específicamente en la formación de competencias, la Facultad cuenta con una investigación a nivel del currículo de pregrado de medicina que permitió armonizar la intencionalidad de formación de competencias a partir de la definición de las capacidades de pensamiento y la organización de los saberes que se van apropiando en la medida en que el estudiante transita por el plan de estudios. En este momento hay declaración de las competencias genéricas o

transversales que aspira a potenciar en sus estudiantes, así como de las competencias específicas en cada uno de los niveles que cursa. Se busca migrar del nivel del pregrado médico hacia el posgrado médico las competencias genéricas para garantizar que éstas sigan potenciándose durante toda su formación y precisar las específicas.

En la Universidad de Antioquia y específicamente en la Facultad de Medicina, unidad académica en donde se desarrollará la investigación, se cuenta con el apoyo de las directivas y de la comunidad académica para desarrollar este interés investigativo, por cuanto comprenden la necesidad de indagar acerca de la educación médica en los posgrados clínicos y esperan que los hallazgos de la investigación puedan aportar a los procesos de modernización pedagógica y didáctica, así como a elevar los estándares de calidad de los programas y su repercusión en los procesos de formación de los residentes y futuros egresados.

Desde este criterio de apertura institucional hacia la investigación, se garantiza la disponibilidad de acceso a la población de forma directa para aplicar los instrumentos y poder recolectar los datos, así como la indagación de fuentes documentadas para analizar su contenido y la viabilidad de realizar observaciones de campo en diferentes momentos y espacios de formación.

4.3. Antecedentes Investigativos Sobre la Caracterización del Modelo de Educación Médica en las Especialidades Clínicas y Quirúrgicas

Después de más de medio siglo de existencia de los Posgrados de Medicina en Colombia, se realiza una búsqueda amplia que intenta develar las investigaciones que hacen una aproximación al modelo de educación que siguen los profesores de las especialidades clínicas y quirúrgicas, especialmente aquellas que se realizan en la Universidad de Antioquia de la ciudad de Medellín.

Esta búsqueda no deja de lado las investigaciones de corte nacional e Internacional ya que de ellas importan, no solo las tendencias con las cuales se ha tratado el tema, sino “las ausencias” y aportes que posibilitan nuevas líneas de trabajo y dan sentido a la presente investigación.

- Dentro del proceso de búsqueda de documentos se incluyeron varios momentos:
- Identificación de las palabras claves y las estrategias de búsqueda.
- Selección de bases de datos en línea.
- Búsqueda de documentos, según los descriptores.
- Revisión de los resúmenes de los datos arrojados en las Bases de Datos, a la luz de los criterios que determinan la documentación, de acuerdo con el tema de investigación.
- Búsqueda del texto completo.
- Organización de la información de los estudios en Fichas.
- Revisión y análisis de la información.

4.3.1. Estrategias de Búsqueda.

Para limitar la búsqueda se establecieron principalmente, los siguientes criterios:

- Bases de datos de reconocimiento académico y relacionado con las categorías Educación- Medicina.
- Documentos en idiomas español e inglés y dentro de la búsqueda sólo se incluye un artículo en idioma Portugués- .
- Documentos enfocados en los posgrados de Medicina, preferiblemente en las Especialidades Clínicas y Quirúrgicas.
- Documentos de investigación.
- Documentos relacionados con el modelo de educación que siguen los médicos.

4.3.2. Descriptores.

Se utilizaron diferentes conceptos- categorías que se derivan principalmente de la pregunta y el tema de la investigación. Debido a que son categorías macro, se especificó la búsqueda utilizando conceptos abarcados por estas. En el caso de Educación, se utilizaron categorías específicas como: Enseñanza, Aprendizaje, Evaluación, Didáctica y el mismo concepto de educación, con relación a la medicina y/o específicamente con los posgrados clínicos (se incluye en el estudio uno relacionado con las especialidades quirúrgicas, por cuanto realiza un amplio análisis sobre las especialidades médicas) En algunas ocasiones se adicionó a los descriptores

unos conceptos que delimitaban la búsqueda, por ejemplo, se indicaba el país de Colombia o España en bases de datos muy amplias como Google Académico.

Las diferentes formas en que se combinaron los descriptores se realizaron teniendo en cuenta la base de datos o catálogo en línea, al que se accedía, con la finalidad de aumentar las posibilidades de encontrar datos que cumplieran con los criterios de la búsqueda.

En la siguiente tabla (No. 5) se especifican los descriptores utilizados de acuerdo con cada base de Datos, la muestra total o parcial tomada, así como la cantidad de resultados arrojados y la de documentos seleccionados como Antecedentes.

Tabla 5.

Descriptorios y resultados de búsqueda en bases de datos. Construcción propia

Bases de Datos		Palabras Claves / Descriptorios y Resultados			
Redalyc	Educación Medicina 222 - 1	Educación Medicina Posgrado 4-0	Especialidad Clínica 17 - 0	Posgrado Medicina 130 - 0	Enseñanza Clínica Posgrado 9 -0
Dialnet	Educación Medicina 276-2	Especialidad Clínica 24-0	Posgrado Clínica 17 - 0	Enseñanza Especialidad Medicina 8 - 0	Evaluación Especialidades Medicina 9-0
Scielo	Educación medicina Muestra 310-1	Formación Médicos 299-1	Especialidad Clínica 170-1	Posgrado Medicina 48-2	Medicina Evaluación Posgrado 05-1
Universidad de Granada	Educación Médica/Medicina 260-0	Medicina Enseñanza 124-0	Medicina Aprendizaje 37-0	Medicina Didáctica 10-0	Especialidad Clínica 73-0
Universidad de Antioquia	Educación Medicina 400-1	Medicina Evaluación 150-0	Posgrado Medicina 19-0	Especialidades Clínicas 92-1	especialidades Quirúrgica 2-0
Google Académico	Especialidades Quirúrgicas Colombia Muestra de 4570: 108-1	Especialidades Clínicas Colombia Muestra de 13.800: 130-1	Especialidades Médicas España Muestra 16.200: 130-1	Evaluación Especialidad Clínica Muestra de 17.300: 120-1	Enseñanza Especialidades Clínicas Muestra de 17.800: 130-1
Ascofame	especialidades Clínicas 12-0	Posgrado Clínico 0-0			
OPS:Colops	Especialidades Clínicas 1-0	Posgrado Clínico 0-0			
Eric	Teaching Clinical Specialties 5-0	Learning Clinical Specialties 15-0	Clinical Residency Competencies 12-0		
Ebsco	Teaching Clinical Specialties 10-0	Clinical Residency medical Education 0-0	Clinical Residency Competencies 0-0		
Pubmed	Teaching Clinical Specialties Muestra 293-5	Clinical Competencies Residency Muestra 130-3			

4.3.3. Bases de Datos.

Las Bases de Datos utilizadas en la búsqueda fueron seleccionadas, teniendo en cuenta el número de documentos publicados y el reconocimiento que tienen dentro de la comunidad académica. Se hizo especial énfasis en los catálogos en línea de la Universidad de Antioquia, la Universidad de Granada y las Pinas relacionadas con la Educación y la Medicina en el país y en la OPS y Ascofame. Dentro de las bases de datos se encontraron documentos virtuales y otros en los que se hacía referencia a su localización.

Tabla 6.

Características Generales de las Bases de Datos Utilizadas. Construcción Propia

Logo	Descripción
	<p>DIALNET es una hemeroteca virtual multidisciplinaria con material predominante en habla hispana y con acceso a cerca de 3.500 publicaciones electrónicas y 35.000 artículos en textos completo. Es el resultado de un consorcio de varias universidades españolas que lidera la Universidad de la Rioja.</p>
	<p>El sistema de Información Científica REDALYC, es una red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal que surgió como proyecto de la Universidad Autónoma del Estado de México, con el fin de permitir el estudio, la difusión, la crítica y la citación de los documentos de producción científica de Iberoamérica. Para esto, cuenta con 758 Revistas Científicas, 18.337 Números y 229.245 Artículos con texto completo.</p>
	<p>SCIELO, es una Biblioteca Científica Electrónica en línea que sirve como modelo para la publicación de literatura científica en los países en desarrollo, especialmente en América Latina y el Caribe. Contiene la publicación electrónica de ediciones completas de las revistas científicas: 935 Revistas, 25.027 Números, 367.845 Artículos y 7.820.682.</p>
	<p>ASCOFAME, creada en el año de 1959. La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina –Ascofame- ha tenido gran incidencia en la educación médica. Esta cuenta con un aula virtual dedicada a la revista (Educación Médica de Ascofame) que tiene como objetivo lograr la excelencia en la educación de los profesionales de las áreas de la salud.</p>

Logo	Descripción
	<p>La OPS (Organización Panamericana de la Salud) es la oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Trabaja con los gobiernos de las Américas y la sociedad civil. Tiene una Base de Datos, Colops que referencia documentos publicados por la OPS/OMS, el Sistema de las Naciones Unidas y organismos gubernamentales que trabajan el tema de la salud pública.</p>
	<p>ERIC - Centro de Recursos Educativos de la información - es una biblioteca digital en línea que cuenta con más de 1,4 millones de registros bibliográficos de artículos de revistas y otros materiales relacionados con la Educación, que tienen como fin, promover la investigación Educativa y así mejorar las prácticas de enseñanza y aprendizaje. ERIC es patrocinado por el Instituto de Ciencias de la Educación (IES) del Departamento de Educación de EE.UU.</p>
	<p>Fundado en 1994, EBSCOhost es un servicio de Información a nivel internacional que cuenta con más de 300 bases de Datos de investigación, ofrece servicios de libros electrónicos, servicios de búsqueda federada y una variedad de oportunidades de asociación para los editores. Las bases de datos de investigación cubren todas las áreas, niveles de investigación y comunidades de usuarios. Incluyendo Bibliotecas públicas y universidades, hospitales, corporaciones y agencias gubernamentales.</p>
	<p>El proyecto Pubmed, desarrollado por la National Center for Biotechnology Information (NCBI) contiene las bases de Datos más completas en el área Biomédica, incluyendo a Genbak complete Genoma, preMedline, y Medline. MEDLINE es la base de datos más amplia de la National Library of Medicina (NLM) que contiene más de 15 millones de referencias bibliográficas de artículos de revista, desde 1960 en relación al área Biomédica.</p>
	<p>OPAC- Universidad de Antioquia</p>
	<p>Universidad de Granada – España</p>
	<p>Google Académico</p>

Tabla 7.

Datos de las Investigaciones Seleccionadas. Construcción Propia

Antecedentes de la Tesina (Diciembre de 2011 a Agosto de 2012)						
Titulo	Autor (es)	Año	Tipo de Documento	Lugar	Descriptor Utilizado	Base de Datos
Perfil de formación del posgrado en Medicina Interna en Colombia	Juan Carlos Velásquez, Análida Elizabeth Pinilla, Alfredo Pinzón, Diego Service, Rodolfo José Dennis, María Nelly y Niño de Arboleda.	2008	Acta Medica Artículo de Investigación	Bogotá Colombia	Educación Medicina	Redalycs
De las facultades de Medicina a la residencia de Pediatría, pasando por el examen de médico interno residente ¿algo debe cambiar?	Javier González de Dios, Isabel Polanco Allué, Carlos A. Díaz Vázquez	2009	Anales españoles de pediatría: Artículo	España	Educación Medicina	Dialnet
Concepción del modelo integral en la formación del Especialista en Medicina Interna de la UCLA	Georges Agobian	2007	Teré: revista de filosofía y socio-política de la educación	Venezuela	Educación Medicina	Dialnet
El tutor en el proceso de formación del especialista de Medicina General Integral	José Antonio Montano Luna, Enrique Ivo Gómez Padrón, José David Rodríguez Milera, Leiram Lima Sarmiento, Yuxini Acosta Gómez, Zuleisma Valdés Parrado.	2011	Artículo de Revista	Ciudad de la Habana	Educación Medicina	Scielo
Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes/ Perception of mistreatment during medical residency	Mejía, Raúl; Diego, Andrea; Alemán, María; Maliandi, María del Rosario; Lázala,	2005	Artículo de Revista	Argentina: Buenos Aires	Formación Médicos	Scielo

Antecedentes de la Tesina (Diciembre de 2011 a Agosto de 2012)						
Titulo	Autor (es)	Año	Tipo de Documento	Lugar	Descriptor Utilizado	Base de Datos
training	Fernando					
Docente-clínico: o papel do preceptor na residência médica	Sérgio Henrique de Oliveira Botti; Sérgio Tavares de Almeida Rego	2011	Artículo de Revista	Rio de Janeiro	Especialidades Clínicas	Scielo
Caracterización del modo de actuación del tutor de especialidades médicas del Instituto Superior de Medicina Militar	Dra. Lourdes B. Alpízar Caballero ¹ y Dra. Julia Añorga Morales ²	2006	Artículo de Revista	Ciudad de la Habana Cuba	Posgrado Medicina	Scielo
Condiciones motivacionales internas y rendimiento académico de residentes venezolanos en Medicina General Integral	Aliocha Batista Silva; Iliana Hinojosa Cueto; May del Gálvez Espinosa	2010	Revista Cubana de Medicina General Integral	Ciudad de la Habana Cuba	Posgrado Medicina	Scielo
Concepciones de los profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia sobre la Evaluación Académica.	Análida Elizabeth Pinilla-Roa, Ligia Inés Moncada-Álvarez Myriam Consuelo López Páez	2010	Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia	Bogotá Colombia	Evaluación Posgrado	Scielo
Excelencia en la enseñanza en salas de cirugía: cuando los residentes hablan	Lilian Torregrosa, MD*, Mauricio Tawil, MD**, Juan Carlos Ayala, MD***Óscar Alberto Ochoa, MD****, Fabián Gil MSC.***	2009	Revista	Bogotá Colombia	Especialidades quirúrgicas Colombia	Google Academic
Modelos pedagógicos y formación de profesionales en el área de la salud. Educación y Práctica de la Medicina. Acta Médica Colombiana Vol. 36 N°4	Análida Elizabeth Pinilla	2011	Revista	Bogotá Colombia	especialidades clínicas Colombia	Google Académico
Enfoques de	Cumplido	Jul.-	Revista	México	Especialidad	Opac

Antecedentes de la Tesina (Diciembre de 2011 a Agosto de 2012)						
Titulo	Autor (es)	Año	Tipo de Documento	Lugar	Descript or Utilizado	Base de Datos
aprendizaje que utilizan médicos residentes en el desarrollo de una especialidad médica. Parte de: Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (México)	Hernández, Gustavo (Autor) Campos Arciniega, María Faustina (Autor) García Pérez, Vicente (Autor)	Ago. 2006.			es Medicas	UdeA
Aptitud clínica en psiquiatría de los residentes de medicina física y rehabilitación	Aguirre Velásquez, Ricardo Mario (Autor) Benavides Caballero, Teresa de Jesús (Autor) Cobos Aguilar, Héctor (Autor)	2009	Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (México)	México	Especialidad es clínicas	Opac UdeA
Evaluación del desempeño clínico en el proceso formativo de médicos en rehabilitación	Dra. Irma Flores García, Dra. Elizabeth Medrano Flores, Dr. Jesús Héctor Adame Treviño, Dra. Yuly Ana Cruz Graff, Dr. Héctor De la Garza Quintanilla	2008	Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación	México	Evaluación especialidad Clínica	Google Académico
El modelo del tutor de especialidades médicas del ISMM	"Dr. Luis Díaz Soto". M.C. Lourdes Bárbara Alpízar Caballero1 y Dra. Julia Añorga Morales2	2007	Revista Educación Médica Superior	Ciudad de la Habana Cuba	Enseñanza especialidad es Clínicas	Google Académico
Estilos de aprendizaje de los médicos residentes de un hospital de segundo nivel	Dr. Jorge Loria-Castellanos, 1 Dra. Doris Beatriz Rivera Ibarra, Dra. Sonia Aurora Gallardo Candelas, Dra. Guadalupe Márquez-Ávila4 y Dr. Rafael A.	2007	Artículo de Revista	México	especialidad es medicas	Google Académico

Antecedentes de la Tesina (Diciembre de 2011 a Agosto de 2012)						
Titulo	Autor (es)	Año	Tipo de Documento	Lugar	Descript or Utilizado	Base de Datos
	Chavarría-Islas.					
The teacher, the physician and the person: how faculty's teaching performance influences their role modelling.	Boerebach BC, Lombarts KM, Keijzer C, Heñemàn MJ, Arah OA.	2012	Artículo	E. U.	Teaching clinical specialties	Pubmed
Building a competency-based workplace curriculum around entrustable professional activities: The case of physician assistant training.	Mulder H, Ten Cāte O, Daalder R, Berkvens J.	2010	Artículo	E.U.	Teaching clinical specialties	Pubmed.
Good Clinical Teachers Likely to be Specialist Role Models: Results from a Multicenter Cross-Sectional Survey	Kiki M. J. M. H. Lombarts,* Māas Jan Heñemàn, Onyeb uchi A. Arah	2010	Artículo	E. U.	Teaching clinical specialties	Pubmed.
I enjoy teaching but...: Paediatricians attitudes to teaching medical students and junior doctors.	Peadon E, Cāldwell PH, Oldmeadow W.	2010	Articulo	Sídney, Australia	Teaching clinical specialties	Pubmed.
Combined student ratings and self-assessment provide useful feedback for clinical teachers.	Stalmeijer RE, Dolmāns DH, Wolfhagen IH, Pēters WG, van Copenolle L, Scherpbier AJ.	2010	Artículo.	The Neþhèr lānds	Teaching clinical specialties	Pubmed.
Professing professionalism: are we our own worst enemy? Faculty members' experiences of teaching and evaluating professionalism in medical education at one school.	Brȳdèn P, Giņşbũrg S, Kurabi B, Āhmed N.	2010	Artículo	Toronto. Canada.	Teaching clinical specialties	Pubmed.
Actitudes Docentes de médicos de Urgencias de un hospital de 2do Nivel	Jorge Loria Castellanos, et al.	2010	Articulo	México	especialidad es medicas	Google Académico

Antecedentes de la Tesina (Diciembre de 2011 a Agosto de 2012)						
Titulo	Autor (es)	Año	Tipo de Documento	Lugar	Descript or Utilizado	Base de Datos
Fellows as teachers: a model to enhance pediatric resident education	Cärl H. Backes, * Kris M. Reber, Jennifer K. B. Trittmann, MHöng Hupang, Jordanna Tomblin, Pamela A. Mőorehead, BS, ¹ John A. Bäuer, Chärles V. Smith, John D. Mähàn,	2011	Artículo	E.U.	Teaching clinical specialties	Ebsco
Neuromuscular Medicine Competency in Physical Medicine and Rehabilitation Residents: A Method of Development and Assessment.	Lin L, Cuccurullo SJ, Innerfield CE, Strax TE, Petagna A.	2012 Nov 1	Articulo	Estados Unidos, New Jersey	Clinical Residency competencie s	Pubmed
A new paradigm for teaching behavior change: Implications for residency training in family medicine and psychiatry.	Catalina Triana, Michael M Olson and Drothy B Trevino.	2012	Articulo	Estados Unidos, Galveston	Clinical Residency competencie s	Pubmed
Transforming Primary Care Training-Patient-Centered Medical Home Entrustable Professional Activities for Internal Medicine Residents.	Chang A, Bowen JL, Buranosky RA, Frankel RM, Ghosh N, Rosenblum MJ, Thompson S, Green ML.	2012 Sept	Articulo	Estados Unidos, California	Clinical Residency competencie s	Pubmed
Resident`s Perception of Effectiveness of Twelve Evaluation Methods for Measuring Competency	Kay K. Cogbill, M.D.; Patricia S. O Sullivan, Ed.D.; James Clardy, M.D	2005	Articulo	EU	Clinical Residency competencie s	Erick

4.3.4. Análisis del Contenido

Para la revisión de materiales y documentos que aportarán al análisis, no solo se tuvieron en cuenta los datos locales, sino también nacionales e internacionales, a fin de tener un espectro más amplio de información y así poder realizar un análisis más completo de los contenidos obtenidos que son fuente para la investigación.

Se trabajó con base en las siguientes categorías:

4.3.4.1. Categoría Fecha.

De la búsqueda realizada entre Diciembre de 2011 y Marzo de 2012 y después de la ampliación efectuada entre Mayo y agosto de 2012 que se corresponde con las bases de datos en Inglés (Ebsco, Eric y Pubmed) se encontró que 27 documentos cumplen con los criterios de selección antes mencionados. Esta no se delimitó en términos de fecha, no obstante dentro de los hallazgos se hace evidente un número de publicaciones realizadas entre los años 2005-2012, fechas que son recientes y continuas, dándose una constante en los últimos tres años en donde aparece la cifra de cuatro o más publicaciones por año. Este hallazgo puede evidenciar la relevancia que en este momento toma el tema de la educación médica en el nivel de posgrados, tanto en el país como en otros del mundo.

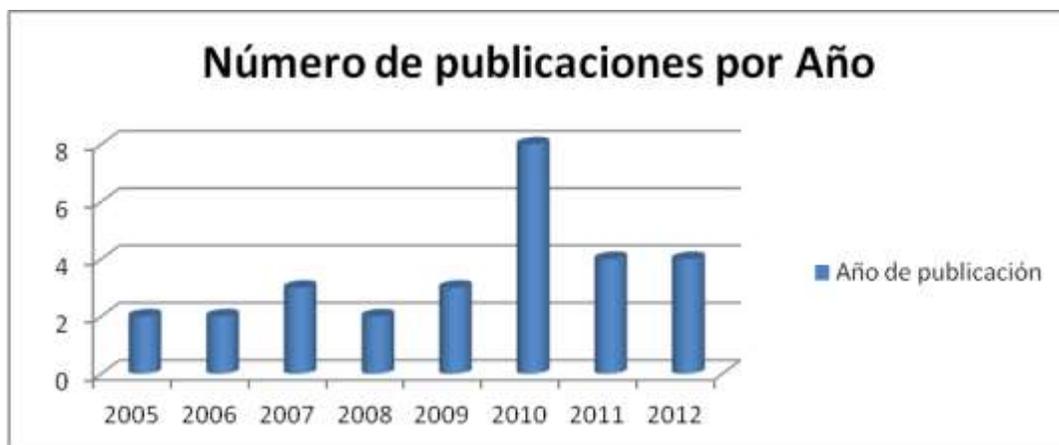


Figura 12. Investigaciones por año. Construcción Propia.

4.3.4.2. Categoría Lugar.

El análisis que se establece a partir del Lugar de Publicación, indica que el país con más publicaciones alrededor del modelo de educación que siguen los profesores de Especialidades Clínicas de Medicina es Estados Unidos, le siguen México, Cuba y Colombia.



Figura 13. Investigaciones por países. Construcción Propia

Tabla 8.

Comparación entre las investigaciones seleccionadas. Construcción Propia.

INVESTIGACIÓN	PREGUNTA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RESULTADOS
<p>Professing professionalism: are we our own worst enemy? Faculty members' experiences of teaching and evaluating professionalism in medical education at one school.</p>	<p>No específica.</p>	<p>Explorar los conocimientos clínicos de los académicos y las actitudes con respecto a su enseñanza y evaluación de profesionalidad</p>	<p>Se organizaron grupos focales con los profesores de la Universidad entre 2006 y 2007 para hablar de sus conocimientos, creencias y actitudes acerca de la enseñanza y la evaluación de profesionalidad y para determinar sus puntos de vista sobre el desarrollo del profesorado. Después, se transcribió, analizó y codificó los temas con un enfoque de teoría fundamentada. Cinco grupos focales constituidos por 14 miembros de la facultad de especialidades quirúrgicas, anestesia, psiquiatría y pediatría se llevaron a cabo. Los resultados de los Análisis realizados en las 188 Pinas de la teoría fundamentada permitieron identificar tres temas principales: El profesionalismo no es un concepto estático, existe una brecha entre la experiencia de los docentes real e ideal de la profesionalidad docente, y la "falta de profesionalidad" es un problema persistente. Subtemas importantes incluyen las múltiples bases que existen para definir el profesionalismo, cómo se aprende y como se enseña, profesionalismo frente a cómo debe ser enseñado, la tolerancia institucional y de la facultad y el silencio en cuanto a falta de profesionalidad, el estrés como factor que contribuye a la falta de profesionalismo y la falta de profesionalidad que surge de los rasgos de personalidad.</p>	<p>Todos los profesores expresaron que la enseñanza y evaluación ha supuesto un reto profesional para ellos. Ellos identificaron sus propias fallas en la profesionalidad y el sentido de impotencia y la incapacidad para abordar estos entre sí como la única barrera más grande en la enseñanza profesional, dado el predominio de modelos de conducta percibida como una herramienta de enseñanza. Los participantes tuvieron varias recomendaciones para el desarrollo del profesorado y se reconoció la necesidad de cambiar la cultura en los hospitales docentes y departamentos universitarios.</p>

TESIS DOCTORAL

LEONOR GALINDO CÁRDENAS

INVESTIGACIÓN	PREGUNTA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RESULTADOS
<p>Combined student ratings and self-assessment provide useful feedback for clinical teachers.</p>	<p>No especifica.</p>	<p>Se explora la efectividad de las retroalimentaciones por escrito a los estudiantes por parte de los docentes, y se profundiza en los argumentos que brindaron éstos.</p>	<p>Se efectuó el estudio en 37 médicos (10 residentes, 27 médicos asistentes) de diferentes especialidades (medicina interna, cirugía, obstetricia / ginecología, pediatría, neurología, dermatología, oftalmología, ENT, y psiquiatría) fueron invitados a completar una autoevaluación cuestionario basada en sus habilidades de enseñanza. Los estudiantes completaron un cuestionario casi idéntico para evaluar a los profesores basados en sus experiencias Después de recibir comentarios por escrito y la incorporación de sus auto-evaluaciones y las valoraciones de los alumnos, los profesores indicaron su percepción de la autoevaluación y la información por escrito en un cuestionario (cinco puntos de Likert ítems de la escala) y posteriormente en Semi- entrevistas estructuradas con una muestra intencional de 12 de los profesores participantes.</p>	<p>Los médicos que entrevistamos consideran la combinación de la autoevaluación con valoraciones de los alumnos es más eficaz que cualquier comentario por escrito solamente .En particular, las discrepancias entre valoraciones de los alumnos y la autoevaluación se considera un fuerte incentivo para el cambio. Llegamos a la conclusión de que la evaluación puede ser una herramienta útil para estimular la mejora de la enseñanza clínica cuando se combina con la retroalimentación escrita basada en valoraciones de los alumnos.</p>
<p>Building a competency-based workplace curriculum around entrustable professional activities: The case of physician assistant training.</p>	<p>No especifica.</p>	<p>Se pretende proporcionar un modelo práctico, basado en el concepto (EPAS) que se relaciona con la capacidad de confiar actividades profesionales y está basado en la construcción de un plan de estudios para los asistentes</p>	<p>No localizable.</p>	<p>El concepto EPA que se relaciona con la capacidad de confiar actividades profesionales, es una herramienta útil para construir planes de estudio basados en competencias clínicos lugar de trabajo. APLICACIÓN en el plan de estudios requiere el uso de carteras de aprendizaje y Entrevistas Avances, menciones de responsabilidad y capacitación de los supervisores. El enfoque individualizado y flexibilidad que implica verdaderos CBME (Competencias Básicas en la Educación Médica) se pone en práctica</p>

INVESTIGACIÓN	PREGUNTA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RESULTADOS
		médicos (PAS).		con este modelo.
<p>Good Clinical Teachers Likely to be Specialist Role Models: Results from a Multicenter Cross-Sectional Survey</p>	No especifica.	<p>A1 examinar si las calidades de enseñanza de la Facultad se asociaron con su ser visto como un modelo especializado de papel por los residentes, y 2 para investigar si las asociaciones difieren entre los distintos años de residencia y especialidades.</p>	<p>Encuesta en 549 residentes de 36 programas de enseñanza en 15 hospitales de Netherlands... C Los análisis incluyeron (i) de correlación de Pearson y (ii) la logística multivariable Ecuaciones de estimación generalizadas para evaluar las asociaciones (ajustado) entre cada una de las cinco cualidades de enseñanza y el 'ser visto como un modelo a seguir'.</p>	<p>407 residentes completaron un total de 4123 evaluaciones de 662 Facultad. Todas las calidades de enseñanza se correlacionaron positivamente con el 'ser visto como un modelo a seguir' "con índices de correlación entre 0,49 para la" evaluación de los residentes a 0,64 para el clima de aprendizaje '(P <0,001). La Facultad con más probabilidades de ser vistos como buenos modelos a seguir eran los calificados con las puntuaciones en 'feedback' (odds ratio 2,91, IC del 95%: 2,41 a 3,51), «una actitud profesional frente a residentes" (OR 2.70, 95% CI: 2.34-3.10) y "crear un clima positivo para el aprendizaje" (OR 2,45, IC 95%: 1.97 a 3,04). El strength relativo de las asociaciones entre pedagógicas indispensables y ser visto como un modelo a seguir eran más clara cuando se comparan los 'especialidades anillo.</p>
<p>I enjoy teaching but...: Paediatricians attitudes to teaching medical students and junior doctors.</p>	No especifica.	<p>Explorar las actitudes de los estudiantes de medicina y médicos en formación hacia la medicina.</p>	<p>En esta investigación de corte cualitativo participaron 24 pediatras (con una diversidad de especialidades, experiencia, edad, sexo, actividad docente y la situación laboral) de una escuela terciaria pediátrica hospital y clínica en Sydney, Australia. A través de Grpues focales se explora las actitudes de los estudiantes hacia la enseñanza y médicos en formación, su función y experiencia en la enseñanza, su formación en la educación médica, las barreras percibidas a la enseñanza, y</p>	<p>Se identificó los retos para la participación y compromiso con la enseñanza de los estudiantes. Se plantean acciones para hacer frente a estos retos y mejorar la relación entre el consultor y el alumno y el consultor y la institución mejorando el compromiso de este con la enseñanza.</p>

TESIS DOCTORAL

LEONOR GALINDO CÁRDENAS

INVESTIGACIÓN	PREGUNTA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RESULTADOS
			<p>las posibles soluciones a estos obstáculos. Los datos de las transcripciones de las discusiones de grupos focales fueron codificados utilizando la constante comparativo método y analizados por los temas Un software'. Las Diferencias en las respuestas entre los participantes fueron exploradas.</p>	
<p>Fellows as teachers: a model to enhance pediatric resident education</p>	<p>No especifica.</p>	<p>El objetivo fue implementar un enfoque práctico para involucrar a becarios en educación de residentes, evaluar el impacto de un programa de educación dirigido por el compañero residente pediátrico y experiencia compañero, e investigar si el crecimiento de una resta Programa de Becas de la experiencia procesal residente.</p>	<p>Este estudio se realizó en una Unidad de Intensivo Neonatal ca' re (UCIN) donde los becarios deşined e implementado un programa de educación que consiste en sesiones de enseñanza didáctica diario antes de las visitas clínicas mañana. El impacto de un programa de educación dirigido por el compañero satisfacción de los residentes con su experiencia UCIN se evaluó a través Anónimo evaluaciones de los estudiantes. El valor potencial del programa para becarios participantes también se evaluó mediante una encuesta anónima.</p>	<p>Mientras los becarios son a menudo un factor de menoscabo en la residencia de capacitación, se encontró que las actitudes residente pediátrico hacia los becarios fueron en general positivas. En nuestra experiencia, en la especialidad de neonatología en un programa de educación dirigido por compañeros se encontró que estos pueden contribuir positivamente a ambos residentes y al aprendizaje de compañeros y satisfacción. Se requiere de más investigación sobre el valor de utilizar semejantes como una fuerza positiva en la educación de residentes en otras especialidades médicas parece justificada.</p>
<p>de formación del posgrado en Medicina Interna en Colombia</p>	<p>No especifica.</p>	<p>- Determinar el perfil de formación del residente de Medicina Interna en Colombia.</p>	<p>Estudio observacional, de corte transversal Instrumento: La encuesta Población: 17 de los 21 programas activos de Medicina Interna en el país para el año de 2005.</p>	<p>-Escasa formación Pedagógica de los docentes (el 77% no tiene formación en educación o docencia universitaria) - Baja preparación del Residente en</p>

INVESTIGACIÓN	PREGUNTA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RESULTADOS
		<p>- Conocer un poco acerca de la historia de la formación de estos programas y Definir su estructura curricular.</p> <p>-Conocer los métodos de evaluación académica más frecuentes el identificar las fortalezas y debilidades más importantes con el objeto de plantear unas recomendaciones generales.</p>		<p>cuidado Paliativo, geriátrico y oncológico, y temas humanísticos.</p> <p>-Perfil del Médico Internista: Propender por una mirada integral del paciente, desarrollar una gran habilidad semiológica y una sólida preparación científica, alcanzar un vasto conocimiento de la historia natural de las enfermedades, fisiopatología y tratamiento, así como mantener un profundo respeto por el paciente y su familia.</p>
<p>De las facultades de Medicina a la residencia de Pediatría, pasando por el examen de médico Interno residente ¿algo debe cambiar?</p>	<p>No especifica.</p>	<p>Valorar diversos aspectos de la formación médica pre graduado y posgraduado (médico interno residente [MIR]) de los residentes españoles en Pediatría y conocer su opinión en cuanto a la</p>	<p>Encuesta anónima con respuestas codificadas dirigida a 61 residentes de Pediatría de cuarto año.</p>	<p>-Los estudiantes proponen Menos educación teórica</p> <p>-Los conceptos relacionados con la Medicina basada en la evidencia (MBE) se están introduciendo en la formación médica de posgrado (69%), pero aún se detectan áreas en las que cabe mejorar la formación, como en la búsqueda de información bibliográfica y en la lectura crítica de documentos.</p> <p>-Deben cambiar en la educación médica los paradigmas actuales: el Espacio</p>

TESIS DOCTORAL

LEONOR GALINDO CÁRDENAS

INVESTIGACIÓN	PREGUNTA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RESULTADOS
		formación recibida.		Europeo de Educación Superior y la MBE (Modelos pasivos y Receptivos) -No se toma en serio la figura del tutor.
Concepción del modelo integral en la formación del Especialista en Medicina Interna de la UCLA	No especifica.	No figuran explícitamente	Se realizó un estudio cualitativo basado en la revisión de bibliografías, observación y entrevistas en profundidad a 5 actores sociales, utilizando el Método comparativo continuo. La validación se efectuó por triangulación y el uso de múltiples Fuentes.	El modelo educativo se fundamenta en el biomédico, de tipo hospitalario donde se hace énfasis en las actividades curativas interpretando el proceso salud enfermedad en la dimensión biológica, sin trascender a las determinaciones socioeconómicas, culturales y psicológicas, con orientación pedagógica centrada en el diagnóstico y tratamiento, sin coherencia con todas las políticas, planes y programas del sistema de atención de salud del país y sin interrelación con la comunidad.
El tutor en el proceso de formación del especialista de Medicina General Integral	No especifica.	Identificar algunos factores relacionados con los tutores que influyeron en los bajos resultados académicos alcanzados en el proceso de formación del especialista de Medicina General Integral en la misión internacionalista.	Sistema de métodos teóricos y empíricos. Se utilizó la encuesta, con la aplicación de un cuestionario, dirigido a tutores de la especialidad de Medicina General Integral y una entrevista Semi-dirigida a expertos.	El 100 % de los expertos coincide en afirmar que la preparación pedagógica de los tutores de los residentes en este curso es deficiente. La mitad de los expertos (50 %) señala como influencia negativa la vinculación de los tutores durante el curso a actividades del PNFMIC o administrativa
Percepción de maltrato durante la	No especifica.	Estimar, la frecuencia con la	La información se recolectó en una encuesta de respuesta anónima a 323 Residentes.	Existe una alta prevalencia de maltrato dentro de la residencia, siendo los

INVESTIGACIÓN	PREGUNTA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RESULTADOS
capacitación de médicos residentes/ Perception of mistreatment during medical residency training		cual han sufrido los residentes situaciones de violencia, ya sea física, psicológica o sexual, durante el transcurso de su residencia médica.		principales responsables los residentes de años superiores. De los 322 residentes que contestaron la encuesta el 89% afirmó haber sufrido algún tipo de maltrato. 72 % de la población consultada eran residentes con orientación clínica.
Docente-clínico: o complejo papel do preceptor la residencia médica	No especifica.	No figuran explícitamente	Estudio descriptivo, utiliza la entrevista no directiva.	El preceptor asume diversos roles en el proceso de formación de residencia, estimula el pensamiento y la actitud activa del residente. También Fomenta el razonamiento clínico.
Caracterización del modo de actuación del Tutor de Especialidades médicas del Instituto Superior de Medicina Militar	No especifica.	Caracterizar el modelo de actuación de los tutores del Instituto Superior de Medicina Militar (ISMM) como paso diagnóstico inicial.	Investigación cualitativa. Se aplicaron métodos teóricos y empíricos como encuestas, entrevistas.	Ningún tutor recibió preparación para esta función. Los residentes reclamaron una atención integral y comprometida por parte del tutor. Se hace necesario un sistema de mejoramiento integral a la figura del Tutor.
Condiciones motivacionales internas y rendimiento académico de residentes venezolanos en Medicina General Integral	No especifica.	Caracterizar la relación que se establece entre las condiciones motivacionales internas y el rendimiento académico de residentes venezolanos en la especialidad de Medicina General	Se trabajó con 59 Residentes: El instrumento empleado fue el Cuestionario de Motivación Académica en su categoría específica y sustentada en la Teoría de la Motivación, se observaron los requerimientos éticos para investigaciones biomédicas	El rendimiento Académico es homogéneo en todo el grupo Dentro de las motivaciones internas se destacan el factor, poder y reconocimiento que impulsan la acción de los residentes venezolanos a mantener su rendimiento académico.

TESIS DOCTORAL

LEONOR GALINDO CÁRDENAS

INVESTIGACIÓN	PREGUNTA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RESULTADOS
		Integral.		
<p>Concepciones de los profesores de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia sobre la Evaluación Académica.</p>	<p>No específica.</p>	<p>Objetivo: Indagar las concepciones de los docentes de posgrado (especializaciones, especialidades clínicas y quirúrgicas, maestrías y doctorados) sobre la evaluación del estudiante.</p>	<p>El estudio se orienta con la Teoría Fundamentada, creada por Strauss y Corbi en. Se entrevistaron 33 profesores, en 10 grupos focales, según nivel de formación (especialización, especialidad médico-quirúrgica, maestría y doctorado), se discutió: el papel del profesor en la evaluación; la metodología, los propósitos, los problemas y sugerencias para mejorar este proceso.</p>	<p>Para los docentes la evaluación es un proceso y cumple diferentes papeles dependiendo el tipo de formación en posgrado. En las Maestrías de investigación y doctorados se fundamenta en proyectos de investigación y en las profesiones (especialidades médico-quirúrgicas) en el desempeño, con el paciente y la familia, los conocimientos, aptitudes y actitudes.</p>
<p>Excelencia en la enseñanza en salas de cirugía: cuando los residentes hablan</p>	<p>No específica.</p>	<p>Realizar un diagnóstico de la perspectiva de los residentes respecto al entrenamiento que reciben en los aspectos Prácticos de la atención de pacientes. Implementar un instrumento para evaluar docente de las áreas quirúrgicas. Proponer estrategias de evaluación integral de docentes que</p>	<p>Estudio Prospectivo donde se evaluó a los docentes de cirugía general, ortopedia, cirugía plástica, urología, otorrinolaringología y obstetricia. Además se aplicó un instrumento a los residentes de dichas especialidades.</p>	<p>Se encontró que el 41% de los docentes no superó las expectativas de los residentes como docentes en el quirófano, y los 20 aspectos evaluados dentro y fuera de salas de cirugía fueron calificados como regulares y Deficientes. No hay una plena satisfacción por parte del personal en formación de las áreas quirúrgicas frente al desempeño docente de sus profesores. El área clínica se presenta deficiencia en la retroalimentación por parte del docente sobre el progreso del residente, aunque demuestra ser respetuoso y claro en las respuestas que da a las preguntas formuladas.</p>

INVESTIGACIÓN	PREGUNTA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RESULTADOS
		<p>puedan ser empleadas en las diferentes escuelas de cirugía en nuestro medio.</p>		
<p>Modelos pedagógicos y formación de profesionales en el área de la salud</p>	<p>¿Cuáles son los enfoques de aprendizaje que utilizan los médicos residentes durante el desarrollo de un curso de especialización médica?</p>	<p>Establecer relaciones entre las competencias y la formación de profesionales en el área de la salud. Exponer el concepto de modelos pedagógicos particularmente en especialidades médicas.</p>	<p>Es una investigación documental, que realiza una búsqueda de documentos científicos sobre la formación de docentes mediante fundamentos pedagógicos y epistemológicos.</p>	<p>En el área de la salud la formación profesional desde el pregrado en el ciclo clínico hasta el posgrado en las especialidades Médicas y quirúrgicas se ha venido utilizando el método del ABP, de forma empírica y poco definida, desde Medios del siglo XX hasta la actualidad. Se desarrolla un proceso de análisis reflexivo del estudiante para dar soluciones a cada paciente (caso clínico), lo que le facilita el desarrollo del juicio clínico como una parte de las competencias profesionales (genéricas y específicas) que se Ampliarán más adelante.</p>
<p>Enfoques de Aprendizaje que utilizan médicos residentes en el desarrollo de una especialidad Médica.</p>	<p>No se especifica</p>	<p>Identificar el enfoque de aprendizaje de los médicos residentes.</p>	<p>Es una investigación de enfoque cuantitativo que utiliza análisis de conglomerados como herramienta estadística y como instrumento el formulario R-S PQ- 2F.El estudio se llevó a cabo con 179 médicos residentes de las especialidades médicas y quirúrgicas del hospital de especialidades centro médico Nacional.</p>	<p>Alrededor del 60% de Residentes están dentro de un enfoque profundo de Aprendizaje. Tienen un nivel Meta cognitivo alto que les permite reflexionar y planear estrategias para su aprendizaje.</p>
<p>Aptitud clínica en Psiquiatría de los residentes de Medicina Física y Rehabilitación</p>	<p>No se especifica</p>	<p>Valorar la aptitud clínica de los residentes.</p>	<p>Se realiza un estudio observacional, transversal y comparativo.</p>	<p>Las estrategias educativas en el área de psiquiatría no propician el desarrollo de la aptitud clínica que los médicos de esta especialidad requieren para la atención de los pacientes con intercurencia</p>

TESIS DOCTORAL

LEONOR GALINDO CÁRDENAS

INVESTIGACIÓN	PREGUNTA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RESULTADOS
				psiquiátrica
Evaluación del desempeño clínico en el proceso formativo de médicos en rehabilitación	No se especifica	Evaluar el desempeño clínico del médico en formación durante sus actividades de la práctica clínica.	Estudio observacional, Descriptivo, transversal realizado en la Unidad de Rehabilitación 1 en Monterrey, N, a 16 residentes de rehabilitación. Se utilizó un Instrumento con 6 indicadores. Los resultados se analizaron con estadísticas no para métricas.	El desempeño clínico fue bueno y regular en 87.5%. El 12.5% Alcanzaron nivel de suficiencia. El ambiente académico laboral se percibió como apropiado en un 75% y la rotación práctica como Fructífera en el 88%.
El modelo del tutor de especialidades médicas del ISMM	No se especifica	Obtener el modelo del tutor de especialidades médicas que desarrollan su actividad en la educación en el trabajo.	Es una investigación cualitativa, donde se llevó a cabo un análisis documental e histórico-lógico que incluyó el estudio y análisis de reglamentos y documentación sobre la figura del tutor dentro de los posgrados. También se aplicó una encuesta y dinámica grupal a 9 profesores y 4 jefes del departamento de especialidades médicas.	Se hace necesaria la preparación permanente, específica y dinámica de los Tutores, ya que no basta con el especialista que tiene un amplio conocimiento pero no posee habilidades para transmitirlos en el marco de una acción de tutoría. El modelo de Tutor debe trascender las características que se encuentran en el reglamento del régimen de residencia
Estilos de aprendizaje de los médicos residentes de un hospital de segundo nivel.	¿De qué forma se traducen las preferencias de los docentes dentro de su desempeño?	Identificar los estilos de Aprendizaje de los médicos residentes de las especialidades de Urgencias, Pediatría y Medicina Interna de un hospital sede de segundo nivel de la Ciudad de México.	Se realizó un estudio observacional-transversal. También Se aplicó el cuestionario Honey-Alonso de estilos de aprendizaje y el test inventario de estrategias de aprendizaje de Kolb en un total de 37 médicos residentes.	Los estilos de aprendizaje preferidos por los médicos residentes explorados son el teórico y el convergente. Éstos varían de acuerdo a la especialidad: los de Urgencias se orientan más a los estilos Teórico - Pragmático y los de medicina Interna optan por el estilo Teórico.
Actitudes Docentes	No se	Determinar las	Estudio observacional y aplicación de un	Las actitudes docentes que desarrollan los

INVESTIGACIÓN	PREGUNTA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RESULTADOS
de médicos de Urgencias de un hospital de 2do Nivel	específica	actitudes docentes predominantes de los médicos de un Servicio de Urgencias de 2º nivel.	instrumento Diseñado ex profeso constituido por 64 ítems construidos en duplas excluyentes sobre una base de escala tipo Likert.	profesores de la especialidad de urgencias no favorecen un proceso educativo, reflexivo y participativo.
The teacher, the physician and the person: how faculty's teaching performance influences their role modeling	No se específica	El objetivo de este estudio fue explorar cómo y en qué extensión clínica evaluaciones del profesorado de enseñanza influye en el rendimiento de los residentes de diferentes estados de la Facultad Modelización papel, especialmente a través de las diferentes especialidades.	En un estudio prospectivo multicéntrico de múltiples especialidades de la actuación docente del profesorado, se utilizó basado en la web CUESTIONAR ' IRES a su gat, datos empíricos de los residentes. Las principales medidas de resultado fueron las diferentes tipologías de Modelado papel. Los predictores fueron en general Facultad desempeño docente y el desempeño docente del profesorado en ámbitos específicos de la enseñanza. Los datos fueron analizados utilizando ecuaciones de regresión multinivel.	Estudiar la facultad puede mejorar sustancialmente su papel Modelización mediante la mejora de su desempeño docente. La cantidad de influencia que los dominios específicos de la enseñanza tienen en función difiere entre las distintas especialidades Modelling.
Neuromuscular Medicine Competency in Physical Medicine and Rehabilitation Residents: A Method of Development and Assessment.	No se específica	Crear un módulo educativo que incluya la metodología para instruir a los residentes de medicina física y rehabilitación en la	Se utilizó como Metodología, la evaluación objetiva. Para esto, se trabajó con 19 residentes que fueron capacitados a través de la formación clínica, conferencias, y la revisión de los conceptos de examen de autoevaluación de la Academia Americana de Medicina Física y Rehabilitación programa de estudios previsto en los Archivos de Medicina Física y Rehabilitación.	Diecinueve (100%) de los 19 residentes demostraron con éxito la competencia en todos los segmentos del módulo de evaluación al final del año 2 postgrado rotación hospitalaria de rehabilitación neuromuscular. Por otra parte, los residentes de competencia, como lo demuestra la evaluación después de la

TESIS DOCTORAL

LEONOR GALINDO CÁRDENAS

INVESTIGACIÓN	PREGUNTA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RESULTADOS
		<p>evaluación y el tratamiento adecuado de los pacientes con trastornos neuromusculares y verificar las competencias adquiridas en la rehabilitación neuromuscular a través de la metodología de evaluación objetiva. (Antes y después de la Institución del módulo competencia global neuromuscular en el programa de residencia)</p>	<p>Después de la entrega del módulo educativo, la adquisición de conocimientos y habilidades de competencia fueron medidos en (1) la terminación de la historia y el examen físico neuromuscular satisfactoriamente, (2) diagnóstico y capacidad de diseñar un plan de gestión de la atención del paciente a través de carta de recuerdo estimulado exámenes, (3) médico -interacción entre el paciente a través de encuestas a los pacientes, (4) el médico personal de interacción a través de 360 grados calificaciones globales, y (5) la habilidad para escribir un informe del paciente una atención integral y documentar un plan de gestión de la atención del paciente de acuerdo con las pautas de Medicare a través de los informes del paciente por escrito</p>	<p>implementación del módulo educativo normalizado, muestra unas calificaciones de los exámenes de autoevaluación de los residentes en la rehabilitación neuromuscular muy positivos, en comparación con las puntuaciones de los residentes antes de la implementación del módulo de educación a lo largo de los 3 años de formación. El módulo estándar educativo y metodología de evaluación proporcionan un marco potencial para la definición de las competencias de referencia en el ámbito de la formación clínica de rehabilitación neuromuscular.</p>
<p>A new paradigm for teaching behavior change: Implications for residency training in family medicine and psychiatry.</p>	<p>¿Cuáles son las implicaciones educativas de las transformaciones de las prácticas</p>	<p>Presentar un currículo interactivo basado en habilidades que le permitan al médico de familia y a los alumnos de psiquiatría</p>	<p>El plan de estudios que se describe en este documento se basa en una rotación de bloques de cuatro semanas que se enseña en el segundo año de residencia. La entrevista motivacional (MI) se utiliza como un método de enseñanza hacia el objetivo de un cambio de comportamiento clínico: puntos fuertes de los residentes, la elección personal y la autonomía que obtienen. Cada</p>	<p>Treinta y nueve residentes han completado el plan de estudios. Con base en la información subjetiva de los residentes mediante pre-post escalas (es decir, la importancia y confianza), todos los participantes hasta la fecha han informado de un aumento sustancial de la confianza / auto-eficacia utilizando</p>

INVESTIGACIÓN	PREGUNTA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RESULTADOS
	<p>actuales en los modelos de atención primaria de origen? ¿Qué debemos hacer diferente para preparar a los residentes de medicina interna para su futuro en la práctica y como líderes PCMHs (The patient-centered medical home)? Thepatient-centered medical home: El hogar médico centrado en el paciente</p>	<p>responder a las demandas que le sugieren dominar las competencias en medicina conductual y asesoramiento.</p>	<p>semana de la rotación, hay un tema clínico y un conjunto de habilidades específicas para el dominio. Los residentes se les ofrece un "menú" de las habilidades, modelos de rol, rol / juego real, práctica con pacientes estandarizados (PE), y la supervisión directa en la clínica.</p>	<p>técnicas de continuidad en la orientación de atención primaria en su clínica.</p> <p>CONCLUSIONES: En este trabajo se presenta un modelo innovador, una base empírica para la enseñanza de las habilidades esenciales necesarias para los médicos que atienden a pacientes con discapacidad mental / emocional necesidades de salud, así como el comportamiento de la salud las cuestiones del cambio. También se discuten las Implicaciones para la formación en el contexto más amplio, en particular en lo que se refiere a los modelos multi-disciplinarios y de colaboración de enseñanza / formación.</p>
<p>Transforming Primary Care Training-Patient-Centered Medical Home Entrustable Professional</p>	<p>¿Qué técnica de evaluación es el más alto clasificado (o más bajo) en general para</p>	<p>No se especifican. Se infieren: Identificar las implicaciones educativas de las transformaciones</p>	<p>En el 2011 La Sociedad de Medicina Interna General (SGIM) PCMH Cumbre de Educación estableció siete grupos de trabajo para abordar los siguientes temas: Competencias residentes del lugar de trabajo, trabajo en equipo, la continuidad de la atención, evaluación, desarrollo del</p>	<p>El grupo de trabajo definió 25 competencias residentes de medicina interna AAE PCMH. El Comité Nacional 2011 de Garantía de Calidad (NCQA) normas PCMH sirvió como marco organizativo de los AAE.</p>

TESIS DOCTORAL

LEONOR GALINDO CÁRDENAS

INVESTIGACIÓN	PREGUNTA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RESULTADOS
Activities for Internal Medicine Residents.	cada competencia? ¿Qué técnicas los residentes evalúan como eficaces para desarrollar sus competencias	de las prácticas actuales en los modelos de atención primaria. Proponer alternativas que promuevan la formación de los residentes de medicina Interna.	profesorado, herramientas 'hogar médico constructor', y la política. La salida del grupo de trabajo de la competencia era fundamental para el trabajo de otros grupos. El grupo de trabajo consideró varios marcos educativos, incluyendo los hitos del desarrollo, competencias y actividades profesionales (AAE).	DISCUSIÓN: La lista de los AAE PCMH tiene el potencial para comenzar a transformar la educación de los residentes de medicina interna para la práctica y el liderazgo en el PCMH. Guiará el desarrollo curricular, la evaluación de aprendiz, y el rediseño de práctica clínica para los centros académicos de salud.
Residents' Perception of Effectiveness of Twelve Evaluation Methods for Measuring Competency		Presentar un currículo interactivo basado en habilidades que le permitan al médico de familia y a los alumnos de psiquiatría responder a las demandas que le sugieren dominar las competencias en medicina conductual y asesoramiento.	Los residentes de psiquiatría de un solo programa tienen 12 técnicas de evaluación de su eficacia para medir la competencia residente. Ellos calificaron cada método durante 25 habilidades seleccionadas que reflejan las seis competencias generales que exige el Consejo de Acreditación para Educación Médica para Graduados (ACGME) Estas son: atención al paciente, el conocimiento médico, la práctica basada en el aprendizaje y mejora, interpersonal y habilidades de comunicación, el profesionalismo, y los sistemas basados en práctica.	Dieciséis residentes (70%) completaron la encuesta. Las respuestas indicaron que los diferentes métodos fueron efectivos para las diferentes competencias. Los residentes vieron objetivos los exámenes clínicos estructurados y a los pacientes estandarizados como igualmente efectivos. Se favoreció el método de evaluación de 360 ° para todas las competencias excepto el conocimiento médico. No obstante la percepción de los Residentes sobre las técnicas eficaces difiere de las técnicas preferidas identificadas por expertos en medición.

4.3.4.2. Categoría Tendencias.

En las 17 investigaciones que cumplen con los criterios de búsqueda, emergen diferentes categorías relacionadas con los conceptos: evaluación, enseñanza y aprendizaje en los posgrados de Medicina. Algunas de ellas hacen énfasis en la figura del Residente – estudiante en formación. Otras, en la del Docente-Tutor o en el modelo pedagógico utilizado en los Posgrados Médicos.

Las diferentes investigaciones realizan unas recomendaciones para ser consideradas en los trabajos que intentan aportar a este campo del conocimiento, que se preocupa por la formación del residente en las Especialidades Médicas. Es por esta razón que se incluyen los aportes que brindan los artículos seleccionados, con el fin de reconocer los avances que se han hecho frente al tema y pasar de ‘ese punto cero’ en el que se encuentran al principio todas las investigaciones, a una posición que da cuenta de las reflexiones que se han hecho con relación al objeto de estudio de la Investigación.

4.3.4.2.1. Tendencia en Formación del Residente.

Las investigaciones sobre los estudiantes tienen la tendencia a analizar aspectos como su formación, la violencia o maltrato dirigido hacia ellos en sus años de residencia, su rendimiento académico y motivaciones internas, su percepción frente al desempeño docente, sus enfoques y estilos de aprendizaje y por último, su aptitud y desempeño clínico.

Dentro de estas se encuentran:

- Perfil de formación del posgrado en Medicina Interna en Colombia
- De las facultades de Medicina a la Residencia de Pediatría, pasando por el examen de médico Interno residente ¿algo debe cambiar?
- Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes.
- Condiciones motivacionales internas y rendimiento académico de residentes Venezolanos en Medicina General Integral.
- Excelencia en la enseñanza en salas de cirugía: Cuando los residentes hablan.
- Enfoques de Aprendizaje que utilizan médicos residentes en el desarrollo de una Especialidad Médica.
- Aptitud clínica en Psiquiatría de los residentes de Medicina Física y Rehabilitación
- Evaluación del desempeño clínico en el proceso formativo de médicos en rehabilitación.
- Estilos de aprendizaje de los médicos residentes de un hospital de segundo nivel.

Al realizar un análisis de las investigaciones, se evidencia un distanciamiento frente a los criterios que se establecen para la evaluación de los residentes que tienden a privilegiar el contenido más que las actitudes y aptitudes de los estudiantes. Dentro de los contenidos se encuentran los temas clínicos, terapéuticos, de laboratorio e investigación. Las actitudes, por el

contrario, refieren a la responsabilidad y compromiso con el paciente; participación y actitud docente frente a sus compañeros (trabajo en equipo) puntualidad, ética, liderazgo y profesionalismo. Por último, las aptitudes hacen alusión a la habilidad clínica, solución de problemas y toma de decisiones, manejo y abordaje de la historia clínica, capacidad de instrucción a otros miembros del equipo en entrenamiento y auto educación.

Además, los enfoques y tendencias de la evaluación en Medicina, que son criticados en las investigaciones, tienden a considerar que el proceso formativo de los estudiantes, es pasivo y por tanto se basa en indicadores de eficacia, oportunidad, y cobertura, reduciendo la evaluación al recuerdo de una información con el único objetivo de aprobar o reprobado al residente. En contraposición a esta tendencia, las investigaciones tienden a privilegiar en la evaluación, el estudio multidisciplinario, con el uso del ABP (Aprendizaje Basado en Problemas), la Evaluación de Aptitudes mediante la observación, la constatación y registro del desempeño del Estudiante.

Otros estudios se centran en el aprendizaje de los estudiantes, de estos emergen el Enfoque de Aprendizaje (EA) y los estilos de aprendizaje. El primero, destaca dos procesos de aprendizaje: el superficial, donde el alumno solo busca aprobar la materia, y el profundo donde se denota una comprensión e interés del estudiante por aprender, mediante el establecimiento de estrategias complejas. El segundo refiere a los estilos de aprendizaje; teórico y convergente. Estos varían de acuerdo con la especialidad y combinan las preferencias entre el pensar y el hacer. Por ejemplo, los de Urgencias se orientan más a los estilos teórico - pragmático y los de Medicina Interna optan por el estilo teórico.

Estos análisis por especialidad emergen de las mismas investigaciones y aparecen con mayor especificidad en la (Tabla No. 8). Sólo se incluye uno que se centra en las especialidades quirúrgicas. Este se tuvo en cuenta en el estudio, debido a que realiza varios aportes en relación con la categoría: enseñanza y evaluación en los posgrados de Medicina y establece algunas relaciones análogas con las especialidades clínicas y quirúrgicas. En él, Torregrosa, Tawill, Ayala, Ochoa & Gil (2009) analizan que el método de evaluación aplicado a los profesores de las áreas quirúrgicas no difiere del que se aplica a los profesores de las áreas no quirúrgicas, presentándose insatisfacción por parte de los estudiantes de las áreas quirúrgicas frente al desempeño docente de sus profesores y en cuanto al área de la clínica, deficiencia en la retroalimentación por parte del docente sobre el progreso del residente, aunque demuestre ser respetuoso y claro en las respuestas que da a las preguntas formuladas.

En relación con la formación de los estudiantes de posgrado, incluyendo las especialidades clínicas y quirúrgicas, las investigaciones proponen aplicar instrumentos que muestren la percepción que tienen ellos, de la actuación de los tutores en los diferentes escenarios de formación.

La mayoría de ellos hace énfasis en la evaluación, considerando que el tutor debe conocer con mayor profundidad a sus estudiantes y aplicar pruebas que valoren, tanto el conocimiento aprendido como las aptitudes y actitudes que se adquieren en la clínica.

Respecto a ese ‘conocer a los residentes’, Cumplido, Campos y García 2006 realizaron una investigación en México que reivindica la importancia de la Enfoque de Aprendizaje (EA) dentro de los procesos de enseñanza, aprendizaje y evaluación en los posgrados médicos, ya que la ‘identificación de la EA permite planear y dirigir proyectos Educativos’ así como hacer énfasis, tanto en las actividades asistenciales, como en las académicas, en el Aula.

En cuanto a la evaluación de los residentes, Flores, Medrano y Adame, plantearon en el año 2008 en México, la necesidad de promover la evaluación con visión participativa ya que esta ubica al alumno en el papel protagónico, cuya evaluación del aprendizaje está centrada en la exploración de aptitudes complejas.

Otros artículos de investigación plantean la importancia de propiciar la autoevaluación y evaluación por superiores, pares y alumnos. Al igual que ofrecer cursos y actividades, con el propósito de motivar a los estudiantes, generar una preocupación humanística y propiciar su encuentro y relación con los profesores.

Se propone en este mismo sentido, depurar las actividades que no realizan aportes académicos y profesionales a los estudiantes.

4.3.4.2.2. Tendencia en Formación de Docentes.

Por otro lado, se presentan investigaciones que ponen de relieve la figura del Tutor, énfasis que cobra un gran sentido dentro de esta investigación, ya que analiza aspectos en relación con los modelos pedagógicos que los docentes utilizan, su relación con los estudiantes y las concepciones que tiene sobre la educación, surgiendo entonces las categorías de evaluación, enseñanza y aprendizaje.

Dentro de éstas se encuentran:

- Especialista de Medicina General Integral. El tutor en el proceso de formación General integral.
- Maestro-informe: El complejo rol del preceptor en la Residencia
- Caracterización del modo de actuación del tutor de Especialidades Médicas del Instituto Superior de Medicina Militar
- Concepciones de los profesores de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia sobre la Evaluación Académica
- El Modelo del tutor de Especialidades Médicas del ISMM
- Actitudes docentes de médicos de Urgencias de un hospital de segundo nivel.

Los estudios demuestran que los docentes-tutores de las Especialidades Médicas de Medicina, cuentan con una alta preparación científica e insuficiente preparación pedagógica. El 100 % de los expertos coincide en afirmar que la preparación pedagógica de los tutores de los residentes es

deficiente. Además, argumentan, que los criterios para la selección de los tutores evalúan el saber específico y no pedagógico que tienen. Al parecer es por esta razón que los profesores tienen concepciones y criterios heterogéneos para guiar y evaluar al estudiante de posgrado. Para ellos, la evaluación aunque es un proceso, está desligada del aprendizaje; También, aunque permite la retroalimentación del estudiante, cumple la función de medirlo, aprobarlo o reprobarlo.

Una de las investigaciones referenciadas que se destaca por el lugar de publicación, metodología y resultados alcanzados, realizada por Pinilla, Moncada y López, en el año 2010, hace énfasis - como su título lo indica - en las concepciones de los profesores sobre la evaluación. En esta se analizan las formas cómo dichas concepciones inciden en la relación que establece el docente con sus estudiantes y con el conocimiento, afectando a la vez, los procesos de enseñanza y de aprendizaje.

Las investigaciones recomiendan diferentes estrategias para la preparación específica y dinámica del tutor. En este sentido, la ciudad de la Habana, Cuba se destaca por las numerosas investigaciones realizadas en relación con el desempeño y la formación docente de las especialidades médicas. Una de ellas, realizada en el 2001 (Alpizar y Añorga) en la que se plantea la necesidad de instaurar un sistema de tutorías en donde se encuentren requisitos más amplios para obtener la condición de tutor, sistema que propondría un modelo general, trascendiendo las características que se encuentran en el reglamento del Régimen de Residencia.

TESIS DOCTORAL

LEONOR GALINDO CÁRDENAS

Por su lado, Lourdes, Alpízar y Añorga en el año 2006, hicieron referencia a un ‘Sistema de Superación y Evaluación Tutelar’ que se enfocaría en el reconocimiento de la estructura docente, con el fin de mejorar la figura y la preparación pedagógica del tutor.

En esta misma dirección, pero en la ciudad de Bogotá, Colombia, Pinilla et al. (2010) plantearon que la formación pedagógica de los profesores debe ser promovida por el coordinador de posgrados, mediante capacitaciones sobre la elaboración de pruebas, estrategias para evaluar, según el nivel de formación, los objetivos en cada nivel, el perfil de egresado que se quiere formar etc. También se propone hacer una inducción para precisar los criterios de evaluación y así, posibilitar la evaluación concertada, la autoevaluación, la coevaluación y la meta evaluación.

En general las investigaciones, proponen hacer énfasis en la preparación pedagógica del tutor mediante talleres, cursos, diplomados, maestrías y doctorados relacionados al saber pedagógico.

Un último aspecto que se analiza en la formación y desempeño docente resalta la carga asistencial que ellos deben cumplir en los hospitales, reduciendo el tiempo dedicado a la formación de los estudiantes y a la investigación. Para ello, se propone como requisito fundamental, el contrato de profesores de tiempo completo.

4.3.4.2.3. Tendencia en Desempeño y Evaluación Docente.

Se concibe la figura del tutor como aquel que realiza un trabajo que va dirigido a la orientación del residente en la elaboración y presentación de un trabajo final para obtener el título de especialista. No se asocian las características propias del rol de Tutor como organizador, planificador, director y supervisor del proceso; figura que permite el desarrollo de escenarios técnicos y éticos en la práctica real, ya que debe dominar, tanto los aspectos clínicos como educativos (Oliveira & Rego, 2011).

Loria, Soria y Márquez (2010) estudiaron los estilos con los que los profesores desempeñan su rol docente, dentro de estos se destacan: el Autoritario, Democrático, Sobre protector, Inconsistente, Autosuficiente y Permisivo. La investigación de ellos da cuenta por ejemplo, de que las actitudes docentes que desarrollan los profesores de la Especialidad de Urgencias, no favorecen un proceso educativo, reflexivo y participativo y muestra, a modo de conclusión, que la actitud predominante del docente fue la inconsistente (56%), seguida de la autoritaria (24%).

4.3.4.2.4. Tendencia en Modelos Pedagógicos.

Otras Investigaciones que no se enfocan necesariamente en los residentes o tutores, sino que intentan develar los procesos y modelos pedagógicos emergentes en las especialidades médicas son:

TESIS DOCTORAL

LEONOR GALINDO CÁRDENAS

- Concepción del modelo integral en la formación del Especialista en Medicina integral de la UCLA.

- Modelos pedagógicos y formación de profesionales en el área de la salud

Las dos investigaciones exaltan los modelos que han sido predominantes en la enseñanza de las ciencias de la salud. La primera, se enfoca en el análisis de uno de los modelos más influyentes en Medicina: el biomédico, de tipo hospitalario donde se hace énfasis en las actividades curativas, interpretando el proceso salud- enfermedad en la dimensión biológica, sin trascender en las determinaciones socioeconómicas, culturales y psicológicas, ya que su orientación pedagógica está centrada en el diagnóstico y tratamiento. Presenta a su vez, incoherencia con todas las políticas, planes y programas del sistema de atención de salud del país y no se preocupa por mantener una interrelación con la comunidad. La segunda y última investigación resalta dos modelos que han permeado la educación médica, estos son el tradicional positivista y en menor medida, el constructivista. Ese primero se ha reducido a la atención del paciente en docencia-servicio; docencia- asistencia y el segundo se enfoca en la construcción del conocimiento, haciendo énfasis en el aprender haciendo.

Gonzales, Polanco y Díaz (2009) realizan algunos aportes en relación con el modelo de educación desarrollando una *Propuesta Educativa Activa y Participativa*, centrada en el aprendizaje y por tanto, en el estudiante. En ella se concibe la información como una posibilidad de conocimiento y búsqueda del saber, que es el objetivo del aprendizaje. Esta propuesta permite que el proceso cognitivo se enfoque en la elaboración de la información y se llega a la teoría desde la práctica, se estimula el pensamiento crítico, se replantean problemas con propuestas de

solución y la evaluación del aprendizaje, promoviendo la adquisición de aptitudes complejas por parte del estudiantado.

Otra de las propuestas educativas se esbozó en 2007 en una publicación realizada en la revista de Filosofía y Socio-Política de la Educación, en Venezuela. Esta investigación, aunque se enfoca en la especialidad de Medicina Interna, le apuesta a un modelo teórico-conceptual integral con un Enfoque bio-psico-sociocultural y ético, que tenga pertinencia social y sea Multi-Inter-Transdisciplinarios. Este tiene como uno de sus principales objetivos, promover el desarrollo profesional integral, con el propósito de que los profesionales sean humanistas y líderes.

4.3.4.2.5. Tendencia tipos de Especialidades.

Las investigaciones tienen la tendencia a realizar estudios enfocados a una especialidad o realizados con base en análisis muy generales (de todas las especialidades tanto clínicas como quirúrgicas), sin establecer las diferencias entre el modelo de educación y por tanto las formas de enseñanza y aprendizaje de las especialidades clínicas y quirúrgicas.

Algunos artículos no aclaran las especialidades específicas con las que realizaron la investigación, nominando a la población con la que trabajaron como ‘Residentes’ o bajo el nombre de especialidades médicas o clínicas y quirúrgicas.

TESIS DOCTORAL

LEONOR GALINDO CÁRDENAS

La especialidad, de la cual emergieron mayor número de investigaciones en relación con el modelo de educación que siguen los maestros son Medicina Interna y Pediatría y luego Urgencias y Medicina Física y Rehabilitación

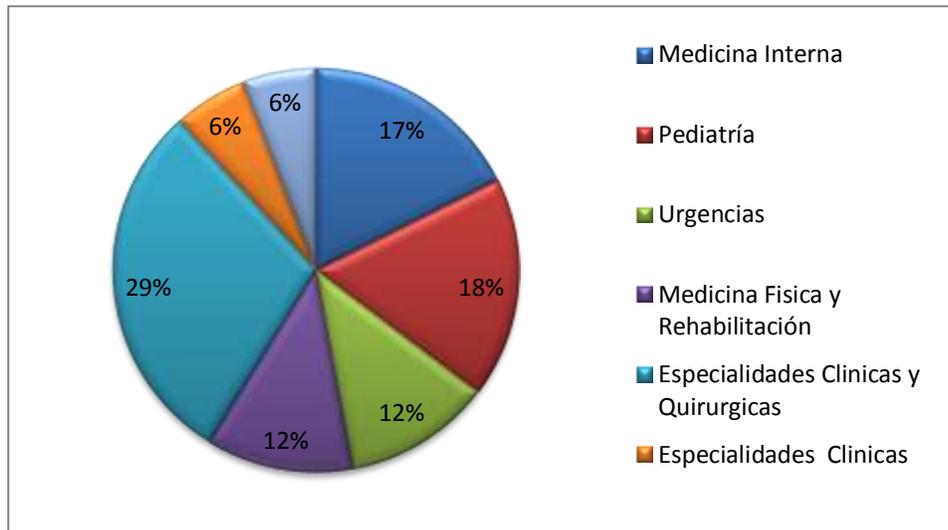


Figura 14. Porcentaje de Investigaciones por Especialidad. Construcción Propia

4.4. Conclusiones de los Antecedentes Investigativos

Los datos recogidos de la mayoría de las investigaciones hacen diferentes aportes que posibilitan líneas de trabajo, proyectos e ideas en relación con la educación en las Especialidades Médicas, estos se pueden incluir en esta investigación, no obstante esta búsqueda permite dar cuenta no solo de esos aportes y de esas tendencias con las que se ha tratado el tema, sino que permite visibilizar las ‘ausencias’, eso que aún se desconoce, que no se incluye, que no se ha investigado y da razón y existencia a esta investigación.

Dentro de los análisis que realizan las investigaciones en los posgrados médicos, se encuentran separados tanto los conceptos de enseñanza, aprendizaje y evaluación haciéndose mayor énfasis en este último. La evaluación es uno de los conceptos más recurrentes dentro del análisis de las especialidades y en ella aparecen incluidas desde las concepciones de evaluación que tienen los tutores, hasta la evaluación del desempeño clínico de los residentes y los mismos docentes.

Por otro lado, no se hace distinción entre la Educación en Especialidades Clínicas y la Educación en las Especialidades Quirúrgicas, razón por la cual, muchas investigaciones aplican una metodología general, sin hacer hincapié en sus diferencias, tanto en las formas de evaluación de los residentes, la formación y desempeño del tutor como en su relación con los estudiantes, las concepciones pedagógicas, etc.

De las investigaciones que se enfocan en las especialidades médicas se destacan Pediatría, Medicina Física y Rehabilitación, Urgencias y Medicina Interna y solo una de las investigaciones incluye a todas las especialidades clínicas. Ella se realizó en 2001 (*Oliveira y Rego*) y versa sobre la percepción que tienen los residentes del desempeño de los tutores y las diferentes funciones que estos cumplen.

En relación con Colombia, solo cumplen con los criterios de búsqueda, cuatro investigaciones. Una orientada a las especialidades quirúrgicas; otra, orientada a las concepciones sobre evaluación que tienen los tutores; una tercera, referida a la especialidad clínica de Medicina

TESIS DOCTORAL

LEONOR GALINDO CÁRDENAS

Interna y por último, una en relación con los modelos pedagógicos de un programa. De todas estas investigaciones ninguna es realizada en la ciudad de Medellín y menos en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, con el énfasis en las especialidades clínicas.

Las Bases de datos Ebsco, Eric y Pubmed que presentan la información en Inglés y que son de gran reconocimiento en el campo de la Educación Médica, proporcionan otro panorama para la Investigación debido a que muestran un amplio trabajo del tema principalmente en Estados Unidos, siguiéndole Canadá, Australia y Netherlands. Los Artículos de investigación develan un mayor trabajo en lo relacionado con la evaluación, las competencias, la forma en como los maestros asumen su profesionalidad y la percepción de los estudiantes frente al proceso evaluativo. En esta ampliación de la búsqueda se destacan las investigaciones que trabajaron estos conceptos en las diferentes especialidades clínicas y quirúrgicas.

Los artículos de investigación que emergen de las bases de datos de América Latina por el contrario, muestran un gran énfasis en la educación médica de los pregrados revelando pocos trabajos investigativos en relación a la educación en los posgrados médicos y en específico de las especialidades clínicas.

En las bases de datos aparecen artículos relacionados con las especialidades clínicas delimitadas en la Investigación, especialmente con Pediatría, Medicina Neuromuscular en Medicina Física y Rehabilitación, Radiología, Neurología Psiquiatría y Medicina Interna. Algunas aplican para ser antecedentes de la investigación y permiten establecer diálogos entre las diferentes especialidades. No obstante, la mayoría de los textos (aquellos que no fueron

seleccionados pero emergieron en la búsqueda) se enfocan en discusiones o problemas propios de sus disciplinas. Ejemplo: sobre las la dificultad que presentan los residentes para diagnosticar a los pacientes en los hospitales. Esto da cuenta de que si bien los artículos cumplen con ser de investigación, de residencias o especialidades clínicas, no se corresponden con el criterio de selección que da fundamento a la investigación y que se enfoca en el modelo de enseñanza y aprendizaje que siguen los profesores de medicina en dichas especialidades.

De las investigaciones seleccionadas se resalta *Professing professionalism: are we our own worst enemy? Faculty members' experiences of teaching and evaluating professionalism in medical education at one school*. Ésta realizada en el 2010 en la ciudad de Toronto, Canadá, presenta un valor agregado. En primer lugar, porque no se restringe al estudio de una sola especialidad sino que abarca tanto a las especialidades quirúrgicas como clínicas, en especial la psiquiatría y la pediatría que están recogidas en esta investigación. En segundo lugar, porque no sólo explora los conocimientos clínicos de los maestros sino las percepciones y las actitudes que tienen frente a la enseñanza y la forma en como asumen su profesionalidad. Percepciones que permiten profundizar en un problema que en Colombia se denomina como ‘crisis de la Profesionalidad Docente’, crisis que de acuerdo con lo encontrado en los artículos de investigación, se manifiesta como un fenómeno mundial que en el caso de esta investigación se visibiliza como un problema persistente en las especialidades Médicas y que está relacionado con una ‘falta de profesionalidad’ que se promueve, se mantiene y se sigue moviendo en silencio.

TESIS DOCTORAL

LEONOR GALINDO CÁRDENAS

En tercer lugar, porque la metodología utilizada no se basa en pruebas psicométricas (utilizadas en la mayoría de las investigaciones) sino en la técnica de grupos focales. Técnica que posibilita el intercambio de conocimientos, experiencias y percepciones que generan un clima ameno entre los que asumen el papel de entrevistados y el que asume la posición de facilitador y a su vez, posibilita la emergencia de temas y conceptos claves que puedan direccionar el estudio, abriendo nuevas líneas de trabajo, que en el caso de esta investigación pueden estar relacionadas con las múltiples presiones que hacen que el maestro asuma la enseñanza como un reto.

Los factores que generan la ‘falta de profesionalidad’ y actúan a modo de presión en la vida del maestro, son aludidos en este artículo, al estrés, la tolerancia institucional, a los rasgos de personalidad del Docente y su poca formación Pedagógica que les permita por ejemplo, considerar la forma en cómo se aprende y como se enseña. Esto permite reflexionar que no son suficientes los trabajos que se han realizado en pro de la formación en las especialidades clínicas y quirúrgicas, haciéndose impostergable la visualidad de aquello que hasta ahora actúa en el silencio y se nombra como una falta de profesionalidad, la predominancia de modelos conductistas que según ellos aumentan las brechas entre la enseñanza y la evaluación de los aprendizajes y por último, haciéndose necesario abordar eso que se manifiesta por los maestros como una impotencia que no les permite ejercer su papel como docentes.

En la misma línea se destaca *Combined student ratings and self-assessment provide useful feedback for clinical teachers*, una Investigación realizada en Netherlands que abarca diferentes

especialidades (medicina Interna, Cirugía, Obstetricia Ginecología, Pediatría, Neurología, dermatología, Oftalmología, y Psiquiatría) especialidades, en las que las clínicas como Pediatría y Psiquiatría se hacen notorias al ser recurrentes en varios estudios. Esta investigación permite reconocer un panorama muy completo que integra las distintas voces tanto de estudiantes cómo de maestros y se centra en las retroalimentaciones valorativas que dan lugar a la autoevaluación de ambos actores con el fin de mejorar el proceso de enseñanza clínica.

La investigación permite resaltar la percepción de los involucrados frente al proceso de evaluación y su relación con la enseñanza, hasta el punto en que los maestros resaltan que es más eficaz la Autoevaluación con la valoración de los estudiantes porque éstas ayudan a cambiar las discrepancias y por ende las practicas docentes. Desde una perspectiva metodológica el estudio, sólo se centra en aplicar encuestas en un antes, durante y después, a modo de diagnóstico que si bien permite rescatar el valor de la autoevaluación se reduce a extraer como se indica desde el título mismo, *información útil* y no genera una propuesta que permita que tanto maestros como estudiantes den continuidad o promuevan la cultura de la Evaluación desde su iniciativa sin un control externo.

Por otro lado, se encuentran algunas investigaciones que visibilizan la voz de los estudiantes, con el fin de mejorar la actitud de ellos frente a los pacientes, pero también frente al conocimiento su proceso evaluativo. En esta misma línea, se destacan dos estudios. Uno realizado en Sídney Australia en el 2010, denominado: *I enjoy teaching but...: Paediatricians attitudes to teachind medical students and junior doctors*. Éste cobra gran relevancia porque

TESIS DOCTORAL

LEONOR GALINDO CÁRDENAS

centra sus análisis en 24 egresados de Pediatría, en donde se exploran las actitudes que tuvieron frente a la experiencia, los obstáculos percibidos y posibles soluciones en relación a la Enseñanza. Esto se extrajo utilizando la técnica de Grupos Focales que también permitió deducir los retos y acciones en aras de mejorar la relación entre el Maestro y el estudiante.

A sí mismo, otra investigación, *Residents' Perception of Effectiveness of Twelve Evaluation Methods for Measuring Competency* realizada en el 2005 en Estados Unidos, refleja un interés por ahondar en las percepciones que tienen los residentes sobre la forma en como les evalúan las competencias. Competencias que por exigencia del consejo de Acreditación para Educación Médica para Graduados (ACGME) se reúnen en 6 áreas: atención al paciente, el conocimiento médico, la práctica basada en el aprendizaje, las relaciones interpersonales, habilidades de comunicación, el profesionalismo y los sistemas basados en práctica.

En los resultados arrojados por la investigación se encuentra que las técnicas desarrolladas por la ACGME tienen limitaciones, ya que utilizan pruebas de elección múltiple, pruebas que como se indica en el estudio no son el mejor método para evaluar la relación entre el residente y el paciente. Además se menciona que las formas de calificación Globales son limitadas debido a los pocos miembros de la facultad que están capacitados para usarlas y no hay evidencia de parcialidad y poca discriminación entre los residentes que utilizan estas formas lo que hace que los residentes sugieran que los evaluadores utilicen diversas técnicas de evaluación para las diferentes competencias y que no todas sean realizadas mediante las pruebas basadas en

cualidades psicométricas que utilizan los expertos de la ACGME ya que estos métodos no son tan eficaces como pretenden ser en todas las áreas.

Lo anterior permite conocer la importancia de escuchar a los residentes, las percepciones que éstos tienen, con el fin de concertar la forma en cómo serán medidas sus competencias ya que, cuando ellos se hacen partícipes de la construcción de dichos métodos, aprenden a darle mayor valor y por su puesto comprenden más la pertinencia que tienen en su proceso de aprendizaje.

Otro tema que aparece como una categoría de posible análisis y que se empieza a visibilizar desde este artículo, es el del lugar de las competencias en la profesión docente. En relación a esto, se encuentran otras tres investigaciones. La primera, *Building a competency-based workplace curriculum around entrustable professional activities: The case of physician assistant training*, se desarrolla en el país de Estados Unidos en el 2010 y se basa en una herramienta que posibilita la construcción de planes de estudio retomando las competencias clínicas y quirúrgicas. Esta herramienta reconocida como *Entrustable Professional Activities (EPA)* se relaciona con la capacidad de confiar actividades profesionales mediante la capacitación y responsabilidad que se le da a los supervisores y se destaca por el enfoque individualizado y flexible que otorgan las competencias de este modelo.

Una segunda investigación, *A new paradigm for teaching behavior change: Implications for residency training in family medicine and psychiatry*, realizada también en Estados Unidos,

TESIS DOCTORAL

LEONOR GALINDO CÁRDENAS

específicamente en Galveston, permite tener una aproximación al trabajo de las competencias en

Medicina mediante currículos interactivos basados en Habilidades.

En este estudio, también se sugiere el dominio de competencias en las especialidades, para esto presenta el currículo interactivo basado en habilidades que aunque re significan la relación de la Enseñanza con la evaluación de los aprendizajes, sólo se utiliza con 39 estudiantes de psiquiatría y no se extiende a otras especialidades. No obstante, interesa por los temas que trabaja y que pueden ser comunes a todas las especialidades como ‘puntos fuertes de los residentes, la elección de personal y la autonomía que obtienen’.

Además ofrece una metodología innovadora que puede ser muy útil para el trabajo de las competencias en esta investigación, porque le brinda a los residentes la opción de elegir cada semana de rotación un tema clínico o quirúrgico y un conjunto de habilidades clínicas quirúrgicas o roles que quiere asumir o en los que quiere profundizar, lo que posibilita la flexibilidad del plan de estudios y el aumento de confianza/ auto eficiencia en los residentes, aunado a una formación multidisciplinaria.

Por último, *Transforming Primary Care Training-Patient-Centered Medical Home Entrustable Professional Activities for Internal Medicine Residents* es una investigación realizada en California, Estados Unidos en el 2012, que se enfoca en la especialidad de Medicina Interna. Ésta también toma como base la herramienta para la construcción de planes de estudio (AAE) y

las competencias definidas por la sociedad de Medicina Interna General, esto con el fin de construir con un grupo de especialistas 25 competencias para los residentes con el fin de transformar la práctica de los médicos internos. Interesa resaltar las 7 competencias pilares de la sociedad de Medicina Interna, que guían el trabajo. Estas son: Competencias residentes en el lugar de trabajo, trabajo en equipo, la continuidad de la atención, evaluación, desarrollo del profesorado, herramientas ‘hogar medico constructor’ y la política. Esto se resalta porque son competencias transversales a las demás especialidades y son referentes que posibilitan la continua problematización de la formación por competencias.

Lo anterior, lleva a pensar los modelos de educación propuestos o evaluados en algunas de las investigaciones. En la investigación: *Good Clinical Teachers Likely to be Specialist Role Models: Results from a Multicenter Cross-Sectional Survey* llevada a cabo en el 2010 en Estados Unidos, se realiza una evaluación del modelo educativo a partir de encuestas cerradas propias de un enfoque cuantitativo y dirigida a 549 residentes con el fin de que calificaran el modelo educativo de su facultad. Aunque los resultados aparecen como positivos, vale cuestionar el método utilizado ya que no ofrece una flexibilidad ni le da posibilidad a múltiples respuestas abiertas con las cuáles se podrían haber extraído análisis mucho más completos y complejos.

La investigación Estadounidense llevada a cabo en el año 2011, *Fellows as teachers: a model to enhance pediatric resident education*, presenta la evaluación de un programa de Educación dirigido a los pediatras que obtiene una valoración positiva muy alta e interesa, por utilizar una

TESIS DOCTORAL

LEONOR GALINDO CÁRDENAS

metodología ingeniosa en la cual se orientaban a diario sesiones de Enseñanza didáctica, antes de las visitas clínicas que realizaban los residentes.

Ésta abre también una posible línea de trabajo entre los becarios (semejantes) y los residentes, ya que el trabajo conjunto entre ambos en esta especialidad fortalece el proceso formativo que es susceptible de ser mirado en las demás especialidades.

Un último modelo educativo está referenciado en la investigación: *Neuromuscular Medicine Competency in Physical Medicine and Rehabilitation Residents: A Method of Development and Assessment* en la ciudad de **New Jersey**, Estados Unidos. Ésta está dirigida a los residentes de Medicina Física y Rehabilitación y se relaciona con las competencias adquiridas en su proceso de aprendizaje, antes, durante y después de hacerse parte del modelo educativo. Lo cual fue analizado mediante una evaluación que resulta ser objetiva pero que está muy ligada a esta disciplina y no permite su trabajo en otras especialidades.

En conclusión, la búsqueda realizada evidencia que existen muy pocas investigaciones que se preguntan por la educación en los posgrados médicos pues la mayoría enfatiza en la formación en pregrados. Por otra parte, las investigaciones que se consideran como antecedentes no son suficientes, pues aún dejan muchas ausencias sobre la forma en cómo se deben abordar los diferentes problemas que emergen en las especialidades clínicas y quirúrgicas en relación con la formación por competencias.

4.5. El Problema de Investigación

La Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia declara en los documentos oficiales de fundamentación de los posgrados médicos la formación de competencias, sin embargo al evaluarse la trayectoria previa y posterior a estas publicaciones no se encontró evidencia de que se hubiese realizado un seguimiento curricular y didáctico previo a la directriz del Ministerio de Educación de la transformación de los programas hacia la formación de competencias, ni tampoco se encontró evidencia de un estudio posterior a este cambio en el nivel de las especialidades.

Al hacer una revisión de la literatura en inglés y español, en los ámbitos nacionales e internacionales, se encontró que era una necesidad a nivel mundial establecer unas directrices didácticas y curriculares que permitieran la comprensión de la formación de las competencias a nivel de posgrado y lograr así un mayor impacto en la solución de problemas desde el desempeño profesional que aporte al cambio social.

La pregunta de investigación es entonces sí: ¿El modelo basado en competencias profesionales de las Especialidades Clínicas y Quirúrgicas en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia permite una formación intencionada de las mismas?

TESIS DOCTORAL

LEONOR GALINDO CÁRDENAS

Si se logra caracterizar como se da la educación médica en el nivel de Especialidades Clínicas y Quirúrgicas en la Facultad de Medicina de la universidad de Antioquia, se puede avanzar hacia una comprensión que permitirá ofrecer una propuesta de mejora y de intervención para encontrar mayor sentidos formativos y así poder plantear un enfoque didáctico basado en la formación de competencias que responda con la realidad presente de la educación médica en el mundo.

De aquí surge la necesidad de ir a las fuentes directas y acudir a la observación de los espacios de aula, así como a la valoración de las representaciones sociales de las diferentes audiencias participantes en el proceso formativo, de manera que se logren recopilar datos, analizarlos e interpretarlos.

4.6. Objetivos de la Investigación

4.6.1. Objetivos Generales

Caracterizar el proceso de educación médica basado en competencias profesionales en las especialidades clínicas: Patología, Pediatría, Medicina interna, Dermatología, Radiología, Psiquiatría, Neurología, Medicina física y Rehabilitación, Medicina aplicada a la actividad física y al deporte, Toxicología clínica, Medicina de urgencias y Alergología clínica; así como en las especialidades quirúrgicas: Cirugía General, Ginecología, Anestesiología y Reanimación, Cirugía plástica, maxilofacial y de la mano, Neurocirugía, Oftalmología, Ortopedia y

traumatología, Otorrinolaringología y Cirugía de cabeza y Cuello, Urología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Colombia.

Proponer a la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia una propuesta pedagógica basada en la formación de competencias aplicable a las especialidades clínicas y quirúrgicas que permita un desarrollo intencionado de las mismas.

4.6.2. Objetivos Específicos

- Identificar las estrategias didácticas comunes y específicas en las Especialidades Clínicas y Quirúrgicas en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.
- Interpretar las representaciones sociales de profesores, residentes, directivos y egresados respecto al proceso de educación médica basado en competencias en las especialidades Clínicas y Quirúrgicas desarrolladas por la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.
- Elaborar una propuesta de orientación didáctica que permita potenciar el desarrollo de competencias tanto generales como específicas en los estudiantes de posgrados de las especialidades clínicas y quirúrgicas de una manera intencionada.

4.7. Metodología de la Investigación

4.7.1. Fundamentación Del Trabajo Empírico

El enfoque mixto de investigación, de acuerdo con Hernández (2006) es un proceso que permite recoger, analizar y articular los datos cuantitativos y cualitativos de un estudio para esclarecer las preguntas que se plantearon en el problema investigado. Permite así alcanzar una visión más completa y holística del fenómeno estudiado. Al considerar variadas fuentes de recolección de datos e interpretarlas de forma triangulada se alcanza una comprensión más sólida del estudio desde diversos análisis.

Esta investigación con enfoque mixto se inscribe dentro del paradigma pragmático, de manera que privilegia como criterio de valoración de la investigación a la efectividad. (Mertens, 2005). Reconoce además la integración de métodos cualitativos y cuantitativos (Jick, 1979)

Para la presente investigación, la recolección de datos tanto cualitativos como cuantitativos se dan en forma simultánea, aplicando instrumentos de recolección de datos correspondientes a cada enfoque, se busca ir confrontando algunos hallazgos y fortalecer el análisis, gracias al encuadre logrado entre los hallazgos alcanzados.

Se indaga acerca de los sentidos que los profesores y estudiantes de Especialidades Clínicas y Quirúrgicas dan a la educación médica y como lo evidencian en el proceso didáctico. Los textos

interpretados son los programas y planes de estudio de las especialidades, así como los componentes didácticos utilizados para su materialización, mediante la interacción de los profesores y estudiantes. De acuerdo con Gadamer (2003) para comprender, en primer lugar hay que entenderse en la cosa y solo, en un segundo momento destacar y comprender la del otro.

La investigación cualitativa tiene su origen en las ciencias sociales, estudia como ocurren los procesos en que se presenta un problema. De acuerdo con Pérez (1994) este tipo de investigación se da como un proceso activo, sistémico y riguroso de indagación acerca de eventos, problemas, escenarios, personas y sus múltiples interrelaciones, que una vez descritas, se interpretan y comprenden dando así una respuesta holística a la pregunta de la investigación.

En palabras de Galeano M (2004) estos estudios cualitativos tienen su énfasis en la valoración de aspectos subjetivos, de interacción entre los sujetos de la investigación; en ellos hay un énfasis en lo local, lo cotidiano y lo cultural, de forma que se logre comprender el significado de los procesos sociales para los mismos actores y así acercarse a la comprensión de una realidad particular, desde una perspectiva holística que permite interpretar el valor que cobran los escenarios, las mismas personas, sus roles, el contexto, entre otros aspectos desde la complejidad de un todo.

En este mismo sentido, Watson (1982) sostiene que la investigación cualitativa permite las descripciones completas de las situaciones, de las personas, de las interacciones, de las percepciones y los comportamientos observables.

Desde el punto de vista cualitativo, se acude a un enfoque hermenéutico, el cual permite leer procesos humanos que se expresan en el discurso, dado que se fundamenta en la interpretación, en el análisis de significados, en el cruce de sentidos y en expresiones de los sujetos. Para interpretar se requiere entrar en comunicación con el otro y llegar a ser el mismo mediante el círculo hermenéutico. En otras palabras, a partir de un texto oral que, para el caso, son las voces de las audiencias, se recorre un camino de análisis, comprensión e interpretación del caso de estudio y se llega a proponer los fundamentos y criterios para un modelo didáctico que aporte a la educación médica de las especialidades médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Se seleccionó la estrategia tipo caso, dado que se estudia la especificidad de un fenómeno, la educación médica en las Especialidades Clínicas y Quirúrgicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Según Galeano (2004) El caso se centra en la particularidad desde un proceso creativo y discursivo, teniendo como referente el contexto donde se inscribe el objeto de investigación. Así, da un valor al saber construido desde la singularidad, como manera de aproximarse al conocimiento social. Para Campo, “El caso es una forma privilegiada de investigación que permite detenerse en lo particular de las situaciones educativas” (1993, p. 86).

El estudio se realiza en una primera fase de enfoque cualitativo en la que se aplican entrevistas semiestructuradas con grupos focales, observaciones, análisis de documentos. Y una segunda fase, desde una metodología descriptiva, a partir de los modelos no experimentales, se desarrolla una encuesta mediante cuestionario, con base en los resultados cualitativos, dirigida a profesores, estudiantes y directivos.

4.8. Contextualización de la Investigación

La Universidad de Antioquia se encuentra ubicada en el centro de la ciudad de Medellín capital del departamento de Antioquia, Colombia, localizado en el noroccidente del país en el centro del Valle de Aburrá, Cordillera Central.

La Universidad de Antioquia es una institución estatal, la segunda más importante del país. Su objeto es buscar, desarrollar y difundir el conocimiento en los campos de las ciencias humanas, las artes, la filosofía, así como la técnica y la tecnología, mediante sus actividades misionales de investigación, docencia y extensión, ofrecidos en programas de pregrado y posgrado.

Desde 1803 inició actividades la Universidad de Antioquia, con la enseñanza de la Gramática, la Filosofía y el latín, contando con el apoyo de los padres franciscanos que llegaron de Popayán a apoyar las primeras letras en la Villa de Medellín. El primer local ocupado por la Universidad estuvo al costado norte del parque de Berrío y su primer director fue Fray Rafael de la Serna. Luego vendrían las construcciones del Colegio de Antioquia, en la plazuela San Ignacio, donde

TESIS DOCTORAL**LEONOR GALINDO CÁRDENAS**

hoy es el Paraninfo y, muchos años después, la construcción de la sede administrativa y académica en la que hoy funciona.

En todos sus años de existencia, la que hoy es Alma Mater de los antioqueños ha crecido en programas académicos de pregrado y posgrado, en diversas ciencias, entre ellas, las de la salud. Desde la creación de la Escuela de Medicina, hacia 1870, este ha sido el principal centro de formación de médicos, quienes iniciaron practicando en el cementerio de San Lorenzo, para aprovechar que allí depositaban los cuerpos de los no reconocidos por familiares o amigos, los llamados N.N.

La Universidad de Antioquia se ha considerado por más de dos siglos Alma Mater de Antioquia, tal como se registra en el libro titulado: Universidad de Antioquia, Historia y Presencia.

En sus inicios, el plan de estudios de cada cátedra estaba formado por cursos, como la gramática, la teología, los cánones y leyes, y la filosofía. Hacia 1812, se instauran los primeros estudios de derecho. Posteriormente en el año 1814 se iniciaron los estudios de ingeniería militar. En 1827, se autorizaron los estudios de Jurisprudencia y la institución pasó a llamarse Colegio de Medellín, poco tiempo después se suspendieron dichos estudios. En el año 1832 se creó el programa de formación profesional en Odontología y en 1837 se inauguraron las cátedras de Química y Mineralogía.

Fue en 1865 cuando se le dio el nombre de Universidad de Antioquia a toda la estructura educativa. En 1943 inició los estudios de Química y farmacia; Ingeniería Química; y se fundó el programa de economía, además se dio carácter universitario al instituto de filología y literatura.

Entre 1960 y 1980 se abrieron más de cincuenta (50) programas de pregrado, más de treinta (30) programas de posgrado y programas de extensión e investigación; se fomentó la vinculación de profesores de tiempo completo, y se iniciaron programas en disciplinas paramédicas y educativas.

En la década de los ochenta se creó el departamento de publicaciones de la Universidad como importante recurso en la difusión de la cultura; y diversos institutos que permitían reconocer la actividad investigativa, como función vital de la Universidad.

En 1993, el proyecto universitario se enmarcó en cuatro puntos en los cuales se consideraba la sociedad como valor fundamental en las actividades universitarias; y para ello se proponía consolidar la formación de profesionales competentes y competitivos; ciudadanos solidarios, comprometidos con la convivencia y la tolerancia. Y a partir de esto surge un nuevo ideal centrado más en la formación integral que en la profesional, en el cual la investigación, la participación del docente, y el planteamiento de problemas específicos son claves para la excelencia académica.

TESIS DOCTORAL

LEONOR GALINDO CÁRDENAS

Hoy la universidad de Antioquia marcha a la vanguardia de la investigación del país, además de ser la institución con el mayor número de proyectos científicos inscritos en Colciencias, y poseer el mayor número de grupos de investigación considerados de excelencia; contribuye a la sociedad con programas que ayudan al mejoramiento de la calidad de vida.

Actualmente atiende cerca de veinticinco mil (25.000) estudiantes matriculados en casi ochenta (80) programas de pregrado, y más de cien (100) programas de posgrados en todas las áreas del saber.

Doscientos años después, “la Universidad de Antioquia es más que nunca el proyecto colectivo más importante del Departamento y se ha convertido en un referente investigativo y académico de Colombia y Latinoamérica”. (Portal UdeA. 2012, s, p.)

La universidad ha presentado alianzas con universidades extranjeras que reconocen las posibilidades de intercambios y labores de cooperación científica de alto nivel; entre muchos otros proyectos, además de esto, la institución crea otras propuestas en las cuales se habla de la madurez del sistema de investigación y el avance hacia la innovación. En sus 208 años de historia la Universidad ha pasado por algunos momentos críticos que amenazan su supervivencia, sin embargo la institución ha seguido firme con sus ideales demostrando que se debe a la sociedad y buscando en ella el mayor apoyo para seguir formando los mejores profesionales.

Durante casi dos décadas la universidad ha avanzado significativamente en el cumplimiento de sus funciones misionales y ha ampliado su relación con la sociedad, gracias a la conciencia de contribuir al desarrollo social y económico de la región y del país.

La regionalización ha adquirido un peso destacado, la investigación avanza de manera decidida, el modelo de gobierno impulsado en estas dos décadas implicó conceder autonomía a las dependencias académicas, lo cual permite desarrollos importantes, al tiempo que se plantean retos para mantener la unidad e integridad institucional. Así mismo, las modalidades de contratos de investigación y desarrollo han permitido mejorar la proyección de la Universidad en el medio.

4.9. Población y Muestra.

4.9.1. Población.

La población de esta investigación la conforman los 21 programas de Especialidades Clínicas y Quirúrgicas, de los cuales 12 son clínicas y 9 Quirúrgicas.

El número de estudiantes, residentes admitidos a estos programas académicos varía de acuerdo con las necesidades de formación del talento humano en salud en el país, así como por variables de recursos, infraestructura, espacios de práctica entre otras. Tabla 9.

Tabla 9.

Relación de número de admitidos a los programas especializaciones Desde el periodo de 2011 al 2013. Construcción Propia

No.	Posgrado Especialidades Clínicas	Nº admitidos 2013	Nº admitidos 2012	Nº admitidos 2011
1.	Alergología Clínica	4	6	3
2.	Dermatología	3	3	3
3.	Medicina Aplicada a la Actividad Física y al Deporte	3	3	3
4.	Medicina de Urgencias	4	4	3
5.	Medicina Física y Rehabilitación	3	3	3
6.	Medicina Interna	12	12	10
7.	Neurología	3	3	3
8.	Patología	4	4	4
9.	Pediatría	12	12	11
10.	Psiquiatría	6	6	6
11.	Radiología	5	5	6
12.	Toxicología Clínica	3	3	3
13.	Anestesiología y Reanimación	7	6	5
14.	Cirugía General	7	9	8
15.	Cirugía Plástica Maxilofacial y de la Mano	3	3	2

No.	Posgrado Especialidades Clínicas	Nº admitidos 2012	Nº admitidos 2013	Nº 2014
16.	Ginecología y Obstetricia	6	6	5
17.	Neurocirugía	3	3	3
18.	Oftalmología	3	3	3
19.	Ortopedia y Traumatología	3	3	2
20.	Otorrinolaringología y Cirugía de la Cabeza y Cuello	3	3	3
21.	Urología	2	2	2
Total		99	102	91

Gran total de admitidos: 292 Residentes de Especialidades Clínicas y Quirúrgicas

4.9.2. Muestra.

4.9.2.1. Muestra Cuantitativa.

En la presente investigación no se realizó un cálculo de tamaño de la muestra, sino que se hizo un esfuerzo por lograr abarcar al universo completo de la población de profesores y residentes de las especialidades médicas. Con las personas que finalmente participaron en la investigación se realizó un cálculo del poder de acuerdo con el total de profesores y residentes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y según variables específicas de la subpoblación; en el caso de los profesores se consideró la variable tipo de vinculación y para los residentes la variable año de residencia. El cálculo se hizo manteniendo un nivel de confianza del 95%, efecto del diseño de 1 y proporción esperada de 0,5, puesto que no se tiene información previa del

comportamiento de las variables medidas en la población, cabe anotar que usar 0,5 como proporción esperada arroja el dato más exigente en el tamaño de la muestra y el poder.

4.9.2.2. Muestra Cualitativa.

Se acudió a una muestra por conveniencia investigativa en la cual se seleccionan aleatoriamente a un grupo de egresados teniendo como criterio que pertenecieran a las tres (3) últimas cohortes de las especialidades clínicas y Quirúrgicas. Para los grupos focales de profesores y residentes, se tuvo como criterio la representatividad de los 21 programas de especialidades clínicas y quirúrgicas.

4.10. Caracterización de la Población.

La Investigación cuantitativa, arrojó una caracterización de la población a la que se le dirigió el cuestionario, profesores y residentes la cual permite tener una contextualización de la misma.

En la siguiente tabla se presenta el cuadro discriminado por audiencias conformadas por directivos, Jefes de programas, profesores, residentes y egresados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, logrando un universo de población de **712** personas.

Tabla 10.

Población Objetivo de la investigación. Construcción Propia

Población	Número de Objetivos de participantes	Participantes en la investigación	%
Estudiantes de Especialidades Clínicas y Quirúrgicas	292	241	83%
Egresados de los últimos 10 Años.	21	23	100%
Profesores que apoyan las Especialidades Clínicas y Quirúrgicas con contrato de vinculación directa con la Facultad de Medicina	321	298	93%
Médicos adscritos a los hospitales por convenio docencia asistencia que apoyan el proceso de formación de los residentes.	53	53	100%
Jefes de las Especialidades Clínicas y Quirúrgicas	21	21	100%
Decano, Jefes de Posgrado, de Educación Médica y de Investigación de la Facultad de Medicina	4	4	100%
Total Población	712	640	96%

4.10.1. Caracterización De Los Docentes.

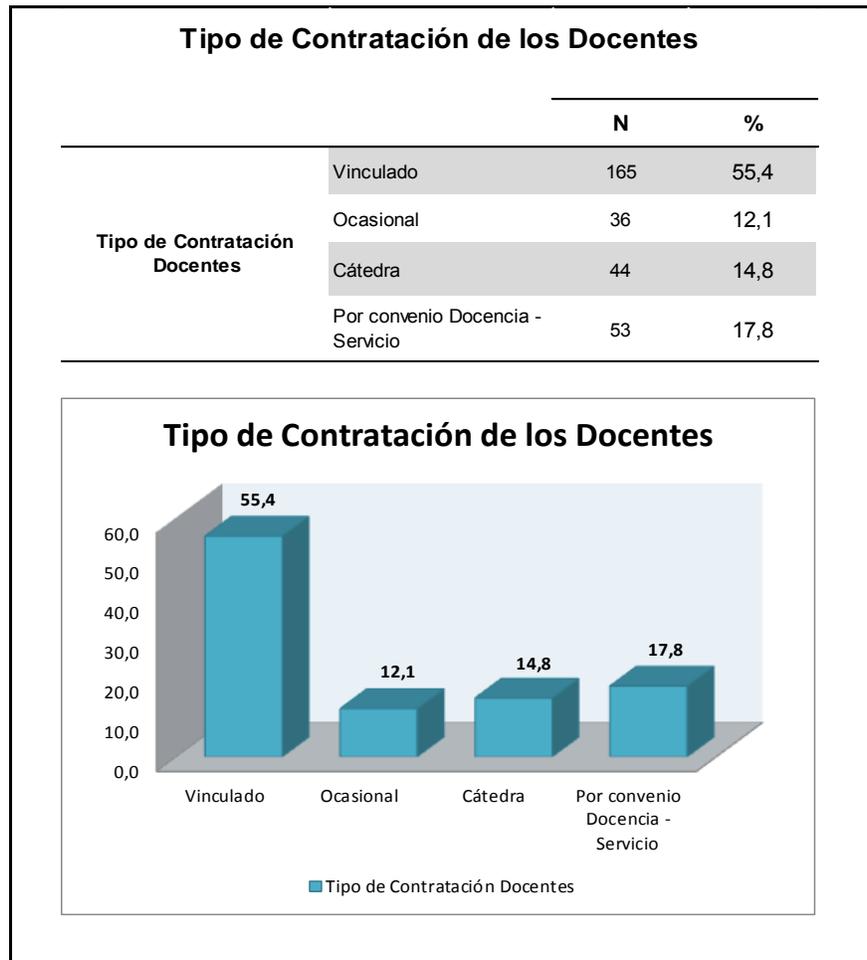


Figura 15. Caracterización Tipo de Contratación de los Docentes. Construcción Propia

La figura No. 15 muestra como el 55, 4% de los profesores están vinculados a la Facultad de Medicina, aspecto que favorece su compromiso para con la docencia directa y garantiza el fortalecimiento de los procesos educativos que se llevan a cabo en los posgrados médicos.

Al agrupar los profesores con contrato directo (vinculados, cátedra, ocasionales) a la Facultad de Medicina, se evidencia que estos corresponden al 82.2% cifra que representa un valor significativo en el acompañamiento que pueden tener los residentes de sus profesores, sólo el 17.8% representan a los médicos adscritos a los convenido docencia servicio que apoyan la docencia en los sitios de prácticas. Figura No. 16.

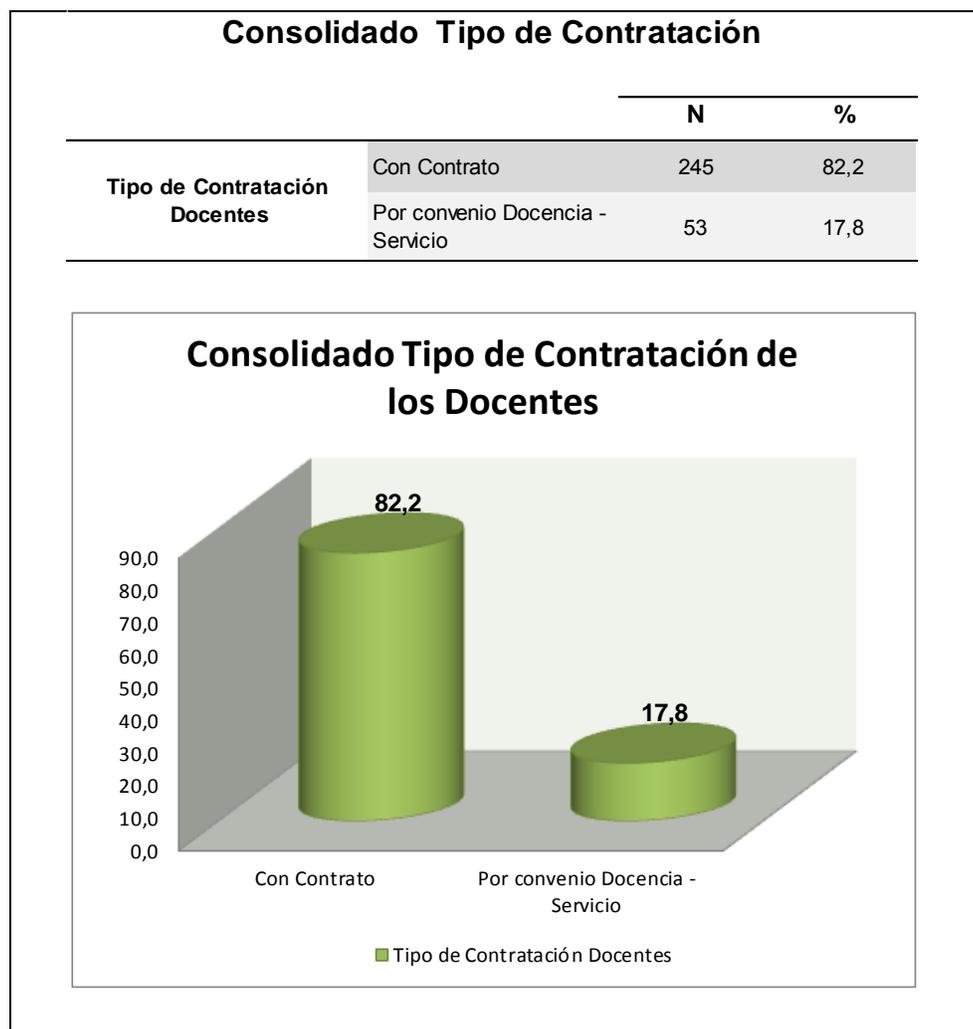


Figura 16. Consolidado de la Caracterización de tipo de Contratación de los Docentes.
 Construcción Propia

En la siguiente figura No.17 se puede valorar el nivel de formación de los profesores adscritos a las especialidades médicas, todos cuentan con una formación posgraduada, aspecto que también incide en la calidad educativa que se ofrece a los estudiantes. Vale la pena destacar como en la figura No.18 el consolidado del nivel de formación permite hacer evidente que el 78% de los profesores están homologados en el nivel de maestría, aspecto que reafirma aún más la solvencia disciplinar y científica del cuerpo profesoral que conforma el nivel de posgrados médicos en la Universidad de Antioquia.

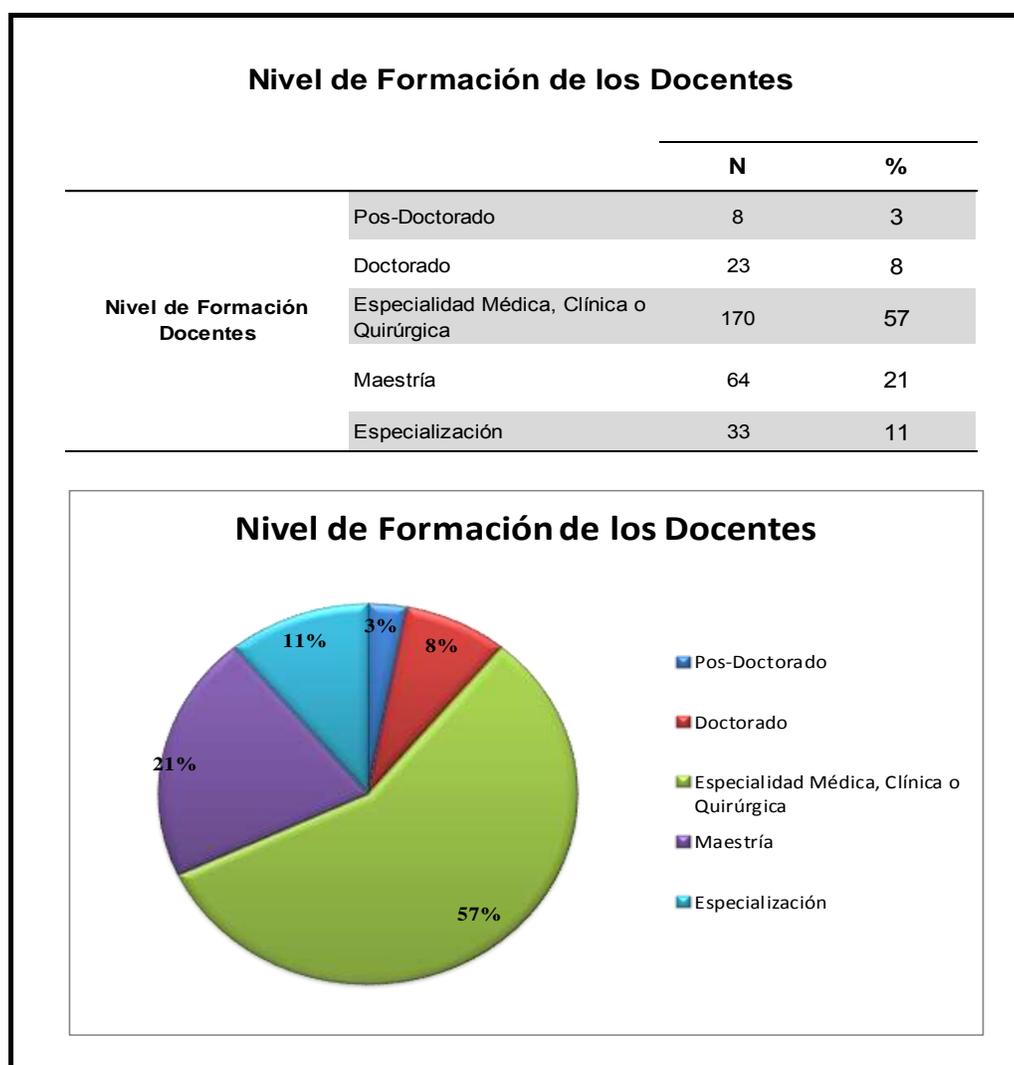


Figura 17. Nivel de Formación de los Docentes. Construcción Propia

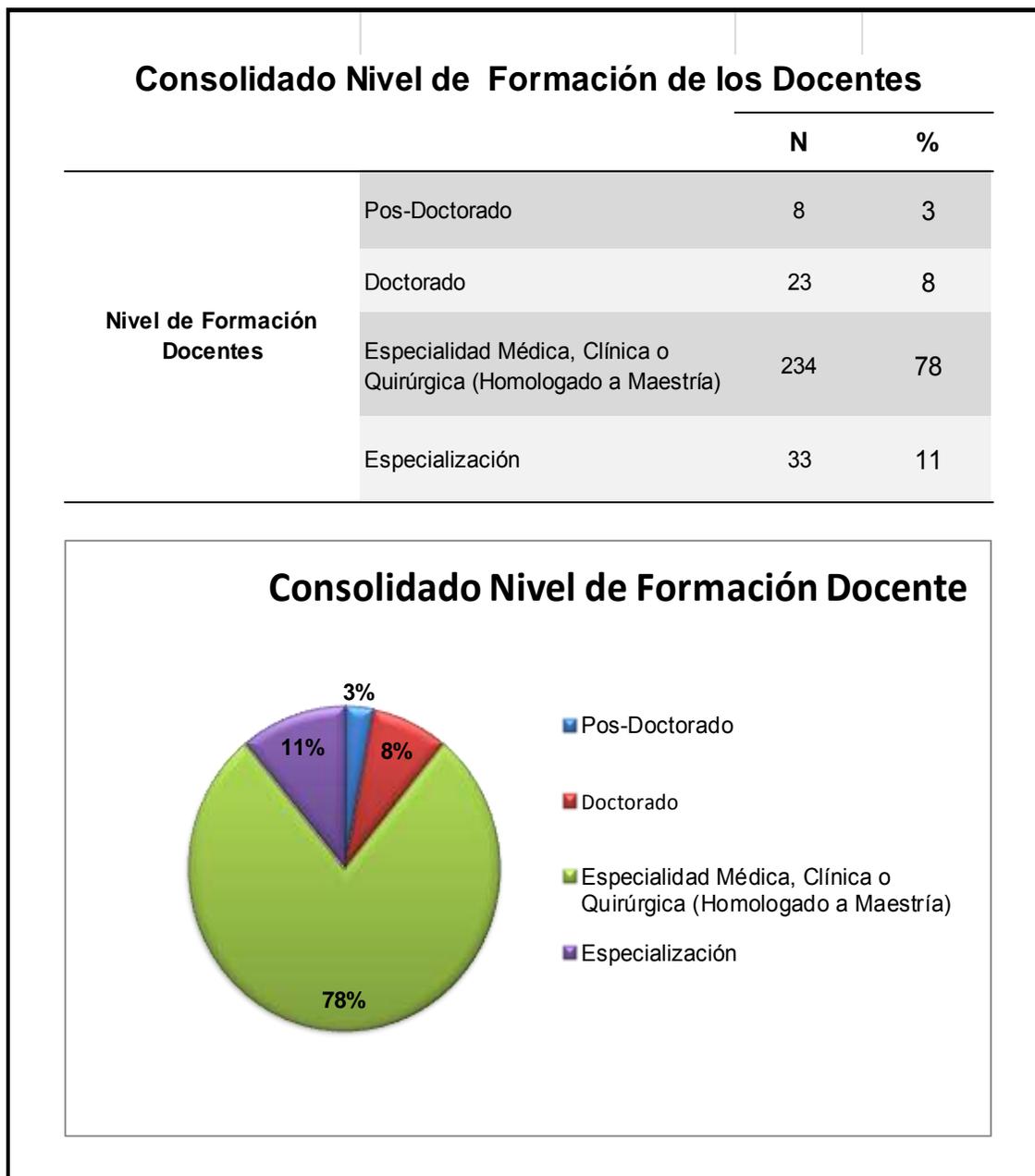
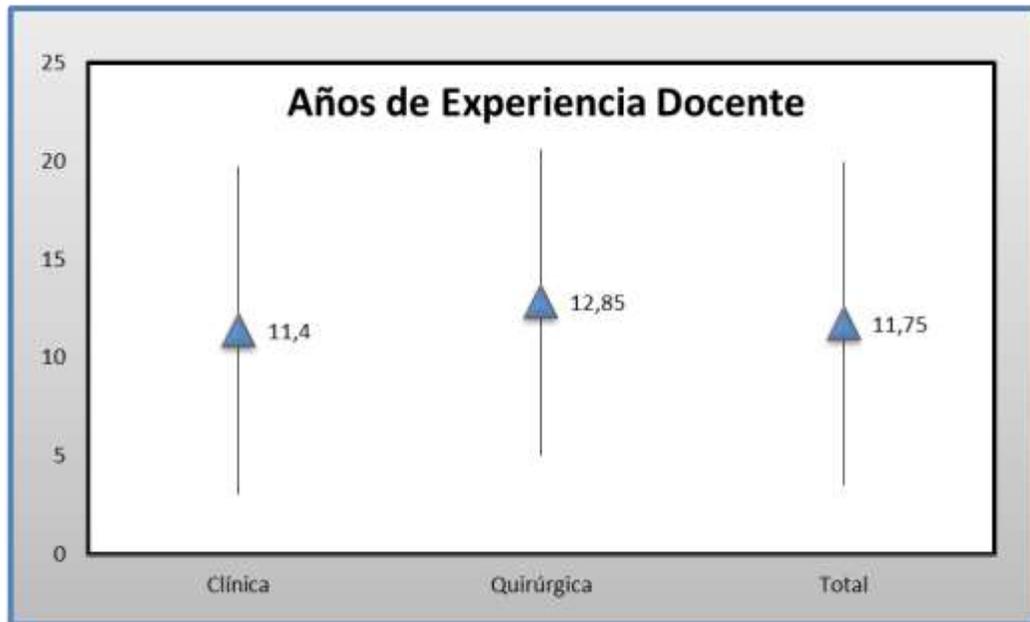


Figura 18. Consolidado Nivel de Formación de los Docentes (Homologados a Maestría).
 Construcción Propia.

Tabla 11. Años de Experiencias Como Docentes. Construcción Propia

Años de experiencias Docentes					
Área de especialidad	N	Media	DE	Mediana	Valor p*
Clínica	192	11,4	8,35	8,5	0,229
Quirúrgica	61	12,85	7,78	11	
Total	253	11,75	8,23	10	

DE= Desviación Estándar
* Prueba t de Student

**Figura 19. Media en Años de Experiencia Docente. Construcción Propia**

La media en años de experiencia docente del cuerpo profesoral es de 11.75 años, lo cual genera un reto a la facultad de Medicina para acompañar a los profesores en las actualizaciones a su práctica pedagógica y además establecer un plan de relevo generacional con docentes

preparados para asumir nuevos retos desde la didáctica y el uso de las tecnologías de la comunicación y la información.

4.10.2. Caracterización de los Residentes.

Los datos arrojaron que la población de residentes en relación con la cobertura de todos los niveles de formación quedó representada de la siguiente manera: residentes del primer año (32.8), del segundo año (35.7%), del tercer año (27.4%) y del cuarto año (4.1%) este último porcentaje es el más bajo dado que los residentes de último año se encuentran en rotaciones o pasantías en otras instituciones de salud fuera de la ciudad.

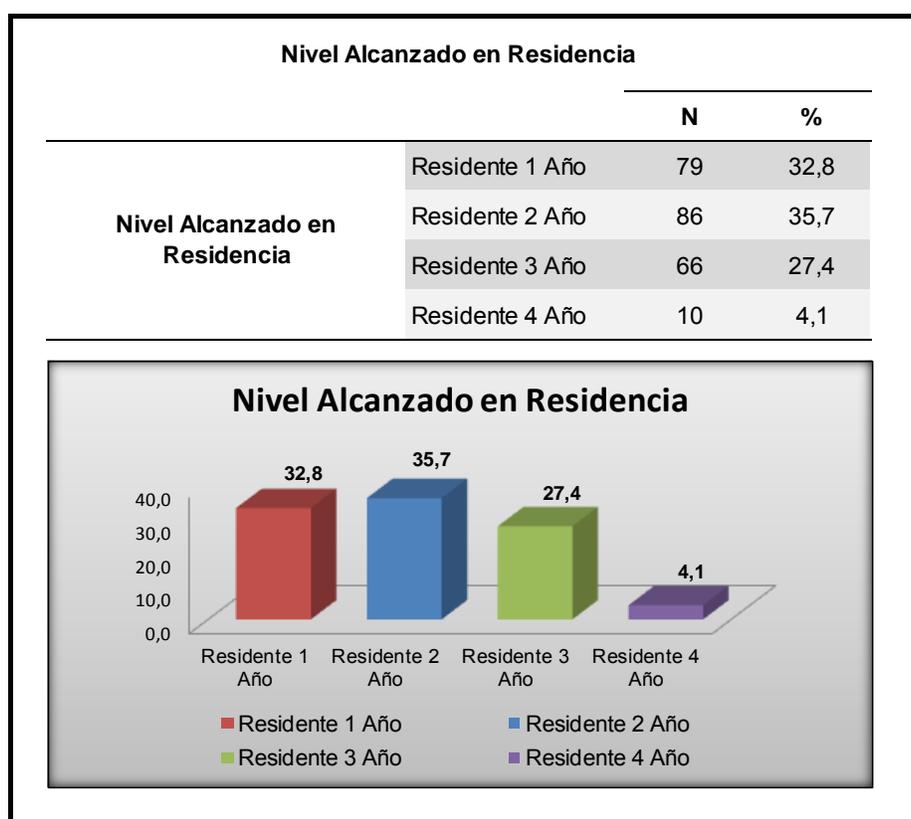


Figura 20. Caracterización Nivel Alcanzado en Residencia. Construcción Propia.

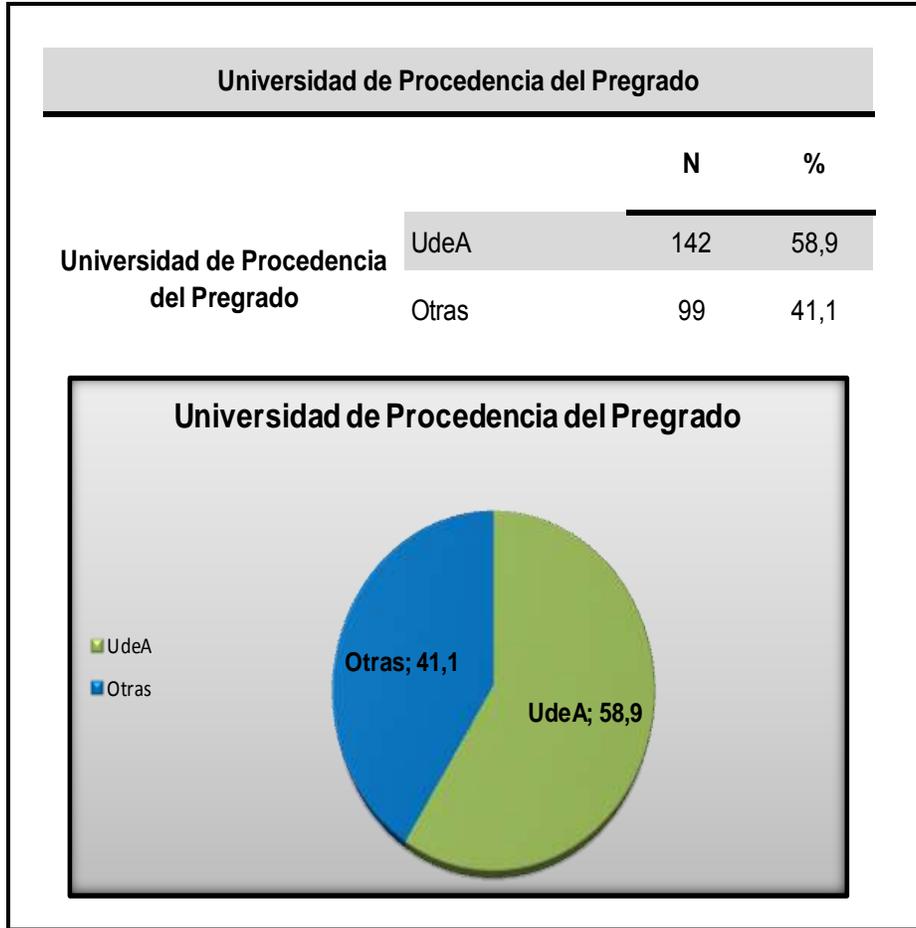


Figura 21. Universidad de Procedencia del Pregrado. Construcción Propia

Los residentes que participaron de la investigación son egresados de grado de la Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina y un 58.9% y en un 41.1% de otras Universidad de la región y del país, resultado que destaca por una parte la apertura de la universidad pública de impactar no solo en su región sino a nivel nacional y por otra parte, se está garantizando la continuidad del proceso formativo a los egresados.

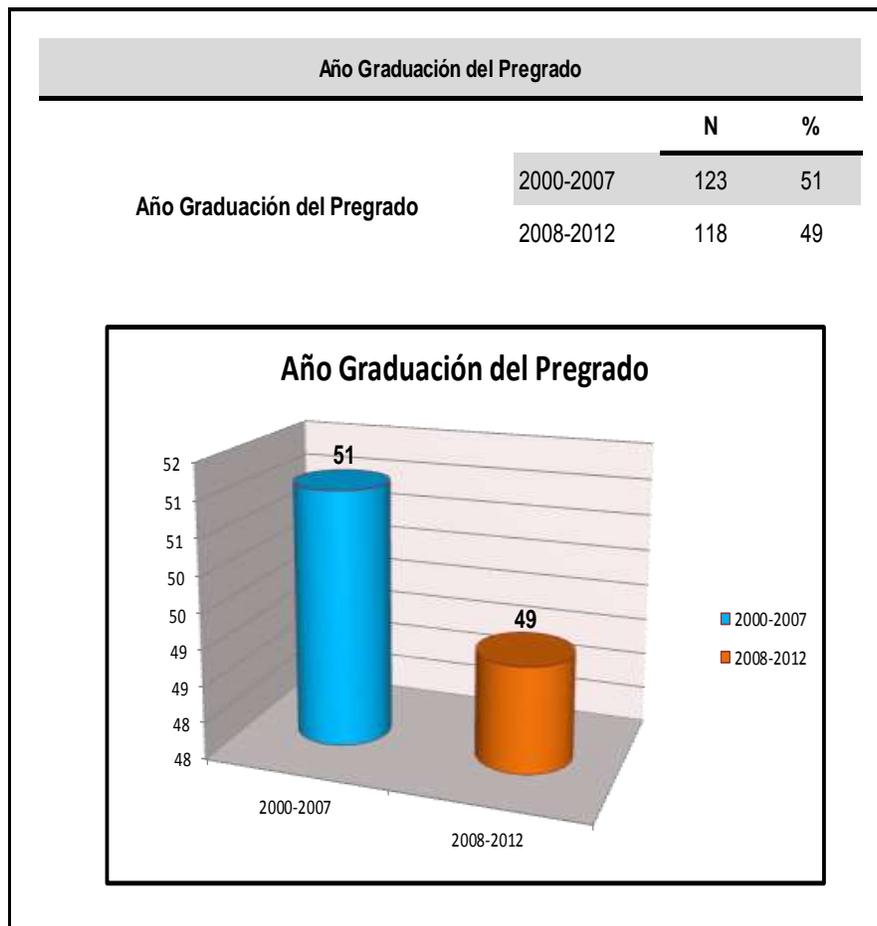


Figura 22. Año de Graduación del Pregrado. Construcción Propia.

En la figura No. 22 se muestra como los residentes que participaron en el estudio están entre el periodo comprendido entre el año 2000 al 2012 de haber egresado del grado de médicos. Destacándose que un 51% de ellos se graduaron entre el 2000 y el 2007 y un 49% entre el 2008 y el 2012.

4.11. Instrumentos para la Recolección de los Datos

4.11.1. Fase de Investigación Cualitativa.

En esta primera fase de la investigación se acude a instrumentos de recolección de datos cualitativos como entrevistas semiestructuradas a grupos focales, análisis de fuentes documentadas y observación de campo.

4.11.1.1 Procesos de Validación y Confiabilidad de Instrumentos de recolección de datos Cualitativos

Validez de contenido: el contenido de las entrevistas semiestructuradas y de las observaciones de campo fue diseñado de acuerdo con los objetivos de la investigación, el problema planteado, el público al que iba dirigido, el análisis global del contexto de la educación médica, el conocimiento que los participantes tenían de la propuesta educativa de la Facultad de Medicina, y por último, de los lineamientos teóricos en que se soporta el estudio. Las preguntas orientadoras se organizaron por categorías de análisis para facilitar posteriormente el proceso de interpretación.

Para el proceso de validación interna se tuvo en cuenta que la recolección de datos se hiciera desde diferentes instrumentos, como el análisis de documentos institucionales, la entrevista a

grupos focales por audiencias y las observaciones de campo, buscando hallar datos desde las mismas categorías de análisis que permitiera su posterior triangulación.

Validez de Criterio: se acudió a la valoración de expertos, para lo cual se entregaron las preguntas orientadoras de las entrevistas, la guía de las observaciones de campo, los objetivos de la investigación, los marcos de fundamentación teórica y el problema investigativo, con el fin de que fueran estos elementos el soporte para analizar la pertinencia del contenido. La primera valoración de expertos la ofrecieron las asesoras pedagógicas del Departamento de Educación Médica y posteriormente se le envió al director de la investigación, Dr. Juan López cuyos aportes permitieron enriquecer las preguntas y ampliar los criterios de la observación no participante.

Confiabilidad o Fiabilidad:

En el proceso de fiabilidad se acudió a cuatro medios para establecer la relación de confianza de las entrevistas a grupos focales y las observaciones de campo. (LeCompte & Goetz, 1982):

- **Claridad:** Se garantiza un lenguaje de fácil comprensión para las diferentes audiencias, de manera que las preguntas orientadoras de los grupos focales sean entendidas por todos los participantes. De otra parte se presentan en cada encuentro el contexto de la investigación el cual incluye la descripción de los objetivos y el planteamiento del problema de la investigación. Además se hace explícito el por qué se está llevando a cabo, cómo se está desarrollando la investigación, en qué tiempo, en qué lugar y para qué.

- **Confidencialidad:** Se entrega a cada participante el consentimiento informado y se lee en colectivo precisando cada aspecto y enfatizando en el valor de los principios éticos y sociales que rigen la investigación; se aseguran la confidencialidad en la información, el respeto por lo que se exprese y el uso exclusivamente académico de los datos recolectados.

- **Implicaciones de los sujetos:** Se organizaron los grupos focales por audiencias discriminadas, de modo que se garantizara un ambiente de tranquilidad y de mayor confianza para que cada grupo expresara sus percepciones sin la coerción que podría suscitar los diferentes roles mezclados (profesores, directivos, residentes y egresados).

- **Neutralidad:** La investigación cualitativa recoge sus datos partiendo del principio de neutralidad para lo cual se hace explícito a la audiencia que los investigadores se comprometen a mantener distancia de cualquier sesgo en relación con los participantes (género, identidad, rol, status académico o social) que pueda afectar la interpretación de los hallazgos encontrados.

- **La confiabilidad interna** del estudio cualitativo se garantiza además con la presencia de la Dra. María Elena Arango, médica, Cirujana General y Cirujana Pediátrica quien en calidad de coinvestigadora contribuyó con su experiencia docente y su práctica médica no solo a mantener la perspectiva del contexto médico- educativo sino que además, participó en la recolección de datos, en las observaciones de campo, en el análisis y en la interpretación, favoreciendo el equilibrio alcanzado en un trabajo colaborativo.

4.11.1.2. Instrumentos de recolección de datos

4.11.1.2.1. Entrevistas Semi-estructuradas.

En la fase cualitativa del estudio, se aplican entrevistas semiestructuradas a los jefes de programas y a los directivos de la Facultad y a los egresados de los programas.

La entrevista semiestructurada exige prever los tópicos o temas relevantes que serán desarrollados para asegurar la efectividad de los datos que se registren, en relación con los objetivos trazados. (Colás 1992). Por su parte, Bonilla & Rodríguez (1995), en su libro: *La investigación en las Ciencias Sociales, Más allá del dilema de los métodos*, afirman que la entrevista “es un instrumento muy útil para indagar un problema y comprenderlo tal como se ha conceptualizado e interpretado por los sujetos estudiados” (p. 92).

Como herramienta de recolección de datos exige de una interacción, cara a cara, entre entrevistador y entrevistado.

De acuerdo con Sierra (1998) la entrevista cualitativa aborda una conversación con un alto grado de institucionalización y con un objetivo determinado. Requiere de cualidades del entrevistador, en términos relacionados con la elaboración de la guía para que formule preguntas pertinentes. De igual forma, una capacidad de escucha activa, que promueva la intervención y

TESIS DOCTORAL**LEONOR GALINDO CÁRDENAS**

focalice las preguntas de acuerdo con los temas tratados. Por parte de los entrevistados, se requiere de un grado de motivación que les provoque su participación, tener un conocimiento del rol al aceptar participar de la entrevista para la investigación, así mismo disponer del tiempo para asistir.

Por su parte, el grupo de discusión es focal porque centra su atención en el objeto de estudio de la investigación y es de discusión, al permitir, desde lo discursivo, escuchar varias voces acerca de un mismo tema. Para este estudio se abordará lo relacionado con los componentes de la educación médica en las Especialidades Clínicas y Quirúrgicas y confrontar puntos de vista entre los participantes en cuanto a las percepciones que estos tienen, desde sus vivencias como residentes, profesores, directivos en este nivel de formación. Su carácter de colectivo valora la pluralidad y procura encontrar nuevos sentidos, a partir de los aportes fundamentados de sus integrantes.

Para la realización de los grupos focales se tiene en cuenta la elaboración de una ficha técnica que contiene el objetivo, la audiencia, los principales tópicos a tratar, así como su correspondiente guía; de igual modo se registran grabaciones de las intervenciones, previa autorización o consentimiento informado de los participantes, se transcriben y se categorizan, de acuerdo con el análisis de los datos. (Anexo No. 1)

Se realizaron 14 grupos focales dirigidos a diferentes audiencias como profesores de las 12 especialidades clínicas y de las 9 quirúrgicas, a los jefes de las especialidades, al Decano, al jefe de Educación Médica, al jefe de Investigación y al Jefe de Posgrado de la Facultad. Por conveniencia de la investigación se selecciona a un representante de cada audiencia de profesores, residentes, jefes, y egresados de manera que todas las especialidades estén representadas.

La siguiente tabla muestra como en total se realizaron 14 grupos focales, de los cuales cuatro se dirigieron a residentes, cuatro para profesores, cuatro a egresados, uno a Jefes y uno a directivos. En total participaron 79 personas discriminadas por audiencias de la siguiente manera:

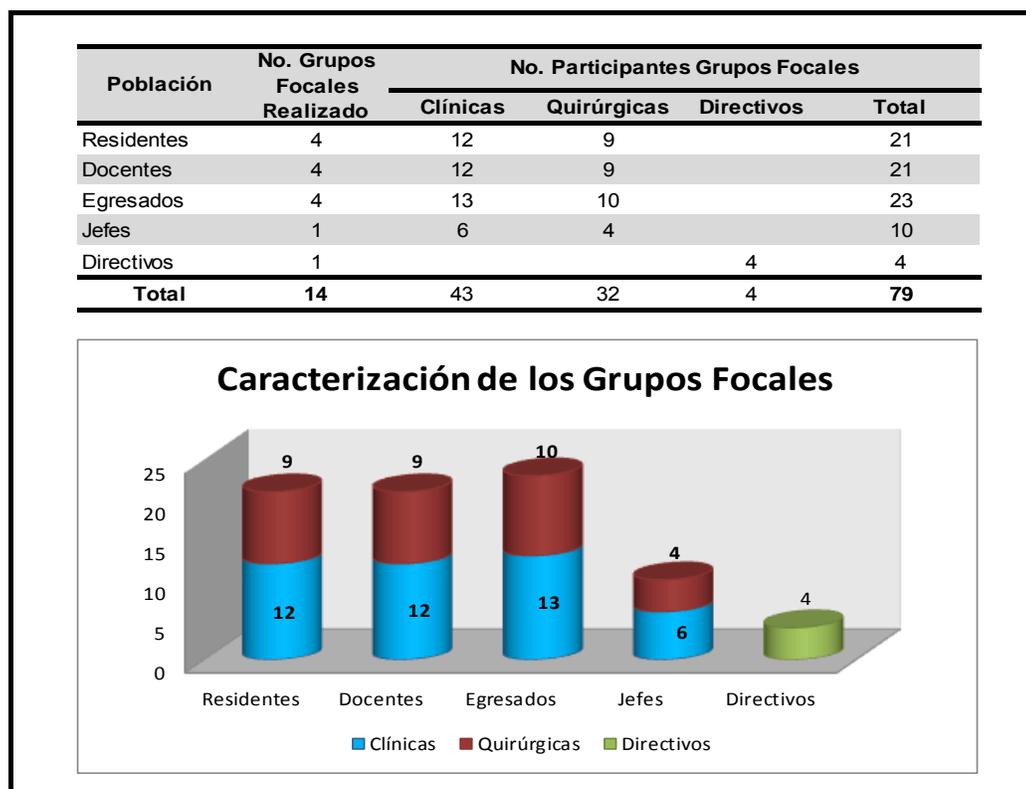


Figura 23. Caracterización de los Grupos Focales. Construcción Propia

4.11.1.2.2. Análisis de fuentes documentales.

De forma simultánea se realiza un análisis de fuentes documentales acerca del contexto de la educación médica en las Especialidades Clínicas y Quirúrgicas en la Facultad de Medicina, así como el análisis de los documentos institucionales de los programas de las especialidades, en lo relacionado con sus propósitos, metodologías, tiempos, espacios y evaluación.

La recolección de la información correspondiente a los documentos institucionales se realizó teniendo en cuenta algunas de las características generales de la técnica análisis de contenido. Dicha recolección se dividió en tres pasos. El primero, consistió en seleccionar los textos más pertinentes teniendo en cuenta los propósitos de la investigación. El segundo, en ficharlos, seleccionando los apartados que se correspondían con las categoría de análisis. El tercero, en asignarle unos códigos de acuerdo con la herramienta de Atlas.ti.

Sobre la Técnica: Análisis de Contenido

De acuerdo con Berelson (1966), “el análisis de contenido es una técnica de investigación para el análisis descriptivo, objetivo, sistemático y cuantitativo del contenido manifiesto de una comunicación” (p. 263). Es por esto, que él considera principalmente cuatro características dentro de cualquier análisis de contenido, que en este caso, sería sobre los documentos institucionales. En primer lugar, la objetividad, en donde las categorías y códigos de análisis deben ser claros. En segundo lugar, la sistematización, en donde la información o textos a revisar deben seleccionarse

de acuerdo con criterios preestablecidos. Una vez seleccionados los textos, se extraen de los apartados que se resalten, categorías relacionadas con el tema de la investigación y se evalúa constantemente bajo los mismos criterios. En tercer lugar, la cuantificación, que se refiere a los números asignados a las categorías creadas para la codificación del texto. Por último, el contenido manifiesto, comprende que el análisis se realiza no sobre lo que se interprete como intención del autor, sino sobre lo que está escrito, teniendo en cuenta el entorno lingüístico donde se ha creado.

Selección de los documentos

Para la selección de los documentos se establecieron unos criterios, el primero consistía en que éstos estuvieran relacionados con el área de la educación médica o hicieran parte de una normativa de Universidad o del País, que tuviese incidencia sobre la educación médica en el posgrado. El segundo, que dichos documentos tuviesen vigencia ya sea por pertenecer a una versión más reciente o por su legado e historicidad. Por último, se tuvieron en cuenta documentos de archivo que de acuerdo con el ICA/ Consejo internacional de archivos, se refieren a “la información registrada, producida o recibida en el inicio, gestión o finalización de una actividad que comprende contenido, contexto y estructura suficiente para proporcionar evidencia a dicha actividad” (Consejo Nacional de Archivos (CIA), 2009).

Los tipos de documentos administrativos que se revisaron fueron de decisión (resoluciones, acuerdos), de transmisión (comunicaciones, notificaciones, publicaciones), de juicio (informes) y de constancia (actas, certificados). En general, se consideraron: El Reglamento académico de

TESIS DOCTORAL**LEONOR GALINDO CÁRDENAS**

posgrados, Registros calificados de las especialidades, Actas de Consejo de Facultad de posgrados y las Resoluciones internas de los posgrados clínicos. Dentro de los documentos de decisión se eligieron principalmente la Resolución Rectoral 27223 por el cual se expide el reglamento específico para los programas de Posgrado de la Facultad de Medicina. De igual manera, dentro de los documentos de transmisión se tuvieron en cuenta, las cartillas de fundamentación teórica elaboradas por el comité de currículo de la Facultad de Medicina. También se consideraron los documentos de Juicio, como el informe de autoevaluación para la acreditación de los programas de pregrado y posgrado, informes de actividades y de distinciones. Por último, se encontraron diversos documentos de constancia no oficiales como cartas, permisos, consultas a las diferentes instancias administrativas y el centro de educación médica, listas de ideas, permisos y datos sobre los estudiantes, egresados y profesores.

Los anteriores documentos se revisaron con el objetivo de analizar la coherencia que existe entre los documentos marcos (que describen los principios y fundamentos) en los cuales se apoya la educación médica de las especialidades clínicas y quirúrgicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y lo que se encuentra en la realidad concreta. Para esto, se revisaron y ficharon los documentos rastreando lo que hay en ellos, en relación con las especialidades Clínicas y Quirúrgicas, la didáctica, la evaluación, los recursos, los procesos de enseñanza y de aprendizaje.

Fichaje y asignación de códigos

Los datos a registrar en el diseño de la ficha de análisis de documentos, se ubicaron en diferentes Ítems. Bajo el primero denominado: descripción y citas se distribuyeron los apartados relevantes con relación a los objetivos de la investigación, apartados que se extrajeron del documento seleccionado. Éstos se colocaron entre comillas para conservar la idea del autor objetivamente dicha. En el segundo, se tuvieron en cuenta las observaciones es decir, las interpretaciones acerca de la cita, en donde se realizaron relaciones intertextuales, es decir se establecieron conexiones con otros textos a la luz de los propósitos investigativos. En el tercero, se asignaron palabras claves que actuaron como códigos que facilitaron la categorización y por tanto, la ubicación del apartado para su posterior análisis mediante la herramienta de Atlas.ti (véase apartado...). Como ejemplos de palabras claves que se asignaron, se encuentran: *Micro currículo, asignaturismo, interdisciplinariedad, autoevaluación, entre otras*. Por último, se escribieron las observaciones finales, en donde se agregaron, de manera general, los aspectos considerados como pertinentes para la investigación.

Aparte de lo anterior, se registraron los metadatos que brindaban información general de los documentos. Estos fueron, título, año en el que se escribió y autores o responsables del mismo. También se especificó cuál era el tipo de documento (Folleto, Artículo, Programa, Acta, resoluciones y Otros).

4.11.1.2.3. Observaciones.

Se realizan observaciones dirigidas a identificar las diferentes tipologías de estrategias didácticas como prácticas pedagógicas que se evidencien en los 21 programas de Especializaciones Clínicas y Quirúrgicas, con fin de precisar aspectos comunes o específicos de su aplicación hasta lograr su caracterización a partir de los eslabones didácticos. Para la observación se acude a elaborar una guía que orienta la mirada de quien investiga. Van Dalen & Meyer (1981) consideran que, mediante la observación se puede lograr una mejor interpretación de los hechos.

Algunas de las ventajas de la observación como instrumento para recolección de datos son mencionadas por Morán (2007):

- Se obtiene la información de los hechos tal y como ocurren en la realidad.
- Se pueden percibir ciertas conductas que en oportunidades no son relevantes para las personas observadas, pero relevantes para la mirada del investigador.
- No requiere de colaboración directa del objeto o personas observadas.

Para llevar a cabo la observación se hace necesario identificar y precisar los objetivos que se persiguen con la misma, delimitar el hecho u objeto a observar, las condiciones en que se dará y los aspectos a registrarse, de manera que quien observa centrará su agudeza en dichos aspectos garantizando su validez, fidelidad y confiabilidad. Según Bonilla (1995) en su libro *Más allá del dilema de los métodos* expresa que:

“(...) observar, con un sentido de indagación científica, implica focalizar la atención de manera intencional, sobre algunos segmentos de la realidad que se estudia, tratando de captar sus elementos constitutivos y la manera cómo interactúan entre sí, con el fin de reconstruir inductivamente la dinámica de la situación (...)”. (p. 92)

El tipo de observación que se utiliza en esta investigación es la no participante, para la cual se utilizan registros simultáneos de los datos, en la medida en que se observa y en algunos momentos se acude al uso de cámara de video. Su duración se limita al tiempo que dura la actividad académica observada (seminario, ronda, análisis de caso, club de revistas, entre otras) y al cronograma previsto en la fase empírica de la presente investigación.

Los tópicos centrales en estas observaciones fueron según a las relaciones pedagógicas: estudiante, profesor, conocimiento:

- Prácticas pedagógicas
- Estrategias didácticas
- Estrategias de Evaluación
- Manejo del espacio y del tiempo
- Manejo de recursos educativos.

El análisis de los datos cualitativos se hace mediante la herramienta de Atlas.ti. Los datos que se logran extraer de la fase cualitativa del estudio, son complementados con los arrojados de la fase cuantitativa, de manera que se logra una comprensión completa de la educación médica en las Especialidades Clínicas y quirúrgica. Esto se presenta la ficha técnica de la observación, (Anexo No. 3).

Tabla 12.

Observaciones Realizadas. Construcción Propia

Observaciones				
		Clínicas	Quirúrgicas	Total
1.	Club de Revista	1		1
2.	Consulta Externa	1		1
3.	Estudios de Casos	2	1	3
4.	Informe de Investigación	2	1	3
5.	Revisión de tema	2	2	4
6.	Rondas clínicas	1	3	4
7.	Seminarios	3	3	6
8.	Staff	1	2	3
Total		13	12	25

4.11.2. Fase de Investigación Cuantitativa.

Para la fase de investigación cuantitativa se acude a la aplicación de una encuesta tipo Cuestionario:

4.11.2.1. El cuestionario.

Es un instrumento de recolección de datos que contiene preguntas estandarizadas, descritas de forma clara y precisa para que el informante ofrezca sus respuestas por medio digital o manual escrito.

Para la elaboración del cuestionario se define el constructo que se quiere medir, de acuerdo con los datos que se recogieron en la fase cualitativa y con el marco de fundamentación de la investigación. Estos dos aspectos le dan el carácter de validez del instrumento que se elabora, además de que se pasó a juicio de expertos.

Descripción de los cuestionarios: se diseñaron dos cuestionarios, uno dirigido a profesores y el otro a residentes. El objetivo de su aplicación fue valorar con criterios de medida el modelo de educación médica que se desarrolla en las Especializaciones Clínicas y Quirúrgicas de la Facultad de medicina de la Universidad de Antioquia.

El cuestionario dirigido a los profesores tiene 84 items (anexo No. 6) y el de los residentes tiene 97 items (anexo No. 7), dichos instrumentos constaron de preguntas relativas a la

vinculación del encuestado con la universidad, la pertenencia al departamento y a las categorías claves de la investigación: estrategias didácticas, evaluación, recursos educativos; competencias profesionales, rol docente; y rol del residente, Estas categorías, surgieron del análisis de la fundamentación teórica, el problema y objetivos de la investigación. Una vez diseñadas, se procedió a realizar las preguntas que se incluirían en cada una de ellas. En algunas categorías se desarrollaron más preguntas por la complejidad de la misma y con el fin de garantizar que se abarcara todo su contenido. Además se utilizaron 5 escalas que fueron: desde Nunca la utilizo hasta Siempre la utilizo, Totalmente en Desacuerdo hasta Totalmente de acuerdo, Insatisfecho hasta Muy satisfecho, nada importante hasta Muy Importante, Nunca hasta Siempre.

4.12. Tratamiento y Análisis de los Datos.

4.12.1. Análisis Cuantitativo.

Para el proceso de recolección de la información en la fase cuantitativa, se utilizó el cuestionario de auto-diligenciamiento. Este instrumento facilitó la participación de un mayor número de personas en la investigación, aumentando la probabilidad de que la información brindada fuera fidedigna. Con el fin de llevar esto a cabo, se organizó la recolección de información en cinco momentos.

El primer momento, consistió en el diseño de los instrumentos específicos de auto-diligenciamiento, uno para profesores y otro para residentes.

4.12.1.1. Procesos de Validación y Confiabilidad o Fiabilidad.

El segundo momento, se refirió a la validación del instrumento (Anexo No.11 Acta de validez del Instrumento Cuantitativo). Para esto, se recurrió al juicio de expertos. En primer lugar, de la experta en metodología de investigación cuantitativa, médica, salubrista e epidemióloga Dra. Marcela Vélez, quien realizó una revisión técnica y a su vez apoyó con los ajustes respectivos. Luego, se pasó a la experta en educación médica, la Dra. María Elena Arango Rave, Cirujana general y Pediátrica, representante por las Especialidades Quirúrgicas. Al validar el instrumento, recomienda y realiza un mejoramiento del uso de algunos términos pedagógicos para hacerlos más comprensibles por el lenguaje médico.

Finalmente, se procedió a la revisión por parte de la Dra. Sandra Isaza, Neuróloga, Magister en Epidemiología, representante por las especialidades Clínicas, experta en educación médica y en metodología de investigación cuantitativa, para que hiciera una valoración integral del producto. De esta manera, al realizar la revisión técnica, frente a la metodología, afirmó que cuenta con rigor, y frente al contenido resaltó su consistencia, coherencia interna (relación con objetivos y pregunta) y el uso de un lenguaje técnico que facilita la comprensión por parte de la audiencia a la cual se dirige. También, hizo la recomendación de seguir el protocolo exigido por el comité de ética para garantizar que las audiencias consultadas firmaran los consentimientos informados previamente. Una vez diseñados los cuestionarios, se enviaron al Director de la tesis, Dr. Juan López para su valoración, recibiendo de él la aprobación para la recolección de los datos.

TESIS DOCTORAL

LEONOR GALINDO CÁRDENAS

Además, para la validación se realizó una prueba en la que se midió la efectividad de los cuestionarios en la valoración del tiempo de diligenciamiento. Para tal fin tres profesoras del Departamento de Educación médica respondieron el dirigido a profesores y tres residentes el dirigido a ellos. Con esto, se pudo determinar que el tiempo estimado estaba entre 20 a 25 minutos. Aspecto que sirvió para informar a las diferentes audiencias la destinación de tiempo que se requería para poder contestarlo de forma completa.

El tipo de validación utilizado en general, fue el de *validez de apariencia*, lo que permitió que la revisión de los instrumentos se realizara por los mismos miembros de la investigación. Cada uno de ellos, leyó y evaluó los componentes de los mismos, de acuerdo a su área de mayor conocimiento. Esto con el propósito de verificar, si cada una de las preguntas allí consignadas se correspondía con las categorías investigativas anteriormente señaladas. Para esto, se utilizaron como criterios: estructura del cuestionario, intención y objetividad de medición, presentación y formalidad del instrumento –código de ética-, y escalas: casi siempre, siempre, nunca, casi nunca, algunas veces/ De acuerdo, en desacuerdo, totalmente de acuerdo, totalmente en desacuerdo, entre otras.

Para la fiabilidad del instrumento cuantitativo (cuestionario) se evaluó la consistencia por medio de la correlación de los ítems con el dominio, utilizando el coeficiente α de Cronbach, el valor aceptable de este coeficiente debe ser $> 0,7$ y es bueno si supera el 0,8. Dando una valoración de 0.91, es decir excelente su confiabilidad. (Anexo No. 12)

El tercer momento, estuvo relacionado con la convocatoria de residentes y profesores para el diligenciamiento de los instrumentos. Para esto se recurrió, a los correos electrónicos de los docentes y residentes de los departamentos de las 21 especialidades médicas. Esta información se separó en dos bases de datos, una para los docentes y otra para los residentes. Se utilizaron dos medios de envío. Uno vía e-mail, para mandar de forma más masiva los cuestionarios realizados por medio de la herramienta google académico. El otro medio fue el físico, para hacerlo personalizado en aquellos casos de profesores que no acceden a la plataforma virtual, de manera que así se controló la variable de no contestar la prueba por limitaciones tecnológicas.

Otra manera que se encontró para motivar a la población objetivo fue mediante la participación en los grupos focales, allí se les recordaba la forma de acceder y la importancia de responderlos. Otros medios que se utilizaron para difundir la información, fueron el portal web de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y las carteleras de las diferentes especialidades. En esta última se visualizó la información en formato impreso (pósteres) sobre la encuesta tipo cuestionario a realizar.

En el cuarto momento, se estableció previo contacto con los residentes que iban a auto-diligenciar el cuestionario, especialmente con los que participaron en los grupos focales, y se realizaron algunas aclaraciones relacionados con la ética de la investigación. Para esto, se les entregó una carta de consentimiento informado, antes de la aplicación del instrumento (lo mismo se hizo antes de entrevistar a los docentes). En este aparecían los propósitos de la

investigación, la importancia de su participación voluntaria, de preguntar los asuntos que no le resultaran claros, indicar si una pregunta le incomoda o no, y de retirarse si así lo considerara necesario. También se exponía, que los registros recolectados se utilizan solo para los fines de la investigación puesta en conocimiento. De igual manera, se aclaró que sus nombres, información de contacto y otra que ellos indiquen, se cambiarían u omitirían con el fin de respetar y proteger su identidad.

Por último, al tener los cuestionarios diligenciados por los estudiantes y profesores, se pasó al análisis de los datos. Para esto, se organizó la información recolectada en una base de datos en Excel y luego se copió en el programa estadístico SPSS versión 21. Este programa cuenta con una capacidad amplia para trabajar con grandes cantidades de bases de datos, lo cual permitió almacenar las 539 encuestas diligenciadas y añadirle a cada pregunta una variable.

La población objetivo de la investigación cuantitativa la conforman los 292 estudiantes, 321 profesores vinculados a los programas de las especialidades clínicas y quirúrgicas de la Facultad de Medicina y 53 médicos que apoyan a los estudiantes desde el convenio docencia servicio.

El cuestionario se realiza de forma Autoaplicada, por vía electrónica y teniendo previstos algunos en papel para aquellos participantes de la muestra que no pudieran acceder al medio

digital. Se utilizan ítems de selección múltiple, escalas tipo Likert. El número de ítems fue de 97 para los Residentes y 84 para Docentes.

Análisis estadístico

Para la recolección de los datos y su posterior análisis se usa el SPSS (statistical Package for the Social Sciences) como programa estadístico de buen uso en las Ciencias Sociales.

Para la descripción de las diferentes variables recogidas se calcularon medidas de tendencia central y dispersión. En el caso de las variables cuantitativas, se reportaron media, mediana y desviación estándar. Y en el caso de las variables cualitativas, se calcularon frecuencias relativas y absolutas.

Se realizaron comparaciones entre las proporciones de respuesta de profesores y residentes, y entre participantes provenientes de especialidades clínicas y quirúrgicas. Estas comparaciones se hicieron mediante una estimación del *chi cuadrado de Pearson*. De esta manera, se consideró que existía significancia estadística si el valor p era <0.05 . Por ejemplo, para comparar la variable 'número de años ejerciendo la docencia' entre los profesores de las especialidades clínicas y quirúrgicas, se calculó una diferencia de medias de muestras independientes por medio de la prueba t de Student (significancia estadística cuando $p < 0.05$) después de haber comprobado la normalidad de su distribución con la prueba de Shapiro Wilks ($P > 0.05$).

Se evaluó la consistencia interna por medio de la correlación de los ítems con el dominio, utilizando el coeficiente α de Cronbach, se consideró un valor aceptable cuando este era $> 0,7$ y bueno si superaba el 0,8.

Por último, el cálculo del poder se hizo con el software Epidat 3.1 (OPS 2006). Todos los otros análisis estadísticos se realizaron con el software SPSS® versión 21 (Copyright IBM Corporation 1989, 2012)

4.12.2. Análisis cualitativo.

El proceso para la realización de los Grupos Focales y las Entrevistas Semiestructuradas constó de varios momentos. En primer lugar, se convocaron a los diferentes actores que harían parte del proceso de investigación de acuerdo con los criterios de selección de la muestra para la investigación cualitativa se acudió a una muestra por conveniencia en la cual se seleccionan aleatoriamente a un grupo cuyo criterio de selección fue que participaran egresado, profesores y residente de cada programa de las 21 especialidades clínicas y quirúrgicas.

Las convocatorias se realizaron a los diferentes grupos poblacionales con los cuáles se iría a trabajar. Para esto se enviaron cartas de invitación dirigidas a cada jefe de programa para el grupo focal de profesores, residentes y egresados con fecha, lugar y tiempos (las reuniones se realizaron en jornada diurna, y duraban aproximadamente dos horas). A cada uno de estos grupos, se les

contextualizo en el tema central de la investigación, y se entregó a los participantes un consentimiento informado avalado por el comité de ética por el instituto de Investigaciones Médicas, Comité de Bioética de la facultad de medicina, con el cuál ellos daban su aprobación para participar en la entrevista. De igual manera, también se grabó la sesión y se tomaron algunos registros fotográficos a quiénes así lo consintieran. Los consentimientos que dieron los diferentes actores, permitieron que el ‘clima’ de la entrevista fuera agradable y ellos pudieran expresar sus experiencias y argumentos frente a lo propuesto sin temores o restricciones.

Las entrevistas semiestructuradas se aplicaron en forma personalizadas entre el entrevistado y el entrevistador, para ellas se enviaron cartas de invitación directa para jefe de programas y directivos de la facultad de Medicina. El tiempo de la entrevista fue de hora con firma de consentimiento informado y grabación de audio. Posterior a la realización de los grupos focales y entrevista semiestructuradas se procedió a realizar las transcripciones del audio a un medio digital (Anexo No. 14 Transcripciones de los Grupos Focales), (Anexo No. 15 Transcripciones de las Entrevistas)

El análisis de los datos cualitativos se realizó utilizando como herramienta, el Atlas.ti. Esta herramienta facilitó el análisis de grandes cantidades de textos, posibilitando establecer códigos, categorías y redes entre los diferentes conceptos e ideas relevantes extraídas en este caso, de las entrevistas semiestructuradas, los grupos focales y los documentos institucionales. En otras palabras, con esa herramienta se puede organizar, reagrupar y establecer relaciones entre el material que se dispuso.

TESIS DOCTORAL

LEONOR GALINDO CÁRDENAS

El procedimiento para el análisis de la información cualitativa constó de varios momentos. El primero, consistió en recopilar e introducir en la herramienta, todo el material registrado para el análisis. Luego, se agruparon de acuerdo con la técnica utilizada y el grupo poblacional trabajado, sin hacer referencia a los nombres propios de los participantes, sino a la Especialidad que pertenecían. Cada agrupación recibió un nombre en específico, entre éstos se encuentran: Entrevistas Semiestructuradas, Grupos Focales Jefes directivos, Grupos Focales Profesores, Grupos Focales Residentes y Grupos Focales Egresados. Aparte de estas denominación, cada agrupación adquirió un código con el cual podía ser identificado, por ejemplo: Entrevista Semiestructurada Grupo Focal Profesores 1 recibió el código (P) 25.

Luego, se tomaron como referencia las categorías y subcategorías de análisis de la investigación. En otras palabras, las categorías que orientaron el análisis de la información recogida, se refirieron a los elementos que constituyen todo proceso formativo, en especial el de la educación médica en las especiales clínicas y quirúrgicas. De estas categorías, solo se excluyeron las que hacían alusión al contenido o al saber disciplinar. De esta manera, las que se construyeron fueron: Estrategias Didácticas, Competencias, Evaluación, Recursos, Formación, Y Gestión Académica.

Tabla 13.

Categorías y Subcategorías. Construcción Propia

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS	DOCUMENTO INFORME ATLAS.TI
	Aspectos comunes en la utilización de estrategias didácticas entre clínica y quirúrgica	Informe Aspectos de estrategias didácticas en las especialidades

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS	DOCUMENTO INFORME ATLAS.TI
ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS	Aspectos diferenciadores en la utilización de estrategias didácticas entre clínica y quirúrgica	
	Tipos de estrategias Prácticas Guiadas Simulaciones Estudio de casos Taller didáctico Seminarios Aprendizaje Basado en problemas (ABP) Participación en grupos de investigación Comité Clínico Patológico (CPC) Telemática Rondas Clínicas Simposio Prácticas de laboratorio Visita domiciliaria Familiar Demostraciones Club de revista	Informe Tipos de Estrategias Didácticas
COMPETENCIAS	Desarrollo de competencias	Informe Competencias
	Aspectos que se mantendrían o eliminarían de la formación por competencias	
	Competencias genéricas: Comunicativa Trabajo en equipo. Interdisciplinariedad Ética Incorporación tecnología de la Información (TIC) Investigativa Ciudadanía Ética- Bioética	Informe Competencias Genéricas
	Competencias Específicas: Propone Diagnostica Rehabilita Evalúa	Informe Competencias Específicas
EVALUACIÓN	Instrumentos de evaluación	Informe Evaluación
	Planeación de la evaluación	
	Criterios de la evaluación	
	Seguimiento a la formación del residente	
	Momentos de evaluación: Inicial- Final	
	Tipos de evaluación: Autoevaluación-coevaluación	
RECURSOS EDUCATIVOS	Espacios físicos para la docencia	Informe Recursos educativos
	Recursos pedagógicos didácticos-tecnológicos	

TESIS DOCTORAL**LEONOR GALINDO CÁRDENAS**

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS	DOCUMENTO INFORME ATLAS.TI
	Tiempos para la formación	
	Recursos administrativos	
	Otros	
FORMACIÓN	Elementos comunes de la formación en las diferentes especialidades	Informe Formación
	Elementos diferenciadores de la formación	
	Lineamientos pedagógicos: Interdisciplinariedad Flexibilidad Formación Integral Pertinencia	
	Relaciones Interpersonales Profesor- profesor Residentes- profesores Profesor- personal administrativo Directivos	Informe Relaciones Interpersonales
	Aspectos positivos o negativos del desempeño profesional	Informe Formación
	Identidad profesional	
Otros		
GESTION ACADEMICA	Formación pedagógica de los profesores	Informe Gestión Académica
	Formación Disciplinar de los profesores	
	Seguimiento al proceso de educación médica desarrollado por los profesores	
	La autoevaluación y el registro calificado	
	Otros	

También aparecen unas subcategorías que surgen de las categorías. En este sentido, se encuentra por ejemplo, que de la categoría Estrategias Didácticas emergen diversas subcategorías como: Práctica guiada, simulación, rondas clínicas, seminarios, Staff, estudios clínicos, consultas externas, entre otras. Además a cada subcategoría también se le asignó un código.

Por lo anterior, al asignar todos los códigos y al señalarlos en el material correspondiente, la herramienta, agrupó esta información, a modo de informe. Este informe, organizó los datos de acuerdo con el contenido y con los códigos de las categorías y las subcategorías en diferentes carpetas para facilitar el análisis. Cada informe realizado comprende al principio de cada línea, el número de citas que se tuvieron de determinado código y luego el nombre de la unidad hermenéutica, que se refiere a la categoría que opera como eje central de la investigación, es decir, Educación Médica en las Especialidades. Después aparece el código de la categoría, la subcategoría y otros códigos asignados. Por último, se agrupan las líneas seleccionadas de las entrevistas y documentos institucionales, en un solo documento, acompañadas de un comentario en el que aparece, la especialidad.

4.12.3. Observaciones.

El registro de las observaciones se agrupó de acuerdo con las estrategias didácticas observadas de manera que quedara un consolidado que permitiera dar cuenta de los elementos característicos de cada estrategia.

El análisis de cada registro de las observaciones de las estrategias didácticas, se llevan como aporte para uno de los productos de la investigación relacionado con hacer más expedita la intencionalidad de la formación por competencias, razón por la cual los datos se analizan e interpretan a la luz de la fundamentación teórica y de la experiencia del investigador para diseñar

una guía que oriente un enfoque didáctico para la formación por competencias en la educación médica de las especialidades, respondiendo así a uno de los objetivos de la investigación.

4.13. Algunas Consideraciones Sobre la Ética en la Investigación

El proyecto de investigación fue radicado en el Instituto de Investigaciones Médicas adscrito a la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia con el propósito de lograr el aval institucional para el desarrollo de la investigación, y contar con el respaldo científico del grupo de expertos del instituto en el apoyo técnico de la investigación.

Por otra parte el proyecto de investigación se sometió al comité de ética para que fuera evaluado en el cumplimiento del código de ética regulado por el Instituto de Investigaciones médicas y se logró su aval del consentimiento informado que debió ser ampliamente difundido entre la población participante e informado antes de participar de cualquier espacio del trabajo de campo en la investigación.

En este mismo sentido se contó con el aval del comité de ética del Hospital San Vicente de Paúl, principal centro de práctica de la Facultad de Medicina con el fin de que aprobaran la investigación y permitieran acceder a realizar el trabajo de campo.

La investigación involucra la realidad humana, en este caso de profesores, estudiantes, jefes y egresados, por tanto se antepuso el deber ético y moral, de proteger los derechos humanos básicos y universales como la dignidad y el respeto.

Desde el principio de autonomía, se informó que la participación era voluntaria y que de no aceptar, no habría ningún acto coercitivo. Así mismo siempre se generó un ambiente de respeto y de aceptación a la diversidad de puntos de vistas que pudieron surgir. Se garantizó también la confidencialidad y el anonimato. Además desde el principio de beneficencia, se informó a cada una de las audiencias que tanto la aplicación de los cuestionarios, como la participación en los grupos focales o en las observaciones no tenían por objeto hacer intervenciones directas, sino solo acceder a información en procura de generar la producción de conocimiento.

4.13.1. Criterios de inclusión en la investigación:

- Estudiantes de las especialidades clínicas y quirúrgicas en cualquiera de los niveles.
- Profesores de las especialidades clínicas y quirúrgicas en cualquiera de los niveles, independiente del tipo de vinculación que tengan con la Universidad, o que sean profesores por convenio.
- Egresados de las especialidades clínicas y quirúrgicas en los últimos 10 años.

4.13.2. Criterios de exclusión de la Investigación:

- Estudiantes de las especialidades clínicas y quirúrgicas que expresen su deseo de no participar en la investigación.
- Profesores de las especialidades clínicas y quirúrgicas que expresen su deseo de no participar en la investigación.
- Egresados de las especialidades clínicas y quirúrgicas que expresen su deseo de no participar en la investigación o con más de 10 años de haber estado vinculados con la formación de residentes.
- Médicos adscritos por convenio docencia- servicio que expresen su deseo de no participar en la investigación.

CAPITULO 5

Análisis e Interpretación de Resultados

El análisis e interpretación de los datos que arroja la presente investigación tiene como punto de partida la pregunta investigativa que orienta la perspectiva investigativa mixta, descriptiva, no experimental y tipo caso. Además de los objetivos generales y específicos que direccionan el foco de la mirada investigativa. En la fase de la investigación cualitativa se analizan los datos extraídos de las entrevistas y grupos focales recopilados en la herramienta de Atlas.ti, más las observaciones condensadas en una ficha de registro y los documentos institucionales revisados y organizados en fichas técnicas específicas.

Por su parte en la fase de investigación cuantitativa se analizan los datos condensados en el software SPSS en el cual se almacenaron los resultados de los cuestionarios aplicados a profesores y residentes.



Figura 24. Enfoque metodológico de la Investigación. Construcción Propia.

Tal como aparece en la figura anterior se procede a la triangulación metodológica (Bisquerra, R. 2000), se correlacionan los resultados de ambas investigaciones con la fundamentación teórica de la investigación para lograr generar las conclusiones y los productos investigativos que arroja el estudio.

La triangulación es utilizada para la combinación de métodos, entornos, grupos, teorías. En acuerdo con Denzin (1989) la triangulación se refiere a la utilización de tipos de datos producidos por distintos métodos de investigación.

5.1. Investigación Cualitativa.

Primer momento:

Para el análisis e interpretación de resultados cualitativos se acude a la triangulación de datos, que de acuerdo con Olsen, (2004) esta triangulación emplea distintas estrategias de recolección de datos, con el fin de lograr la verificación de tendencias en un grupo determinado de participantes en este caso: profesores, residentes, jefes y egresados en lo relacionado con las categorías de la investigación así: formación por competencias, estrategias didácticas, evaluación, relaciones interpersonales, roles de profesores, roles de residentes, recursos educativos y lineamientos curriculares que inciden en la didáctica.

Para cada una de estas categorías se establecen sus unidades de análisis que permite categorizar los resultados y lograr un consolidado general.

A continuación se presenta las categorías con las unidades de análisis

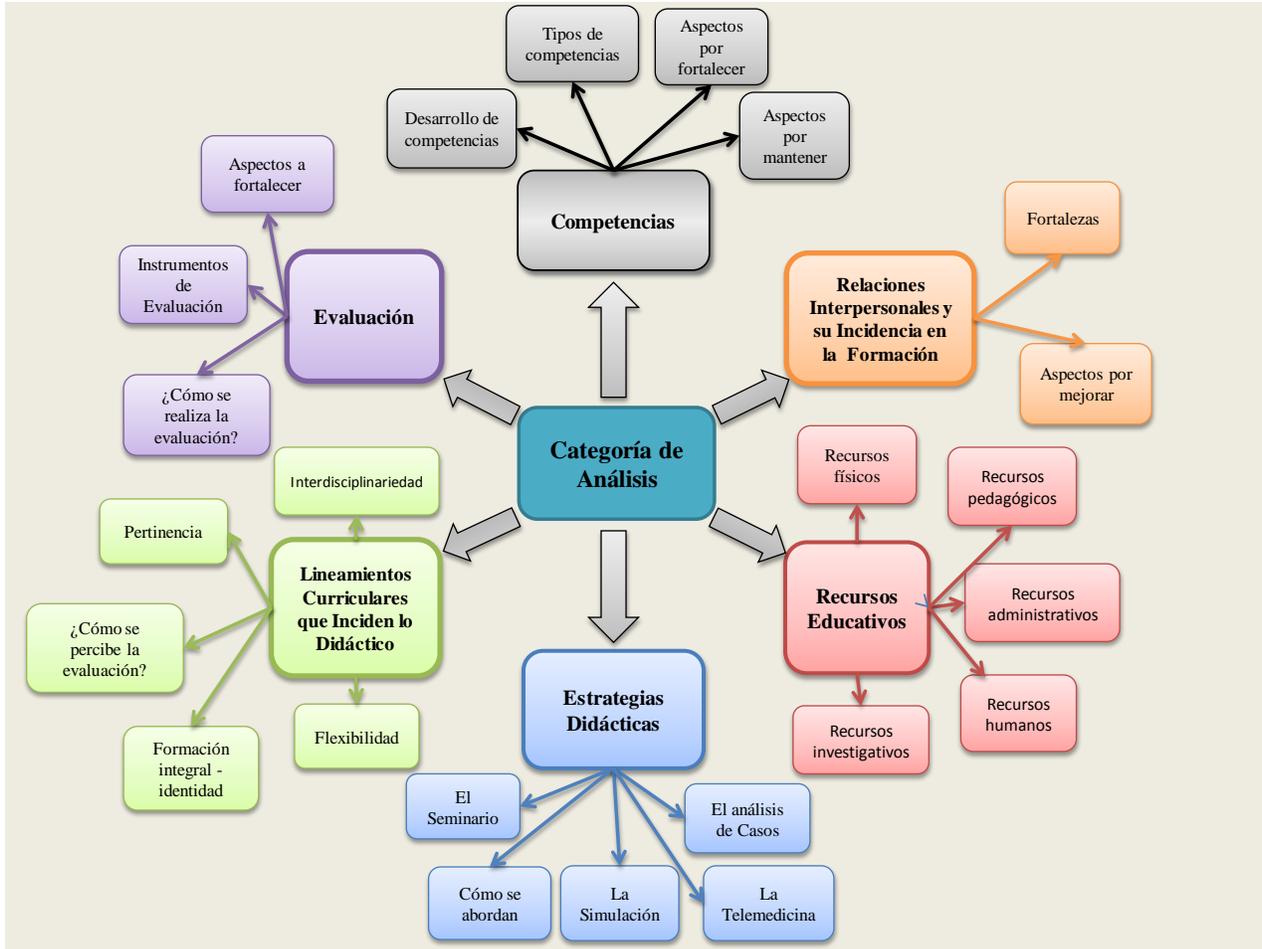


Figura 25. Categoría de Análisis Cualitativo. Construcción Propia

Segundo momento:

Una vez se logra el consolidado por categorías, se ofrece desde quien investiga una interpretación general de cada una de las categorías de análisis basado en la fundamentación y experiencia teórica- práctica.

Esta interpretación es consignada al final de cada categoría en un espacio denominado: Interpretación desde el investigador.

Tercer momento:

Se procede a correlacionar la mirada del investigador, la mirada de la audiencia con las bases de fundamentación teórica que soporta la investigación, de esta manera se logra una triangulación de fuentes. Para este caso una fuente la representan las audiencias consultadas, otra la fundamentación teórica y otra la mirada del investigador.

A continuación se presentan los consolidados por categorías y unidades de análisis:

Tabla 14.

Interpretación Entrevista Semi-Estructurada – Grupos Focales. Construcción Propia.

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	FORMACIÓN POR COMPETENCIAS: ESPECÍFICAS Y GENÉRICAS		
Unidad de Análisis	CÓMO SE DESARROLLAN LAS COMPETENCIAS		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>Las competencias se forman en la medida en que se somete al estudiante a la práctica, y como la práctica es lo más cercano a la realidad, se tiene que dar por fuerza las competencias formativas pero de manera no homogénea, no uniforme, no hay una apuesta de aspectos de profesionalismo específicos, no hay aspectos como la manera de hacer procedimiento, por eso cada docente aporta su experiencia sin deslumbrarse un ejercicio de una escuela y eso va de la mano de que si se forma por competencias de forma empírica no hay una evaluación específica de las competencia si no que se dan por sentadas y se evalúa específicamente aspectos teóricos, o algunos elementos de la Competencia que no dan evidencia de la competencia en total. P26: (24:37)</p> <p>En cuanto a la asistencia hay pacientes que se quejan y prefieren que los procedimientos los realice el profesor y no los estudiantes y así su rotación se vuelve ineficiente para ellos. P50: (136:137)</p> <p>Poco a poco hemos integrando más a</p>	<p>Las actividades que tiene que ver con la práctica clínica desarrollan más competencias profesionales, la parte práctica es lo más relevante, con un elemento esencial que no se transmite en la teoría y es la actitud clínica, que es muy difícil de definir y que uno evaluaría esa competencia en la satisfacción o en el bienestar que siente el paciente después de la interacción con el profesional. Esto depende un poco del talento de cada persona, así como una propensión a aprender del referente, de su profesor. Si no hay nada de actitud en su formación estructural de su personalidad es muy difícil que lo logre en su formación. Aquí se han tenido profesor comprometidos, responsables, exigentes, alta capacidad científica pero en el momento de transmitir su habilidad clínica es un desastre, porque aún frente a los residentes maltratan al paciente, no le saben comunicar, maltratan al familiar. Es una competencia absolutamente</p>	<p>Se trabajan las competencias académicas y humanas como el trato con los pacientes, la mayoría de los profesores aportan a esta competencias. P14 (19:20)</p> <p>Teníamos un número mayor en necropsias, nosotros cuando éramos residentes teníamos que hacer aproximadamente 200 necropsias por año en el Departamento de Patología, ahora el número de necropsias es reducido, el número de casos quirúrgicos ha disminuido, el sistema de salud cambio y debido a esto la formación o la enseñanza de la patología ha tenido que modificarse. P 8: (34:38)</p> <p>El residente tiene que adquirir habilidades, entonces por ejemplo no es lo mismo examinar un cerebro, que examinar el corazón, son órganos diferentes que requieren de una técnica especial para que el examen sea adecuado. El residente se empara de la manera como se deben examinar los órganos, procesan el número de muestras necesario para llegar al</p>	<p>Debe haber criterios bien definidos para saber si el residente está alcanzando las competencias (o más bien destrezas) necesarias según los objetivos de cada semestre o año. P46 (40:43)</p> <p>Gran parte del entrenamiento- aprendizaje se basaba en la capacidad autodidactica del residente, de llegar a estudiar a los pacientes y preparar los temas. P 9: (39:48)</p> <p>Indiscutiblemente las competencias en cirugía solo se desarrollaran a cabalidad en la medida en que se asista a más procedimientos quirúrgicos. Pero además fueron de utilidad las empleadas por algunos docentes que exigieron planeamiento quirúrgico previo al acto (elaboración en el papel de la estrategia diseñada para llevar a cabo una cirugía en particular, según el tipo de fractura o enfermedad ortopédica del paciente que se va a operar). P46: (62:72)</p> <p>Depende mucho de la actitud del residente y a este nivel hay una buena motivación por alcanzar la meta propuesta. P43: (47:49)</p> <p>Tenemos un nivel académico bueno respecto a otras universidades del país,</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	FORMACIÓN POR COMPETENCIAS: ESPECÍFICAS Y GENÉRICAS		
Unidad de Análisis	CÓMO SE DESARROLLAN LAS COMPETENCIAS		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>los residentes a la docencia de pregrado, porque ellos siempre han sido docentes con sus compañeros, por ejemplo con el Residente mayor, R2, etc. Pero ya cuando hay que hacer una actividad con los adolescentes, ellos van hacen su actividad determinada, porque es parte inclusive de su evaluación el desarrollo de competencias docentes y comunicativas. P11: (81:84)</p> <p>La formación pedagógica hace parte de un criterio que se ha manejado en el sentido de que enseñamos como nos enseñaron, aprendimos de manera indirecta sobre un currículo de cómo se hace la docencia , replicamos una serie de costumbres formativas, no hay un cuestionamiento real frente al aspecto didáctico sino también a elementos más técnicos de estrategias donde no hay un cuestionamiento en el proceso de formación de los adultos, sobre cómo se aborda el tipo de enseñanza, como es la mejor manera de abordar la enseñanza al lado de un paciente, un caso, un cirugía o técnica especial, el modelo es tradicional, un modelo de enseñanza por tradición al someter al estudiante a un proceso autónomo es equivalente a ponerlo a ejercer la consulta a medida que va leyendo</p>	<p>necesaria en la práctica clínica y de lo contrario es mejor enfocarse exclusivamente hacia la investigación del campo, pero no a la práctica. Puede que la persona tenga una buena relación teórica, alta responsabilidad pero si carece de habilidad clínica la persona no va hacer un buen neurólogo. Posiblemente si la escuela se hubiera formado con otras personas no seríamos así, tan llamados a hacer un ejercicio receptivo y no conflictivo de la neurología en Medellín. P15 (77:93)</p> <p>Se tienen una obligación absoluta de compartir con las nuevas generaciones lo que se aprendió inicialmente y toda la experiencia que ha adquirido a lo largo de la vida, hacer la transferencia directa al pie del residente, lo está inducción, le está mostrando. El residente del modelo conductista, que es estar haciendo, no se siente cómodo en el rol de observador, porque siempre se le ha inducido a la práctica. P16: (79:83)</p> <p>Los residentes van desarrollando paulatinamente mayor confianza y seguridad en sus capacidades y</p>	<p>diagnóstico o para estudiar completamente el órgano o el caso en particular P 8: (56:61)</p> <p>En lo que lee uno si se nota que estamos bien de acuerdo a las exigencias del medio y estándares internacionales. P13 (226:227)</p> <p>Nosotros tenemos rotaciones que no tienen definidas las competencias. Tampoco los nombres de las rotaciones estén correspondiéndose con los contenidos, tal vez por la falta de renovación del pensum. No nos dicen cuáles son los objetivos en el ser, hacer y saber. Como no soy pedagogo se me hace difícil saber cuáles competencias y objetivos se están alcanzando. P13: (237:241)</p> <p>Lo de las competencias es algo muy nuevo ahora, qué estrategias se privilegian no sé... no se sabe nada explícito. Eso depende del profesor en específico con el que uno este, algunos amplían esta información. La forma de enseñar de los profesores es cómo le enseñaron. Se hacen cambios metodológicos o de estructura pequeños pero dependen más del profesor. A mí me toca es preguntarles a los compañeros grandes, porque uno no sabe aquí</p>	<p>pero el programa de temas a veces no se cumple por lo que pueden no cumplirse algunos objetivos del aprendizaje y aun así pasar la rotación con buena calificación. P46: (33:36)</p> <p>Considero que hay 2 tipos de sabiduría, el que está en la enciclopedia, y otro el que sabe lo que la enciclopedia no alcanzo a escribir. Hay gente que todo es mecanizado, es decir que no tiene estrategia, todo es memorístico, repetitivo. En cambio las personas que racionalizan, conceptualizan, piensan son generalmente más pocas. A mí me parece que hay muchas cosas que no se manejan con integralidad, las especialidades Tanto clínicas como quirúrgicas terminan siendo muy específicas y no ven al paciente como un todo.</p> <p>P52: (64:70)</p> <p>Las competencias dependen de cada estudiante... el programa propone o sugiere el logro de algunas, la calidad y eficacia con que se consigan es personal. P29: (46:47)</p> <p>Considero que con respecto a la enseñanza, cada rotación tiene sus pros y cons, por lo que hay que individualizar centros de rotación, profesores, temas y alcances de cada rotación. En general,</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES

Categoría de Análisis	FORMACIÓN POR COMPETENCIAS: ESPECÍFICAS Y GENÉRICAS		
Unidad de Análisis	CÓMO SE DESARROLLAN LAS COMPETENCIAS		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>algunos temas y ese modelo es el tradicional en la mayoría de los centros educativos que conozco. P26: (45:54) En realidad se forma por competencias, pero la práctica no está escrita dentro de un proceso formal, lo que es cierto es que hay profesionales en un perfil identificado, competencias profesionales hacia el ámbito del diagnóstico, del tratamiento de la rehabilitación, poco en temas de Prevención y promoción, y poco en paliación (en oftalmología no hay mucho al respecto), desde el punto de vista de formación por competencias, si bien es una formación empírica por competencias no está escrita en un programa y como no existe un lineamiento, cualquier cosa es válida.</p> <p>Ellos empiezan primero aprendiendo la psicopatología básica, como es todo el componente de las manifestaciones de los diferentes signos y síntomas de la enfermedad mental y luego aprenden a diagnosticar y a identificar los diferentes trastornos psiquiátricos y el adecuado tratamiento de estos ya sea farmacológico, psicoterapéutico, terapia familiar en el caso que se requiera; y de acuerdo a lo que el</p>	<p>habilidades clínicas. En los programas es claro los alcances de un R1 al de un R2 o R3... así como de un interno. Pero el desarrollo de las competencias depende mucho del interés del residente por practicar, profundizar y afianzar habilidades. Aquellos más dispuestos logran mejores desarrollos así no cuenten con bases suficientes. El interés y la búsqueda de estrategias de autorregulación permiten equiparar lo faltante y superarlo. P12 (72:77) Para el desarrollo de estas competencias se cuentan con espacios de formación en los cuales se desarrollan actividades teóricas y prácticas que se articulan durante todo el programa a las distintas responsabilidades académicas del residente de acuerdo con su rotación y nivel de formación. P15: (28:31)</p> <p>Administrar un servicio de hospitalización en Neurología. Esta competencia se está desdibujando en los últimos años de formación neurológica. Es un</p>	<p>que... El primer año es muy borroso los objetivos y todo. P13: (242:248) Tiene la desventaja de que muchas veces uno está estudiando estética pero por ejemplo todo lo que uno está viendo es reconstrucción entonces tienes que dedicarte toda la semana a estudiar reconstrucción así estés rotando en estética. No posibilidad de los objetivos - nosotros no manejamos tanto el concepto de competencias- más son objetivos que se pueden trasladar a lo que es una competencia. Pero que en lo teórico en muchos momentos, no podemos sentarnos a estudiar esos objetivos o competencias para cada rotación puesto que si yo estoy en una rotación que es con la infancia y todo lo que veo acá en hospital son adultos, entonces durante todas esas reuniones no lo estoy discutiendo , que en algún momento puede llegar un niño pero no se prioriza en ese estudio y cuándo vamos al sitio de práctica pues lo que veo ya si es el paciente niño, pero no estoy revisando esos temas, entonces tiene como esa desventaja.</p>	<p>ciento que falta un poco más de exigencia en seminarios, prestaciones y clubes de revista desde los profesores, porque el nivel académico es bueno, pero todos los residentes estamos en capacidad de dar más, y sólo cuando uno sale y tiene la oportunidad de comparar con otras escuelas se da cuenta de esto. P29 (31:36)</p> <p>Las competencias desarrolladas. Creo que alcance todas las competencias ofrecidas en el programa y desarrollo del pensum P31: (36:37)</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	FORMACIÓN POR COMPETENCIAS: ESPECÍFICAS Y GENÉRICAS		
Unidad de Análisis	CÓMO SE DESARROLLAN LAS COMPETENCIAS		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>paciente presente, escoger la terapia adecuada para eso. Ellos durante toda la residencia reciben un seminario todos los residentes juntos sobre todas las dificultades que se van presentando con pacientes, con familias, dificultades en la comunicación, dificultades en el punto de vista ético, todo eso se comenta en estos casos y se trabaja sobre todas estas dificultades que van teniendo. Y a medida que va avanzando el programa ya van viendo las subespecialidades que hay dentro del programa, entonces ya aprenden a diagnosticar el tratamiento en los niños y adolescentes que tienen algún trastorno mental, las farmacodependencias, el psiquiatra en el ambiente hospitalario en general, el psiquiatra en la comunidad, etc. Ellos reciben unos seminarios básicos y técnicos en la entrevista, pero también reciben un seminario denominado Praxis, que son como trabajar todas las dificultades que se van presentando en diferentes puntos de vista, lo hacen una vez a la semana todos los residentes y también trabajan mucho lo que va apareciendo en los medios de comunicación, en la prensa, todo lo que tenga que ver con la psiquiatría, el impacto que esto pueda tener y la</p>	<p>aprendizaje indirecto que se va desarrollando y que se requiere para la gestión de los pacientes hospitalizados. Y se transfiere cuando se tiene la práctica privada de forma que aprenda a gestionar sus pacientes y desarrollar las actividades y estrategias de administración que apoya al paciente a administrar también su situación de salud desde la parte humana.</p> <p>Se procura con el ejemplo desde la docencia modelar habilidades y actitudes en los residentes creando conciencia de su labor clínica y del manejo integral del paciente P21: (19:22)</p>	<p>Al final del recorrido, después de cuatro años uno tiene una visión global porque también estás en adultos y llegó un niño a la reunión, entonces no es que ese niño no lo voy a estudiar porque yo no estoy en infantil. Eso es difícil decir que uno solamente va a trabajar o a ver una población. Eso es una desventaja. P13: (129:151)</p>	

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	FORMACIÓN POR COMPETENCIAS: ESPECÍFICAS Y GENÉRICAS		
Unidad de Análisis	CÓMO SE DESARROLLAN LAS COMPETENCIAS		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>discuten con el profesor. P24 (50:66) Otro aspecto importante que tratamos de transmitirles es la seguridad, que tengan pleno conocimiento del paciente con el cual van a estar, que se presenten, que les pregunten si tienen alguna duda y ya posterior a esto dirigirlo al quirófano. P50: (56:65) Yo creo que ellos lo tienen claro de una manera inconsciente y no como competencias explícitas. Se ha trabajado en programas con objetivos y con contenidos los cuales se deben ir cumpliendo. Pero realmente hasta hace muy poco tiempo se viene hablando de competencias claramente explícitas, se había trabajado era en la parte de objetivos y contenidos específicamente. Ha habido una necesidad de formación en lo que significan las competencias, cómo se construyen, cómo se evalúan las mismas y como se pueden ir transmitiendo las competencias en los diferentes niveles acorde a los planes de legación. Eso está muy bien escrito como requisito de los registros calificados por ejemplo; pero inclusive para eso toco ilustrar bastante a los profesores en ese sentido. Pienso que estamos como en una fase de</p>			

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	FORMACIÓN POR COMPETENCIAS: ESPECÍFICAS Y GENÉRICAS		
Unidad de Análisis	CÓMO SE DESARROLLAN LAS COMPETENCIAS		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>transición, creo que nuestros profesores si logran trabajar las competencias, los estudiantes logran adquirirlas pero no de una manera claramente consciente, explicita y evaluable en ese sentido. Entonces hacia allá vamos, pero no lo tenemos oficializado y consciente.</p> <p>P10: (80:91)</p> <p>En muchos profesores veo que hay un trabajo muy tutorial y de motivación a que todo su quehacer sea bien hecho, tratan de motivar a sus estudiantes en todos los aspectos y de fortalecer sus capacidades y competencias. Veo como debilidad el poder que ejerce sobre los estudiantes transgrediendo muchas veces sus posibles derechos, sus labores, el poder que se percibe desde yo soy el que evalúa y usted debe hacer estas y estas condiciones, veo como debilidad la falta de búsqueda de alternativas de formación, que si detecto debilidades en el estudiante a veces no vemos cómo solucionarlas, y si vemos algunas fortalezas a veces no las motivo para que se desarrollan más. Esto disminuye la formación profesoral. P10: (154:161)</p> <p>En todos los programas de posgrado el estudiante termina muy igual al</p>			

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	FORMACIÓN POR COMPETENCIAS: ESPECÍFICAS Y GENÉRICAS		
Unidad de Análisis	CÓMO SE DESARROLLAN LAS COMPETENCIAS		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>profesor, y generalmente los docentes andan a las carreras hacen sus pacientes, el estudiante termina manejando el mismo criterio e incorporar sus competencias en el ejercicio profesional. P26: (103:105)</p> <p>No se hace intencionalmente, porque se recibe a un excelente docente que no le interese ese aspecto pero si sea replicado por el estudiante, como no se hace intencionalmente no se evalúa intencionalmente ni al docente ni al estudiante, y por esta razón encontramos variadas exposiciones de atenciones a los pacientes de formas de comunicación, que haya una cosa clara que no sea profesor dependiente, el día que cambia de profesor cambia de actitud hacia el paciente, eso no tiene sentido para un institución. P26: (103:105)</p> <p>yo creo que no está en riesgo la autonomía pero la amenaza principal sería la anarquía al respecto, porque al final se desarrolla las coherencias entre la forma de ser del estudiante y la obtención de los elementos que más le gusta o que les atrae desde el punto de vista psicológico van actuar hacia el futuro de esa manera, aunque se promulgue una autonomía del</p>			

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	FORMACIÓN POR COMPETENCIAS: ESPECÍFICAS Y GENÉRICAS		
Unidad de Análisis	CÓMO SE DESARROLLAN LAS COMPETENCIAS		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>aprendizaje termina desarrollándose islitas anárquicas de desarrollo muy tradicional al criterio de cada uno, entonces desde la autonomía propiamente dicha en términos de ejercicio profesional escojo lo que quiero, entonces la crisis está en la institucionalidad en la medida en que yo estoy en la institución pero no pertenezco a la institución. P26 (133:140)</p> <p>Ellos desde primer año van haciendo una práctica que es todos los residentes con un docente que se llama praxis donde se evalúan todas las dificultades desde el punto de vista ético que pueda tener con los pacientes en la práctica cotidiana y también desde el primer año empiezan a adquirir las habilidades en investigación para al final vincularse en algún proyecto de grado y presentar su trabajo. P25: (223:227)</p>			
<p>Interpretación desde el investigador: Al interpretar el análisis de los resultados en relación con la formación por competencias se evidencia un acuerdo en que éstas se desarrollan con mayor amplitud en la práctica. Durante los espacios de práctica el estudiante- residente puede poner en acción la fundamentación teórica con la que cuenta y al mismo tiempo el desarrollo de su actitud clínica que se va fortaleciendo gracias al ejemplo o referencias que dan sus profesores, de aquí la importancia de asumir con mayor conciencia la labor educativa, porque el referente puede ser positivo o negativo según sea la actitud del propio docente.</p> <p>El ambiente de aprendizaje y la relación con la docencia se da de acuerdo con la propia experiencia que vivió el docente en su formación por esta razón no hay referentes homogéneos que caractericen la formación por competencias. En otras palabras, esto depende en gran medida del tipo de profesor, de la calidad de su práctica y experiencia clínica que hace énfasis en lo exclusivamente técnico o da valor formativo el componente integral del profesional especialista para una práctica médica más humanizante.</p>			

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES

Categoría de Análisis	FORMACIÓN POR COMPETENCIAS: ESPECÍFICAS Y GENÉRICAS		
Unidad de Análisis	CÓMO SE DESARROLLAN LAS COMPETENCIAS		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>En la medida en que el estudiante residente avanza en su formación recibe más funciones o actividades por delegación, estas actividades siempre las hacen bajo supervisión o práctica guiada. Las diferentes audiencias están de acuerdo en que la formación por competencias es empírica, no obedece a un plan intencionado para su desarrollo y aun así se logran alcanzar, pero a la vez son conscientes que si se hace un trabajo más armonizado se pueden obtener mejores estándares de calidad educativa.</p>			
<p>De otra parte, es notorio como el estudiante residente va de la mano de su profesor desde una función muy tutoriada y se acompaña además de un proceso de auto aprendizaje, tampoco consciente en el cual se debe aproximar a bases conceptuales cada vez más sólidas y gradadas mediante el avance que logre hacer con las interpretaciones de casos clínicos, con las disertaciones en los seminarios y la participación en clubes de revistas para determinar los aspectos que en términos de formación científica se han alcanzado, en las diferentes temáticas centrales de su formación disciplinar.</p>			
<p>Se carece de una intencionalidad pedagógica clara para la formación por competencias de parte de los profesores y de los mismos estudiantes- residentes. Incluso frente a esto, uno de los egresados enfatiza en la necesidad de “[crear] criterios bien definidos para saber si el residente está alcanzando las competencias (o más bien destrezas) necesarias según los objetivos de cada semestre o año. P46 (40:43)”. Dichos objetivos conforme a lo que enuncian tanto directivos como profesores, son informados a cada uno de los residentes. No obstante, la conexión entre éstos con las competencias si bien debería comprenderse por parte de los estudiantes y en general por parte de las diferentes audiencias, aparece por el contrario, confusa.</p>			
<p>Lo anterior se sustenta, teniendo en cuenta que la mayoría de ellos se referían a las competencias como si fuesen objetivos e incluso actividades. De esta manera, se encuentra en primer lugar, que en algunas ocasiones se ponen como equivalentes tanto el objetivo como la competencia. Uno de los residentes, lo manifiesta claramente así: “nosotros no manejamos tanto el concepto de competencias- más son objetivos que se pueden trasladar a lo que es una competencia. Pero que en lo teórico en muchos momentos, no podemos sentarnos a estudiar esos objetivos o competencias para cada rotación puesto que si yo estoy en una rotación que es con la infancia y todo lo que veo acá en hospital son adultos, entonces durante todas esas reuniones no lo estoy discutiendo , que en algún momento puede llegar un niño pero no se prioriza en ese estudio y cuándo vamos al sitio de práctica pues lo que veo ya si es el paciente niño, pero no estoy revisando esos temas, entonces tiene como esa desventaja”. P13: (237:241). En segundo lugar, aparecen afirmaciones en donde las competencias son entendidas como conjunto de actividades. En este sentido, uno de los profesores indicó: “Para el desarrollo de estas competencias se cuentan con espacios de formación en los cuales se desarrollan actividades teóricas y prácticas que se articulan durante todo el programa a las distintas responsabilidades académicas del residente de acuerdo con su rotación y nivel de formación”. P15: (28:31)</p>			

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	FORMACIÓN POR COMPETENCIAS: ESPECÍFICAS Y GENÉRICAS		
Unidad de Análisis	TIPOS DE COMPETENCIAS		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>Aprender a Aprender La principal competencia es aprender a aprender, porque el conocimiento se mueve tan rápido que eso es lo único que va a garantizar que el estudiante en un futuro cuando ya sea egresado pueda desempeñarse en el campo laboral. P25: (128:130)</p> <p>Ciudadanía - Comunicativa Nosotros queremos una formación más integral entonces las competencias son la de un buen ciudadano. Alguien que se forme para aportar a la sociedad. Es decir, competencia de ciudadanía, comunicativa que son indispensables en la vida. Las subespecialidades necesitan un componente autónomo es decir, considerar que los estudiantes tienen criterios para elegir, comparar y decidir. P18 (47:51)</p> <p>competencia ética Con relación a la competencia ética, pienso que hay una formación en muchos de los programas que es claramente explícita con una formación de bioética en varios de ellos, y que permiten de manera transcurricular en todo los programas tomar e impregnar al estudiante de tomar parte en los grupos de reflexión con los pacientes que tienen</p>	<p>Aprender a aprender como competencia esencial para sobrevivir en el complejo mundo de la Neurología y sus avances científicos y tecnológicos. P19 (78:79). Desarrollo de la competencia de acompañamiento, pues hay pacientes que requieren cuidado paliativo, pues no hay tratamiento que conduzca a una mejoría. Dr. Uribe: “Deben aprender a diagnosticar, a tratar cuando se pueda y acompañar siempre”. P19: (75:77)</p> <p>Diagnóstica- Ética- Bioética Aspiramos a formar en los residentes y futuros profesionales competencias clínicas como el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades neurológicas con una gran responsabilidad social y desde una perspectiva ética y bioética. Además de competencias investigativas que les permitan articular con el quehacer cotidiano de la neurología y aportar a los avances en el área. P15 (23:27)</p> <p>Otras competencias fundamentales son la ética, bioética y las disciplinares que se establecen de acuerdo a las rotaciones. En esta última, está el estado del arte de cada uno de los temas que tienen que ver; que es lo que hay en el momento. También se</p>	<p>Siempre nos han hablado de competencias cognitivas, emocionales y motoras que es la misma división del examen mental que hacemos nosotros. Incluso tenemos un curso virtual donde aparecen todas las competencias y objetivas. Son claras porque son pocas y uno las va poniendo en ejecución. No son las típicas saber hacer, saber pensar y saber ser. Una ventaja es el filtro que hace el examen para ingresar a posgrado. Saca algunas ovejas negras. P13: (228:233)</p> <p>Nosotros tenemos rotaciones que no tienen definidas las competencias. Tampoco los nombres de las rotaciones estén correspondiéndose con los contenidos, tal vez por la falta de renovación del pensum. No nos dicen cuáles son los objetivos en el ser, hacer y saber. Como no soy pedagogo se me hace difícil saber cuáles competencias y objetivos se están alcanzando. P13: (237:241)</p> <p>Lo de las competencias es algo</p>	<p>Cuidado del paciente crítico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manejo del dolor agudo - Anestesia para paciente de alta complejidad - Idoneidad - Profesionalismo - Ética Profesional <p>P28: (21:26)</p> <p>Competencia Diagnóstica en específico desarrollé habilidades diagnósticas y de enfoque clínico y terapéutico de alto nivel (dichas competencias son fundamentales en medicina interna), así como Capacidad de integración y análisis de problemas clínicos múltiples. En las competencias genéricas considero que se cumplieron en su totalidad con calidad. P38: (101:105)</p> <p>competencias prácticas relacionadas con el desarrollo de procedimientos tales como manejo básico y avanzado de vía aérea, accesos venosos centrales, accesos arteriales, toracentesis, paracentesis, punción lumbar, etc.; que son necesarias en el quehacer diario de la medicina</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES

Categoría de Análisis	FORMACIÓN POR COMPETENCIAS: ESPECÍFICAS Y GENÉRICAS		
Unidad de Análisis	TIPOS DE COMPETENCIAS		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>situaciones difíciles o los pacientes comunes y corrientes que no tienen situaciones difíciles. No lo logramos en algunos programas hacer de manera explícita, pero si lo logramos hacer en la toma de decisiones relacionadas con comunicación directa como ser un editor del paciente, un editor de su familia, un editor explícito de saber ponderar que es lo que cada paciente o cada familia este necesitando acorde a su enfermedad. Creo que en ese sentido hay una buena formación del estudiante de posgrado. Pienso que puede fortalecerse más, ir mucho más allá. Ha habido algunos cuestionamientos tanto de estudiantes, como de profesores y del sector externo, que la parte bioética es una parte que se adquiere en pregrado o una parte que se adquiere nada más en el colegio y en la casa, y que de pronto no debería tener una cabida necesariamente en la formación de posgrados. Nosotros y un grupo amplio de profesores, considera que es un área fundamental en la formación y que debe verse profundamente durante la formación médica. P10 (119:133)</p>	<p>está desarrollando habilidades de investigación y docencia. Los residentes vienen con el pensamiento dirigido a las competencias disciplinares y creen que ya los otros temas los saben, por ejemplo el de la ética. Pero tenemos claro que la formación no es sólo para los residentes, sino para el servicio de cirugía pediátrica, es decir, todos aprendemos, crecemos, mejoramos nuestras competencias; hay unos mínimos a los que el residente debe llegar, pero el profesor está cambiando permanentemente en la medida en que acompaña al residente en su formación. P18 (51:60)</p> <p>Competencias clínicas para el desempeño como Radiólogo General: Competencias Interpretativas, analíticas, argumentativas para focalizar diagnósticos.</p> <p>Hay varios aspectos éticos que la ética tiene un tema bastante amplio, pero en términos generales el estudiante tiene que ser lo suficientemente integro para estudiar a cabalidad cada caso, que sepa que si es un tumor y que no alcanzo a hacer el diagnostico, el estudiante tiene que ir y cortar más, a pedir cortes seriados para estar seguros del diagnóstico antes de</p>	<p>muy nuevo ahora, qué estrategias se privilegian no sé... no se sabe nada explícito. Eso depende del profesor en específico con el que uno este, algunos amplían esta información. La forma de enseñar de los profesores es cómo le enseñaron.</p> <p>Se hacen cambios metodológicos o de estructura pequeños pero dependen más del profesor. A mí me toca es preguntarles a los compañeros grandes, porque uno no sabe aquí que... El primer año es muy borroso los objetivos y todo. P13: (242:248)</p> <p>Las competencias del anesthesiólogo son más o menos un 80 o 85% de saber y 20 o 30 % de hacer.</p> <p>Las competencias están estructuradas desde el principio, uno sabe que debe hacer. Y las actividades teórico- prácticas están diseñadas para cumplirlos. A veces falta ver cosas, pero en general ve los asuntos globales. Pero también hay muchos grupos gracias a la tecnología para seguir estudiando. P13: (220:224)</p>	<p>interna; aclaro que sí hubo la oportunidad de practicarlos pero no con la intensidad y frecuencia suficientes que proporcionen seguridad plena al profesional P38: (107:113)</p> <p>Con el poco ejemplo que uno pueda dar, por ejemplo, me parece que es importante aprenderse el nombre de los pacientes que uno vea y de algunos de sus familiares. Esto es fundamental, no identificarlos por el número de su cama o por la enfermedad como tal P52: (77:79)</p> <p>Logre todas las competencias propuestas en el currículo, manejo de sistema de información, investigación, trabajo en equipo. P36: (24:25)</p> <p>El médico sale con bases tecnológicas mínimas. Más bien optimizan los pocos recursos que tienen para hacer diagnóstico. P16: (21:22)</p> <p>Logre todas las competencias propuestas en el currículo, manejo de sistema de información,</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	FORMACIÓN POR COMPETENCIAS: ESPECÍFICAS Y GENÉRICAS		
Unidad de Análisis	TIPOS DE COMPETENCIAS		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
	<p>firmar. Esa es una parte que nosotros como profesores les pedimos a los estudiantes, que tengan la suficiente entereza como para volver al caso y así se demore más lograr un diagnóstico adecuado. Hacer investigaciones pertinentes, útiles, que respeten la confidencialidad del paciente, también se los enseñamos. Lo mismo con los especímenes quirúrgicos y de necropsias, sabemos que son cosas muy confidenciales y que nosotros no podemos estar hablando de asuntos privados de los pacientes, sino de que nosotros somos conscientes de tener cierta confidencialidad con los casos, los reportes no nos los llevamos para la casa. P 8: (78:92)</p> <p>Competencias disciplinares específicas propias de la especialidad, actuaciones éticas y dominio comunicativo que le permita al profesional comunicarse acertadamente no solo con el paciente, sino en la comunidad científica. P12 (67:69)</p> <p>Las competencias relacionadas con el componente ético no están estipuladas. En la inducción en el laboratorio y en la clínica se habla de la parte ética. El programa, no se ha enmarcado en unas</p>		<p>investigación, trabajo en equipo. P36: (24:25)</p> <p>Bueno yo diría que realmente entre más mejor, pero hay que tener un buen parámetro de referencia para poder hacer eso más mejor. Y también depende de qué tipo de procedimiento estamos hablando; hay cosas que uno las hace una vez y no se van a olvidar, no es necesario la repetición constante pero hay otras que aunque parezcan sencillas es necesario repetir para coger habilidad porque o sino caemos en errores en los que tal vez no caímos la primera vez, pero después por no haberlo hecho caemos....-. No es que tienen que ser miles pero si por lo menos 5 pero bien hecho y acompañados; no es sólo dejar a la persona sola, sino brindarle un acompañamiento de quién se supone debe saber esto, en este caso son los docentes y vigilando el procedimiento. P 9: (120:132)</p> <p>No es que tienen que ser miles pero si por lo menos 5 pero bien hecho y acompañados; no es sólo</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES

Categoría de Análisis	FORMACIÓN POR COMPETENCIAS: ESPECÍFICAS Y GENÉRICAS		
Unidad de Análisis	TIPOS DE COMPETENCIAS		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
	<p>competencias éticas sino en las competencias académicas y asistenciales...entonces no se hace énfasis o clara la formación ética en los estudiantes a lo largo de la residencia. P27: (27:30)</p> <p>Competencias Tecnológicas Competencias Tecnológicas para el desarrollo de destrezas y habilidades en el uso de recursos tecnológicos propios de la radiología.</p> <p>Competencias Pedagógicas y tecnológicas El médico sale con bases tecnológicas mínimas. Más bien optimizan los pocos recursos que tienen para hacer diagnóstico. P16: (21:22)</p> <p>Esto es una necesidad, quieran o no investigar y usar la tecnología debe hacerlo, el médico no va a perder la condición de que sea el que diagnostica, pronostica y trata, pero la cantidad de herramientas tecnológicas se van a superar en el ejercicio médico lo tecnológico, el que no entre en esto no podrá ejercer con dominio si se niega a usar estos recursos. No es cuestión de</p>		<p>dejar a la persona sola, sino brindarle un acompañamiento de quién se supone debe saber esto, en este caso son los docentes y vigilando el procedimiento. P 9: (137:148)</p> <p>Aprender a aprender En dermatología gran parte de los procedimientos que uno aprende a realizar uno los aprende en los sitios de práctica con el paciente que llega día a día, esto hace que sea muy aleatorio el procedimiento que uno deba aprender, se necesita de un tiempo, chequeo y un seguimiento para aprender a manejar esas competencias. Entonces esto hace, que algunos residentes adquieran ciertas competencias en algunos procedimientos porque tuvieron más suerte de que llegaron pacientes con estas característica en ese momento, y otro no. Por el contrario, hay algunos que aprendieron mucho de una cosa y otros que no. Entonces debido a la gran variedad de procedimientos que hay si se hace necesario hacer un chequeo frente a éstos y hay</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	FORMACIÓN POR COMPETENCIAS: ESPECÍFICAS Y GENÉRICAS		
Unidad de Análisis	TIPOS DE COMPETENCIAS		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
	<p>habilidad, es de necesidad formativa. P16 (39:71) sirve para conclusiones</p> <p>El médico residente debe provocarse a usar la tecnología, el docente debe ser el provocador de la inducción de las nuevas tecnologías existentes que viene de muchas partes de la imagen electrónica, mecánica, de los sistemas, de la Imagenología, e incluirlo en la docencia para que esos mismos médicos puedan expresarse no solo con el vocabulario médico, sino tecnológico para enseñarles a sus residentes. Es interdisciplinario o multidisciplinario, que interactúe con otras disciplinas P16 (73:78) sirve para conclusiones</p> <p>La competencia investigativa No se logra desarrollar al nivel que se espera, los residentes ven la investigación como referente o consumo de la literatura propio del área, peor falta la toma de conciencia y el desarrollo investigación de producción científica. Competencias personales desde la formación integral y el ejercicio ético de su profesión. P17: (38:45)</p> <p>Trabajo en equipo Existe también otra competencia, que es la del trabajo colaborativo. Está demostrado en el mundo, que trabajamos</p>		<p>algunos que sí podrían tener algunos métodos de aprendizaje y que no tienen que estar en contacto directo necesariamente con un paciente, técnicas muy simples como suturar, aplicar un relleno y otras. Pero si debería haber unos momentos en los que se evalúe la competencia, que eso tampoco existe. P 9: (161:173)</p> <p>El aprendizaje es más ameno y divertido sin tanta presión, pero por esta misma razón, cuando fui a otra universidad a hacer un posgrado, tuve muchas dificultades P29 (23:24)</p> <p>Las competencias dependen de cada estudiante... el programa propone o sugiere el logro de algunas, la calidad y eficacia con que se consigan es personal P29: (46:47)</p> <p>A pesar que lo que la mayoría de los docentes y especialistas vinculados en nuestra formación impulsan es la competencia de conocimiento, lo cual hace que el trabajo en equipo no se potencie mucho, para mí este aspecto fue</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES

Categoría de Análisis	FORMACIÓN POR COMPETENCIAS: ESPECÍFICAS Y GENÉRICAS		
Unidad de Análisis	TIPOS DE COMPETENCIAS		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
	<p>mejor de manera colaborativa. Si nosotros sabemos que necesita el patólogo le damos los elementos que requiere. Pero sin las especificaciones técnicas se van a dar dificultades en la interpretación. Esta competencia es necesaria en nuestro medio. Nadie trabaja solo. No solo se habla de una interdisciplinariedad sino transdisciplinariedad. Y esto se debe tener en cuenta en el aprendizaje. P18 (61:66)</p> <p>Competencia Trabajo en equipo Lo que hacemos nosotros en la práctica es trabajar en equipo; cuando se aborda un individuo desde el punto de vista presencial del ejercicio vos tienes que intervenir el campo de deporte con los entrenadores, con los preparadores físicos, con los jugadores, entonces nosotros nos hemos relacionado con otros especialistas constantemente con endocrino, con ortopedia, de hecho nuestras reuniones académicas las hacemos el viernes. Para no perder trabajo van ortopedistas van fisioterapeutas y vamos los de medicina deportiva y el intercambio se hace así, tenemos también unas reuniones en este momento con el grupo de endocrino infantil, nos vemos una vez al mes porque el ejercicio al parecer es una herramienta tanto medica como terapéutica, entonces</p>		<p>fundamental y lo aplico en mi lugar de trabajo. En cuanto a la ética, investigación e incorporación de la tecnología de la información es algo que se sigue aprendiendo, especialmente en mi caso, ya que estoy realizando la maestría en epidemiología clínica. P40: (132:137)</p> <p>Competencia trabajo en equipo El trabajo en equipo fue lo bueno y agradable de la facultad de Medicina UdeA, y lo práctico en mi campo con mis colegas, la investigación también fue importante para el desarrollo de mi especialidad, los casos clínicos tan interesante que se presentaban en el HUSVF, este sitio de practica fue fundamental en nuestro conocimiento para así cumplir con los objetivos de la especialidad, la verdad yo Salí con muy buenos conocimientos, fundamentos de la UdeA. P30: (23:29)</p> <p>En esforzarme más para realizar un buen trabajo, una adecuada</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	FORMACIÓN POR COMPETENCIAS: ESPECÍFICAS Y GENÉRICAS		
Unidad de Análisis	TIPOS DE COMPETENCIAS		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
	<p>esas especialidades quieren conocer más de esto y nosotros somos abiertos.</p> <p>Comunicativa Competencias disciplinares específicas propias de la especialidad, actuaciones éticas y dominio comunicativo que le permita al profesional comunicarse acertadamente no solo con el paciente, sino en la comunidad científica. P12: (67:69)</p> <p>El médico en su acto médico habla en términos técnicos. Ejemplo le haré un baipás coronario. En el medio médico hay una comunicación disociada, cada quien maneja unos códigos por aparte, ajenos a la realidad del otro y esto no repercute en la calidad de vida. Cómo desde la educación se puede lograr eso? P16: (94:99)</p> <p>La parte ética se evidencia en la comunicación, para un nivel de posgrado todos deben saber hablar, pero el tema es cómo habla, como se expresa y eso es una valoración de lo que el individuos está pensando del otro... Si lo considera como un objeto, nos hace falta refinar los aspectos de competencias éticas y comunicativas, al parecer puede ser solo comunicativa y allí está el contenido ético. P22 (119:123)</p>		<p>investigación de la literatura y la presentación de seminarios, en el correcto aprendizaje, en recibir en forma adecuada y de aprendizaje los correctivos y llamados de atención realizados. P31: (26:28)</p> <p>Las competencias desarrolladas. Creo que alcance todas las competencias ofrecidas en el programa y desarrollo del pensum. P31: (36:37)</p> <p>Todas las planteadas en el pensum, se desarrolló al 100% las competencias propuestas en el programa publicado. El trabajo siempre con el acompañamiento de los profesores lo hace especialmente diferente de otros programas P31 (96:98)</p> <p>Considero que se desarrollaron las competencias necesarias para el trabajo de un especialista en mi campo. A mejorar el trabajo interdisciplinario, uno rota por otros servicios de la universidad y lo tratan como una visita, no como un médico con conocimientos distintos que puede aportar al tratamiento del paciente</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES

Categoría de Análisis	FORMACIÓN POR COMPETENCIAS: ESPECÍFICAS Y GENÉRICAS		
Unidad de Análisis	TIPOS DE COMPETENCIAS		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
	<p>La propuesta de competencias adquiridas o no de para que pierda o gane la rotación, Tener un listado de faltas éticas y comunicativas para definir la promoción o no de una rotación. P22 (131:133)</p> <p>Todos los días trato de corregir a mis estudiantes, con respeto, sin ofenderlo, que hablen más con el paciente, que utilicen más sus recursos mentales, que no miren a los pacientes por sus exámenes, evalúen de verdad. Hay estudiantes que definitivamente terminaran en el área administrativa porque no tienen esa capacidad de indagar, de contextualizar. Cada paciente es un reto. P52: (71:75)</p> <p>Hay que pensar en el residente como una persona que también puede aportar a crear unas nuevas maneras o mejorar las existentes formas de enseñar y de aprender. P16 (92:93)</p> <p>Competencia pedagógica: para acompañar a educar a los pacientes y a sus familias a prevenir y manejar la enfermedad, sus cuidados y precauciones. P19: (88:89)</p> <p>Nosotros tenemos una gran intensidad académica, en cuanto a exposición de</p>		<p>en cuestión. P34: (44:49)</p> <p>Las genéricas sobre todo trabajo en equipo y transdisciplinario P34:(108:109)</p> <p>Pude adquirir el conocimiento básico para el ejercicio de la especialidad, con buena calidad, capacidad de aprendizaje y superación permanente, trabajo en equipo y liderazgo. P35: (88:90)</p> <p>Logre todas las competencias propuestas en el currículo, manejo de sistema de información, investigación, trabajo en equipo. P36: (24:25), en específico desarrollé habilidades diagnósticas y de enfoque clínico y terapéutico de alto nivel (dichas competencias son fundamentales en medicina interna), así como capacidad de integración y análisis de problemas clínicos múltiples. En las competencias genéricas considero que se cumplieron en su totalidad con calidad. P38 (101:105)</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	FORMACIÓN POR COMPETENCIAS: ESPECÍFICAS Y GENÉRICAS		
Unidad de Análisis	TIPOS DE COMPETENCIAS		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
	<p>tema, revisión de tema, clubes de revista, y nos hacen mucho énfasis en el área docente, porque probablemente vamos a tener esa necesidad de tener que explicar mucho P25: (389:394)</p> <p>Competencia Investigativa La investigación en el programa es transcurricular y todos sus semestres hacen una investigación, hacen elementos de lectura crítica, hacen su trabajo de investigación. Pero que tuvieran la disciplina de sentarse a escribir un texto científico esporádico, parte como de su requisito eso no estaba, y se ha estado implementando en los últimos 3 o 4 años y ha sido muy provechoso. Aunque para el residente es muy difícil corregir, volver a pasar, esperar la corrección del docente, ya cuando ellos ven su material publicado se sienten muy satisfechos, tienen su hoja de vida con estas publicaciones y así los reconocen con ese perfil generador de conocimientos. Aunque el perfil es de luego ir a hacer una asistencia de pacientes que al menos ellos tengan unos elementos de ser más críticos y de revisar y de desarrollar como esas competencias. P11: (64:72)</p> <p>Los residentes ven la investigación como referente o consumo de la literatura propio</p>		

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	FORMACIÓN POR COMPETENCIAS: ESPECÍFICAS Y GENÉRICAS		
Unidad de Análisis	TIPOS DE COMPETENCIAS		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
	<p>del área, peor falta la toma de conciencia y el desarrollo investigación de producción científica. Competencias personales desde la formación integral y el ejercicio ético de su profesión. P17: (38:45)</p> <p>La formación en investigación, atraviesa todo el proceso de formación y es una competencia transversal. P19: (50:51)</p> <p>Subcompetencias: Consumo y producción de la investigación. Para el desarrollo del consumo se ofrece un espacio denominado lectura crítica y diseño de investigación (investigación 1) aquí se recuerdan conocimientos previos y se ofrecen otros que son aplicables durante toda la residencia, esto se hace explícito en el club de revistas y discusión en las rondas clínicas que se confrontar saberes argumentados teóricamente.</p> <p>La producción investigativa, se hace mediante la revisión de un tema para el diseño de un proyecto. Durante el primer año deben tener listo el proyecto. A partir del segundo año lo ejecutan. Se debe generar un artículo para publicar como producto de la investigación. P19: (62:72), competencia investigativa no se logra desarrollar al nivel que se espera, los</p>		

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	FORMACIÓN POR COMPETENCIAS: ESPECÍFICAS Y GENÉRICAS		
Unidad de Análisis	TIPOS DE COMPETENCIAS		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
	residentes ven la investigación como referente o consumo de la literatura propio del área, peor falta la toma de conciencia y el desarrollo investigación de producción científica P17 (38:45) ¿Cómo romper la brecha para aceptar esto en la formación? Todos los días trato de corregir a mis estudiantes, con respeto, sin ofenderlo, que hablen más con el paciente, que utilicen más sus recursos mentales, que no miren a los pacientes por sus exámenes, evalúen de verdad. Hay estudiantes que definitivamente terminaran en el área administrativa porque no tienen esa capacidad de indagar, de contextualizar. Cada paciente es un reto. P52 (71:75)		
<p>Interpretación desde el investigador: Existe en la conciencia de las diferentes audiencias de la apuesta por la formación integral, es decir por la necesidad de ir más allá de un conocimiento específico, para transitar por una gama de competencias que en su integración y conjunto armonizan la formación integral que se pretende alcanzar desde los propósitos de formación. Por una parte profesores, estudiantes y jefes son conscientes de la necesidad de hacer más intencionada la formación por competencias y de enfatizar en aquellas que trascienden lo meramente disciplinar, para alcanzar una mirada más integral desde competencias éticas, bioéticas, tecnológicas, comunicativas, así como competencias más específicas como diagnosticar, analizar, interpretar, evaluar, rehabilitar entre otras.</p> <p>Se evidencia que algunos docentes desde su práctica pedagógica inciden de manera más significativa en esta formación por competencias que otros, y esto está directamente relacionado con el estilo pedagógico del profesor y con su propia personalidad, razones que obligan a pensar de que en la medida en que se tenga mayor claridad de las intencionalidades formativas de quien enseña, éste puede modelar un estilo que favorezca una relación pedagógica de apertura, de diálogo, de intercambio de saberes y de experiencias que potencian el desarrollo de competencias.</p> <p>Al analizar los resultados es notorio que la competencia tecnológica referida específicamente a la incorporación de la tecnología de la comunicación e información, el uso de la Telemática y el uso de la simulación como estrategias didácticas están muy por debajo de otras estrategias más tradicionales en la educación médica; razón por la cual se debe hacer una sensibilización frente a la necesidad de incorporarlas, pues tal como lo mencionó uno de los expertos consultados, el médico no va a perder la condición de que sea el que diagnostica, pronostica y trata, pero la cantidad de herramientas tecnológicas se van a</p>			

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES

Categoría de Análisis	FORMACIÓN POR COMPETENCIAS: ESPECÍFICAS Y GENÉRICAS		
Unidad de Análisis	TIPOS DE COMPETENCIAS		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados

superar en el ejercicio médico lo tecnológico, el que no entre en esto no podrá ejercer con dominio si se niega a usar estos recursos. No es cuestión de habilidad, es de necesidad formativa.

Frente a **la competencia investigativa** se evidencia que a pesar de que su enfoque es transcurricular desde el diseño de los currículos de cada programa, aún no se permea en los mismos estudiantes la necesidad de potenciar esta competencia genérica tan esencial en la formación médica de especialistas, al parecer no hay conciencia que cada vez que se acercan a un caso clínico éste se aborda a partir de un ejercicio investigativo riguroso que se va ampliando en la medida en que se complejizan los saberes y se reta al residente a manejar casos cada vez de mayor complejidad, es desde la misma profundización del conocimiento que se articula la competencia investigativa en una relación de teoría y práctica, pero al comprender la investigación solo como un espacio en el cual deben formalizar un proyecto, se pierde la perspectiva holística de la misma para la formación médica. Al parecer las tensiones del día a día de la actividad clínica hace que este proceso no sea tácito, ni sistematizado y estos pueden ser factores que estén incidiendo en el nivel de desarrollo de la competencia investigativa.

La competencia de trabajo en equipo, es genérica y esencial para el campo del ejercicio médico especializado, hoy por hoy no se concibe un análisis de caso sin la intervención de más de una especialidad al servicio de una meta compartida. El análisis de los resultados cualitativos muestra como todas las audiencias concluyen que durante su formación logran desarrollarla y valorarla. Los egresados incluso manifiestan que ésta competencia es muy destacada en ellos en relación con otros profesionales egresados de otras Universidades.

La competencia de aprender a aprender tiene un alto nivel de desarrollo en la mayoría de los residentes y es reconocida por algunos egresados como una gran fortaleza de los posgrados clínicos en la facultad de Medicina, no obstante para otros fue una manera muy dura de apropiarse del conocimiento, puesto que se sintieron que sus profesores no les ofrecían suficiente ayuda pedagógica. En este sentido juega un papel esencial el imaginario con el que llegan los residentes acerca de su propio rol en el proceso de aprendizaje y el rol que debe cumplir su profesor desde la enseñanza.

Las competencias comunicativa – ética y Bioética se desarrollan de manera integradas, los jefes, profesores, residentes y egresados concuerdan en afirmar que aunque en los perfiles profesionales de las especialidades médicas están presentes estas competencias, durante el proceso formativo estas competencias se hacen cada vez más necesarias y al mismo tiempo se asimilan por el ejemplo en las relaciones que se establecen entre colegas, entre residentes y sobre todo en el acto médico.

Las competencias comunicativa, ética y bioética para algunos jefes, profesores y residentes se comprende desde un concepto reduccionista razón por la cual su nivel de logro es reducido, por ejemplo la ética es comprendida sólo como el consentimiento informado y la comunicación como el momento de interacción con el paciente, dejando de lado las otras esferas de actuación e idoneidad de dichas competencias. Es de reafirmar que en el despliegue de la competencia comunicativa de manera integral es que se hace posible dimensionar las demás competencias del médico especialista.

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	FORMACIÓN POR COMPETENCIAS: ESPECÍFICAS Y GENÉRICAS		
Unidad de Análisis	TIPOS DE COMPETENCIAS		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>En relación con competencias más específicas como diagnóstico, correlación, análisis, interpretación, evaluación entre otras es significativa para todas las audiencias la relación tan estrecha de la teoría y la práctica, dicha relación permite ir ganando en estas competencias gradualmente de la misma manera en que se va recorriendo con un plan de formación y participando de las diferentes actividades académicas.</p>			

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	FORMACIÓN POR COMPETENCIAS: ESPECÍFICAS Y GENÉRICAS		
Unidad de Análisis	ASPECTOS POR MANTENER		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>Hemos observado que donde hay personas con formación en investigación, bien sea con un posgrado en epidemiología, en ciencias clínicas, etc. hay mucha más posibilidad para implementar la parte de la investigación en los residentes porque se puede hacer un seguimiento durante todo el tiempo. Se está tratando de implementar en toda la facultad y en todos los posgrados, que haya un profesor con formación en investigación que permita hacer el seguimiento hasta el final. P24: (128:145)</p>	<p>La actitud de aprendizaje de lo clínico, de fortalecimiento de actitud y aptitudes clínicas del residente Fortalecería: la parte de la investigación porque a veces quien tiene esta actitud clínica marcada, tiende a pensar que no requiere las competencias investigativas y que no forma parte de la formación hay que mantener un razonable equilibrio. Es prioritario lo clínico pero no puede evadir y evitar el compromiso investigativo.</p> <p>Formación Tutorial: Se mantiene una relación muy cercana, en donde se conoce mucho la parte personal del estudiante. Es una forma de</p>	<p>Y otra fortaleza es que la relación docente- residente es casi de uno y eso es un aprendizaje personalizado que permite evaluar individualmente el tema de las competencias. Uno nota que en otros programas del país que esa supervisión es muy intensa en el aprendizaje, yo creo que en el primero y segundo año yo no vi actividades que no fueran supervisadas, casi todo el tiempo están ahí, lo que permite desempeñarse de manera autónoma pero poder tener un límite y una retroalimentación del proceso real que uno va llevando</p> <p>El tercer año, por el delego de</p>	<p>Los sitios de práctica son los más rescatables P37: (50:52)</p> <p>La posibilidad de realizar procedimiento y planear los estudios como si estuviésemos en la práctica diaria. Aspectos por mejorar: Mayor retroalimentación en las fallas en dichos procedimientos y lectura de estudios. P40: (162:168)</p> <p>El aprendizaje alcanzado es muy bueno y la preparación clínica y habilidades quirúrgicas alcanzadas son invaluable, pues las competencias son altísimas con respecto a los parámetros en</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES

Categoría de Análisis	FORMACIÓN POR COMPETENCIAS: ESPECÍFICAS Y GENÉRICAS		
Unidad de Análisis	ASPECTOS POR MANTENER		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
	<p>integración de la enseñanza y Aprendizaje que hace de la gente mejores personas.</p> <p>Mantendría el contacto directo con los pacientes, las exigencias académicas P15: (169:182)</p> <p>Las estrategias vigentes, relación con los egresados y estudiantes de otras universidades, con convenios y se aumentarías: docencia- servicio.</p> <p>Curso que ofrecen los residentes a los médicos generales por su aporte a la formación</p> <p>La alta interacción de los residentes con estudiantes de otros programas</p> <p>Los Casos clínicos patológicos que se hacen en conjunto con otras especialidades, incluso los aumentaría.</p> <p>El acceso a las redes sociales electrónicas que son medio informales, pero se activa comunicación entre residentes de diferentes niveles y egresados.</p>	<p>responsabilidades uno no deja de estar supervisado. Eso es bastante positivo. P13: (266:273)</p> <p>Algo positivo es el convenio con el san Vicente. Muchas veces los especialistas son egresados de la universidad y enseñan en otras universidades, entonces es algo positivo. Los pacientes que llegan acá no llegan a otra parte. También se da el aprendizaje personalizado, estamos siendo supervisados. Siempre los profesores están validándonos, cada actividad debe estar firmada por el docente de turno, y ahí no estamos solos. Tenemos reuniones de residentes cada dos meses con el jefe del departamento donde hablamos de las incomodidades y de congresos o actividades a realizar. P13: (274:280)</p>	<p>general de egresados de otros programas. P29 (37:40)</p> <p>Considero que gracias al aprendizaje alcanzado logro un desempeño favorable en mi práctica profesional, se tuvieron en cuenta en el programa todos los escenarios posibles. P34: (123:128)</p> <p>Me permite desenvolverme en el medio. Excelente e invaluable por la calidad y experiencia de los docentes, así como los sitios de práctica. P38: (123:130)</p> <p>Optimo, gracias a la responsabilidad, autoaprendizaje y las discusiones académicas con los docentes mencionados. P47: (34:35)</p> <p>Aprender a ver muchos pacientes en muy poco tiempo.</p> <p>Compañerismo. Colegaje. Asesoría de los menores por parte de los R mayores. P46: (167:170)</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	FORMACIÓN POR COMPETENCIAS: ESPECÍFICAS Y GENÉRICAS		
Unidad de Análisis	ASPECTOS POR MANTENER		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
	<p>El espíritu del doctor Uribe como guía y mentor del proceso. Mantener el legado.</p> <p>La relación de profesores y estudiantes por que le permite centrar el conocimiento y definir si aprendió o no.</p> <p>A la mayoría de docentes mantiene una buena relación horizontal, más respetuosa y de enseñar al otro desde un espíritu de colaboración, lejos del juzgar y limitar. Esto se podría generalizar y hacerlo más consciente y constante. P19: (393:410) Nosotros vemos los estudiantes como colegas. De hecho cuando a uno le preguntan qué cuantos años de experiencia tiene el área uno cuenta desde que empezó la residencia, entonces el trato es muy diferente cuando usted habla con un colega que cuando habla con un residente. En otras residencias se maltrata los residentes. Yo le pondría más metodología. P 8: (218:222)</p>		<p>Considero que se desarrollaron las competencias necesarias para el trabajo de un especialista en mi campo. P34: (44:49)</p> <p>Como positivo destaco la calidad de la enseñanza y experiencia transmitida. P38 (25:30)</p>
<p>Interpretación desde el investigador: Es innegable el valor de un buen ambiente educativo como potenciador de las competencias durante la formación, por eso vale la pena resaltar que existen en la educación médica de las especialidades aspectos de orden curricular, pedagógico y didáctico que vale la pena mantener porque de acuerdo con la percepción de las diferentes audiencias, son estos aspectos los que favorecen aún más los propósitos de la formación</p>			

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES

Categoría de Análisis	FORMACIÓN POR COMPETENCIAS: ESPECÍFICAS Y GENÉRICAS		
Unidad de Análisis	ASPECTOS POR MANTENER		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>integral. De esta manera se destacan como aspectos por mantener:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ El apoyo de profesores expertos en investigación para que acompañe a los residentes como tutores metodológicos permite dar mayor solvencia al desarrollo de esta competencia y lograr mejores productos investigativos que logren incidir en los avances de las disciplinas. ✓ La relación tutorial de acompañamiento y seguimiento personalizado entre profesores y residentes, ofrece un ambiente de mayor apertura y confianza para generar un clima de aprendizaje más óptimo. ✓ El sitio de práctica del Hospital san Vicente Paul es reconocido por toda la audiencia como un espacio de formación con las más altas cualidades humanas, científicas y tecnológicas, además es el lugar emblemático por el cual transitan todas las especialidades médicas de la facultad de Medicina. ✓ Las estrategias didácticas que impulsan el desarrollo de competencias como el caso clínico patológico se debe mantener y fortalecer, dado su alto impacto para la formación de un pensamiento crítico y desarrollo de la autonomía. ✓ Las relaciones y vínculos con egresados como una manera de hacer seguimiento e identificar el impacto de la formación en la intervención de problemas sociales desde el contexto de la salud. ✓ Algunos profesores médicos que con su ejemplo son el referente de una persona con cualidades humanas ejemplares y un profesional competente e idóneo que marca huella significativa en el proceso de formación de sus residentes. ✓ El contacto directo con los pacientes bajo supervisión de los docentes permite hacer articulación permanente de teoría y práctica. 			

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis		FORMACIÓN POR COMPETENCIAS: ESPECÍFICAS Y GENÉRICAS	
Unidad de Análisis		ASPECTOS POR FORTALECER	
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>Hace falta mayor producción escrita de la necesidad de investigar y de aplicar la tecnología, con el fin de que sea consultada por los residentes y vean allí una provocación a esta formación.</p> <p>Rene Fajarlo. El inventor del baipás médico argentino que se entrenó en los estados unidos y creo el bypass gástrico. Cuando estaba en lo mejor se volvió para argentina y creo la clínica favarot del corazón, la tuvo a un nivel muy alto. Vio que no podía resolver esto y se suicidó. Su principal situación fue que ya debían un mes de sueldo de todo. P16: (117:127)</p> <p>Yo creo que insistiría y trataría de motivar, sensibilizar, estimular, convencer, que el componente de investigación es muy importante, que no se les vuelva una cátedra aburridora, presionados a que tengan que hacer un proyecto, uno es tratando de crear un buena ambiente y motivación de que el proyecto siga adelante. Lo demás yo creo que ellos lo que necesitan lo tienen y la parte de investigación es lo que toca profundizar un poquito más. P24: (205:209)</p>	<p>Manejo de la Bioética para una intervención más humanística de la profesión. P21(41:41)</p> <p>Investigación: Mejorarla porque aparece como problema que es tan cortica (son 2 años al ser una sola especialidad) entonces los estudiantes la toman más como un requisito y no alcanzan a profundizarla. P18: (150:156)</p> <p>El médico en Colombia se caracteriza ahora por ser muy buen técnico. Por esto mismo hoy falla tanto la comunicación, le hablamos aun paciente con términos muy técnicos que ellos desconocen. Nos falta aprender a comunicar, aprender a decir que nos equivocamos en un diagnóstico. A veces no se saben leer las historias clínicas de los demás parece que escribieran las historias clínicas para ellos mismos. Falta autocritica, autoevaluación.</p> <p>La responsabilidad social de un médico es muy grande, y en algunas ocasiones uno observa residentes que uno dice: “esta persona no se debería graduar”. P52: (33:39)</p> <p>En principio dar mayor espacio para</p>	<p>Como profesores, tuve un profesor muy bueno, nunca tenia complicaciones, hasta que me di cuenta como residente que este profesor las ocultaba. Ahí también tenemos que avanzar y entramos en el terreno de lo ético. ... “P22: (115:117)</p> <p>Definir las líneas claras de investigación para hacer más expedito el trabajo de grado. P14: (98:101)</p> <p>“Si un residente, abandona su paciente, miente, oculta las complicaciones, que dice que evalúa pero no evalúa su paciente... debe graduarse de una Facultad de Medicina? P22: (112:113)</p> <p>La investigación para nosotros es casi una utopía, para la mayoría de los residentes es un compromiso y una obligación que tenemos para graduarnos, no pasa de ser eso. No pasa tampoco por parte de la Universidad de ser una investigadores con gente que le colabore a uno, que le enseñe a uno a investigar, es prácticamente uno tratando de sacar la investigación a</p>	<p>Mayor curva de procedimiento desde el primer (1) año P36: (29:31)</p> <p>Aclaro que sí hubo la oportunidad de practicarlos pero no con la intensidad y frecuencia suficientes que proporcionen seguridad plena al profesional una vez egresa. P38 (107:113)</p> <p>1). El sitio de practica (HUSVF) es el mejor centro de práctica para cumplir los objetivos del programa. 2). La fundamentación teórica por las rotaciones clínicas hacen del egresado un líder en capacidad de mejorar procesos multidisciplinario.P41 (23:26)</p> <p>Mayor acompañamiento desde el punto de vista investigativo. P41: (29:29) no hay claro desarrollo de las competencias. P35 (111:114)</p> <p>La parte ética uno la aprende con su profesor al lado con un buen acompañamiento. Esta parte no la tienen muy en cuenta los residentes a la hora de hacer su protocolo, para ellos es muy fácil tomar ciertas decisiones que para el paciente no es tan buena. Otra parte que nos hace mucha falta es el tema médico-legal a que durante toda la profesión nos</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES

FORMACIÓN POR COMPETENCIAS: ESPECÍFICAS Y GENÉRICAS

ASPECTOS POR FORTALECER

Categoría de Análisis			
Unidad de Análisis			
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>Yo creo la psiquiatría en general, de los trastornos, del hospital psiquiátrico la tienen bien. La psiquiatría ha avanzado mucho y cada vez se están metiendo más en el papel del psiquiatra, en las enfermedades médicas, y la parte de psiquiatría infantil me gustaría que fuera más tiempo y a futuro creo que uno de los problemas más grandes que vamos a tener es la parte de la farmacodependencia.</p> <p>P24 (210:214)</p> <p>En cuanto a otros métodos diagnósticos se puede mejorar. Un punto de vista que pienso que va a requerir implementarse es la sucesión entre las ciencias básicas, sobre todos desde la parte de biología molecular en la investigación con respecto a la medicina vascular, ya que esto está incipiente en otros programas en el mundo, y aunque hay un vínculo, no hay una asociación clara de docencia en esta parte de la medicina molecular sobre todo en la parte terapéutica porque a futuro esto se ve como una formación importante, y los médicos vasculares</p>	<p>que los residentes puedan practicar algunas habilidades básicas de las especialidades sobre todo quirúrgicas. Delimitar las competencias en algunos programas porque el tiempo de formación es muy reducido. P12: (114:117)</p> <p>Se requiere aumentar la formación de residentes porque la demanda es muy alta, pero hay limitación por el número de profesores del programa. Actualmente profesores de tiempo completo es uno (Dr. Pineda) los demás están de medio tiempo pero trabajan como de tiempo completo. Es muy difícil mejorar este aspecto. Hay cinco profesores adscritos al programa de medio tiempo, tres de medio tiempo permanente y dos ocasionales. En conclusiones son tres docentes de TC, se requieren dos docentes más para poder recibir dos residentes más que es lo que se necesita para en cinco años equilibrar el déficit de Neurólogos que tiene la región. P15: (169:182)</p> <p>Hemos tenido digamos que el problema desde el punto de vista de</p>	<p>tiempo para poder cumplir con ese requisito de grado. Y en el caso específico de anestesia, no contamos con asesores metodológicos, es uno supuestamente omnipotente, me refiero a temas científicos y metodológicos. Es una anesthesióloga que se graduó en epidemiología y ella para 22 residentes que somos se queda corta. Entonces es un problema grave, porque ella en la parte clínica, no tiene por qué sabérsela todas, entonces ese es un tema en el que hemos estado pensando bastante, en los últimos meses. Es así como uno se mantiene de pronto muy conforme con las oportunidades que le ofrecen a uno la universidad, pero también es responsabilidad de uno volverse un poquito crítico y tratar de que las cosas mejoren. P13 (157:169)</p> <p>La parte ética se evidencia en la comunicación, para un nivel de posgrado todos deben saber hablar, pero el tema es cómo habla, como se expresa y eso es una valoración de lo que el individuo</p>	<p>encontramos a una serie de problemas que no somos capaces de enfrentar. Los médicos ahora dejan muchas cosas aparte de su vida cotidiana por estar tan ensimismados en su profesión, lo único para ellos es operar, estar en un quirófano. P52: (26:32)</p> <p>La otra parte, es que en investigación la formación es muy pobre P 9: (320:325)</p> <p>Las competencias propias del cirujano pediátrico, las genéricas se han desarrollado en la anterior formación y aquí se refuerzan cotidianamente en el trato al paciente y a las familias y a los colegas. Hay buen desarrollo del trabajo en equipo. P43 (23:25)</p> <p>De igual manera la competencia investigativa se deben proponer líneas ya definidas para que el residente tenga claro desde el principio en cual debe participar y cómo, sus alcances. P43: (28:33)</p> <p>Se pueden desarrollar con mayor intencionalidad aquellas relacionadas con el uso de recursos tecnológicos como la laparoscopia y la endoscopia, P43: (55:59)</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	FORMACIÓN POR COMPETENCIAS: ESPECÍFICAS Y GENÉRICAS		
Unidad de Análisis	ASPECTOS POR FORTALECER		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>van a tener un papel importante si nos asociamos a esto. P25: (179:186)</p> <p>Yo creo que otro punto en cuanto a que nosotros también coincidimos con los cirujanos en la realización de los procedimientos mínimamente invasivos, esto ha sido una tendencia no solamente en la medicina vascular sino también en la cardiología también invasiva. Los cirujanos cardiovasculares han coincidido en el uso de tratamientos en procedimientos menos invasivos, pero los internistas cada vez están adoptando el tratamiento también, no solamente la parte teórica y evaluación de pacientes, sino también tratamiento e intervención. En este punto también hemos tenido una participación activa en el método de hacer realización de infiltración de alguna varice y también está la línea de realizar métodos invasivos como por ejemplo en la Safena. Los profesores de docencia han sido muy enfáticos en que debemos de estar actualizándonos y haciendo cursos a la par con los cirujanos. Aquí estamos muy de la mano con los cirujanos cardiovasculares que en otras partes</p>	<p>formación bioética, yo creo que nosotros no tenemos realmente especificado lo que el individuo tiene que reaprender o mantener de su formación de pregrado, yo creo que confiamos mucho en la formación de pregrado para que el individuo permanezca dentro de esos límites pero realmente no lo tenemos como competencia, digamos marcada con ellos. P51: (151:155)</p> <p>El médico residente debe provocarse a usar la tecnología, el docente debe ser el provocador de la inducción de las nuevas tecnologías existentes que viene de muchas partes de la imagen electrónica, mecánica, de los sistemas, de la Imagenología, e incluirlo en la docencia para que esos mismos médicos puedan expresarse no solo con el vocabulario médico, sino tecnológico para enseñarles a sus residentes. Es Interdisciplinario o multidisciplinario, que interactúe con otras disciplinas. P16 (73:78)</p> <p>Mejoraría los espacios reales y protegidos para la docencia, los</p>	<p>está pensando del otro... Si lo considera como un objeto, nos hace falta refinar los aspectos de competencias éticas y comunicativas, al parecer puede ser solo comunicativa y allí está el contenido ético. P22: (119:123)</p> <p>Los perfiles totalmente asistencia no alcanzan a ver los desarrollos del área, porque tienen clara su interés para trabajar con los pacientes y no hacer desarrollos. Estrategia sería: Rotación de un mes, como producto un artículo que ofrezca la perspectiva de la tecnología en su área. P16: (32:36)</p> <p>Falta mucho por aprender porque es demasiado extenso. En la práctica hay limitantes porque hay cirugías procedimientos a los que no se puede asistir, por el modelo de seguridad social en salud, por intereses económicos, porque es difícil llegar a centros donde esto sea difícil de realizar.</p> <p>Lo otro es que me sigue preocupando que el aprendizaje sea tan vertical sabiendo que el profesor es muy amable pero la metodología sigue siendo muy</p>	<p>La falta de acompañamiento en investigación P41: (137:138) Investigación, vértigo. P44: (79:79)</p> <p>Los laboratorios tienen muchas falencias P44: (106:108)</p> <p>Nos hace falta en todas las residencias profundizar sobre la educación terapéutica, sabemos muy poco y es en mi concepto fundamental. No hay evaluación por competencias, casi todo es concepto del docente. P34: (123:128)</p> <p>Proporcionar al estudiante una lista básica de contenidos a desarrollar (principalmente en primer año) para favorecer una formación más estructurada y ordenada. P38: (123:130) Definir desde el principio cuales son las metas y objetivos a alcanzar. P39: (30:31)</p> <p>Ser menos autodidacta y más orientada a las necesidades de la región. P39: (110:113)</p> <p>Se requiere mayor compromiso en la enseñanza de los residentes de los radiólogos no docentes, pero si vinculados en el proceso docente-asistencial por trabajar en el hospital San Vicente de</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	FORMACIÓN POR COMPETENCIAS: ESPECÍFICAS Y GENÉRICAS		
Unidad de Análisis	ASPECTOS POR FORTALECER		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>del país puede que no sean así, y que la curva de aprendizaje se torne un poco más lenta con respecto a un cirujano. P25: (207:218)</p> <p>En realidad se forma por competencias, pero la práctica no está escrita dentro de un proceso formal, lo que es cierto es que hay profesionales en un perfil identificado, competencias profesionales hacia el ámbito del diagnóstico, del tratamiento de la rehabilitación, poco en temas de prevención y promoción, y poco en paliación (en oftalmología no hay mucho al respecto), desde el punto de vista de formación por competencias, si bien es una formación empírica por competencias non está escrita en un programa y como no existe un lineamiento, cualquier cosa es válida. Las competencias se forman en la medida en que se somete al estudiante a la práctica, y como la práctica es lo más cercano a la realidad, se tiene que dar por fuerza las competencias formativas pero de manera no homogénea, no uniforme, no hay una apuesta de aspectos de profesionalismo específicos, no hay</p>	<p>recursos para la docencia, el nombramiento de más profesores que por relevo generacional van quedando por fuera de la U, la evaluación docente y la evaluación académica. P12: (132:135)</p> <p>Yo no quitaría nada, pienso que cada cosa que se hace es necesaria. Mejoraría la evaluación y la formación de los profesores y haría un trabajo muy grande con los egresados, ellos se van y no vuelven a la universidad. También miraría los recursos para la docencia, porque los espacios deberían ser más agradables. En estos sitios uno no puede estar porque el ambiente de calor es muy difícil. Un profesor prefiere pasar ronda que tener tiempo libre allá. P18 (157:165)</p> <p>La presión asistencial con el residente por parte del médico del convenio docencia.- servicio en algunas instituciones y también por los médicos profesores de otras y especialidades.</p> <p>La evaluación para volverla visible, metódica, en varias fases, incluir la realimentación.</p>	<p>vertical. P13: (184:188)</p>	<p>Paul, ya que muchas veces el residente es usado como fuerza laboral y poco se le retroalimenta. P39: (110:113)</p> <p>Mayor guía por tutores. P40: (155:159)</p> <p>Se cumplieron todos los requisitos solicitados por las sociedades Internacionales P41: (59:62)</p> <p>Hay momentos donde hay recarga de práctica y exposiciones y poco tiempo para leer lo que se ve en la práctica. P44: (97:104)</p> <p>Falta Formación Ética. P46: (144:148)</p> <p>Mayor rotación por laboratorio clínico y de enfermedades tropicales que nuestra Universidad tiene. Aprender a aguantar sin decir nada. P47: (111:119)</p> <p>Lo que pasa con alergología es que todas las actividades que se usaban deben desaparecer todas y renacer mejor dicho. P 9: (264:265)</p> <p>El currículo en anestesia es paquidérmico, reticente al cambio, el cuál ha sido muy difícil que los profesores entiendan esas nuevas actitudes y aptitudes que son</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis		FORMACIÓN POR COMPETENCIAS: ESPECÍFICAS Y GENÉRICAS	
Unidad de Análisis		ASPECTOS POR FORTALECER	
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>aspectos como la manera de hacer procedimiento, por eso cada docente aporta su experiencia sin deslumbrarse un ejercicio de una escuela y eso va de la mano de que si se forma por competencias de forma empírica no hay una evaluación específica de las competencia si no que se dan por sentadas y se evalúa específicamente aspectos teóricos, o algunos elementos de la competencia que no dan evidencia de la competencia en total. P26: (24:37)</p> <p>En las especialidades clínicas o quirúrgicas, yo pienso que gran parte de lo que se puede dejar es el reconocimiento de la problemática social específica de las enfermedades, la vía de acceso que se tiene hacia la problemática social hacia los temas específicos de salud de cada una de las disciplinas. Se mantiene un conocer a nivel global pero poder actuar local con reconocimientos de las patologías de lo local. Es decir se está enseñando bien o mal para que pueda dar un ejercicio de impacto en la comunidad. P26 (118:123)</p>	<p>Modificar, actualizar el documento oficial del programa concertarlo y precisar allí la visión del programa actual.</p> <p>Hacer visibles a los estudiantes las estrategias didácticas, su real intencionalidad.</p> <p>El acceso a los recursos físicos, tecnológicos. Pedagógicos. P19: (412:421)</p> <p>No hay lineamientos de evaluación, es solo suficiente con ingresar. El tema de las competencias es muy bueno pero se quedan en la forma sin estrategias. La experiencia y el gusto fortalecen mi formación pedagógica. Se trata de conocer y dar un direccionamiento a los residentes para que sean buenas personas, seres integrales, para enseñarles valores etc. yo hago que los estudiantes se esfuercen y eso ellos lo valoran. P27 (74:90)</p> <p>El cirujano se vuelve un experto en su práctica quirúrgica pero comienza a apartarse de la medicina interna en la que en cada momento debe estarse preguntándose cómo se está comportando en paciente</p>		<p>necesarias en el anestesiólogo actual y que no se ofrecen algunos importantes como es la anestesia regional dentro del currículo de nosotros. Se han hecho sugerencias pero ha faltado escucha por parte de los docentes. P13: (153:156)</p> <p>A mejorar el trabajo interdisciplinario, uno rota por otros servicios de la universidad y lo tratan como una visita, no como un médico con conocimientos distintos que puede aportar al tratamiento del paciente en cuestión. P34: (44:49)</p> <p>no hay claro desarrollo de las competencias P35: (111:114)</p> <p>Que exista una lista de contenidos académicos mínimos claramente delineada para desarrollar a lo largo de cada una de las rotaciones durante la especialización puesto que al aplicar esto con rigor se obtiene una formación más homogénea en el grupo de especialistas egresados. P38 (25:30)</p> <p>Mayor intensidad y frecuencia de formación en habilidades prácticas en procedimientos. P38: (133:138)</p> <p>Mejorar el acompañamiento al momento</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	FORMACIÓN POR COMPETENCIAS: ESPECÍFICAS Y GENÉRICAS		
Unidad de Análisis	ASPECTOS POR FORTALECER		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
	<p>interviniendo y esto como puede influir en lo que se está haciendo, prácticamente el anesthesiólogo y el cirujano no hay interconexión, pensar en equipo, con sinergia en pro de la salud del paciente, sino que cada uno por separado hace su mejor trabajo. P16: (85:90) A mayor grado de complejidad se requiere mayor grado de competencias y esto implica un entrenamiento especial, aspecto que exige más el tiempo protegido. P 7: (41:45)</p>		<p>de realizar el abordaje de un paciente infectado, y en particular hacer acto de presencia (nunca realice ningún procedimiento en mi fellow con ningún docente como acompañante!) P39: (36:42)</p> <p>La poca supervisión externa a la percepción continúa de los residentes acerca de su proceso de formación. P40: (248:249)</p> <p>Debe haber criterios bien definidos para saber si el residente está alcanzando las competencias. P46: (40:43)</p> <p>Más rotación en 2° nivel (pero con docentes y programa establecido, no a la deriva y a lo que los ortopedistas de ese hospital le quieran enseñar al residente, puras mañas). Qué investigación empiece en el 2° año, cuando el residente tenga un panorama más amplio de la residencia y se pueda plantear una buena pregunta de investigación. P46 (215:218)</p> <p>Muy floja la investigación, y considero que mal enfocada: un residente de 1° año está más interesado en aprender lo básico de su especialidad, exigirle que plantee</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	FORMACIÓN POR COMPETENCIAS: ESPECÍFICAS Y GENÉRICAS		
Unidad de Análisis	ASPECTOS POR FORTALECER		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
			<p>una pregunta de investigación me parece absurdo pues todo son dudas en ese momento. La investigación es más un requisito para graduarse. En cuanto a la ética..... Pues ya se llega muy grandecito a la residencia como para que se trate de corregir prejuicios, pero nunca será despreciable el esfuerzo por impartir formación ética en cualquier momento de la vida, es URGENTE, cada vez hay menos dignidad y ética en los especialistas (de todas las ramas, no solo ortopedia) P46: (123:130)</p> <p>Falto desarrollar Ética, legislación en salud, procedimientos quirúrgicos de 2° nivel de complejidad, aptitudes en pedagogía (toda vez que al salir seguimos en contacto con internos y residentes en algunas instituciones)P46 (133:135)</p> <p>Otro limitante es la forma en cómo el modelo está hecho, hace que los objetivos no se puedan desarrollar porque no coinciden con lo que los residentes van y no hay un espacio real para revisar los temas teóricos, aunque en lo práctico si se trata de correlacionar, pero no tiene tanta relación con lo teórico. P13: (129:151)</p> <p>Falta mucho por aprender porque es demasiado extenso. En la práctica hay limitantes porque hay cirugías</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES

Categoría de Análisis

FORMACIÓN POR COMPETENCIAS: ESPECÍFICAS Y GENÉRICAS

Unidad de Análisis

ASPECTOS POR FORTALECER

Jefes

Profesores

Residentes

Egresados

procedimientos a los que no se puede asistir, por el modelo de seguridad social en salud, por intereses económicos, porque es difícil llegar a centros donde esto sea difícil de realizar. Lo otro es que me sigue preocupando que el aprendizaje sea tan vertical sabiendo que el profesor es muy amable pero la metodología sigue siendo muy vertical. **P13: (184:188)**

Interpretación desde el investigador:

El modelo de seguridad social del país está generando dispositivos que impiden que el residente pueda realizar un mayor acercamiento a los pacientes, cada vez hay más restricciones en la intervención directa con los pacientes y esto limita su transferencia teoría- práctica.

La evaluación por competencias es un aspecto que se debe mejorar de acuerdo con las percepciones de las diferentes audiencias.

Es necesario que la formación por competencias obedezca a un trabajo intencionado y consciente de quienes diseñan el currículo y lo ejecutan a través del plan de estudios, de modo que desde el diseño hasta el seguimiento y evaluación los diferentes participantes, profesores, directivos, residentes, pacientes, y comunidad en general aporten a la creación de ambientes de aprendizaje ricos en experiencias significativas, que partan de los problemas reales en que se debe enfrentar un especialista médico en su formación hasta su vida profesional. Un especialista que pueda transferir las competencias que le permiten resolver problemas complejos propios de su disciplina, así como problemas cotidianos propios del mundo e la vida, para de esta manera ser una persona y un profesional ejemplar, integral, competente.

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis		ESTRATEGIAS DIDACTICAS	
Unidad de Análisis		¿CÓMO SE ABORDAN?	
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>Las estrategias, la didáctica se ha ido aprendiendo en el camino; ha sido muy de la mano de lo que se sabe y se piensa en Neuro-desarrollo al momento de enseñar eso se ve plasmado ahí. Pero que haya una conciencia de cuál estrategia usar, cómo usarla, dónde usarla, no es ese el principal argumento que se usa en el momento de la docencia, sin embargo el acompañamiento es lo que ha permitido que avance el programa. P25:(134:156)</p> <p>Las estrategias didácticas que se utilizan en las clínicas como quirúrgicas son absolutamente iguales porque la parte clínica es igual pero “el además” de la quirúrgica es el escenario de intervención donde están los procedimientos quirúrgicos que los clínicos no hacen.P18 (129:132)</p> <p>Son estrategias muy comunes en los posgrados, buscando una práctica entre los estudiantes.P25: (381:382)</p> <p>El proceso de enseñanza está orientado en la tutoría, en el acompañamiento. Pero esto es gradual, porque a medida que éstos adquieren sus competencias van siendo más autónomos. Esto en el área de lo quirúrgico. Lo que plantea una diferencia con las clínicas. Éstas primeras tienen un “además” que es como la parte técnica: las decisiones</p>	<p>Se manejan diversas estrategias didácticas, la mayoría que han sido tradicionales en la educación médica y otras referidas con el uso de recursos tecnológicos. P12: (52:53)</p> <p>Hacer visibles a los estudiantes las estrategias didácticas, su real intencionalidad.P19: (412:421)</p>	<p>Las estrategias de enseñanza varía de profesor a profesor, cada uno lo hace a su manera, estudiamos los casos, hacemos la correlación clínica. Eso depende de la personalidad de cada profesor. P 8:(133:135)</p>	<p>Se carece de estrategias didácticas para la enseñanza. Este es un punto por mejorar. (P35: 35:7)</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	ESTRATEGIAS DIDACTICAS		
Unidad de Análisis	¿CÓMO SE ABORDAN?		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
para los procedimientos, el manejo de las complicaciones, de lo que se hace con el paciente en el quirófano. Y cómo eso tiene un fundamento técnico muy importante, entonces tiene que ser acompañado porque estamos tratando con pacientes siempre. P18 (114:122)			
<p>Mirada interpretativa: En relación con el abordaje de las estrategias didácticas es claro como las diferentes audiencias comparten la percepción de que se han ido aplicando a partir de las propias experiencias que tuvieron los profesores y que ahora la transfieren a sus estudiantes. No hay una formalización en su didáctica, ni una clara conciencia de su uso pedagógico para la formación de los especialistas, de aquí la importancia de proponer un plan de formación pedagógica que garantice en buena medida el diseño, desarrollo y evaluación de las estrategias didácticas en armonía con la intencionalidad didáctica y toma de conciencia de su pertinencia en la formación por competencias.</p> <p>Las estrategias didácticas que se utilizan en la educación médica de las especialidades son comunes en clínicos como en quirúrgicos, en estos últimos se hace un especial énfasis en el fundamento técnico para la toma de decisiones frente a procedimientos en el quirófano, y esto requiere de un acompañamiento personalizado.</p>			

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	ESTRATEGIAS DIDACTICAS		
Unidad de Análisis	LA SIMULACIÓN		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
La parte de simulación, la cual perfectamente te puede dar la posibilidad de múltiples tipos simulados de pacientes en donde gran parte de la experticia manual se puede realizar través de la simulación. La resistencia es de meterme como profesor que nunca ha estado en	<p>La simulación: en la medida en que la persona se vea en un espejo, repensar cosas y replantearse comportamientos. P16: (105:106)</p> <p>La Facultad tiene también estrategias que permiten adquirir habilidades como el centro de simulación. Pero,</p>	<p>La anestesia actualmente se enfoca mucho a escenarios de simulación. La mayoría de sitios en el mundo y Facultades importantes están utilizando los escenarios de simulación y eso nos hace falta. El centro de simulación está, pero lo que falta es un interés de los</p>	<p>Se requieren profes entrenados en simulación.</p> <p>*Ampliar bases de datos digital</p> <p>*Entrenamiento en docencia para residentes. P36 (116:122)</p> <p>La práctica con el conocimiento son lo más Importante, en el hacer, el día</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	ESTRATEGIAS DIDACTICAS		
Unidad de Análisis	LA SIMULACIÓN		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>simulación, el temor de que esto no me cubra las verdaderas necesidades que tiene la comunidad o el paciente, y el temor frente a una nueva estrategia pedagógica. Esta parte es una limitante a la adquisición de nuevas estrategias, que limitan la formación y que exceden de pronto en la parte de horas. P10: (324:340)</p>	<p>los residentes llegan con ganas de tratar con los pacientes, y no quieren quedarse en el proceso de formación con la simulación para después aplicarlo con éstos, entonces eso es a veces una y una angustia para ellos que a veces nosotros no entendemos, pero el profesor está acompañándolos. Aunque es muy importante mirar el apoyo que hay en otras estrategias, que es lo que se está haciendo en el mundo. P18:(123:128)</p>	<p>docentes para plantearse ese tipo de estrategias o metodología de enseñanza. Específicamente la parte de vida área si cuenta con ese apoyo pero el resto de las áreas y competencias que se pueden hacer en este tipo de escenarios no. P13: 13:52</p>	<p>a día instruye más que mil presentaciones en power point. P32. (44:46)</p> <p>Aspectos Positivos La práctica, algunos talleres P44 (142:145) Además fueron de gran utilidad los talleres prácticos en modelos de simulador para realizar osteosíntesis o artroscópicas; estos fueron patrocinados por casas comerciales de material de osteosíntesis, cosa muy peligrosa, pues entonces resulta que son los vendedores del material quienes nos están enseñando a operar (o más bien a que utilicemos el producto que ellos venden), esas actividades prácticas las debe asumir la universidad, por cuestión de Ética. P46: (62:72)</p>
<p>Mirada interpretativa: La estrategia didáctica de la Simulación es reconocida por las diferentes audiencias como valiosa para el momento actual, retardadora para la docencia y significativa para el desarrollo de mejores habilidades clínicas. No obstante se percibe el temor tanto de profesores, como de estudiantes en abordarla ya sea por carecer de habilidades tecnológicas o por querer iniciar de manera directa el abordaje con pacientes sin pasar por este espacio formativo. Se requiere difundir en la comunidad académica de los programas de salud la importancia pedagógica de la misma y acompañar mediante procesos de capacitación y actualización tecnológica su uso didáctico. No es suficiente que se cuente con un centro de simulación, hay que acompañar su aplicabilidad para cada una de las especialidades y así promover su desarrollo en la formación médica de especialidades. Ahora bien, pervive en los egresados la idea de que nada reemplaza la práctica y por eso se distancian de esta estrategias, sin embargo es necesario reconocer que la propuesta didáctica está en que sea parte de un proceso incluso de fortalecimiento de la técnica, de los procedimientos y de las competencias clínicas para llegar a tener un mayor dominio en la práctica cotidiana con los pacientes.</p>			

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES

Categoría de Análisis	ESTRATEGIAS DIDACTICAS			
Unidad de Análisis	LA TELEMÁTICA			
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados	
<p>En cuanto a las estrategias de docencia creo que hay más necesidad de vincular las estrategias de comunicación actual y de herramienta virtuales ya que son muy útiles. Hoy en día uno puede ser formado de muchas partes y ser mucho más integral en esa parte. Acá en medicina interna y medicina vascular se ha logrado obtener charlas de videoconferencias de otras universidades pero hace falta explorarlo un poco más acá en la universidad P25 (491:495) implementaría: Telemática, tele-dermatología, potenciar más este servicio, que tenemos mucho que ofrecerle. P11 (330:339)</p>	<p>Los residentes de neurología hicieron una Pina de residentes con mucha dificultad desde el punto de vista legal por los riesgos que esto implica desde autoría intelectual, derechos de autor, porque publican allí cosas que no tienen el permiso correcto. Ellos constantemente están intercambiando información con compañeros de otras partes del mundo con acceso a información diferente y con profesionales diferentes, y digamos que eso ha ocurrido al margen de los docentes. P25: (496:500)</p>	<p>Hemos fallado un poco como departamento en las estrategias de Telemática, que si se abrieron cerca de un año y medio no la presentaron, y habíamos quedado de implementar estrategias pedagógicas de atención por Telemática y no se ha hecho. Es un aspecto que se ha ido relegando en el tiempo y que se podría aprovechar ya que es una estrategia innovadora. P13: (361:364)</p>		
<p>Mirada interpretativa: la estrategia didáctica de la Telemática se viene implementando de manera muy lenta en la educación médica de especialidades, aunque los jefes, profesores y residentes reconocen que es muy importante su aplicación. Por su parte los egresados no contaron con experiencias formativas en este sentido. Sigue siendo el uso de la tecnología de la comunicación y la información una competencia por potenciar en esta población médica con el fin de que se reconozcan estas estrategias como fundamentales para una formación más integral y una mejor optimización de los recursos tecnológicos con los cuales se cuenta. Es necesario enfatizar en que en el mundo estas tendencias educativas toman más fuerza dado que flexibiliza los procesos educativos y da mayor espacio al diálogo de saberes desde la interdisciplinariedad y la multidisciplinariedad en el abordaje de casos y de experiencias clínicas. Además permite el acceso al manejo del especialista en regiones remotas del país, en las cuales no se cuenta con este servicio, haciendo más pertinente la función clínica del especialista.</p>				

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	ESTRATEGIAS DIDACTICAS		
Unidad de Análisis	EL SEMINARIOS		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>Hay estrategias didácticas y aspectos que son comunes a todos. Pienso que el médico independientemente desde su grado de formación es un comunicador y es un educador, y esas competencias es independientemente de decir si es clínico o es quirúrgico, o si es patólogo o radiólogo.</p> <p>Debe saber comunicar las cosas, debe saber motivar, cautivar al paciente para que siga algunas instrucciones, para que sepa su enfermedad, que es lo que tiene, para dónde va, que sepa reconocer sus riesgos, la importancia del tratamiento, que sepa reconocer la importancia de una rehabilitación. Motivarlo y acompañarlo en esa aceptación, negación, depresión, duelo que pueda tener el paciente con determinados diagnósticos y saber acompañar a ese paciente, y a su familia, por ejemplo en pediatría. Toda esta parte es común a todas las especialidades independientemente de si es cirujano tiene una mayor destreza P10:(285:312)</p>	<p>Con los seminarios nosotros podemos identificar su nivel de lenguaje, de comunicaciones y hacer una recomendación pertinente en este sentido. P27: (53:55)</p> <p>Se realizan seminarios, club de revistas, reunión de casos, complicaciones, presentación de temas. En cada uno de estos espacios se pretende que el residente asuma con criterio clínico desde la radiología mejores elementos tanto teóricos como prácticos del ejercicio de su profesión. P17(48:51)</p>		<p>A pesar de que a veces se estudian unos casos muy afondo, no permite que se abarquen temas que pueden ser a veces más generales y más fundamentales para el desarrollo profesional. A veces son muy especificos y muy complejos y no ofrecen lo otro que es con lo que uno se encuentra en el área laboral; cuando uno ve pacientes de enfermedades más o menos frecuentes y de éstas, muchas veces, no se llegó a hacer un seminario bien hecho con uno de los docentes... P 9: (303:315)</p> <p>Las actividades académicas frecuentes tales como el desarrollo de exposiciones de alta exigencia, clubes de revistas, casos clínicos, debate con compañeros y docentes, etc. En general el mayor beneficio se obtuvo en las actividades grupales de análisis y controversia, siempre con el acompañamiento de docentes expertos en los temas tratados. P38 (55:59)</p>
<p>Mirada interpretativa: el seminario es una estrategia didáctica de alto impacto en la formación de acuerdo con la percepción de las diferentes audiencias. Es importante resaltar que a pesar de su valor formativo para el desarrollo de competencias comunicativas, pedagógicas, analíticas, críticas y de trabajo en equipo, se reconoce su principal riqueza cuando participan en este espacio educativo en calidad de expositores tanto profesores, como residentes porque esto sirve de ejemplo y da mayor nivel de calidad en términos de rigurosidad y confiabilidad al encuentro académico.</p>			

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES

Categoría de Análisis	ESTRATEGIAS DIDACTICAS		
Unidad de Análisis	EL ANÁLISIS DE CASOS		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>El análisis de casos es la metodología en dermatología la más importante. Cuando nosotros no tenemos al paciente, tenemos la foto, ósea, ver al paciente, tocar la lesión, verlo de lado, si tiene atrofia, si brilla, si tiene cambios de color, es decir la foto es dermatología nos ayuda mucho, pero realmente el contacto presencial con el paciente es muy importante, porque así esa sensación factible es muy importante P11: (107:121)</p> <p>No me gusta que me quiten las actividades académicas, me cuestionan que por qué todos los días de 7 a 9, tanto tiempo, a mí no me pueden quitar eso. Porque eso es el principal elemento diferenciador, ya que en otras partes se hace solo una reunión académica, una hora y los residentes puede que estudien que sepan mucho, pero eso hace parte de seguimiento. La sola cohesión del ambiente académico que hemos logrado tener acá es satisfactorio. Poder abrir espacios en otros sitios, por ejemplo en dermatología pediátrica que ahora esta tan bajito acá. Abriría más la parte opcional en el exterior, que los residentes tuvieran la posibilidad de irse sus dos meses de opcionales y con un apoyo de la Universidad, ya que hay muchos que no tienen medios económicos. P11 (330:339)</p>			<p>El análisis de casos clínicos de pacientes difíciles que llegan al San Vicente en “staff”, esas son actividades de las que yo aprendí muchísimo porque en dermatología hay muchas enfermedades raras y con muy baja frecuencia que si acaso se ven uno o dos en la vida y que acá llegan por ser un hospital de referencia y que permite que uno conozca sus casos. Entonces, esta es una de las principales actividades académicas. P 9:..] (290:295)</p> <p>Hay otras actividades que son poco frecuentes pero que a mí me parecen que son muy importantes, que son la presentación y discusión por parte de uno de los docentes que prepara un tema con los residentes, lo analizan y todos lo explican y hacen una actividad formal, pero allí el profesor tiene una gran participación en el manejo de la información y el cómo la presenta, mientras va mostrando su experiencia. Estas actividades son muy poquitas, son un cada mes y son de las actividades que más valoran los residentes porque permite manejar temas y discutirlos de una forma muy concienzuda. P 9: (295:302)</p> <p>Aspectos por mejorar: la sistematización de los casos, para que todos los aprovechen. Se pueden realizar más talleres. P44 (142:145)</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	ESTRATEGIAS DIDACTICAS		
Unidad de Análisis	EL ANÁLISIS DE CASOS		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>Mirada Interpretativa global: La aplicación de estrategias didácticas en las especialidades clínicas y quirúrgicas es percibida por Jefes, profesores, residentes y egresados como favorables en su proceso de formación como especialistas. Los egresados consideran que sobre todo aquellas en las cuales se tenía un contacto directo con el paciente fueron de mayor impacto para su formación y posterior desempeño profesional. Recomiendan que los programas busquen las formas para la sistematización de casos clínicos que sirvan de material pedagógico de referencia y de consulta para los residentes.</p> <p>Para los profesores ha sido tradicional el manejo de estrategias didácticas como rondas clínicas, seminarios, análisis de casos, staff médico entre otras, pero la mayoría son conscientes de la necesidad de incluir otras menos usadas como la Telemática y la simulación por el reto tecnológico de las actuales condiciones de la práctica médica en el mundo, no obstante se evidencia cierto temor a la necesidad de alfabetización tecnológica. En este sentido algunos Jefes argumentaron que el no uso de estas estrategias tecnológicas se debe a que los profesores no tienen conciencia de la incidencia de éstas para la formación, ya sea por desconocimiento o porque ellos no las aplican en su práctica y no la ven pertinente para la enseñanza. Por su parte los egresados consideran que se requieren profesores capacitados para el uso de las tecnologías y en el componente pedagógico de la aplicación de las estrategias didácticas pues esta carencia puede afectar el impacto de la formación, de modo que puedan potenciar el uso de los simuladores y de mejores bases de datos como fuentes de información secundaria.</p> <p>Algunos profesores expresaron que existen en los residentes cierta resistencia para trabajar con los simuladores, por cuanto su interés se centraliza en el trabajo directo con el paciente y no le prestan importancia a lo que esta estrategia puede favorecer para su formación. En la percepción de los residentes lo que sucede es que algunos profesores se niegan a trabajar en estas estrategias a pesar de contar con estos recursos.</p> <p>De otra parte, es significativo que el uso de las estrategias didácticas depende en buena medida del estilo y de la personalidad de cada profesor y es en este aspecto en el que se debe enfatizar en la necesidad de apoyar a los profesores con programas de formación pedagógica que ofrezcan alternativas didácticas en las cuales tanto profesores como residentes sepan con claridad cómo se organiza, cómo se planea, cómo se desarrolla y cómo se evalúa en cada una de ellas. Se carece de este marco de referencia que permite precisar en las intencionalidades formativas de las diferentes estrategias didácticas y es quizás en este aspecto que pueden perder interés en su uso.</p>			

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES

Categoría de Análisis		LA EVALUACIÓN			
Unidad de Análisis		¿CÓMO SE REALIZA LA EVALUACIÓN?			
Jefes		Profesores	Residentes	Egresados	
<p>Con respecto a la evaluación, somos conscientes que esa evaluación la tenemos que mejorar porque realmente es un proceso que no es el óptimo. ¿Qué hacemos nosotros con el residente? Procuramos hacer como una evaluación diaria y cuando no lo hacemos el residente ya la está pidiendo. Terminamos la consulta y si tenemos el espacio conversamos, hablamos de los pacientes, proponemos, corregimos. Eso se ha ido implementado y creo que debemos mejorarlo más esa evaluación del día a día. En los seminarios y las actividades académicas nosotros no tenemos una guía de evaluación, sino que al finalizar el semestre hacemos una reunión de profesores solamente, se le entrega a cada profesor la hoja de evaluación donde se consignó todos los residentes con los porcentajes de acuerdo a lo que este estipulado por normatividad de la evaluación actual del posgrado, y cada profesor le evalúa al residente y se hace una socialización y ellos me hacen observaciones, dicen en qué están fallando los residentes, etc., y yo anoto todo eso. Hacemos una evaluación numérica, la tabulo y la paso al sistema y cada residente trae una evaluación de su sitio</p>		<p>Al final de cada rotación se hace una reunión de profesores para evaluar al residente y de acuerdo con el consenso del equipo docente se da una nota cuantitativa. P19: (340:341)</p> <p>El seguimiento es muy personalizado, se cuenta con algunos criterios generales que se evalúan en equipo de docentes pero estos se da al final. De pende de la actitud de algunos profesores durante la rotación se hacen conversaciones con los residentes acerca de los aspectos claves y de mejora, pero esto no es una tarea que todos cumplimos. P12: (121:125)</p>	<p>Uno está siendo evaluado también, cada vez que uno hace una lectura de una imagen el docente lo está corrigiendo. En radiología es un espacio muy tranquilo que se presta para buscar con el profesor sobre los casos difíciles, por si los dos tienen dudas, y esto retroalimenta todos los días. P13: (191:194)</p> <p>Uno no está constantemente realizando exámenes con preguntas como tal, pero si demostrando que miro y estudio el caso y que al menos pensó en algunos diagnósticos diferenciales, y esto es diario. En la rotación que este, sea pues viendo material general cualquiera, o los tumores más complejos uno está continuamente evaluado, en los staff, en las reuniones académicas. En estas últimas los profesores nos asesoran, pero por lo general hay un residente que encargarse de organizar el caso y el tema de los reuniones, entonces aquí es otra evaluación que nos están haciendo, de cómo manejo el concepto para la exposición, cómo se le explico a clínicos que pueden</p>	<p>El talón de Aquiles en la práctica médica en pregrado y postgrado es la evaluación, sin embargo en el programa se han utilizado listas de chequeo y listas de competencias que usan otros países para tratar de objetivar la evaluación. A mejorar siempre será idea una evaluación formativa que incluya la autoevaluación y una hetero-evaluación de diferentes docentes o diferentes actores del proceso. P34: (37:43)</p> <p>El método de evaluación es aun, muy subjetivo, gran porcentaje de las notas, en mi época de residente, era proporcionado por la percepción de los tutores, de la misma manera que se evaluaba en el internado... Es el mismo sistema, y pues, tiene sus debilidades, sugeriría evaluaciones periódicas objetivas, tipo exámenes escritos u orales además de más frecuencia en los seminarios mayores. P29: (41:45)</p> <p>Cuando el residente expone la evaluación es punitiva, no se hace una evaluación formativa P34: (117:121)</p> <p>No hay competencias y no hay</p>	

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	LA EVALUACIÓN		
Unidad de Análisis	¿CÓMO SE REALIZA LA EVALUACIÓN?		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>de práctica de determinado mes y luego se hace una evaluación conjunta de todos los meses. Aunque cuando el residente está presentando el seminario, tenemos una guía determinada para esa actividad porque nos permite objetivar mucho más y que sea más productivo.</p> <p>Después de esas evaluaciones los reúno y les digo, y me pasa muchas veces que los profesores me les ponen 5.0, pero las observaciones son largas y las socializa conmigo y yo luego les digo a ellos y ya ellos protestan. En general son muy juiciosos, las observaciones son cosas no muy sustanciales pero que a ellos como son tan perfeccionistas ayudan a retroalimentar y mejorar. A veces llamar la atención al residente genera inconvenientes. La evaluación de cada seminario es muy interesante ya que ellos se esfuerzan mucho y vale la pena. P11: (163:183)</p> <p>El tema de la evaluación depende la rotación que ellos estén llevando, este se hace una evaluación por parte del médico o de los médicos que participaron en esta rotación. Hay profesores que en mitad de la rotación les hace una evaluación, les cometa algunas dificultades, fortalezas, hay profesores que los evalúa de una</p>		<p>que no vayan a verlo de la misma manera porque es patología. Y con los residentes que rotan por acá de especialidades externas, digamos que con los que más queremos contar son con los de cirugía, pero digamos otros como clínicos, medicina interna, ellos también deben correlacionar de que esos síntomas que ellos están viendo, que esos exámenes de laboratorio que están evaluando, tienen una razón en esa plaquita rosada y por lo menos con los de cirugía deben extraer muy bien el tejido ya que así ellos sabrán si su paciente quedo bien operado. P 8: (174:190)</p>	<p>autoevaluación P34: (140:145)</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES

Categoría de Análisis	LA EVALUACIÓN			
Unidad de Análisis	¿CÓMO SE REALIZA LA EVALUACIÓN?			
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados	
<p>manera muy detenida, se toman el tiempo para evaluar, para hablar con él. Pero en general ve uno que reciben buenas evaluaciones, buenos aportes, aspectos a mejorar y se manejan los formatos de la Facultad que deben de entregar. P24: (159:164)</p> <p>La evaluación es diaria, cuando se hace consulta, interconsulta, algún procedimiento uno ve como adquiere competencias el residente, pero existe un proceso administrativo de colocarle nota, es importante poder aplicar la encuesta porque se evalúan muchos aspectos. P25: (469:471)</p>				

Interpretación desde el investigador:

La evaluación se realiza dentro de la cotidianidad del día a día sin embargo en percepciones de algunos residentes y egresados ésta depende mucho del profesor y prima exclusivamente el criterio de él.

La evaluación es el aspecto más vulnerable en la percepción de los entrevistados, todos coinciden en afirmar que a pesar de que algunos profesores hacen un adecuado acompañamiento, seguimiento y evaluación de los residentes, otros lo dejan solo para el final. Existen mecanismos institucionales que regulan la evaluación y en la mayoría de las ocasiones se acudo solo a lo estipulado allí como es la evaluación luego de pasar por una rotación.

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	LA EVALUACIÓN		
Unidad de Análisis	¿CÓMO SE PERCIBE LA EVALUACIÓN?		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>Pienso que la evaluación es uno de los puntos más críticos que tenemos nosotros en posgrados. Le veo más debilidades a la evaluación como está actualmente que fortalezas. Tal vez la fortaleza de la evaluación actualmente es que hay que hacerla y que debe tener un número específico, pero no le veo una capacidad mayor de tipo formativo, de tipo orientador para el estudiante. P10: (165:169)</p>	<p>Yo pienso que por un lado están las competencias, pero en sí, la estrategia de evaluación que tenemos, los formatos que utilizamos no van como en esa dimensión. Pienso que hay como una brecha entre lo que queremos en última instancia y otra en lo que realmente se hace o se ejecuta. Yo pienso que una debilidad nuestra y de todos los programas está en esa forma como se evalúa. Nosotros le damos mucho valor al día a día por tener nuevos residentes y el tener contacto directo con ellos. Nosotros permanentemente los estamos evaluando, estamos interactuando con ellos y diciéndole realmente qué les falta, qué deben mejorar, igualmente existe una retroalimentación permanente, pero realmente es algo más subjetivo pero no hay algo real o desde el punto de vista metodológico que se siga realmente no lo tenemos P51: (349:357)</p> <p>Y tiene un poder administrativo es el crear currículos alternos si un estudiante se queda en un área y esa área vos la tienes programada anual entonces te queda ya tienes que implementar la solución administrativa para obtener el currículo y poder que el individuo</p>	<p>Somos víctimas de la crisis evaluativa que vivimos en el momento en la facultad. Porque el proceso evaluativo tuvimos grandes dificultades, por fortuna la gente es buena. No es coherente, no evalúa muchos aspectos, no tiene encuentra a los docentes externos de una forma clara y no se han establecido cuales el papel en juego de la mayoría de las personas con las cuáles estamos en asistencial, quién no están con nosotros en lo teórico y los teóricos dónde estamos en lo académico, en lo cotidiano, no están en lo asistencial, y estas políticas de juego no están claras en el proceso evaluativo, generando muchas dificultades. P13: (198:204)</p> <p>Hay un residente que hace parte del comité de posgrado que comunica el proceso. El seguimiento es personalizado. Todos son abiertos al diálogo. En cirugía general falta un poco la retroalimentación. Por ejemplo a veces dan opiniones muy lacónicas, poco precisas y no se identifican los aspectos claros de mejorar. P14: (36:44)</p> <p>La evaluación desde los residentes .Entre residentes, profesores y administrativos estamos de acuerdo en que debemos cambiar la evaluación. Por el poder que tiene una nota tenemos</p>	<p>La evaluación aplicada R/ta Pésima. No había criterios claros de evaluación por lo que esta muchas veces se hacía de acuerdo a percepciones y no de mediciones objetivas. P33 (28:30)</p> <p>En cuento a la evaluación se puede decir que existe gente que estudia mucho como otra que no tanto, pero ambos se gradúan. Pero por el bien de esa persona y por el del paciente que atenderá es necesario poner puntos de corte para que se superen. La evaluación no solo debe partir del residente, tiene que partir también del docente. Si nosotros tenemos un docente que no es apto para hacer docencia no podemos esperar que el residente tenga un buen aprendizaje. No creo que haya una medida de evaluación que sea perfecta, pero si tiene que haber puntos de corte mínimo, para que todos tengamos un proyecto mínimo necesario para que el día de mañana podamos desempeñar bien nuestra labor. Igualmente, esto se le debe exigir a los docentes, en otros países se le hacen evaluaciones a ellos para ver sus capacitaciones, para mostrar sus acreditaciones porque no podemos decir que este residente es malo si quien lo dice no tiene la capacidad necesaria para evaluar. P 9: (248:259)</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES

Categoría de Análisis		LA EVALUACIÓN	
Unidad de Análisis		¿CÓMO SE PERCIBE LA EVALUACIÓN?	
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
	<p>vuelva a ver esa área cuando tengas el otro grupo de residentes en ella porque si no tendrías que montar el profesor para eso y la carga económica para la facultad se aumentaría, entonces eso trae problemas tantos y por no mencionar uno que siempre está latente... nosotros tenemos que evaluar muy diferente y de alguna manera tenemos que tener una rigurosidad mayor y una rigidez mayor en esa calificación de los estudiantes de posgrado que digamos que entre nosotros siempre hemos tenido esa pregunta tanto en pregrado como en posgrado cómo hacer que el individuo en el caso de un interno que lleva seis años en la facultad y vos decís no califica para ser médico entonces como haces para que el individuo no llegue a ese nivel. P51: (399:417)</p>	<p>residentes que salen a las 10 de la noche y llegando a las 4 de la mañana fundamentado en la represión y el poder... fundamentado en la historia que hace 50 años así nos formamos y así debe ser..."P22: (158:163)</p>	

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	LA EVALUACIÓN		
Unidad de Análisis	ASPECTOS A FORTALECER		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>Dentro de las cosas que debemos mejorar es en la parte de evaluación que creo que estamos siendo bastante sugestivos y en la parte investigativa. Tenemos un potencial grandísimo pero hace falta explotarlo más. Los estudiantes ahora tienen tantas ayudas audiovisuales y no saben utilizarlas y tienen dificultades y muchas veces no tienen argumentos para resolver determinadas situaciones. P50: (163:167)</p> <p>Se hace una reunión administrativa y formativa con todas las personas residentes, profesores, secretaria, una vez al mes para discutir sobre asuntos cotidianos, problemas del día a día, tensiones con algunas rotaciones, con interacciones personales para irlo canalizando. P15 (102:120)</p> <p>Cada mes se hace una reunión del comité de profesores para hacer una evaluación colectiva al jefe y hablar de cada residente en términos de fortalezas, debilidades y mejoras. P17: (53:59)</p> <p>Dentro de las cosas que debemos</p>	<p>“Estamos viendo muy buenos cirujanos técnicos, perfectos en ejecutar, quitar y poner un hígado, ese residente técnico perfecto, saca uno en comunicación y aun así pasa...” Cómo hacer para que la ponderación no vaya en contra de la evaluación por diferencia de la ponderación? Si no sabe explicar al paciente, el paciente desconoce lo que le van a hacer? Él es un profesional idóneo para ejercer? ¿Es idóneo si trabaja disciplinalmente aunque no logra éticamente? Es necesario que los porcentajes se modifiquen pero que exista la posibilidad jurídica legal para que la ponderación no sea lo relevante, sino aplicar procedimientos en aquellos ítems fundamentales de su formación. Se propone que la auto-evaluación no sea computable con la nota final. P22: (95:106)</p> <p>La autoevaluación está inmersa en ese proceso si desde el inicio se le describe lo que se pretende alcanzar.... Y al final de la rotación se podría conversar de lo</p>	<p>Sólo hay un formato de evaluación que casi siempre es positiva pero no porque sea una forma objetiva de evaluación. Solamente porque le ponen a uno una nota alta uno no se queda. Por eso no se hace realmente una evaluación, tampoco está escrito cuál es la mejor manera de evaluar a los estudiantes. P13: (206:209)</p> <p>Se asume que todo mundo es bueno. Y uno sabe que si hace buena fama el primer año, ya tiene ganado el resto. Si un residente tiene un desempeño francamente deficiente no hay forma de evaluarlo negativamente porque el sistema es tan laxo que si se le evalúa negativamente igual le va muy bien. Eso es un problema a veces real porque hay gente que no se esfuerza y pasa. No es por la estructura sino por la tradición. El filtro no se cumple en todas las especialidad P13: (210:216)</p> <p>La evaluación desde los residentes .Entre residentes, profesores y administrativos estamos de acuerdo en que debemos cambiar la evaluación. Por el poder que tiene</p>	<p>No hay competencias y no hay autoevaluación P34 (140:145)</p> <p>No se hacen personalmente con el estudiante se dé moran mucho para pasar la nota, no califican luego la rotación, y luego no saben quién es el estudiante, el formato de evaluación es 0. P36: (72:79)</p> <p>Requiere ser más objetiva, con exámenes escritos, bases de datos para estudio en imágenes. P40 (52:53)</p> <p>Retroalimentación más precoz en el proceso. P45: (56:58)</p> <p>Pésima, es completamente subjetiva, los docentes no tienen los criterios de evaluación claros, tampoco hay una buena herramienta para nosotros evaluar a los docentes. P46 (37:39)</p> <p>La evaluación aplicada R/ta Pésima. No había criterios claros de evaluación por lo que esta muchas veces se hacía de acuerdo a percepciones y no de mediciones objetivas. P33: (28:30)</p> <p>Cuando el residente expone la evaluación es punitiva, no se hace una evaluación formativa P34: (117:121)</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES

Categoría de Análisis		LA EVALUACIÓN	
Unidad de Análisis		ASPECTOS A FORTALECER	
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>mejorar es en la parte de evaluación que creo que estamos siendo bastante subjetivos y en la parte investigativa. Tenemos un potencial grandísimo pero hace falta explotarlo más. Los estudiantes ahora tienen tantas ayudas audiovisuales y no saben utilizarlas y tienen dificultades y muchas veces no tienen argumentos para resolver determinadas situaciones. P50: (163:167)</p> <p>Hemos tenido estudiantes de 46 años a esa edad es difícil por cuestiones de responsabilidad o entendimiento y la posibilidad de éxito se reduce desde la neurobiología, pero hay que hacer el intento y es difícil plasmar la formación integral o ese alcance en la evaluación, definir el criterio de evaluación es muy difícil que sea objetivo y con los cursos que lo hemos logrado hacer lo discutimos con el profesor que va a dictar la materia y el residente que va a estar allí, y frecuentemente uno no ve acogido estos criterios. P25: (485:490)</p> <p>Las especializaciones y los programas quirúrgicos necesitan probablemente</p>	<p>que habíamos Hablado en otro momento que hiciste, cómo lo hiciste, que falta por hacer. P22 (108:110)</p> <p>La autoevaluación levanta ampolla porque el dilema es si tiene valoración en la nota o no. “...El problema es para el que pierda, porque el que gana no tiene problemas. Cómo graduamos médicos de esa manera... cuando enviamos a un residente a otra rotación, me dicen que estudiante tan malo? O sin embargo gana porque ese profesor no quiere tenerlo más allí, prefiere que pronto se vaya y sale así de ese problema...” Hay mecanismos o protocolos para poder llegar a valorar realmente el desempeño del otro. Definir instrumentos y mecanismos formativos para ¿A qué entra un médico a hacer especialista?Cuál es su meta... Adquirir habilidades para estar a un nivel social y científico? O se va a valorar otros componentes...El problema es de protocolos de la evaluación? Es</p>	<p>una nota tenemos residentes que salen a las 10 de la noche y llegando a las 4 de la mañana fundamentado en la represión y el poder... fundamentado en la historia que hace 50 años así nos formamos y así debe ser...”P22: (158:163)</p> <p>Somos víctimas de la crisis evaluativa que vivimos en el momento en la facultad. Porque el proceso evaluativo tuvimos grandes dificultades, por fortuna la gente es buena. No es coherente, no evalúa muchos aspectos, no tiene encuentra a los docentes externos de una forma clara y no se han establecido cuáles el papel en juego de la mayoría de las personas con las cuáles estamos en asistencial, quién no están con nosotros en lo teórico y los teóricos dónde estamos en lo académico, en lo cotidiano, no están en lo asistencial, y estas políticas de juego no están claras en el proceso evaluativo, generando muchas dificultades. P13(198:204)</p> <p>Se está procurando reglamentar las residencias en Colombia, la postura de un residente como estudiante y</p>	<p>Realizar evaluación oral y escrita, no de forma subjetiva según conveniencia de cada uno de los “docentes”. Dejar de forma clara cuales son las materias y créditos a cursar no inventarlas o acomodarlas según cada quien. P39: (32:35)</p> <p>No hay evaluación por competencias, casi todo es concepto del docente. P34: (123:128)</p> <p>Retroalimentación más precoz en el proceso. P45: (56:58)</p> <p>Realizar evaluación oral y escrita, no de forma subjetiva según conveniencia de cada uno de los “docentes”. Dejar de forma clara cuales son las materias y créditos a cursar no inventarlas o acomodarlas según cada quien. P39: (32:35)</p> <p>Pésima. No había criterios claros de evaluación por lo que esta muchas veces se hacía de acuerdo a percepciones y no de mediciones objetivas. P33: (28:30)</p> <p>La evaluación aplicada: Pésima, es completamente subjetiva, los docentes no tienen los criterios de evaluación claros, tampoco hay una buena herramienta para</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	LA EVALUACIÓN		
Unidad de Análisis	ASPECTOS A FORTALECER		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>desarrollar mayores destrezas manuales que son específicas de su área. Veo un factor de diferenciación en la intensidad en la que se debe desarrollar esto y en la cuantificación numérica específica de todos estos procedimientos, que depende mucho del concepto que tengamos de formación y de forma de aprendizaje. Vemos en la formación la idea arraigada, casi que inflexible, que entre más procedimientos haga más habilidad tenga, y no se ejerce una inferencia en que si hago por ejemplo 50 procedimientos o 40 o 30, sino entre más y más haga mayor destreza se adquiere. El cuestionamiento es cuál es el mínimo necesario requerido o cual es el mínimo que requiere cada uno de los estudiantes, habrá unos que son mucho más hábiles que otros; pero esa respuesta no la tenemos, sino que la solucionamos, y entre más haga mejor y entre más haga de pronto no necesariamente la calidad sea mejor, y no necesariamente estemos dando respuesta a las necesidades explicitas de cada uno de los estudiantes, pero es un punto que se queda intocable, y por eso los profesores de las áreas quirúrgicas se niegan rotundamente a</p>	<p>de tener evidencias para defendernos? O si se puede ir certificando paulatinamente las competencias. El dilema esta entre lo que expresamos y lo que somos P22: (135:148)</p> <p>La formación tiene que ser integral y esto no es un slogan, es una realidad porque no puede ser solo academia, de habilidades y destrezas. Los residentes tenían implícito el saber los metas de formación de cada rotación, en este momento se procura dejar constancia de esta de forma explícita para garantizar un seguimiento en todas las actividades, es volver visible y cociente estos elementos. Las evidencias y los procesos de mejoramiento se deben dar de forma explícita, no dejarlo a supuestos.</p> <p>La presión asistencial con el residente por parte del médico del convenio docencia.- servicio en algunas instituciones y también por los médicos profesores de otras y especialidades. La evaluación para volverla visible,</p>	<p>profesional de salud a muchos profesores se les olvidada que ya somos profesionales de salud y eso puede tener beneficios y dificultades. Los profesores del convenio docencia- servicio poco me pueden evaluar y nosotros a ellos...Estamos de acuerdo de que hay hipertrofia de los porcentajes a las competencias, lo ético y lo comunicativo no está la presencia del profesor, estamos solos, la explicación a los pacientes no están presentes quienes la pueden evaluar...Qué va a pasar cuando se le cargue a un profesor más ítems, si con los pocos que tenemos se dejan en blanco. Si ahora no lo hacen va a ser más difícil cuando se aumente el número de ítems. Llama la atención por la autoevaluación, la evaluación no debe ser una pelea entre el profesor y el residente? Nuestra postura es que no. Debería tener auto-calificación pero no en tan alto porcentaje. Proponemos que en los niveles más altos de formación no supere un 20% para que el control siga siendo de los profesores .En los estudios se identifica que los educandos se niegan a que se autoevalúen... tiene mayor</p>	<p>nosotros evaluar a los docentes. P46: (37:39)</p> <p>No hay competencias y no hay autoevaluación. P34: (140:145)</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES

Categoría de Análisis	LA EVALUACIÓN		
Unidad de Análisis	ASPECTOS A FORTALECER		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>la disminución de horarios presenciales en los hospitales porque eso significa disminuir el número de intervenciones. P10: (285:312)</p>	<p>metódica, en varias fases, incluir la realimentación. Modificar, actualizar el documento oficial del programa concertarlo y precisar allí la visión del programa actual.P19: (412:421) Eso es lo más difícil de la enseñanza, pues al momento de evaluar uno tiene que ver a quién va a evaluar. Por ejemplo lo que uno quiere con el residente de cirugía, es que el vea que es lo que nosotros hacemos, porque es necesario que él nos mande las muestras bien, para que nosotros hagamos un trabajo bien hecho y que le ayude a el mismo. Entonces yo no lo puedo evaluar, yo lo que necesito es que el vea que es lo que hacemos y que el vea que lo hacemos con cierto rigor y que necesitamos un tejido bueno. En la medida en que él se involucre con nosotros, que se mezcle con los patólogos, que entienda la mirada del patólogo hacia el tejido, eso es una ganancia muy grande, yo lo evaluaría con 5.0, si él logra hacerse amigo de nosotros y logra ver las cosas como nosotros</p>	<p>madurez, colegaje, mejores ambientes de aprendizaje significativo... P22: (164:186)</p>	

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	LA EVALUACIÓN		
Unidad de Análisis	ASPECTOS A FORTALECER		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
	<p>aunque sea por un mes. Hay otros que ven las cosas ahí por encima y se van, entonces yo ahí no tengo nada que evaluar, entonces yo simplemente les digo que perdieron la rotación de patología, entonces este residente probablemente no nos va a remitir bien los tejidos, es un caso perdido. Pero estos muchachos por ejemplo están motivados. P 8: (144:164)</p> <p>En la evaluación que es un elemento de enseñanza y aprendizaje, creo que tiene que sufrir un análisis profundo y una transformación en todos los pregrados para que se vuelva más coherente con la forma en cómo se está enseñando en la universidad. Entonces si hay que hacer una transformación muy grande con ella. P18: (157:165)</p>		
<p>Interpretación desde el investigador: En el análisis de las entrevistas se puede constatar que la percepción de las diferentes audiencias frente a la evaluación es negativa, consideran que faltan criterios claros frente a los aspectos por evaluar. Coinciden en que por un lado está el interés de formar por competencias y por otro se evalúa sin coherencia con este interés.</p> <p>Se requiere establecer un proceso de evaluación expedito, divulgado y comprendido por todos de manera que se armonicen propósitos, criterios, instrumentos, momentos para institucionalizar estos modos e implementarlos en todos los servicios.</p> <p>Desde el punto de vista administrativo se debe analizar el cómo de aquellos casos en los cuales un residente debe no ser promovido en una rotación de modo que no se vuelva un obstáculo en la rotación de otros compañeros y que el sistema ofrezca alternativas viables para manejar estos casos.</p>			

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	LA EVALUACIÓN		
Unidad de Análisis	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>La evaluación depende mucho de los docentes, se ve que existe el formato pero los docentes adquieren un formato más estrecho, les hablas de las dificultades de las fortalezas, en cambio hay otros que no lo hacen, hay docentes que colocan 5, existen dificultades y se está trabajando en eso, para uniformarlo. P25: (481:484)</p> <p>Las evaluaciones son propias de la mayoría en nuestro medio tiene que ver con instrumentos muy primitivos, con muy poco elementos de análisis para dar cuenta de un proceso formativo y terminan dando cuenta de la calidad de formación entre profesor y estudiante más que la calidad propia del estudiante en términos de aprendizaje. P26: (40:43)</p>	<p>Se aplica el formato de evaluación institucional, que se da desde Educación de posgrados, pero somos conscientes que éste instrumento se debe rediseñar para que cubran todos los aspectos esenciales de la formación en la especialidad.</p> <p>La nota cuantitativa se genera en los comité de programa Se pregunta por todas las actividades realizadas y se socializan las percepciones de los profesores, se opina y se asigna una nota. En la hoja están los criterios, pero ésta no es suficiente .El problema de la evaluación es que el estudiante no sabe los resultados sino al final, lo que se les da una apreciación general de las actividades pero sin metodología y se da muy informal. P19: (318:327)</p> <p>Los formatos veo que deberíamos modificarlos para facilitar la evaluación de los residentes, porque digamos que si hemos tenido experiencias difíciles cuando los residentes son muy malos, cuando hay que evaluar algún residente a veces es muy complicado, porque los aspectos que aparecen a evaluarles es difícil, por ejemplo que se pueda escribir que el residente tuvo un mal desempeño porque hay una cantidad de cosas que son difíciles de aplicar, a</p>	<p>Sólo hay un formato de evaluación que casi siempre es positiva pero no porque sea una forma objetiva de evaluación. Solamente porque le ponen a uno una nota alta uno no se queda. Por eso no se hace realmente una evaluación, tampoco está escrito cuál es la mejor manera de evaluar a los estudiantes. P13 (206:209)</p>	

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	LA EVALUACIÓN		
Unidad de Análisis	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
	<p>nosotros se nos ha presentado este tipo de dificultades y que los profesores mencionan que tenemos residentes que el desempeño es tan malo que no deberían pasar la rotación, pero la pasan porque es muy complicado hacer así la evaluación. En la parte de investigación cambiamos el formato, porque no aplicaba lo que estaban preguntando. P24: (165:173)</p> <p>Yo pienso que eso es muy particular en el reglamento de posgrado, eso es demasiado grande ya se rige por la normatividad de cualquier tipo posgrado de la universidad y eso permite que el estudiante sea conformista donde pueda aplazar la investigación donde le termina quitando a un compañero quitando recurso a un compañero que si lo podrían aprovechar mejor en nuestro caso en particular estamos supeditados a pasar una evaluación por cada rotación tenemos dos formatos uno que evalúa básicamente materias teóricas como lo serían por ejemplo bioquímica la misma nutrición deportiva o psicología y otro formato que evalúa los elementos teórico-prácticos como trauma deportivo medicina física y rehabilitación las electivas esos formatos evalúan aspectos como manejo de historia clínica, la elaboración de métodos adecuados, pero nosotros preferimos además de tener notas finales el evaluar el día a día o sea el</p>		

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES

Categoría de Análisis		LA EVALUACIÓN	
Unidad de Análisis		INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
	<p>comportamiento del estudiante día a día y obviamente recalco eso, que nos vemos supeditados a que la evaluación no sea lo más real posible por un, digamos un decreto o por un reglamento que tiene la universidad con su status educacional P51: (332:343)</p> <p>Cada vez que termina una rotación se aplica el formato de evaluación, pero éste no es suficiente. Somos conscientes que la evaluación sigue siendo muy deficiente, sigue primando la percepción de quien evalúa. Se hacen intentos por mejorarla pero en este aspecto falta avanzar.</p> <p>Los criterios que se contemplan para la evaluación son: médico- personal en sala Relación médico-paciente Relación residente - estudiantes de pregrado Habilidades para el interrogatorio y el examen clínico neurológica que tiene una duración estimada de una hora por su nivel de complejidad. Capacidad para la interpretación de exámenes paraclínicos de apoyo. Capacidad de comunicación entre los diferentes estamentos Capacidad de búsqueda de información para soportar sus argumentos. Iniciativa para proceder y aportar a las soluciones que se presentan P19: (329:339)</p>		

Interpretación desde el investigador: Se puede afirmar que los instrumentos de evaluación que se utilizan actualmente no revisten de rigor, ni son asimilados como favorables para los propósitos evaluativos, tanto profesores como residentes y jefes son conscientes que se debe repensar el proceso en su totalidad y abogar por unos instrumentos que permitan medir el nivel de competencia alcanzado, así como criterios que den verdadera cuenta de los alcances y las limitaciones

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	LA EVALUACIÓN		
Unidad de Análisis	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
presentes en cada uno de los residentes.			

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	LINEAMIENTOS CURRICULARES		
Unidad de Análisis	INTERDISCIPLINARIEDAD		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
	<p>Todavía hay que buscar las vías más expeditas para que entienda la interdisciplinariedad, ya no es rara esta palabra, ya no se siente agredido por estar metiéndose en su campo, ahora es crear las vías para la interdisciplinariedad.</p> <p>P16: (111:113) Había el dicho zapatero a tus zapatos, nadie podía meterse en el área del otro. El médico si ha venido cambiando paulatinamente. P16: (116:117)</p> <p>La interdisciplinariedad se logra con los espacios académicos en los cuales se presentan casos para analizarlos desde diferentes especialidades en los cuales la valoración del radiólogo es esencial en el diagnóstico. P17: (28:30)</p> <p>Formación Tutorial: Se mantiene una relación muy cercana, en dónde se conoce mucho la parte personal del estudiante. Es una forma de integración de la enseñanza y aprendizaje que hace de la gente mejores personas.</p>		<p>A mejorar el trabajo interdisciplinario, uno rota por otros servicios de la universidad y lo tratan como una visita, no como un médico con conocimientos distintos que puede aportar al tratamiento del paciente en cuestión.</p> <p>P34: (44:49)</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	LINEAMIENTOS CURRICULARES		
Unidad de Análisis	INTERDISCIPLINARIEDAD		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>Interpretación desde el investigador: Aunque la interdisciplinarietà es inherente al ejercicio médico dada la imperiosa necesidad de analizar y tratar los casos clínicos desde diferentes miradas. Esta característica del currículo se viene haciendo visible en la práctica médica actual y en la educación médica de especialidades se puede evidenciar desde la aplicación de las diferentes estrategias didácticas como el análisis de casos, los seminarios, los staff, los espacios de consultas, las intervenciones quirúrgicas y las rondas clínicas entre otras.</p> <p>Sin embargo aún persisten algunas prácticas médicas en solitario y docentes que no le dan el valor formativo y clínico a la interdisciplinarietà. Este aspecto lo evidencian algunos residentes cuando deben rotar por los diferentes servicios en su residencia y son recibidos por colegas como simples espectadores u observadores dejando de lado la posibilidad de enriquecer la mirada con la perspectiva y el punto de vista de otros.</p>			

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	LINEAMIENTOS CURRICULARES		
Unidad de Análisis	PERTINENCIA		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>Un profesional del área quirúrgica puede ser excelente cirujano, pero los mismos cirujanos los aceptan, al decir que no podrán ser los mejores especialistas pero se caracterizan por ser los más amables y sus pacientes los distinguen por eso. Esta parte es muy importante y es común completamente a todos</p> <p>Poder abrir espacios en otros sitios, por ejemplo en dermatología pediátrica que ahora esta tan bajito acá. Abriría más la parte opcional en el exterior, que los residentes tuvieran la posibilidad de irse</p>	<p>La Facultad a través de sus Programas procura mantener un contacto directo con el medio, indagar acerca de nuevos descubrimientos clínicos e innovaciones tecnológicas que puedan a portar a una mejor ejercicio profesional, esto nos ayuda a mantener la pertinencia. P12: (80:82)</p> <p>Existe una diferencia entre la formación que recibimos y la que hoy reciben los residentes y es en el aspecto tecnológico, hoy se cuentan con más apoyos diagnósticos que favorecen los aprendizajes. Antes había más</p>		<p>Salimos con las herramientas suficientes para atender las necesidades del medio y ser competitivos frente a otras facultades del país, sin embargo se podría mejorar. P35: (184:188)</p> <p>Ahora en la práctica clínica, al conocer colegas de otras universidades, se evidencia mayor calidad y capacidad investigativa, docente, sensibilidad humana, capacidad de escuchar y sobretodo mayor capacidad de trabajo en grupo de los egresados de la UdeA P37: (198:203)</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	LINEAMIENTOS CURRICULARES		
Unidad de Análisis	PERTINENCIA		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>sus dos meses de opcionales y con un apoyo de la Universidad, ya que hay muchos que no tienen medios económicos. No quitaría nada, antes implementaría: Telemática, tele-dermatología, potenciar más este servicio, que tenemos mucho que ofrecerle. P11: (330:339)</p>	<p>posibilidades de hacer práctica directa con el paciente, se contaba con un buen volumen para ello y con pocas restricciones, hoy hay más limitaciones para ello, hay más regulación y se práctica con menos pacientes. Aunque hoy se cuentan con otros recursos como los simuladores, estos nunca reemplazan la práctica directa. Antes había menos bibliografía y no se contaba con acceso a internet, hoy todos están conectados y pueden acceder a más bibliografía y literatura, estudios de casos, etc. P12: (30:38)</p> <p>La única diferencia es que en las quirúrgicas se entra en contacto con el quirófano y allí se requieren desarrollar mayores habilidades manuales, dominio del espacio quirúrgico y de los implementos, estar más expuestos a la toma de decisiones rápidas y en estado de estrés. Además autocontrol para dirigir, focalizar e intervenir al paciente. Las demás estrategias que se aplican en la clínica son desarrolladas en las quirúrgicas. P12 (100:105)</p> <p>✓ Las estrategias vigentes, relación con los egresados y estudiantes de otras universidades, con convenios y se</p>		<p>Yo creo que no sólo es la especialización sino el pregrado en la UdeA lo que hace que un especialista haga la diferencia en las instituciones de salud, ya que hay un mayor compromiso con el paciente como parte de la sociedad en que vivimos, no sólo académicos sino humanos. En la búsqueda de una atención de alta calidad mejorándola diariamente con el análisis de las investigaciones en nuestro campo y proponiendo ideas de investigación para ser adaptadas a nuestra comunidad. P40: (121:126)</p> <p>Considero que gracias al aprendizaje alcanzado logro un desempeño favorable en mi práctica profesional, se tuvieron en cuenta en el programa todos los escenarios posibles. Nos hace falta en todas las residencias profundizar sobre la educación terapéutica, sabemos muy poco y es en mi concepto fundamental. P34: (31:36)</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES

Categoría de Análisis	LINEAMIENTOS CURRICULARES		
Unidad de Análisis	PERTINENCIA		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
	<p>aumentarías: docencia- servicio.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Curso que ofrecen los residentes a los médicos generales por su aporte a la formación ✓ La alta interacción de los residentes con estudiantes de otros programas ✓ Los Casos clínicos patológicos que se hacen en conjunto con otras especialidades, incluso los aumentarían. ✓ El acceso a las redes sociales electrónicas que son medio informales, pero se activa comunicación entre residentes de diferentes niveles y egresados. ✓ El espíritu del doctor Uribe como guía y mentor del proceso. Mantener el legado. ✓ La relación de profesores y estudiantes por que le permite centrar el conocimiento y definir si aprendió o no. P19: (393:410) 		

Interpretación desde el investigador: La pertinencia como principio curricular es valorada como fortaleza en las especialidades clínicas, aspecto que se evidencia

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	LINEAMIENTOS CURRICULARES		
Unidad de Análisis	PERTINENCIA		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>desde lo académico y desde lo social, este último al parecer es la impronta que hace la diferencia entre un egresado de la facultad de medicina de la UdeA y un egresado de otra Universidad. El alto compromiso con los pacientes, el trato amable, respetuoso y considerado distinguen a la mayoría de los egresados de los programas y ellos afirman que se debió al proceso formativo en el cual este aspecto era ejemplar en la mayoría de los profesores.</p> <p>Es significativa la pertinencia académica dado que permanentemente los profesores se están actualizando en las bases teóricas e científicas de las diversas disciplinas, de igual manera es notorio que tanto profesores, como residentes se preocupan con consultar bases bibliográficas actualizadas para el análisis de casos clínicos. El avance de la tecnología, el acceso a bases de datos nacionales e internacionales, el intercambio de conocimiento mediante la participación en congresos y otros encuentros académicos respaldan aún más la pertinencia académica de los programas.</p>			

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	LINEAMIENTOS CURRICULARES		
Unidad de Análisis	FLEXIBILIDAD		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>Visto desde esa experiencia personal, la apertura a la discusión, a la crítica, a la posibilidad de cuestionamiento que puede tener el estudiante de posgrado frente a los procesos más abierta que en la universidad privada, desde el punto de vista académico e inclusive desde el punto de vista administrativo, de poder recolectar la información desde varios escenarios o puntos de vista diferentes, frente a la universidad privada que por su orientación filosófica impregna en alguna forma sus quehaceres curriculares. Sin duda alguna tanto en la universidad pública y privada ha habido</p>	<p>La flexibilidad es muy compleja, cada vez las leyes exige menos tiempo de permanencia en el hospital y esto reduce el ritmo de trabajo educativo de los residentes. Algunos por deseo propio se quedan a observar o apoyar ciertos casos, otros dan sólo lo mínimo. P12 (93:95)</p> <p>La flexibilidad del programa se puede reflejar en el manejo de conocimientos básicos propios del Radiólogo general y se ofrecen sub- especialidades que le permiten al profesional avanzar en conocimientos más específicos de acuerdo con su propio</p>		

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	LINEAMIENTOS CURRICULARES		
Unidad de Análisis	FLEXIBILIDAD		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>cambios en el sentido de las estrategias didácticas que puede haber. Cada vez veo menos las clases magistrales inclusive en posgrado, veo mucha más dedicación hacia la autoformación que estaba presente pero no tanto como ahora, veo mucha más acceso y facilidad a la información (las TICS) la información está a disposición de todo mundo y no como antes que solo tenían acceso determinado grupo de personas y no más. Un cambio significativo es el tema relacionado con investigación, estamos entrando en que el médico debe ser un investigador, una persona crítica de toda la información que le llega y no solamente un replicador de conocimientos. Diría que ahí estaría la gran mayoría de cambios en relación con la formación anterior. P10 (32:45)</p>	<p>interés. P12: (93:95)</p> <p>la flexibilidad: espacios académicos de libre elección sin límite administrativo., para hacer cursos opcionales durante 6 meses en los cuatro años, divididos en el programa, pero el estudiante los puede reagrupar como quiera. El estudiante mismo hace la propuesta académica, sus competencias a desarrollar, sus alcances y éste es aprobado por el equipo de profesores. Las actividades de las diferentes rotaciones, aunque tienen una planeación predeterminada, hay posibilidades de modificar los temas si los estudiantes muestran interés en otro y argumentan. Igual sucede con los sitios de rotación o práctica si no es el más adecuado los estudiantes pueden proponer y argumentar cambios, lo importante es que se logre los mínimos de la rotación. P19: (25:34)</p>		
<p>Interpretación desde el investigador:</p> <p>La flexibilidad es percibida como un aspecto favorable del currículo y que incide en los procesos formativos, la diversidad de estrategias didácticas que se manejan, los diversos espacios de contacto directo con pacientes, el acceso a redes y bibliotecas digitales, la posibilidad de hacer rotaciones, pasantías son entre otros aspectos en que se refleja la flexibilidad.</p>			

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	LINEAMIENTOS CURRICULARES		
Unidad de Análisis	FORMACION INTEGRAL - IDENTIDAD		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>Yo pienso que en este momento apenas aparecen elementos diferenciadores, ya que realmente mi formación fue casi igual a la de mis profesores. No había mujeres haciendo cirugía Pediátrica, ni general. Todos aprendimos de una manera tutorial; los profesores nos acompañaban en los diferentes procedimientos. Ahora encontramos muchachos que tienen una conexión mejor con el mundo: El advenimiento del internet, no sólo ayuda a comprender sobre las consultas médicas sino lo que se está haciendo en todas partes; lo que hace que esto se acerque más a los residentes y ayude a que sean más críticos. También, ellos empiezan a tener más derechos: Se empiezan a limitar sus horas de trabajo porque la Facultad piensa en que ellos son personas que tienen familia.</p> <p>Los elementos diferenciadores se dan entonces, desde los siguientes puntos de vista: Humano, Comunicativo y Formación Integral. La Facultad se preocupa por estos elementos, para que la formación vaya más allá de la disciplinar; antes no se consideraban los elementos contextuales que estaban por fuera del contenido. P18: (29:44)</p> <p>La debilidad diría yo, es el dezmero de la formación integral, somos excesivamente disciplinares, y el resto de situaciones que ocurren en nuestra sociedad no los tenemos en cuenta, es la poca consciencia de ser ciudadanos activos, y que podemos hacer transformaciones grandes porque no nos vemos más allá de las cuatro</p>	<p>La evaluación y la formación de los profesores y haría un trabajo muy grande con los egresados, ellos se van y no vuelven a la universidad. P18: (157:165)</p>		<p>El trato hacia los pacientes es más cordial, hay más colegaje a raíz del trato que recibimos en nuestra residencia. Hay un conocimiento más general de las patologías ortopédicas, no hay tanta dependencia ni remisión hacia las subespecialidades. Definitivamente se nota mucho la diferencia con los ortopedistas de otras universidades (principalmente los de otras regiones), aunque siempre hay excepciones de lado y lado. P46: (113:118)</p> <p>Para mí la mejor Universidad, sitios de práctica únicos como el Hospital San Vicente de Paúl, Hospital Pablo Tobón Uribe, Clínica Cardiovascular, Clínica León XIII; siempre rodeado de excelentes docentes y compañeros; siempre en un clima de academia de alta calidad y sobre todo de buen trato y respeto. P38: (220:226)</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	LINEAMIENTOS CURRICULARES		
Unidad de Análisis	FORMACION INTEGRAL - IDENTIDAD		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>paredes del hospital. Y la parte de soberbia diría yo, nos encontramos como una elite que difícilmente logar comunicarse y abrirse con otros sectores, tenemos que trabajar muchísimo más en los aspectos interdisciplinarios y transdisciplinarios en grupos más abiertos. P10: (138:150)</p> <p>Creo que hay una faltante o un vacío gigantesco en lo que tiene que ver en la formación de responsabilidad social, el sentido de corresponsabilidad, de contraprestación, en el aspecto de que mi formación a través de recursos públicos me permitió el ascenso, el estatus social y que realmente no logro contraprestar, sino como lo usufructo de una manera muy personal. Es el rompimiento, de que siendo una universidad de mucho prestigio nacional, líderes en muchos aspectos de investigación, de gestionamiento y de reflexión frente a los asuntos académicos, nuestros egresados sienten poca pertenencia al salir, y no vemos la contribución de ellos a la misma universidad posteriormente como desearíamos que fuera. P10 (98:115)</p>			
<p>Interpretación desde el investigador: En los propósitos de formación de todos los programas es explícito que se aspira por una formación integral y en este sentido en los documentos institucionales es un reto de toda la Universidad y un criterio de calidad de los programas de acuerdo con el MEN, sin embargo algunos residentes consideran que sólo se requiere de la formación disciplinar y herramientas técnicas para el ejercicio de su especialidad, pues creen que los demás componentes ya los desarrollaron y por esta en el nivel de posgrado no es relevante, además esta misma percepción se encuentra instalada en algunos profesores, razón por la cual algunos se dedican exclusivamente a mostrar procedimientos para que los repitan mecánicamente, mientras que otros se preocupan por ir más allá, por reforzar en el acto comunicativo y clínico del profesional especialista, así como el manejo más integral de su ejercicio profesional</p>			

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	RELACIONES INTERPERSONALES Y SU INCIDENCIA EN LA FORMACIÓN		
Unidad de Análisis	FORTALEZAS		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>Esa transmisión me parece que ha sido muy bonita y de mucho respeto. Hay unos casos en los que uno si dice: “esto se lo tenemos que presentar a estos profes para que ellos nos desenreden” porque tienen un ojo clínico, una visión, entonces ellos siempre están incluidos como parte central de los que es ese conocimiento que nos transmitieron y que nos siguen ayudando, y cuando nosotros llegamos con una guía nueva, con un artículo nuevo ellos también los revisan. Entonces no ha sido que los más jóvenes los que se la saben todas. La relación ha sido muy bonita. Pienso que la Universidad tiene que ser más creativa e instrumento de servicios. Acá en el hospital ninguno de nosotros los profesores recibimos por lo que hacemos, entonces la universidad debería visionar eso y acompañarnos porque nosotros solos no ha dado fruto. P11 (223:231)</p> <p>La relación de los profesores con los residentes me parece que es una relación muy cordial, muy buena, y cualquier residente le puede decir a cualquier profesor cualquier duda, cualquier inquietud o pregunta que se considere. Tenemos algunos profesores que son fuertes en su expresión, en su forma de decir las cosas pero los mismos residentes</p>	<p>Nosotros vemos los estudiantes como colegas. De hecho cuando a uno le preguntan qué cuantos años de experiencia tiene el área uno cuenta desde que empezó la residencia, entonces el trato es muy diferente cuando usted habla con un colega que cuando habla con un residente. En otras residencias se maltrata los residentes. Yo le pondría más metodología. P 8: (218:222)</p> <p>Actitud de interacción horizontal, desprovista de toda soberbia y de engreimiento por parte de los docentes en general con muy pocas excepciones a lo largo de la historia del posgrado, donde se puede asegura que la actitud es de una relación de aprendizaje interactuando, toma de conciencia de que se está aprendiendo en el ejercicio de la enseñanza y que así como estar aquí es lo que le garantiza a uno ese aprendizaje permanente y esto facilita la relación con el residente. Yo le enseño esto y usted me enseña lo que usted tenga y vamos intercambiando cosas. Y dentro de esto se tiene la conciencia de que la persona que más conocimiento tiene de determinado tipo de teoría es el residente que hizo la última revisión del tema. Es un aprendizaje delegado. Yo pienso que las</p>	<p>Es muy amigable. Se llevan a cabo objetivos puntuales con buenas relaciones interpersonales El trato entre profesores y residentes es muy personal. La dificultad que se presenta es por el hospital. Las programaciones que se dan, para pasar la ronda. Hay mucho volumen de pacientes y no se alcanza a cubrir porque se cubre con el servicio de los residentes. La experiencia de profesores es buena, hay cirujanos profesores y otros por convenio pero no son directamente docentes de la Universidad. Son dos residentes de cirugía pediátrica. Deberían ubicar a los residentes con los profesores de la Universidad y así se estaría más cercano al docente. Se podría aprovechar más a los profesores inscritos de la Universidad. P14: (49:58)</p> <p>Y otra fortaleza es que la relación docente- residente es casi de uno y eso es un aprendizaje personalizado que permite evaluar individualmente el tema de las</p>	<p>Eran Profesores excelentes que nos enseñaron calidad, respeto por nuestros pacientes amor por nuestra profesión y nos brindaban confianza yo aprendí muchos de ellos. P30: (35:37)</p> <p>La confianza, que ellos nos brindaban y nos daba todo su saber, el profesionalismo con que nos daban su clase y el respeto mutuo entre ellos y los residentes. P30: (40:42)</p> <p>Excelente, quedamos en deuda por no poder dar de nuestras capacidades y retribuir el trato recibido. P31: (22:23)</p> <p>En general sana y positiva pero había muchos roces entre algunos profesores que lamentablemente impactaba en ocasiones en los residentes. P33 (16:18)</p> <p>En nuestro servicio, en términos generales, imperaba una relación de respeto; por ser grupos cerrados por lo general, hay siempre hay una buena relación; pero igualmente, por ser un grupo cerrado siempre se prestaba para discusiones y todo,</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	RELACIONES INTERPERSONALES Y SU INCIDENCIA EN LA FORMACIÓN		
Unidad de Análisis	FORTALEZAS		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>ya saben que su profesor es así y se lo gozan y se aprenden a manejar en un ambiente de respeto. P11: (203:207)</p> <p>En psiquiatría tenemos una relación muy buena. Por ejemplo frente a un caso clínico o tema específico, uno ve que cada uno tiene su punto de vista y desde lo que ha trabajado su opinión se ve que respetuoso entre ellos. Entre los residentes coincido que tenía el doctor en cuanto a la edad, a este especialidad llegan residentes muy jóvenes, son residentes pegados al reglamento, son poco flexibles, poco asertivos con los docentes, pero no se han presentado problemas grandes en cuando a esto. Y a medida que van pasando los años, si ve uno que mejora mucho el manejo de los residentes con los docentes, la capacidad que tienen para hablar con ellos, para expresar sus dificultades. Nosotros tenemos mensualmente una reunión, el jefe del Depto., yo en la parte de coordinación y el jefe de residentes para recoger las dificultades de los compañeros, las quejas, los cambios que quieran hacer, para subsanar estas dificultades. P25 (333:342)</p> <p>Veo en los estudiantes también unos que trabajan como equipo conjunto y se</p>	<p>relaciones interpersonales son un reflejo de lo que las personas son. Me queda fácil porque tenemos máximo 4 residentes propios. Estas relaciones son muy buenas porque son cirujanos generales ya listos. Tratan a los otros de manera crítica pero respetuosa. Posibilitan el crecimiento entre ellos mismos y los profesores. Pero también, tenemos otro tipo de residentes, los más chiquitos o los internos que están en cirugía pediátrica, el programa se encarga de acompañarlos, ayudarlos a crecer. Todos los profesores de esta área, son muy cercanos a este tipo de tratamiento, hacen que la gente se sienta cómoda. Por eso, la impresión de los residentes en cirugía pediátrica es que es un ambiente muy rico, muy tranquilo porque no hay una presión exagerada. Todos funcionan porque quieren aprender y porque se ven estimulados cuando se les dice que estuvo bien en el seminario o que hizo bien su trabajo. Uno está acostumbrado a escuchar que las evaluaciones se hacen en lo negativo, es decir, en el “a usted le faltó esto”. Diferente a decir, usted hizo una buena revisión, de pronto le falto profundizar en este aspecto y mirar esto otro. Esto ayuda a fortalecer su autoestima seguridad y</p>	<p>competencias. Uno nota que en otro programas del país que esa supervisión es muy intensa en el aprendizaje, yo creo que en el primero y segundo año yo no vi actividades que no fueran supervisadas, casi todo el tiempo están ahí., lo que permite desempeñarse de manera autónoma pero poder tener un límite y una retroalimentación del proceso real que uno va llevando. El tercer año P13 (422:426)</p> <p>Por el delego de responsabilidades uno no deja de estar supervisado. Eso es bastante positivo. P13: (266:273)</p> <p>Los residentes deben hacer un trabajo de regulación permanente. Pareciera incluso en el imaginario de algunos residentes es que no cuentan con docencia, pues en su imaginario ésta se da si hay clase magistral. Los profesores orientan pero es el residente el que tiene que buscar por su cuenta. “Yo no identifique todas estas estrategias didácticas que apliqué, sólo</p>	<p>pero esos sucesos son normales en cualquier proceso. En general, si hay una buena relación con los docentes e incluso con las mismas personas en el grupo y los intereses personales nunca imperaban o maltrataban esta relación. Claro, que si hubo dificultades pero el ambiente que generaban los docentes se prestaba para que uno aprendiera, entonces eso facilitaba ese proceso. Fuera de las opiniones personales que uno pudiera tener en la parte académica siempre impero el deseo del aprendizaje en sí y no de superponer una posición o un pensamiento sobre lo que se decía a nivel de la literatura o lo que se dijera sobre un tema. P 9: (54:64)</p> <p>Yo creo que está influyendo de manera positiva y muy activa. De manera positiva porque tenemos profesores que independientemente del cargo que estén ostentando y del título profesoral que tengan, deben trabajar de manera horizontal tanto con los estudiantes de posgrado como con los profesores que tienen una apertura personal y mental de</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	RELACIONES INTERPERSONALES Y SU INCIDENCIA EN LA FORMACIÓN		
Unidad de Análisis	FORTALEZAS		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>relacionan bien entre ellos independientemente del nivel, y hay algunos de nivel superior que encuentran una motivación de acompañamiento y seguimiento de sus residentes y estudiantes de internado y pregrado. Pero también encontramos lo contrario: la verticalidad, se hace lo que yo diga y lo demás probablemente no existe. P10 (242:246)</p> <p>Indicen notablemente porque existe relaciones interpersonales muy fuertes, pienso que en general inciden positivamente porque hay un acompañamiento uno a uno en la mayoría de los casos, sin embargo hay un sesgo desde el punto de vista de aprendizaje en el sentido que se supone que el profesor está enseñando y el profesor supone que está aprendiendo, pero no de una manera muy clara y programada sino de un poco más aleatoria y al vaivén de las circunstancias que la genera. Eso es importante en los juzgados porque va un acompañamiento personal donde se ejerce una labor de subordinación, donde el estudiante tiene que responder a las necesidades del profesor en términos de asistencia, en desarrollo de ciertas obligaciones del profesor que se descargan en el estudiante, que no son relacionadas con el aprendizaje,</p>	<p>rendimiento. Es el granito de arena que los profesores aportan al desarrollo académico, anímico y personal. La residencia es muy dura, no sé si a los profesores se les olvida. Uno cree que ya está listo y mentiras que siempre le falta. Yo en mi formación estuve con profesores muy humanos, y esto me ayudó y creo que la forma en cómo a uno le enseñan contribuye al trato que después uno establece con los residentes; el que es golpeado en la residencia, sale muy diferente al que ha sido bien tratado. P18: (86:106)</p> <p>Entre los residentes hay una cosa que uno ha visto que ha cambiado antes la relación era residente mayor residente que sigue y el que llegaba nuevo no cierto como respete la fila hoy en día o por lo menos en las cohortes de nosotros la relación es más horizontal entre los de cada año y menos relación entre los de arriba y los de abajo o sea se forman grupos casi como si fueran personas entonces los residentes mayores tienen digamos su interrelación mucho mayor que tener un Residente mayor con un residente de abajo pero yo diría que esas relaciones se van creando a través del mismo que hacer y para nosotros el grupo de investigación</p>	<p>cuando empecé a leerlas y aprender desde lo pedagógico, entendí que si me dieron docencia, antes creía que no había tenido acompañamiento directo” P19: (35:49)</p>	<p>poder trabajar y motivar a los estudiantes en el conocimiento. P10: (237:241)</p> <p>Las relaciones interpersonales entre profesores- residentes. Abiertas y Dispuesta. P36: (82:85)</p> <p>Compañerismo. Colegaje. Asesoría de los menores por parte de los R mayores. P46: (167:170)</p> <p>Positivos Excelentes, cómodas teníamos una buenas relaciones profesores - residentes, eso fortaleció más nuestros conocimientos. P30: (80:88)</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES

Categoría de Análisis	RELACIONES INTERPERSONALES Y SU INCIDENCIA EN LA FORMACIÓN		
Unidad de Análisis	FORTALEZAS		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>pero que se les ha arrogado la posibilidad de que esas actividades son formativas, llevar la historia clínica, o hacer las rutas del profesional, esa relación de subordinación se ve relacionada con una relación horizontal, emocional, y establece unos puentes de chantaje mutuo. Donde usted me ayuda en la nota y yo te acompaño. P26: (57:68)</p> <p>Los residentes son compañeros de los internos y reciben un trato igual por parte de los profesores. El interno tiene 3 pacientes y el residente 2. Acá la jerarquía y el maltrato no se ven. Todos tienen que marcar un liderazgo y tienen que responder por su trabajo. P50: (152:154)</p>	<p>que ahora está haciendo el segundo proyecto libre, ha hecho que esa relación se vuelva mucho mejor mucho más fluida porque por ejemplo en el libro se asignan capítulos con profesores, residente y la interacción continua hace que la convivencia sea mucho mejor, no tenemos problemas de pelear por un sitio de trabajo todavía no, no tenemos que pensar que nuestro estudiante nos va a quitar el puesto, entonces no tenemos esos celos. P51: (467:478)</p> <p>Se procura llevar relaciones interpersonales cordiales y de cooperación. Se han presentado algunas situaciones que vulneran pero eso no es lo cotidiano. En oportunidades las dificultades se dan más por falta de comunicación y en casos aislados el grado de empatía influye en la relación profesor-residente. P12: (61:64)</p> <p>Es una relación muy buena y enriquecida desde la experiencia de unos y otros. Hemos evidenciado que cuando el grupo de residentes lo componen sólo mujeres, se hace muy conflictivo y cuando lo constituyen solo hombres se baja la producción académica, se hace más lenta,</p>		

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	RELACIONES INTERPERSONALES Y SU INCIDENCIA EN LA FORMACIÓN		
Unidad de Análisis	FORTALEZAS		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
	<p>por eso lo ideal es un grupo mixto que equilibre. P17: (79:82) A la mayoría de docentes mantiene una buena relación horizontal, más respetuosa y de enseñar al otro desde un espíritu de colaboración, lejos del juzgar y limitar. Esto se podría generalizar y hacerlo más consciente y constante. P19: (393:410)</p>		
<p>Interpretación desde el investigador: Las relaciones interpersonales son a caracterizadas como muy positivas, la percepción de todas las audiencias es que el ambiente de cooperación y de colegaje que se establece entre residentes y docentes permite desarrollar el proceso formativo de una manera más tranquila. Se evidencia que la mayoría de equipos docentes se esmeran por aportar al residente no solo en su aprendizaje de la especialidad, sino en la formación integral de sus competencias. Los residentes en su desempeño reafirman que las condiciones de trabajo se vieron favorecidas por el clima positivo de las relaciones interpersonales durante su residencia.</p>			

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES

Categoría de Análisis	RELACIONES INTERPERSONALES Y SU INCIDENCIA EN LA FORMACIÓN		
Unidad de Análisis	ASPECTO POR MEJORAR		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>A veces cuando tenemos una reunión, están los profesores y residentes, yo como jefe estoy explicando algún tema, entonces algunos de los profesores que son muy groseros, me saltan a mí y me gritan y me dicen que hay que hacer las cosas así, entonces a mí me da pena que mis residentes escuchen esos conflictos o se den cuenta que al jefe lo tratan así. Afortunadamente no ha vuelto a suceder, pero sí ha sucedido, y es algo en que yo me quedo callada, no armo candela, después me tranquilizo y vuelvo les digo y continuo con el mensaje y entre todos conciliamos. Lo bueno es que yo no tengo que andar detrás de los docentes para que den una clase, sino que antes él me está peleando porque no tiene tiempo para dar las clases, porque tiene una carga administrativa muy fuerte en el hospital, que el sistema los tiene cansados, la consulta no rinde y entonces no les rinde la clase. Entonces yo tengo que ver que es por algo bueno. Siempre que yo les pido una colaboración es sin inconvenientes y la relación en general es muy buena. P11: (207:218)</p> <p>¿Qué he detectado yo en los residentes? Hemos tenido época en que hay algunos residentes que generan más conflicto y eso los afecta, y vienen aquí y me dicen que no quieren hacer la rotación con tal persona, etc. Entonces trata uno de mediar y</p>	<p>Los residentes deben hacer un trabajo de regulación permanente. Pareciera incluso en el imaginario de algunos residentes es que no cuentan con docencia, pues en su imaginario ésta se da si hay clase magistral. Los profesores orientan pero es el residente el que tiene que buscar por su cuenta. “Yo no identifique todas estas estrategias didácticas que apliqué, sólo cuando empecé a leerlas y aprender desde lo pedagógico, entendí que si me dieron docencia, antes creía que no había tenido acompañamiento directo” P19: (35:49)</p>	<p>Las actividades académicas son llevadas a cabo solamente por nosotros los residentes y es algo frente a lo que nos sentimos muy huérfanos porque es obvio que el docente siendo un docente, siendo también un profesor debe de estar a cargo no de todas pero si de algunas de las actividades mensuales académicas que se realizan en el servicio. P13: (428:435)</p> <p>También vemos muchos los profesores fantasmas, esos que están ahí pero que tampoco hacen un acompañamiento de los residentes durante su formación y vemos como la docencia la terminan haciendo son los anestesiólogos del hospital y de los diferentes sitios de la ciudad que no son ni docentes, ni reciben ninguna remuneración por eso, entonces yo diría que un 80 o 85% es impartida por estos anestesiólogos que de manera altruista o por un compromiso social o gremial lo acompañan y la mayoría de una buena manera. Pero, me parece que ese porcentaje debería aumentar para que existiera más representatividad de los docentes como tal. P13:</p>	<p>Los egos de mis profesores, si uno no era como ellos querían, uno estaba contra ellos, tristemente pienso que la residencia para mí fue algo a lo que sobreviví, porque ser una persona crítica me ponía en desventaja ante las vacas sagradas de la rehabilitación. P34: (66:68)</p> <p>Todavía hay un modelo de vacas sagradas que no permite que un estudiante de postgrado sea crítico o tenga conceptos propios, todavía hay mucha pleitesía P34 (149:157)</p> <p>Todavía se ven muchos profesores que llevan mucho tiempo trabajando y todavía se observa mucho, una relación jerárquica con los residentes, donde el profesor tiene una figura de saber, un estatus mayor de conocimientos y se mira con respeto. Donde el acercamiento desde un punto más personal, que pueda hacer más fácil las rotaciones y el aprendizaje, se hace a veces un poco más difícil. Yo creo, que el hecho de que estén entrando profesores más jóvenes posibilita -de pronto- tener una relación más de pares o algo más de proceso, en donde hay uno que va</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES			
Categoría de Análisis	RELACIONES INTERPERSONALES Y SU INCIDENCIA EN LA FORMACIÓN		
Unidad de Análisis	ASPECTO POR MEJORAR		
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados
<p>afortunadamente cuando ellos se abren a nosotros uno puede intervenir y yo los reúno, les hablo y ellos recapacitan. el grupo de compañeras que están ahora se la llevan muy bien y cuando tienen que arreglar algo o hacer algo, yo les doy el permiso pero ellas mismas resuelven quién cubre a quién y qué servicios, y entre ellas mismas se organizan. En general pienso que es un ambiente adecuado, son muy unidos y que en las diferencias median y llegan a un acuerdo; y cuando veo que no hay un acuerdo lo hago yo y mágicamente resulta la solución. P11: (194:202)</p> <p>En asuntos profesoriales con respecto a los residentes: el desconocimiento a veces de la norma, en los horarios permitidos para estar en los centros hospitalarios, los momentos que deben tener los residentes para descansar, la oportunidad en que se deben entregar las notas o informes, en la parte que tiene que ver con el posible maltrato verbal en las comunicaciones o de manera escrita, la restricción al acceso de información por otras fuentes. Esto es una crisis y que interfiere sin duda alguna en la formación y se adquiere también como un modelo para los demás estudiantes a futuro o para el manejo con los pacientes, cuando existe un tipo de formación de estas, realmente no se ejerce un factor educativo con el paciente, sino que solo el médico dice tenga y el paciente obedece. Y</p>		<p>(282:289)</p> <p>La universidad se harta diciendo que un 80 % son magísteres o doctores pero pienso que poner a una persona clínica a dar un conocimiento eso requiere de unas actitudes y aptitudes determinadas para ser profesor, las cuáles no se tienen en cuenta. No se trata solo de que sea un profesor licenciado en educación sino que la universidad debe darles las estrategias a ellos de capacitarlos en la parte pedagógica. P13 (422:426)</p>	<p>más adelante en éste que otro y hace que sea a veces un poquito más fácil que el hecho de discutir sobre los pacientes, entrar y analizar la información y sea cómo más fácil el desempeño. Esto creo que hace parte del relevo generacional en algunas de estas especialidades P 9: (65:74)</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES

Categoría de Análisis	RELACIONES INTERPERSONALES Y SU INCIDENCIA EN LA FORMACIÓN			
Unidad de Análisis	ASPECTO POR MEJORAR			
Jefes	Profesores	Residentes	Egresados	
<p>algo parecido, está sucediendo acá, el profesor indica y el estudiante obedece y se le cierra la oportunidad de cuestionar, a reflexionar, a ser autocrítico .Estos aspectos son asuntos que hay que entrar a hablar. Entre los mismos residentes cuando se presentan estas dificultades puede haber inclusive quiebres, entonces los residentes de ultimo año no se atreve a tratar de solucionar estas situaciones porque consideran que pueden alterarse no su formación, sino su grado y su resultado. Los de primer año no se atreven porque van a estar en un ambiente completamente desfavorable en todos los siguientes. P10 (247:266)</p>				
<p>Interpretación desde el investigador: El análisis de los aspectos por mejorar dentro de las relaciones interpersonales evidencia varios aspecto por interpretar, uno frente a algunas formas de relacionarse los profesores entre sí, en oportunidades se resalta un trato poco amigable, más bien de tensiones que dejan ver como se dan contradicciones entre lo que ellos exigen a sus estudiantes y lo que ellos hacen con sus colegas. Otro aspecto a resaltar se enfoca en que es marcado en algunos profesores la dirección vertical de su acompañamiento, no da oportunidad a que el residente opine o contra argumente, solo acepta que siga sus indicaciones y estas actitudes tensionan la calidad del ambiente de aprendizaje. Algunos profesores se limitan a lo estrictamente disciplinar y no son receptivos ante las necesidades e intereses de formación de los residentes.</p>				

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES							
Categoría de Análisis		RECURSOS EDUCATIVOS					
Unidad de Análisis		RECURSOS FÍSICOS					
Jefes		Profesores		Residentes		Egresados	
Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar
En cuanto a los recursos pienso que son adecuados también, la mayoría de las rotaciones las hacen en el Hospital mental, en el HUSVF, en medicina legal, en la sede de almacento del Hospital mental, pero en general los recursos son adecuados, tienen acceso a mucha información. Hay un buen grupo de profesores para el programa, en el hospital tienen espacios adecuados, hace poco los residentes fueron a un congreso y nos contaron que los residentes de otras	El problema es que en la medida en que aumentan el número de estudiantes, ya ese uno a uno no se puede hacer porque no hay el número de docentes para el número de estudiantes actuales del programa para hacer un uno a uno. P25:(134:156)	Nosotros tenemos canchas de juego, tenemos coliseos, tenemos los sitios donde la gente hace la actividad física, ese es nuestro hospital y nuestros pacientes son los deportistas y las personas que hacen ejercicio, en primera instancia. Básicamente nosotros trabajamos entre comillas con pacientes aliviados porque así sean pacientes que vengan de una enfermedad cardiovascular por ejemplo, lo tenemos que tener controlado con algún tipo de ejercicio, entonces no tenemos el elemento muerto o el elemento sangre metidos en nuestro aprendizaje, es más, el elemento desarrollo del individuo. P51 (43:61) Tenemos ya un espacio físico que hemos ido cambiando por las	Algunos laboratorios se encuentran Limitados, hay algunos edificios que no se pueden cambiar porque son patrimonio histórico, que también nos crea ciertas dificultades. No se pueden instalar más laboratorios y tenemos que buscar en otras áreas y que sean adecuados a los requerimientos que necesitamos, buenas ventilación, que cumpla con la reglamentación básica. P 8: (127:132) En algunos	El hospital es una ventaja para todos porque tenemos todas o muchas de las posibilidades para el tratamiento, diagnóstico de los pacientes, para llevar a cabo una buena labor como médico. P13: (312:314) En cuanto a los sitios de práctica todos los residentes optan por plástica independientemente de dónde estén rotando en la ciudad, van a esas reuniones y luego vamos a los sitios de práctica que puede ser en San Vicente o en cualquier sitio de práctica: Clínica las Américas, los que están haciendo estética en las	El espacio físico es muy pequeño. En la sala de lectura había 5 residentes con dos computadores para leer las ecografías. P13 (331:332) En cuanto a sitios de práctica, también a veces nos sentimos un poco cortos, sobretodo porque hay ocasiones en las que tienen que entrar dos residentes por quirófano, en algunos sitios de práctica y esto ya lo deja a uno sin muchas herramientas y sin muchas actividades que se podrían hacer y quedarían mucho mejor,	El Hospital Universitario San Vicente Fundación, sin duda es un escenario de práctica y formación que cualquier profesional quisiera tener en su hoja de vida. P31: (62:63)	Laboratorios con muchas falencias. P44: (136:139) Tenemos muchos laboratorios de Enfermedades Infecciosas en la UdeA. Debido al que el programa está diseñado para trabajar y trabajar, no rotamos por ellos. P47: (159:165)

TESIS DOCTORAL

LEONOR GALINDO CÁRDENAS

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES

Categoría de Análisis		RECURSOS EDUCATIVOS					
Unidad de Análisis		RECURSOS FÍSICOS					
Jefes		Profesores		Residentes		Egresados	
Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar
Universidades tienen adecuado espacio de descanso, tienen computadores en la sala, tienen sus bloques, etc. P24: (87:92)		reformas y tenemos digamos una serie de unidades que hemos conseguido nosotros. La facultad nos dio un computador, nosotros compramos otro. El video Bean lo conseguimos nosotros, casi que hemos ido dotando las plataformas, de resto las compramos nosotros o sea nosotros hemos producido dinero y con este hemos comprado cosas para dotar el posgrado, que nos ha dado la universidad que la facultad el espacio y los nombramientos de los profesores y las horas cátedra que obviamente por política cada vez son menores. P51:(275:281)	servicios son muy limitados y esto bloquea las actividades de docencia. Existen espacios amplios en otros, pero no están estandarizados para todos. P12: (55:56)	clínicas de cirugía estética, pero todos nos concentramos a estudiar esos temas. Tienes la ventaja de que durante todo el proceso de la residencia estás con una carga académica importante P13: (318:323)	pero al mismo tiempo esas propuestas de nuevos sitios de práctica son dificultosas y sobre todo, por parte de la universidad, y hemos visto varias ocasiones en los que la universidad pone barricadas para que se logren cumplir esos convenios docente-asistenciales que está muy bien que tengan sus normativas y todo pero también la universidad, un caso concreto, que fue la clínica del campestre, faltó cierto compromiso para		

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES							
Categoría de Análisis		RECURSOS EDUCATIVOS					
Unidad de Análisis		RECURSOS FÍSICOS					
Jefes		Profesores		Residentes		Egresados	
Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar
		algunos computadores y adecuación del espacio para un mejor ambiente de trabajo académico. P17: (68:70)	no deja funcionar a la gente; escribir, investigar es difícil. Por eso todos quieren hacer el trabajo en otra parte. P18: (80:83) Los espacios físicos son reducidos para las actividades académicas. P19: (352:352) También miraría los recursos para la docencia, porque los espacios deberían ser más agradables. En estos sitios uno no puede estar porque el ambiente de calor es muy difícil. Un		diligenciar y entregar los documentos que la clínica requería y se perdió lastimosamente ese sitio de práctica, eso como para poner un ejemplo. La ampliación de los cupos en la residencia es preocupante. Nosotros estamos a la expectativa de que pase con anestesiología, hay 7 residentes por año, entonces cuándo hay más de uno o dos residentes en la rotaciones, la participación es muy reducida en el hospital porque los espacios son		

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES

Categoría de Análisis		RECURSOS EDUCATIVOS					
Unidad de Análisis		RECURSOS FÍSICOS					
Jefes		Profesores		Residentes		Egresados	
Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar
			profesor prefiere pasar ronda que tener tiempo libre allá. P18: (157:165)		muy pequeños. Se necesitan más espacios, más estrategias de Telemática, simulación. Se trata de cumplir con la necesidad de formar profesionales idóneos para la sociedad. P13: (334:349) Faltan espacios para las actividades académicas. Faltan espacios de descanso y de computadores para el trabajo. P14: (69:70)		

Interpretación desde el investigador: Los espacios físicos con los cuales se cuentan algunos son buenos y otros aceptables. En algunos servicios se evidencia una adecuación física optima, mientras que en otros no, al parecer no hay un plan de acción organizado que permita atender a todos y ofrecer las mismas oportunidades locativas, puede deberse a la mayor presión en la gestión de unos jefes o a otras variables relacionadas con la poca planeación de intervención frente a las necesidades que los diferentes servicios requieren en el ejercicio de la docencia.

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES							
Categoría de Análisis		RECURSOS EDUCATIVOS					
Unidad de Análisis		RECURSOS HUMANOS					
Jefes		Profesores		Residentes		Egresados	
Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar
<p>Creo que hay una fortaleza de un profesional médico profesor universitario altamente calificado. Tenemos un recurso humano profesoral muchas veces con un sentido de pertenencia importante con la universidad. P10: (138:140)</p> <p>Hay un buen grupo de profesores para el programa, en el hospital tienen espacios adecuados, hace poco los residentes fueron a un congreso y nos contaron que los residentes de otras Universidades tienen adecuado espacio de descanso, tienen computadores en la sala, tienen sus bloques, etc. P24: (87:92)</p>	<p>Creo que también hay una serie de desconocimiento de las posibilidades que tiene uno como profesor universitario de ir mejorando su ingreso salarial. Hay cosas que comparativamente con otras empresas, nosotros no nos beneficiamos de manera gigante, sin embargo doy varios ejemplos? Esta universidad nos permite ir subiendo en el escalafón docente, y eso es un incentivo pero que depende de cada uno de los profesores; tú vas aumentando tu ingreso salarial por ese escalafón</p>	<p>Estos otro aprendizaje que transmitimos y que tiene que ver con el compromiso social y compromiso con lo público y con la optimización de los escasos recursos con que contamos. Los residentes y los profesores aprendemos a hacer creativos de tal manera que hagamos las cosas bien aunque nos hagan falta recursos. Aprendemos a disfrutar lo que tenemos, ni nos escudamos de las carencias para evadir responsabilidades. Se buscan los recursos de otras</p>	<p>Otro aspecto a considerar es el reducido número de docentes. En 1992 se contaba con 9 profesores de TC que cubrían 3 residentes del programa, hoy en el 2013 no hay ningún profesor de TC, son 9 de MT que atienden 15 residentes y 5 fellows. P17: (75:77)</p>		<p>En algunos momentos tenemos cuatro docentes pero en general son poquitos y ya después vamos es al sitio de práctica y lo que se hace es trabajar que es prácticamente la parte asistencial. Esto permite que se combine ampliamente lo teórico con lo práctico y en las rotaciones prácticas realmente uno no revisa mucho los temas; entonces es más la cotidianidad y la mayoría no son docentes de la Universidad. Si yo estoy rotando en la IPS Universitaria yo voy es a trabajar, a cooperar: Ronda, consulta, ronda, consulta, cirugía y no se hacen actividades académicas, todo está centralizado acá. P13: (253:264)</p> <p>También tenemos poquitos docentes,</p>	<p>Una fortaleza del programa es que nuestro principal lugar de rotación es el hospital San Vicente de Paul. P35: (174:175)</p> <p>Positivamente marcó huella en mí un aprendizaje tutorial y desinteresando con un profesor que está dispuesto a hacer seminario con uno en cualquier momento, un académico excelente. P34: (69:71)</p> <p>Hubo 3 profesores que dejaron huella positiva en mi formación.</p>	<p>Priorizar la actividad docente sobre la asistencia P36: (134:137)</p> <p>La Calidad y reconocimiento de los profesores de MEDICINA VASCULAR no solo en el ámbito nacional, sino internacional lo hace un programa sin igual. P31: (64:65)</p> <p>El principal aspecto es no querer repetir la forma de “educar” e “interactuar” de cada uno de los señores “profesores” del Hospital San Vicente de Paul, su ausencia de humanidad y su</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES

Categoría de Análisis		RECURSOS EDUCATIVOS					
Unidad de Análisis		RECURSOS HUMANOS					
Jefes		Profesores		Residentes		Egresados	
Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar
<p>El proceso de formación en los docentes en Medicina, la mayoría de los docentes vinculados a la Universidad son de medio tiempo, entonces no hay la posibilidad de hablar académicamente, hay estrategias virtuales pero no es lo mismo. P25: (448:450)</p>	<p>docente, con la parte de publicaciones e investigación. Muchos tal vez no lo hacen o no tienen la iniciativa para esto. Tienen la posibilidad de ir a muchos de los congresos y de las reuniones científicas varias veces al año, y todo el tiempo que llevo</p>	<p>fuentes. Se reitera sobre las necesidades y si no se logra se busca otras vías, pero se busca lo que se necesita y se van resolviendo proactivamente de acuerdo con las posibilidades del área, a través de eventos académicos como simposios y con respaldos de laboratorios farmacéuticos, que apoyen con recursos para el servicio. P15: (124:133)</p>			<p>porque somos en total 15 residentes y 5 profesores, somos 20 en total. (La relación es buena pero a veces se juntan varios en la misma rotación y más de uno es un problema de docencia). Los radiólogos que trabajan en el san Vicente que ellos no son docentes de la universidad y se prestan para darle a uno academia: Ellos pueden darle a uno seminarios, clases magistrales, recibirle a uno el seminario. P13: (171:175) Y la otra desventaja es que tenemos un número reducido de docentes entonces no permite hacer otras actividades que se podrían pero que no tenemos cómo ejecutarlas, tipo prácticas en medicina legal, prácticas de laboratorio, talleres de</p>	<p>...Personas con conocimiento, calidez humana y gusto por la enseñanza. (53:56) Excelentes sitios de práctica, grupo de investigación, recursos de investigación, grupo docentes especializados. P37: (155:158)</p>	<p>interés por la explotación de cada uno de los que rotamos con ellos es despreciable. P39: (59:62)</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES							
Categoría de Análisis		RECURSOS EDUCATIVOS					
Unidad de Análisis		RECURSOS HUMANOS					
Jefes		Profesores		Residentes		Egresados	
Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar
					microcirugía con ciertos recursos tecnológicos que hay en el momento porque no tenemos forma de hacerlo porque no hay docentes que nos acompañen y no hay espacios establecidos. P13: (325:329)		
<p>Interpretación desde el investigador: A pesar que la Facultad de Medicina cuenta con un cuerpo profesoral amplio, en el nivel de posgrado, la necesidad de las tutorías directas uno a uno, hace que en oportunidades se perciba como carencia de profesores para algunos procesos de acompañamiento, seguimiento, tutoría y evaluación.</p> <p>Se resalta la calidad humana de la mayoría de profesores, jefes y residentes aspecto que favorece en gran medida el ambiente de colaboración y el sentido de pertenencia hacia la Institución, se reconoce el valor formativo que ésta tiene y su reconocimiento a nivel nacional. Son conscientes que aunque se carecen de algunos recursos, los diferentes equipos humanos hacen lo posible por solventarlos, sean con recursos de investigación, de extensión e incluso personales.</p>							

Interpretación Entrevista Semi-estructurada – Grupos Focales

Categoría de Análisis		RECURSOS EDUCATIVOS					
Unidad de Análisis		RECURSOS ADMINISTRATIVOS					
Jefes		Profesores		Residentes		Egresados	
Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar
<p>No podría decir que tuviéramos una limitación en la adquisición de muchas posibilidades de infraestructura material y física para la formación, puede haber falencias en algunas áreas, pero esas falencias dependen en gran parte en la gestión administrativa de estas diferentes áreas. Si no hay un proyecto de estos nos quedan limitados algunos de los programas, pero la disposición de la universidad y de la administración es dar una apertura a esta adquisición de todos los medios físicos. P10</p>	<p>Tienes la posibilidad de estudiar en la universidad, de estudiar un posgrado de maestría o doctorado sin cobro alguno. Tienes derecho a dos vacaciones al año que no lo da ninguna otra empresa en el país. Son una serie de beneficios que realmente creo que en cierta forma también compensan mucho esa baja remuneración. Es una opción de vida, es una opción de decidirse. Es una preocupación gigantesca que estamos en una sociedad paradigma de enriquecimiento fácil y rápido, y</p>	<p>Es la primera vez que estamos mirando las especialidades clínicas y quirúrgicas, caracterizar la educación médica a ese nivel para no seguir guardando como tan un genio de pregrado y de posgrado porque cada vez que yo voy a una entrevista, cada vez que hago una observación veo la gran diferencia entre la educación médica de pregrado a la de posgrado identificar eso, revisar qué factores pueden incidir el mejoramiento de ello hacer unos lineamientos, criterios para la facultad en torno a la educación médica de las especialidades y proponer a la administración ya algunas mejoras pero</p>	<p>Me parece que los recursos que nosotros tenemos son limitados, hay limitaciones importantes en el departamento, particularmente relacionados con la bioseguridad, hay equipos mucho más modernos que protegen al profesor, al Residente o al empleado de enfermedades biológicas, o enfermedades profesionales, pues nosotros manejamos aquí mucho químico, entonces esos químicos hay que manejarlos con cierta seguridad para evitar que afecten la gente. P 8: (115:120)</p> <p>Se cuenta con los recursos de apoyo para la docencia que ofrecen los sitios de</p>				<p>Mejorar la biblioteca tanto física como electrónica. P40 (205:209)</p> <p>La época de inicio de mi residencia en la que no había posturno, me pareció una total pérdida de tiempo asistir a seminarios o cirugía trasnochado, no aprendí absolutamente nada y me pareció irresponsable con el paciente. El estar la mayor parte de la residencia en el Hospital San Vicente, aunque nos enseñó mucho, también nos privó de ver otros puntos de vista y maneras de trabajar en otras instituciones, nos enriquece cuando podemos rotar en varias partes. P46 (77:82)</p>

Interpretación Entrevista Semi-estructurada – Grupos Focales							
Categoría de Análisis		RECURSOS EDUCATIVOS					
Unidad de Análisis		RECURSOS ADMINISTRATIVOS					
Jefes		Profesores		Residentes		Egresados	
Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar
(184:189)	<p>donde la responsabilidad social se ve pequeña en ese sentido. Uno quisiera que nuestros egresados estuvieran motivados a seguir con la universidad, fueran profesores, investigadores o estuvieran pues en esta parte, pero los paradigmas de nuestra sociedad son paradigmas monetarios diferentes. P10: (201:229)</p>	<p>que ya no dependen de la investigación si no de la intervención que pueda hacer el que este a la mano de la administración. P51 (590:597)</p> <p>Los documentos de autoevaluación aportan. El registro calificado ayuda a mirar en que se puede mejorar. Por ejemplo, nosotros no hacíamos reuniones constantes de ética, pero los requisitos del registro calificado decían que nos hacían falta más, entonces se empezaron a realizar con mayor frecuencia. P18: (167:170)</p> <p>Hay un elemento que no se si está contemplado que es lo administrativo esta facultad los posgrados se rigen por pregrado</p>	<p>práctica, pero se carecen de recursos básicos que podrían adquirir la Facultad. P12: (49:50)</p>				

Interpretación Entrevista Semi-estructurada – Grupos Focales

Categoría de Análisis		RECURSOS EDUCATIVOS					
Unidad de Análisis		RECURSOS ADMINISTRATIVOS					
Jefes		Profesores		Residentes		Egresados	
Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar
		administrativamente esto es pregrado y no tienen la concepción en ninguna parte de los posgrados y en toda la universidad. Los planes de trabajo, las contrataciones de los profesores, todo es bajo el régimen de pregrado y el posgrado es muy diferente. Entonces nosotros tenemos el problema horrible de que nos entiendan de que esto es diferente nosotros no podemos seguir trabajando administrativamente en posgrado como si fuéramos en pregrado, aquí no consienten el reporte de horas de los profesores eso es increíble que un profesor de cátedra te va a dictar un curso que dura un mes y son 30 horas administrativamente al					

Interpretación Entrevista Semi-estructurada – Grupos Focales							
Categoría de Análisis		RECURSOS EDUCATIVOS					
Unidad de Análisis		RECURSOS ADMINISTRATIVOS					
Jefes		Profesores		Residentes		Egresados	
Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar
		profesor le pagan durante todo el semestre cuatro horitas para poder cumplir con la parte administrativa a un profesor para que le sirva que le paguen \$80.000 cada mes en vez de pagarle su contrato como debe ser... P51: (598:607)					

Interpretación desde el investigador: Los procesos de autoevaluación y de registro calificado han contribuido a hacer evidente aún más algunas fallas de gestión administrativa que tiene que ver con la priorización en la adquisición o adecuación de recursos necesarios para un mejor desarrollo de competencias. Así como la adecuación de espacios para el desarrollo de actividades, la adquisición de equipos tecnológicos y de laboratorios que permitan optimizar los escenarios de aprendizaje.

Algunos profesores desconocen los incentivos y privilegios de los que tienen derecho y esto trae como consecuencia la mala percepción de la remuneración en la Universidad. Se resalta la importancia de valorar los equipos actuales de bioseguridad con el fin de que se evalúe la pertinencia de actualizarlos, pensando en la protección de profesores y estudiantes.

TESIS DOCTORAL

LEONOR GALINDO CÁRDENAS

Interpretación Entrevista Semi-estructurada – Grupos Focales

Categoría de Análisis		RECURSOS EDUCATIVOS					
Unidad de Análisis		RECURSOS INVESTIGATIVOS					
Jefes		Profesores		Residentes		Egresados	
Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar
Yo pienso que somos una universidad muy privilegiada en comparación de muchas otras universidades del país y fuera del país. Creo que tenemos unos recursos bastos para una excelente formación, que parte desde los escenarios de práctica, desde las posibilidades adquisición de todas las herramientas de tecnología de la información, desde posibilidades de poder hacer muchos aspectos de simulación y de poder abrir las posibilidades de cómo enfocar un problema desde diferentes puntos de vista. Las posibilidades están, tenemos una universidad en general, documentando muy bien un proyecto de formación diferente, alternativa, que rompe paradigmas, se puede	Las cosas han mejorado porque los muchachos son muy tecnológicos, entonces no necesito un computador porque ellos ya lo tienen. Hacer todos esos pedidos por la universidad es difícil porque los recursos son muy limitados. P18: (74:76)		Nos gustaría que por ejemplo un acceso mucho más amplio a publicación, la Universidad de Antioquia particularmente tiene una limitación grande con la publicación a la cual muchas veces no se puede acceder, y esto es un problema comparado con otras universidades que prácticamente todas las revistas y todos los artículos están disponibles, y que uno puede bajar mucha información de la red sin problema, sin limitantes. P 8: (121:126)		Igualmente, hemos tenido dificultades con el tiempo real para investigar, puesto que teóricamente tenemos unos espacios, tenemos un curso matriculado. Todos tienen el interés teórico de investigar, pero realmente se pasan las semanas, los meses, los semestres, los años y el proceso investigativo es bastante deficiente. Entonces no hay un sistema claro para podernos dedicarnos de verdad a hacer cosas productivas desde el punto de vista investigativo. Muchas preguntas, pero las respuestas son muy chiquitas Si hay aportes del servicio de la facultad, pero realmente es lo teórico, en el sentido de que debemos matricular investigación, hacer la	La oportunidad de tener enfermedades y casos difíciles por las rotaciones en el san Vicente. El acceso a bases de datos, búsqueda bibliográfica y análisis de la literatura que siempre tuvimos con la súper biblioteca médica y profesores de áreas afines. P29 (70:72)	Hay dos áreas defectuosas, por ejemplo con pruebas que si hay en otros países y esto porque hay gente que piensa que aquí no es necesario. Un ejemplo, aquí hay una sección de aprendizaje que se llama alergias ocupacionales donde se tiene interacción básica con pruebas, en las formas en cómo se prepara etc. Pero esto tiene un costo. La otra parte, es que en investigación la formación es muy pobre. P 9: (320:325)

Interpretación Entrevista Semi-estructurada – Grupos Focales

Categoría de Análisis		RECURSOS EDUCATIVOS					
Unidad de Análisis		RECURSOS INVESTIGATIVOS					
Jefes		Profesores		Residentes		Egresados	
Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar
<p>conseguir todos los materiales que uno quisiera. Hay que hacer la sustentación de un proyecto de estos, y existe y hay la forma y necesitamos una apertura gigantesca en ese sentido. P10: (176:184) Tenemos un archivo de bloques y de placas histológicas desde que el laboratorio se conformó hasta la fecha, es decir, desde 1976. Entonces si un residente o un estudiante de pregrado quieren hacer alguna investigación en por ejemplo cómo son los pulmones neuroendocrinos, buscan en los libros, sacan las placas y estudian. Entonces esto es un recurso valioso y además como están los bloques en parafina para hacer todo lo que sea molecular. Tenemos archivos de fotografía</p>			<p>En cirugía, que se necesitan otras tecnologías como laparoscopia, son cosas que se pueden adquirir por ejemplo por la investigación. Entonces los muchachos tienen que aprender, se vuelve un círculo vicioso: investigar para conseguir recursos. P18: (76:79)</p>		<p>reunión de investigación, pero no hay un espacio real donde yo cada semana tenga un proceso de reconstrucción investigativa, donde podamos realizar una retroalimentación. Todos sabemos que hay que hacerlo, pero la vida práctica no permite que se ejecute como debería de ser, pero porque no están los espacios, porque no están los docentes con la disponibilidad, porque de pronto no tenemos la suficiente conciencia aun cuando siempre se habla del tema pues en teoría está el espacio, los recursos pero en la vida real es que no se ejecuta. P13: (376:390)</p>		

Interpretación Entrevista Semi-estructurada – Grupos Focales

Categoría de Análisis		RECURSOS EDUCATIVOS					
Unidad de Análisis		RECURSOS INVESTIGATIVOS					
Jefes		Profesores		Residentes		Egresados	
Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar
que nos sirven mucho para hacer actividades especialmente con los estudiantes de pregrado con los cuales hacemos discusión con las fotos. P11: (233:239)							

Interpretación desde el investigador: A partir del desarrollo de proyectos de investigación se han logrado adquirir para los servicios o departamentos médicos. La Facultad de Medicina cuenta con el Instituto de Investigaciones Médicas que ofrece todo tipo de apoyo a los grupos en investigación, de forma que se complementen esfuerzos desde las especialidades en procura de liderar procesos investigativos que redunden en el desarrollo tecnológico y científico. Se percibe un marcado desinterés por el desarrollo de la investigación de parte de los residentes, ellos prefieren ser consumidores de la literatura y apropiarse de la tecnología ya existente, aspecto que debe repensarse porque los jóvenes de hoy cuentan con mayores herramientas para el dominio tecnológico y no pueden quedarse solo recibiendo lo existente, sino ser más activos en propuestas investigativas que validen los desarrollos médicos y sirvan para el mejoramiento del ejercicio de la medicina especializada.

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES							
Categoría de Análisis		RECURSOS EDUCATIVOS					
Unidad de Análisis		RECURSOS PEDAGOGICOS					
Jefes		Profesores		Residentes		Egresados	
Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar
	Esta es una de las cosas a futuro que queremos implementar, y la conformación de programa de dermapatología, la subespecialidad, estamos considerando que sea más fácil una maestría de profundización en Inmunodermatología, donde tengamos pues ese programa. Este es pues uno de los sueños y de las necesidades que tiene el servicio y el medio. Los mismos patólogos saben que no se les miden a una biopsiade tejidos de piel, interpretar una biopsia de piel para luego atender a un paciente, si la biopsia no está bien leída se afecta esa atención, entonces se necesitan dermato-patólogos. P11: (246:252)	Actualmente se tienen más ayudas diagnosticas como las pruebas de inmunohistoquímica; son pruebas que las empezamos en el 93, que esto fue una diferencia grande pues en mi tiempo estos eran temas nuevos y ahora las pruebas, los aspirados de masas son de todos los días. P 8: (27:30) Se cuenta con los recursos de apoyo para la docencia que ofrecen los sitios de práctica, pero se carecen de recursos básicos que podrían adquirir la Facultad. P12: (49:50) El médico sale con bases tecnológicas mínimas. Más bien	La dotación de material docente es poca, la mayoría de las adquisiciones son de los profesores que las ofrecen para el Departamento. P19: (350:351) Se cuenta con acceso al centro de simulación de la facultad para punción lumbar pero hay otros procedimientos que no se tienen simulador como punción ventricular, alteración de conciencia y otros muy pertinentes para la enseñanza. A veces hay que recurrir a los egresados para apoyos logísticos y no siempre ellos alcanzan a	La ventaja que tiene el programa es que los procesos de aprendizaje por ejemplo de asistencia no requieren el nivel de complejidad que lo requiere una especialidad quirúrgica, lo que hace que siempre contemos con los elementos necesarios. P13: (179:181) El conocimiento científico es de calidad. Los docentes son líderes en conocimiento a nivel nacional e	Falta más entrenamiento laparoscópica y endoscopia falta la sala y es un entrenamiento para habilidades manuales. P14: (67:68) También vemos muchos los profesores fantasmas, esos que están ahí pero que tampoco hacen un acompañamiento de los residentes durante su formación y vemos como la docencia la terminan haciendo son los anesthesiólogos del hospital y de los diferentes sitios de la ciudad que no son ni docentes, ni	La incorporación de los nuevos aprendizajes se da por iniciativa de los estudiantes, por ejemplo yo quiero aprender estética entonces le dice al profesor que lo deje hacer en el último año un mesito de esto. Y en este mes uno intenta aprender lo que más puede y eso es lo que hace afuera. En dermatología hay una carencia importante que es que existe una resistencia grande entre el grupo de profesores clínicos que ven	La forma de enseñanza. Hay que mejorar la formación pedagógica de los profesores. P35: (174:175) Es importante y urgente re-evaluar la metodología de enseñanza y el perfil de los profesores. No es suficiente con que sean buenos en su especialidad. El profesor debe ser una persona con calidad humana, con habilidades y experticia para enseñar. Debe tener gusto por la enseñanza. Debe tener la capacidad de entender que las personas tienen habilidades

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES

Categoría de Análisis		RECURSOS EDUCATIVOS					
Unidad de Análisis		RECURSOS PEDAGOGICOS					
Jefes		Profesores		Residentes		Egresados	
Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar
	¿Qué queremos hacer nosotros a futuro? Y que ya empezamos a trabajar por eso con el equipo de video-informática para sistematizar todo el archivo, ya que todos los informes de histopatología están en papel, y si los sistematizamos desde el inicio hasta la fecha, que son casi 50.000 informes, vamos a tener mayor insumos para la investigación. Y queremos montar Telepatología, es decir, pueden estar viendo las placas y compartiéndolas con docentes de otros sitios, para placas difíciles o prestar los servicios. Inclusive en la reunión de los lunes hacer telemedicina, en la que tengamos pacientes de otras partes y que con la imagen nos podamos	optimizan los pocos recursos que tienen para hacer diagnóstico. P16: (21:22)	solucionarlo, P19: (353:357) Los convenidos docencia- servicio, hay equipos pero están centralizados en los servicios, pero son restringidos porque no están dispuestos para la docencia, La Universidad podría negociar en el convenio el uso educativo de los recursos tecnológicos, porque la materialización al mismo es compleja y a veces no se logra. P19: (358:362) El médico se va volviendo metódico y no procura mirar más allá. Se vuelven muy mecanismos y	internacional. Y cada vez llegan muchos profesores con una formación muy completa en este campo, en áreas de investigación, terapéuticas, en general. El balance es muy positivo, el departamento es muy sólido P13: (438:441)	reciben ninguna remuneración por eso, entonces yo diría que un 80 o 85% es impartida por estos anesthesiólogos que de manera altruista o por un compromiso social o gremial lo acompañan y la mayoría de una buena manera. Pero, me parece que ese porcentaje debería aumentar para que existiera más representatividad de los docentes como tal. P13: (282:289) No hay profesores pedagogos, la universidad se harta diciendo que un 80 % son	la estética como algo que no es tan académico pero que es una necesidad del medio, que exige que el que aplique la estética sea un personal bien formado y que tenga un buen respaldo universitario, pero falta formación en esto. Los profesores más viejos dicen que no, es que no les queremos enseñar estética entonces a uno le toca en estas rotaciones conseguir estas competencias solo. Esto debería ofrecerse. P 9: (185:194)	diferentes y ritmos de aprendizaje distintos, para poder potenciar la formación de cada individuo. Es por eso que propongo que además de evaluar la hoja de vida académica del profesor, se deberían evaluar otras esferas, psicológicas, motivacionales, formación en técnicas de enseñanza, calidad humana entre otras, para una evaluación integral. P35: (27:35) Profes entrenados en simulación. Entrenamiento en docencia para residentes. P36 (106:113) Hay cierta resistencia por

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES							
Categoría de Análisis		RECURSOS EDUCATIVOS					
Unidad de Análisis		RECURSOS PEDAGOGICOS					
Jefes		Profesores		Residentes		Egresados	
Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar
	<p>ayudar mucho. P11: (239:246)</p> <p>no porque falten los recursos , sino porque no se les permite su utilización, son dos cosas diferentes, cuando usted tiene un programa de oftalmología que tiene 5 o 6 convenios vigentes con la clínicas más importantes de oftalmología, que está ocurriendo dentro de esas oftalmologías, tiene todos los recursos, tiene toda la tecnología, todas las posibilidades, ocurre que el plan de formación no ha sido un plan concertado con esas instituciones, entonces en esas instituciones son convenios unipersonales, no permite la utilización de esos recursos ni la</p>		<p>olvida la indagación, la problematización... P16 (18:19)</p>		<p>magísteres o doctores pero pienso que poner a una persona clínica a dar un conocimiento eso requiere de unas actitudes y aptitudes determinadas para ser profesor, las cuáles no se tienen en cuenta. No se trata solo de que sea un profesor licenciado en educación sino que la universidad debe darles las estrategias a ellos de capacitarlos en la parte pedagógica. P13 (422:426)</p> <p>Las actividades académicas son llevadas a cabo solamente por nosotros los</p>		<p>parte de los profesores de dermatología hacia la investigación y otros que quieren impulsarla pero no reciben mucho apoyo. Entonces se debe sensibilizar en cuanto a la importancia de la investigación. Para mejorar el proceso de enseñanza... Gran parte de lo que uno es lo adquiere en la formación de los primeros años, Sin embargo el acompañamiento de la universidad es fundamental, a veces uno ve personas que tienen ciertas dificultades y que son los docentes de uno y eso a veces es muy maluco. Lo otro, es mirar de</p>

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES

Categoría de Análisis		RECURSOS EDUCATIVOS					
Unidad de Análisis		RECURSOS PEDAGOGICOS					
Jefes		Profesores		Residentes		Egresados	
Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar
	optimización de los recursos que hay en la parte tecnológica o los pacientes.... Y el otro elemento que se ha desarrollado es que les ha puesto muchos recursos de simulación no hay utilización por parte del profesor donde el dice que la única forma de aprender es haciendo las cirugías, entonces se desvirtúa la utilización de la simulación porque eso hágalo usted porque eso le va ayudar, porque no hay un guía, porque eso le va ayudar, y por lo tanto la percepción final es legítima. P26: (91:101)				residentes y es algo frente a lo que nos sentimos muy huérfanos porque es obvio que el docente siendo un docente, siendo también un profesor debe de estar a cargo no de todas pero si de algunas de las actividades mensuales académicas que se realizan en el servicio. Ellos no pueden estar sentados en una silla simplemente escuchando lo que dice el residente porque ahí no hay retroalimentación; no hay nada. Y se deben aprovechar esos puntos de vista fuertes que tienen los		que forma la universidad le ofrece a los docentes facilidades por ejemplo, para la subespecialización y la adquisición de las nuevas tecnologías y avances que se están dando para que se puedan incorporar a los programas de una forma más dinámica. Y la formación pedagógica es importante, no sé cómo intentar para mejor la forma en como enseñan los profesionales e incorporar las nuevas tecnologías, porque uno a veces tiene como esas dificultades en el manejo de los recursos

INTERPRETACIÓN ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA – GRUPOS FOCALES							
Categoría de Análisis		RECURSOS EDUCATIVOS					
Unidad de Análisis		RECURSOS PEDAGOGICOS					
Jefes		Profesores		Residentes		Egresados	
Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar	Positivo	Por mejorar
					profesores para que lo compartan. Y no sé comparten esos conocimientos y esos fuertes que tienen cada profesor con los residentes me parece a mí. P13: (428:435)		tecnológicos, internet, las bases de datos y esas cosas. Hay docentes que les da muy duro y es el residente quien hace todo eso. Entonces eso hay que evaluarlo (el recurso humano, pedagógico y la incorporación de las nuevas tecnologías y saberes de las subespecialidades en la formación). P 9: (406:422)
<p>Interpretación desde el investigador: Existen recursos pedagógicos básicos para el desarrollo de la docencia, hay profesores comprometidos con la docencia y la ejercer cabalmente, esto se evidencia en el apoyo permanente que ofrecen en la preocupación por que los residentes se apropien de conocimientos y herramientas que les permita un mejor desarrollo de sus competencias. Sin embargo en otros es evidente la falta de competencias pedagógicas que se refleja en el trato hostil con el residente, en la verticalidad para dar orientaciones educativas; aunque existe un programa de apoyo pedagógico, son pocos los profesores de las especialidades que participan del mismo.</p>							

A partir de este primer análisis e interpretación cualitativa se procede a correlacionar la interpretación de quien investiga, con el análisis de documentos institucionales y la fundamentación teórica, dando origen a otra triangulación:



Figura 26. Contexto Educación Médica en Especialidades Clínicas y Quirúrgicas.
Construcción Propia

5.1.1. Categoría de Análisis a Interpretar: Formación por competencias.

La formación por competencias es un propósito educativo del nivel de posgrado en la Universidad de Antioquia, de aquí la importancia de que los diferentes participantes del proceso educativo tomen mayor conciencia de lo que esto significa y busquen como articular acciones frente a esta meta educativa. El mismo Espacio Europeo de Educación

Superior (2009) reclama por una orientación de la enseñanza para que los estudiantes adquirieran las competencias profesionales requeridas.

La investigación permite afirmar que existe en la conciencia de las diferentes audiencias la apuesta por la formación integral, es decir por la necesidad de ir más allá de un conocimiento específico, para transitar por una gama de competencias que en su integración y conjunto armonizan la integralidad que se pretende alcanzar desde los propósitos educativos. Por una parte, profesores, estudiantes y jefes son conscientes de la necesidad de hacer más intencionada la formación por competencias y de enfatizar en aquellas que trascienden lo meramente disciplinar, para alcanzar una mirada más integral desde las competencias éticas, bioéticas, tecnológicas, comunicativas. Por otra parte, los mencionados actores resaltan la importancia de competencias más específicas como diagnosticar, analizar, interpretar, evaluar, rehabilitar, entre otras.

Este propósito es coherente con lo hallado en el análisis de documentos en la cartilla de visión curricular en donde se hace explícito que es la opción de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia la formación de un médico integral, lo cual implica asumirlo,

“(…) como un ser singular, irreplicable, autónomo, libre, trascendente, histórico, social y cultural. Es su misión favorecer y desarrollar al hombre en todas sus potencialidades y valores pero también en todas sus dimensiones: formativa, sociointeractiva; cognitiva, y académico-profesional (…)”. (Comité de currículo, 1999, p.20)

Las audiencias coinciden en afirmar que las competencias logran su máximo desarrollo en la práctica. Durante los espacios de práctica el estudiante- residente puede poner en acción la fundamentación teórica con la que cuenta y al mismo tiempo el desarrollo de su actitud clínica que se va fortaleciendo gracias al ejemplo o referencias que dan sus profesores. Con referencia a este punto, se comprende la importancia de asumir con mayor conciencia la labor educativa, porque el referente puede ser positivo o negativo según sea la actitud del propio docente.

Las diferentes audiencias están de acuerdo en que la formación por competencias es empírica, no obedece a un plan intencionado para su desarrollo y aun así se logran alcanzar. Pero a la vez son conscientes que si se hace un trabajo más armonizado se pueden obtener mejores estándares de calidad educativa. Esto quiere decir, que tanto los residentes como profesores no tienen mayor claridad sobre el uso de competencias que realizan en cada uno de los espacios formativos o dicho de otra manera, no son conscientes de en cuáles momentos en específico, éstas son desarrolladas. Sin querer esto decir, que no sean trabajadas. Por el contrario, la formación por competencias tanto genéricas como específicas está presente, pero no con una intención siempre explícita.

En la medida en que el estudiante-residente avanza en su formación recibe más funciones o actividades por delegación, estas actividades siempre las hacen bajo supervisión o práctica guiada. En este mismo sentido, es notorio como el estudiante - residente va de la mano de su profesor desde una función muy tutoriada y se acompaña

además de un proceso de auto aprendizaje, tampoco consciente en el cual se debe aproximar a bases conceptuales cada vez más sólidas y graduadas mediante el avance que logre hacer con las interpretaciones de casos clínicos, con las disertaciones en los seminarios y la participación en clubes de revistas. Todo esto, para determinar los aspectos que en términos de formación científica se han alcanzado, en las diferentes temáticas centrales de su formación disciplinar. Se carece de una intencionalidad pedagógica clara para la formación por competencias de parte de los profesores y de los mismos estudiantes- residentes.

Es necesario que la formación por competencias obedezca a un trabajo intencionado y consciente de quienes diseñan el currículo y lo ejecutan a través del plan de estudios, de modo que desde el diseño hasta el seguimiento y evaluación los diferentes participantes, profesores, directivos, residentes, pacientes, y comunidad en general aporten a la creación de ambientes de aprendizaje ricos en experiencias significativas. En donde estas experiencias puedan partir de los problemas reales en que se debe enfrentar un especialista médico en su formación hasta su vida profesional. Un especialista que pueda transferir las competencias que le permiten resolver problemas complejos propios de su disciplina, así como problemas cotidianos propios del mundo de la vida, para de esta manera ser una persona y un profesional ejemplar, integral y competente.

El ambiente de aprendizaje puede ser alta mente significativo para la formación de competencias si el profesor durante su propio proceso de aprendizaje vivió experiencias que marcaron y dejaron huella en su formación o por el contrario ser poco significativo y

limitarse al cumplimiento de tiempos y protocolos distantes de la reflexión crítica y del razonamiento clínico que conduzcan a una toma de decisiones inteligentes para el actuar médico. De acuerdo con los resultados de la investigación, no hay referentes homogéneos por parte del grupo de profesores que puedan nutrir la formación de los residentes. Esto depende, en gran medida del tipo de profesor, de la calidad de su práctica y la experiencia clínica que hace énfasis en lo exclusivamente técnico o da valor formativo al componente integral del profesional especialista para una práctica médica más humanizante.

Al interpretar los tipos de competencias que se vienen desarrollando es notorio que la competencia tecnológica referida específicamente a la incorporación de la tecnología de la comunicación e información, a los espacios formativos, así como el uso de la Telemática y el uso de la simulación como estrategias didácticas están muy por debajo de otras estrategias más tradicionales en la educación médica. Por esta razón, se debe hacer una sensibilización frente a la necesidad de incorporarlas, ya que tal como lo mencionó uno de los expertos consultados, el médico no va a perder la condición de que sea el que diagnostica, pronostica y trata. No obstante, la cantidad de herramientas tecnológicas se van a superar en el ejercicio médico y el que no entre en esto, es decir, el que se niegue a usar estos recursos, no podrá ejercer con dominio las nuevas demandas que se le exigen a su profesión. No es cuestión de habilidad, es de necesidad formativa.

Frente a la competencia investigativa se evidencia que a pesar de que su enfoque es transcurricular desde el diseño de los currículos de cada programa, aún no se permea en los

mismos estudiantes la necesidad de potenciar esta competencia genérica tan esencial en la formación médica de especialistas. Frente a esto, ellos no dan cuenta de que cada vez que se acercan a un caso clínico éste se aborda a partir de un ejercicio investigativo riguroso que se va ampliando en la medida en que se complejizan los saberes y se reta al residente a manejar casos cada vez de mayor complejidad. Es desde la misma profundización del conocimiento que se articula la competencia investigativa en una relación de teoría y práctica, pero al comprender la investigación solo como un espacio en el cual deben formalizar un proyecto, se pierde la perspectiva holística de la misma para la formación médica. De acuerdo a lo enunciado principalmente por los residentes, las tensiones del día a día de la actividad clínica hace que este proceso no sea tácito, ni sistematizado y éstos pueden ser factores que estén incidiendo en el nivel de desarrollo de la competencia investigativa.

La competencia de trabajo en equipo, es genérica y esencial para el campo del ejercicio médico especializado, hoy por hoy no se concibe un análisis de caso sin la intervención de más de una especialidad al servicio de una meta compartida. El análisis de los resultados cualitativos muestra como todas las audiencias concluyen que durante su formación logran desarrollarla y valorarla. Los egresados incluso manifiestan, que ésta competencia es muy destacada en ellos en relación con otros profesionales egresados de otras Universidades.

La competencia de aprender a aprender tiene un alto nivel de desarrollo en la mayoría de los residentes y es reconocida por algunos egresados como una gran fortaleza de los posgrados clínicos en la facultad de Medicina. No obstante, para otros fue una manera muy

dura de apropiarse del conocimiento, puesto que sintieron que sus profesores no les ofrecían suficiente ayuda pedagógica. En este sentido, juega un papel esencial la idea que tienen los residentes acerca de su propio rol en el proceso de aprendizaje y el rol que debe cumplir su profesor desde la enseñanza. Esta competencia, está inspirada en la formación continua y autodidacta que deberá apropiarse el residente para su ejercicio activo a lo largo de su vida profesional.

En este sentido es necesario reafirmar que la enseñanza médica es un aprendizaje continuo que comienza con la admisión en la Escuela de Medicina y termina con el retiro del ejercicio activo...la formación médica inculca también en los médicos, normas éticas de pensamiento y conducta que ponen énfasis en el servicio al prójimo más que en el lucro personal... (AMM, 1987, 2006, s, p.) Todos los médicos deben aceptar la responsabilidad de mantener, no solamente altos niveles personales de formación médica, sino también de mantener altos niveles de formación médica para la profesión.

Las competencias comunicativa, ética y bioética se desarrollan de manera integradas. Los jefes, profesores, residentes y egresados concuerdan en afirmar que aunque en los perfiles profesionales de las especialidades médicas están presentes estas competencias, durante el proceso formativo éstas se hacen cada vez más necesarias y al mismo tiempo se asimilan por el ejemplo en las relaciones que se establecen entre colegas, entre residentes y sobre todo en el acto médico. Lo que puede encontrarse como un asunto fundamental para trabajar en la educación médica de posgrado.

Por su parte la comunicación es vista como el momento de interacción con el paciente, dejando de lado las otras esferas de sentidos y de significación de dicha competencia. Es de reafirmar que en el despliegue de la competencia comunicativa de manera integral es que se hace posible dimensionar las demás competencias del médico especialista. Así la comunicación se visualiza en la información que tramita el médico con su paciente, como una mediación que debe hacer el profesional para hacerse entender de éste. Sin embargo, en las relaciones interdisciplinarias y transdisciplinarias del desempeño clínico hay un desconocimiento del otro como fuente de diálogo, los equipos se hacen desde lo funcional y necesario. Dejando a un lado lo pertinente para la colaboración, para el diálogo de saberes.

Múltiples estudios han demostrado como cuando los estudiantes son mediados pedagógicamente, el desarrollo de habilidades de comunicación e interacción, elevan su desempeño clínico general, mejoran sus relaciones interpersonales, así como su gestión de tiempo, la capacidad de tomar de decisiones y la valoración del paciente. Desde los estudios epidemiológicos se afirma que a mejor comunicación y trato del médico con el paciente, aparecen mejores resultados clínicos en éste; los pacientes logran comprender mejor la información que suministra el médico. “Los pacientes atendidos por médicos que se comunican bien tienen menos síntomas, mejores resultados fisiológicos e incluso mayor número de días de mejora en comparación con los pacientes cuyo médico no se comunica adecuadamente” (Durante Montiel, 2006, p. 6).

Lo anterior, permite confirmar que la principal competencia que se debe potenciar en altos niveles de desempeño clínico es la comunicativa, dejando de ser un asunto técnico para situarse en el desarrollo humano desde la capacidad de situarse en el lugar del otro, sea éste su paciente, su colega, su residente, etc. Esto lleva a pensar, que si se fortalece la comunicación, se estará apostando por lo que es la base fundamental de las relaciones pedagógicas; desde la cual se podrá partir, si se quiere realizar una propuesta pedagógica que propenda por fortalecer las otras competencias aquí tratadas.

En relación con las competencias específicas como diagnóstico, correlación, análisis, interpretación, evaluación entre otras, la investigación constata como para las audiencias consultadas entre más estrecha sea la relación de la teoría y la práctica, se logran mejores niveles de desarrollo de dichas competencias.

Es innegable el valor de un buen ambiente educativo como potenciador de las competencias durante la formación, por eso vale la pena resaltar que existen en la educación médica de las especialidades aspectos de orden curricular, pedagógico y didáctico que vale la pena mantener porque de acuerdo con la percepción de las diferentes audiencias, son estos aspectos los que favorecen aún más los propósitos de la formación integral. De esta manera se destacan como componentes del proceso didáctico que merecen mantenerse:

- ✓ El apoyo de profesores expertos en investigación para que acompañe a los residentes como tutores metodológicos permite dar mayor solvencia al desarrollo de

esta competencia y lograr mejores productos investigativos que logren incidir en los avances de las disciplinas.

- ✓ La relación tutorial de acompañamiento y seguimiento personalizado entre profesores y residentes, ofrece un ambiente de mayor apertura y confianza para generar un clima de aprendizaje más óptimo.
- ✓ El sitio de práctica del Hospital san Vicente Paul es reconocido por toda la audiencia como un espacio de formación con las más altas cualidades humanas, científicas y tecnológicas, además es el lugar emblemático por el cual transitan todas las especialidades médicas de la facultad de Medicina.
- ✓ Las estrategias didácticas que impulsan el desarrollo de competencias como el análisis de casos, incluyendo además el caso clínico patológico se debe fortalecer, dado su alto impacto para la formación de un pensamiento crítico y desarrollo de la autonomía.
- ✓ Las relaciones y vínculos con egresados como una manera de hacer seguimiento e identificar el impacto de la formación en la intervención de problemas sociales desde el contexto de la salud.
- ✓ Algunos profesores médicos que con su ejemplo son el referente de una persona con cualidades humanas ejemplares y un profesional competente e idóneo que marca huella significativa en el proceso de formación de sus residentes.

- ✓ El contacto directo con los pacientes bajo supervisión de los docentes permite hacer articulación permanente de teoría y práctica. Esta fortaleza en la formación de competencias se puede ver menguada por el modelo de seguridad social del país está generando dispositivos que impiden que el residente pueda realizar un mayor acercamiento a los pacientes, cada vez hay más restricciones en la intervención directa con los pacientes y esto limita su transferencia teoría- práctica.

5.1.2. Categoría de Análisis a Interpretar: Estrategias Didácticas.

Para dar inicio a esta interpretación de las estrategias didácticas utilizadas en la educación médica de especialidades, vale la pena recordar lo expuesto por Zabalza (2005), quien argumenta como las sociedades cambiantes requieren de una instrucción que capacite a las personas no en entrenamientos de funciones mecánicas, sino que permita desarrollar autonomía a partir de experiencias de aprendizaje autónomo para hacer posible una educación a lo largo de la vida. De aquí la importancia de identificar esas instrucciones posibilitadoras de experiencias de aprendizaje autónomos, asociadas a la didáctica clínica para hacer cada vez más conciencia de la mediación pedagógica en la formación por competencias que supere el aprendizaje mecánico de técnicas o procedimientos y se instale en el reto de lograr niveles de autonomía cada vez más complejos por parte de quien está en calidad de aprendiz.

En relación con el abordaje de las estrategias didácticas es claro que las diferentes audiencias comparten la percepción de que éstas se han ido aplicando a partir de las propias experiencias que tuvieron los profesores cuando eran residentes y que ahora la transfieren de la misma manera a sus estudiantes. No hay una formalización en su didáctica, ni una clara conciencia del uso pedagógico para la formación de los especialistas, de aquí la importancia de proponer un plan de formación pedagógico dirigido en primer lugar a los profesores para fortalecer las mejores prácticas desde el diseño, el desarrollo y la evaluación de las estrategias didácticas articuladas desde su pertinencia en la formación por competencias. En palabras de Carretero, G (2010):

“(…) el proceso docente exige la selección, por el profesor, de los materiales y métodos docentes para cada objetivo específico a alcanzar, que debe plantearse y plasmarse finalmente en la consecución de resultados. Para ello, el profesor debe organizar situaciones de aprendizaje individual o colectivo. A la vez, el profesor es el elemento evaluador del avance del aprendizaje, para lo que debe considerar la adquisición de conocimientos, capacidades y competencias (…)”. (p. 10)

Lo anterior exige además, de un mayor acompañamiento pedagógico desde la Facultad de Medicina al grupo de profesores para que se apropie de la comprensión de un lenguaje educativo, que responda con el propósito de una formación integral. También, que sea coherente con los ambientes de aprendizaje que retén a la solución de problemas. Con el propósito de promover y desarrollar el auto aprendizaje, la autoevaluación y en consecuencia la autonomía.

Otro hallazgo significativo lo representa el constatar que las estrategias didácticas que se utilizan en la educación médica de las especialidades, son comunes en clínicos como en

quirúrgicos. En estos últimos se hace un especial énfasis en el fundamento técnico para la toma de decisiones frente a procedimientos en el quirófano, y esto requiere de un acompañamiento personalizado. La investigación no arrojó ningún hallazgo que permita identificar especificidades en la selección de estrategias didácticas entre clínicos y quirúrgicos.

La diversidad en la selección y uso de las estrategias didácticas en las especialidades clínicas y quirúrgicas es percibida por Jefes, profesores, residentes y egresados como favorables en su proceso de formación como especialistas. Los egresados consideran que sobre todo aquellas en las cuales se tenía un contacto directo con el paciente fueron de mayor impacto para su formación y posterior desempeño profesional. Recomiendan que los programas busquen las formas para la sistematización de casos clínicos que sirvan de material pedagógico de referencia y de consulta para los residentes.

Al analizar la interpretación de las estrategias didácticas utilizadas en la educación médica de las especialidades se logra extraer lo siguiente.

La estrategia didáctica de la Simulación es reconocida por las diferentes audiencias como valiosa para el momento actual, retadora para la docencia y significativa para el desarrollo de mejores habilidades clínicas. No obstante, se percibe el temor tanto de profesores, como de estudiantes en abordarla ya sea por carecer de habilidades tecnológicas

o por querer iniciar de manera directa el abordaje con pacientes sin pasar por este espacio formativo. Se requiere difundir en la comunidad académica de los programas de salud la importancia pedagógica de la misma y acompañar mediante procesos de capacitación y actualización tecnológica su uso didáctico. No es suficiente que se cuente con un centro de simulación, hay que acompañar su aplicabilidad para cada una de las especialidades y así promover su desarrollo en la formación médica de especialidades.

De otra parte, pervive en los egresados la idea de que nada reemplaza la práctica y por eso algunos se distancian de esta estrategias, sin embargo es necesario reconocer que la propuesta didáctica está en que sea parte de un proceso incluso de fortalecimiento de la técnica, de los procedimientos y de las competencias clínicas para llegar a tener un mayor dominio en la práctica cotidiana con los pacientes.

Algunos profesores expresaron que existen en los residentes cierta resistencia para trabajar con los simuladores, por cuanto su interés se centraliza en el trabajo directo con el paciente y no le prestan importancia a lo que esta estrategia puede favorecer para su formación. Olvidándose de que la estrategia no desplaza la práctica real, al contrario le permite a los residentes -a corto y mediano plazo- tener un acercamiento mucho más efectivo.

Para los profesores ha sido tradicional el manejo de estrategias didácticas como rondas clínicas, seminarios, análisis de casos, staff médico, entre otras, pero la mayoría son

conscientes de la necesidad de incluir otras menos usadas como la Telemática y la simulación por el reto tecnológico de las actuales condiciones de la práctica médica en el mundo. No obstante, se evidencia cierto temor a la necesidad de alfabetización tecnológica. En este sentido, algunos Jefes argumentaron que el no uso de estas estrategias tecnológicas se debe a que los profesores no tienen conciencia de la incidencia de éstas para la formación, ya sea por desconocimiento o porque ellos no las aplican en su práctica y no la ven pertinente para la enseñanza. Por su parte, los egresados consideran que se requieren profesores capacitados para el uso de las tecnologías y en el componente pedagógico de la aplicación de las estrategias didácticas, porque esta carencia puede afectar el impacto de la formación. De modo que se atribuye como necesario, el potenciar el uso de los simuladores y demás estrategias didácticas relacionadas con las nuevas tecnologías, así como ayudar al manejo de mejores bases de datos como fuentes de información secundaria.

En este mismo sentido, investigaciones recientes como la publicada por **Campos Sánchez A, & otros (2013)**, confirman como los videos pueden ser utilizados como herramientas didácticas para el autoaprendizaje desde distintos ámbitos, incluyendo las situaciones de aprendizaje en que los estudiantes lideran el desarrollo de este recurso como un portátil audiovisual. (**Campos Sánchez A, & otros, 2013**)

El seminario es una estrategia didáctica de alto impacto en la formación del médico especialista de acuerdo con la opinión de las audiencias. Es importante resaltar que a pesar de su valor formativo para el desarrollo de competencias comunicativas, pedagógicas, analíticas, críticas y de trabajo en equipo, se reconoce su principal riqueza cuando

participan en este espacio educativo en calidad de expositores tanto profesores, como residentes porque esto sirve de ejemplo y da mayor nivel de calidad en términos de rigurosidad y confiabilidad al encuentro académico.

Esta estrategia didáctica del seminario es ampliamente conocida y difundida por la comunidad académica de la Facultad de Medicina. No obstante, en las observaciones de campo y en las entrevistas a los diferentes grupos focales se evidencia que a pesar de su aceptación esta estrategia podría ser mejor utilizada si los participantes reconocen el papel activo no solo de quien prepara y dirige el seminario, sino de quienes asisten y participan dada la necesidad de que ellos también busquen información relevante del tema central, lo estudien con antelación, elaboren su propio marco de información documentada, lleven sus propias preguntas y de manera colaborativa aporten en el seminario en interacción con el especialista o residente que lo conduce. En los profesores se destaca el interés por participar, por aportar al desarrollo del seminario y ofrecer desde diversas ópticas disciplinares argumentos que soporten aún más la fundamentación de la temática central y esta actitud puede de manera indirecta, estar incidiendo en el reconocimiento de valor formativo que la estrategia tiene para las diferentes audiencias.

El estudio de caso, es valorado como una estrategia privilegiada para la formación por competencias y una de las más difundidas en la comunidad académica de las especialidades médicas en la Universidad de Antioquia. Se destaca en ella, el interés que suscita en los participantes el comprender la situación desde diversos puntos disciplinares, aspecto que los lleva a tener un criterio mucho más integral y ampliar la perspectiva del estudio,

favoreciendo así, la correlación clínica de datos, la proyección frente al pronóstico y la toma de decisiones en equipo.

Tal como lo expresaron los egresados consultados, es necesario sistematizar los casos que se analizan para lograr consolidar un buen material educativo que sirva luego de consulta o referencia bibliográfica en la cual el residente pueda analizar con criterio académico aspectos relacionados con el desenlace del estudio del caso revisado.

5.1.3. Categoría de Análisis a Interpretar: La Evaluación.

La evaluación como parte esencial del proceso educativo, es el aspecto más vulnerable en la educación médica de las especialidades clínicas y quirúrgicas, según la percepción de profesores, residentes, Jefes y egresados. Al parecer la poca claridad y precisión que tienen frente al acto evaluativo los lleva a una práctica descontextualizada y poco armónica con los lineamientos pedagógicos que se tienen descritos en los documentos oficiales de la Facultad. De esta manera, los criterios de evaluación no solo no son explícitos sino que son diferentes en cada espacio formativo.

La evaluación se realiza dentro de la cotidianidad del día a día, sin embargo en percepciones de algunos residentes y egresados ésta depende mucho del profesor y prima exclusivamente el criterio de él. Todos coinciden en afirmar que a pesar de que algunos

profesores hacen un adecuado acompañamiento, seguimiento y evaluación de los residentes, otros lo dejan solo para el final. En este mismo sentido, consideran que faltan criterios claros frente a los aspectos por evaluar. Coinciden en que por un lado está el interés de formar por competencias y por otro se evalúa sin coherencia con este propósito.

Se requiere establecer un proceso de evaluación expedito, divulgado y comprendido por todos de manera que se armonicen propósitos, criterios, instrumentos, momentos para institucionalizar estos modos e implementarlos en todos los servicios. Desde el punto de vista administrativo, se debe analizar el cómo de aquellos casos en los cuales un residente debe no ser promovido en una rotación. Esto con el propósito, de que no se vuelva un obstáculo en la rotación de otros compañeros y que el sistema ofrezca alternativas viables para manejar situaciones similares.

Se puede afirmar que los instrumentos de evaluación que se utilizan actualmente no revisten de rigor, ni son asimilados como favorables para los propósitos evaluativos. Tanto profesores como residentes y jefes son conscientes que se debe repensar el proceso en su totalidad y abogar por unos instrumentos que permitan medir el nivel de competencia alcanzado. También se requiere como necesidad esclarecer los criterios evaluativos, para que den verdadera cuenta de los alcances y las limitaciones presentes en cada uno de los residentes

Al analizar los documentos institucionales se encuentra que la evaluación a los estudiantes se rige por el Reglamento estudiantil, Acuerdo número 1 de 1980 del Consejo Superior; que en su Capítulo VII, Artículo 79 estipula que:

“La **evaluación debe ser un proceso continuo**, que busque no solo apreciar las aptitudes, actitudes, conocimientos y destrezas del estudiante frente a un determinado programa académico, sino también lograr un **seguimiento permanente** que permita establecer el cumplimiento de los objetivos educacionales propuestos”.
(p. 103)

De acuerdo al reglamento de la Universidad de Antioquia la evaluación no solo considera los productos sino también los procesos; el seguimiento permanente del estudiante.

5.1.4. Categoría de Análisis a Interpretar lineamientos del currículo que traduce lo didáctico

La pertinencia como principio curricular es valorada como fortaleza en las especialidades clínicas, aspecto que se evidencia desde lo académico y desde lo social. Este último al parecer es la impronta que hace la diferencia entre un egresado de la Facultad de Medicina de la UdeA y un egresado de otra Universidad. El alto compromiso con los pacientes, el trato amable, respetuoso y considerado distinguen a la mayoría de los egresados de los programas y ellos afirman que se debió al proceso formativo en el cual este aspecto era ejemplar en la mayoría de los profesores.

Es significativa la pertinencia académica dado que permanentemente los profesores se están actualizando en las bases teóricas y científicas de las diversas disciplinas. De igual manera, es notorio que tanto profesores, como residentes se preocupan con consultar bases bibliográficas actualizadas para el análisis de casos clínicos. El avance de la tecnología, el acceso a bases de datos nacionales e internacionales, el intercambio de conocimiento mediante la participación en congresos y otros encuentros académicos respaldan aún más la pertinencia académica de los programas.

La interdisciplinariedad es inherente al ejercicio médico dada la imperiosa necesidad de analizar y tratar los casos clínicos desde diferentes miradas. Esta característica del currículo se viene haciendo visible en la práctica médica actual. Además, en la educación médica de especialidades se puede evidenciar desde la aplicación de las diferentes estrategias didácticas como el análisis de casos, los seminarios, los staff, los espacios de consultas, las intervenciones quirúrgicas y las rondas clínicas entre otras. Frente a esto, en el documento realizado por el comité de currículo de la Facultad de Medicina: denominado *Proceso de Sistematización Curricular*, Se plantea la necesidad de un modelo pedagógico que se base en la inter-transdisciplinariedad e incluya fuera de las características biológicas, la necesidad de reconocer la subjetividad del médico, la conciencia que tiene sobre sí mismo y sobre lo que los rodea ya que él debe reconstruir su autoidentificación, autocomprensión y por tanto, su representación del mundo. (Facultad de Medicina, 2012).

Sin embargo aún persisten algunas prácticas médicas en solitario y docentes que no le dan el valor formativo y clínico a la interdisciplinariedad. Este aspecto lo evidencian

algunos residentes cuando deben rotar por los diferentes servicios en su residencia y son recibidos por colegas como simples espectadores u observadores dejando de lado la posibilidad de enriquecer la mirada con la perspectiva y el punto de vista de otros.

La flexibilidad es percibida como un aspecto favorable del currículo y que incide en los procesos formativos, la diversidad de estrategias didácticas que se manejan, los diversos espacios de contacto directo con pacientes, el acceso a redes y bibliotecas digitales, la posibilidad de hacer rotaciones, pasantías son entre otros, aspectos en que se refleja la flexibilidad.

En los propósitos de formación de todos los programas es explícito que se aspira por una formación integral y en este sentido en los documentos institucionales se describe como un reto de toda la Universidad y un criterio de calidad de los programas de acuerdo con el MEN. Sin embargo, algunos residentes consideran que sólo se requiere de la formación disciplinar y herramientas técnicas para el ejercicio de su especialidad, pues creen que los demás componentes ya los desarrollaron y por esto, en el nivel de posgrado no es relevante. Además, esta misma percepción se encuentra instalada en algunos profesores, razón por la cual algunos se dedican exclusivamente a mostrar procedimientos para que los repitan mecánicamente, mientras que otros se preocupan por ir más allá, por reforzar en el acto comunicativo y clínico del profesional especialista, así como el manejo más integral de su ejercicio profesional.

5.1.5. Categoría de Análisis a Interpretar: Relaciones interpersonales y su incidencia en la formación.

Las relaciones interpersonales son caracterizadas como positivas, la percepción de todas las audiencias es que el ambiente de cooperación y de colegaje que se establece entre residentes y docentes permite desarrollar el proceso formativo de una manera más tranquila. Se evidencia que la mayoría de equipos docentes se esmeran por aportar al residente no solo en su aprendizaje de la especialidad, sino en la formación integral de sus competencias. Los residentes en su desempeño reafirman que las condiciones de trabajo se vieron favorecidas por el clima positivo de las relaciones interpersonales durante su residencia.

El análisis de los aspectos por mejorar dentro de las relaciones interpersonales deja ver varios aspectos por interpretar, uno frente a algunas formas de relacionarse los profesores entre sí. En oportunidades, se resalta un trato poco amigable, más bien de tensiones que dejan ver como se dan contradicciones entre lo que ellos exigen a sus estudiantes y lo que ellos hacen con sus colegas. Otro aspecto a resaltar, se enfoca en que es marcado en algunos profesores la dirección vertical de su acompañamiento; no dan oportunidad a que el residente opine o contra argumente; solo aceptan que siga sus indicaciones. Estas actitudes tensionan la calidad del ambiente de aprendizaje. Algunos profesores se limitan a lo estrictamente disciplinar y no son receptivos ante las necesidades e intereses de formación de los residentes.

También podría preguntarse cuáles eran -bajo el modelo biomédico- los aspectos notorios en la relación profesor-estudiante, si se han mantenido o/y cuáles son los aspectos críticos que se manifiestan en el momento.

Conforme a lo que los estudiantes y docentes comprenden como competencias se resalta que las habilidades que ellos esperan puedan ser adquiridas, están centradas en la dimensión cognitiva y por tanto académico profesional. No obstante, cuándo se indaga por la parte de la relación entre residentes y entre ellos con sus docentes para dar cuenta de la parte socio interactiva, se presenta como una de las variables: las dificultades para expresar inconformidades; problemas en la comunicación. Lo que deja ver, que todavía existen algunos elementos del llamado modelo biomédico, en el que el estudiante tiene un rol pasivo y en vez de darse una construcción del conocimiento en conjunto, se da una imposición del mismo.

5.1.6. Categoría de Análisis a Interpretar: Recursos Educativos.

Los espacios físicos con los cuales se cuentan algunos son buenos y otros aceptables. En algunos servicios se evidencia una adecuación física óptima, mientras que en otros no, al parecer no hay un plan de acción organizado que permita atender a todos y ofrecer las mismas oportunidades locativas. Esto, puede deberse a la mayor presión en la gestión de unos jefes o a otras variables relacionadas con la poca planeación de intervención frente a las necesidades que los diferentes servicios requieren en el ejercicio de la docencia.

Se resalta la calidad humana de la mayoría de profesores, jefes y residentes, aspecto que favorece en gran medida el ambiente de colaboración y el sentido de pertenencia hacia la Institución, se reconoce el valor formativo que ésta tiene y su reconocimiento a nivel nacional. Son conscientes que aunque se carecen de algunos recursos, los diferentes equipos humanos hacen lo posible por solventarlos, sean con recursos de investigación, de extensión e incluso personales. Sin dejar de desconocer, la necesidad de contar con mayor número de profesores, o tutorías directas (uno a uno) para el acompañamiento, seguimiento, y evaluación.

Los procesos de autoevaluación y de registro calificado han contribuido a hacer evidente aún más algunas fallas de gestión administrativa que tiene que ver con la priorización en la adquisición o adecuación de recursos necesarios para un mejor desarrollo de competencias. Así como la adecuación de espacios para el desarrollo de actividades, la adquisición de equipos tecnológicos y de laboratorios que permitan optimizar los escenarios de aprendizaje.

Algunos profesores desconocen los incentivos y privilegios de los que tienen derecho y esto trae como consecuencia la mala percepción de la remuneración en la Universidad. Se resalta la importancia de valorar los equipos actuales de bioseguridad con el fin de que se evalúe la pertinencia de actualizarlos, pensando en la protección de profesores y estudiantes.

A partir del desarrollo de proyectos de investigación se han logrado adquirir mayores recursos educativos, para los servicios o departamentos médicos. La Facultad de Medicina cuenta con el Instituto de Investigaciones Médicas que ofrece todo tipo de apoyo a los grupos en investigación, de forma que se complementen esfuerzos desde las especialidades en procura de liderar procesos investigativos que redunden en el desarrollo tecnológico y científico. Sin embargo, se percibe un marcado desinterés por el desarrollo de la investigación de parte de los residentes, ellos prefieren ser consumidores de la literatura y apropiarse de la tecnología ya existente, aspecto que debe repensarse porque los jóvenes de hoy, cuentan con mayores herramientas para el dominio tecnológico y no pueden quedarse solo recibiendo lo existente, sino ser más activos en propuestas investigativas que validen los desarrollos médicos y sirvan para el mejoramiento del ejercicio de la medicina especializada.

Por otro lado, existen recursos pedagógicos básicos para el desarrollo de la docencia, hay profesores comprometidos con la misma y la ejercen cabalmente. Esto, se evidencia en el apoyo permanente que ofrecen en la preocupación por que los residentes se apropien de conocimientos y herramientas que les permita un mejor desarrollo de sus competencias. Sin embargo, en otros es evidente la falta de competencias pedagógicas que se refleja en el trato hostil con el residente, en la verticalidad para dar orientaciones educativas; aunque existe un programa de apoyo pedagógico, son pocos los profesores de las especialidades que participan del mismo.

En síntesis se puede afirmar que el conocimiento no puede verse como la sumatoria de contenidos. Por el contrario, es una construcción subjetiva, que más que hallarse en documentos y en el afuera es algo que habita a los residentes y maestros en su ser y hacer.

En la formación del especialista médico, se encuentra que los escenarios pedagógicos están ligados a los espacios de rotación y por tanto de práctica, pero esto no puede entenderse como que dichos escenarios sean propicios o no para enfoque constructivista por parte de los profesores. Se requiere de una toma de conciencia de las implicaciones de la práctica pedagógica en el proceso formativo de los estudiantes. Todavía muchas de las estrategias didácticas encontradas en los escenarios de formación en posgrado, enfatizan en la adquisición de información. Razón, por la que es necesario superar este nivel informativo y alcanzar otros como el de comunicación, el de producción de conocimiento y el de exhibición de los logros alcanzados.

5.2. Investigación Cuantitativa

La interpretación cuantitativa tiene su fundamento en el análisis de los resultados derivados de los datos cuantitativos que arrojaron los cuestionarios aplicados a profesores-jefes y residentes de las especialidades médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Se busca en este espacio correlacionar los hallazgos cuantitativos con aquellos cualitativos que sean pertinentes, con el fin de articular las dos miradas investigativas desde el marco de la educación médica en especialidades clínicas y quirúrgicas y con la perspectiva de la fundamentación teórica de la investigación. En el siguiente gráfico representa lo aquí señalado:



Figura 27. Triangulación de Fuentes. Construcción Propia

Estrategias didácticas comunes y específicas utilizadas en Educación Médica de Especialidades Clínicas y Quirúrgicas

El análisis y la interpretación del siguiente cuadro, da respuesta a los objetivos específicos 1, 2 del primer objetivo general, de esta manera se identifican las estrategias didácticas comunes y específicas en las especialidades clínicas y quirúrgicas, y se

interpretan las representaciones sociales de profesores, residentes, directivos y egresados con respecto al enfoque didáctico en el proceso de formación médica en las especialidades Clínicas y Quirúrgicas.

Tabla 15.

Cuadro de Estrategias Didácticas. Construcción Propia

			Comunicativa						Diagnosticar						Propositiva					
Estrategia	Categoría	N	No	%	Si	%	Total	Valor p*	No	%	Si	%	Total	Valor p*	No	%	Si	%	Total	Valor p*
Práctica Guiada	Clínica	539	155	40	228	60	383	<0,001	118	31	265	69	383	0,474	193	50	190	50	383	0,001
	Quirúrgica		90	58	66	42	156		53	34	103	66	156		104	67	52	33	156	
	Total		245	45	294	55	539		171	32	368	68	539		297	55	242	45	539	
Simulaciones	Clínica	539	299	78	84	22	383	,121	235	61	148	39	383	,108	270	70	113	30	383	,031
	Quirúrgica		112	72	44	28	156		84	54	72	46	156		95	61	61	39	156	
	Total		411	76	128	24	539		319	59	220	41	539		365	68	174	32	539	
Estudios de Casos	Clínica	539	216	56	167	44	383	,105	88	23	295	77	383	<0,001	144	38	239	62	383	,074
	Quirúrgica		76	49	80	51	156		73	47	83	53	156		46	29	110	71	156	
	Total		292	54	247	46	539		161	30	378	70	539		190	35	349	65	539	
Taller Didáctico	Clínica	539	289	75	94	25	383	,316	260	68	123	32	383	,138	224	58	159	42	383	,605
	Quirúrgica		124	79	32	21	156		116	74	40	26	156		95	61	61	39	156	
	Total		413	77	126	23	539		376	70	163	30	539		319	59	220	41	539	
Seminario	Clínica	539	183	48	200	52	383	,158	215	56	168	44	383	,066	238	62	144	38	382	,595
	Quirúrgica		85	54	71	46	156		101	65	55	35	156		101	65	55	35	156	
	Total		268	50	271	50	539		316	59	223	41	539		339	63	199	37	538	
Aprendizaje Basado en Problema A.B.P	Clínica	539	248	65	135	35	383	,672	237	62	146	38	383	,006	182	48	201	52	383	<0,001
	Quirúrgica		104	67	52	33	156		116	74	40	26	156		109	70	47	30	156	
	Total		352	65	187	35	539		353	65	186	35	539		291	54	248	46	539	
Participación en Grupos de Investigación	Clínica	539	328	86	55	14	383	,090	343	90	40	10	383	,222	276	72	107	28	383	,023
	Quirúrgica		142	91	14	9	156		145	93	11	7	156		127	81	29	19	156	
	Total		470	87	69	13	539		488	91	51	9	539		403	75	136	25	539	
CPC	Clínica	539	317	83	66	17	383	,008	237	62	146	38	383	<0,001	301	79	82	21	383	<0,001

			Comunicativa					Diagnosticar					Propositiva							
Estrategia	Categoría	N	No	%	Si	%	Total	Valor p*	No	%	Si	%	Total	Valor p*	No	%	Si	%	Total	Valor p*
	Quirúrgica		143	92	13	8	156		138	88	18	12	156		146	94	10	6	156	
	Total		460	85	79	15	539		375	70	164	30	539		447	83	92	17	539	
Telemática	Clínica	539	324	85	59	15	383	,014	325	85	58	15	383	<0,001	327	85	56	15	383	,002
	Quirúrgica		118	76	38	24	156		150	96	6	4	156		148	95	8	5	156	
	Total		442	82	97	18	539		475	88	64	12	539		475	88	64	12	539	
Ronda Clínica	Clínica	539	146	38	237	62	383	<0,001	136	36	247	64	383	0,229	176	46	207	54	383	0,654
	Quirúrgica		101	65	55	35	156		64	41	92	59	156		75	48	81	52	156	
	Total		247	46	292	54	539		200	37	339	63	539		251	47	288	53	539	
Simposio	Clínica	539	272	71	111	29	383	<0,001	307	80	76	20	383	0,137	285	74	98	26	383	0,094
	Quirúrgica		134	86	22	14	156		116	74	40	26	156		105	67	51	33	156	
	Total		406	75	133	25	539		423	78	116	22	539		390	72	149	28	539	
Prácticas de Laboratorio	Clínica	539	365	95	18	5	383	,031	336	88	47	12	383	,045	351	92	32	8	383	,116
	Quirúrgica		141	90	15	10	156		146	94	10	6	156		149	96	7	4	156	
	Total		506	94	33	6	539		482	89	57	11	539		500	93	39	7	539	
Visita Domiciliaria Familiar	Clínica	539	356	93	27	7	383	,159	356	93	27	7	383	,019	368	96	15	4	383	,692
	Quirúrgica		150	96	6	4	156		153	98	3	2	156		151	97	5	3	156	
	Total		506	94	33	6	539		509	94	30	6	539		519	96	20	4	539	
Demostraciones	Clínica	539	320	84	63	16	383	,498	341	89	42	11	383	,307	339	89	44	11	383	,280
	Quirúrgica		134	86	22	14	156		134	86	22	14	156		143	92	13	8	156	
	Total		454	84	85	16	539		475	88	64	12	539		482	89	57	11	539	
Club de Revista	Clínica	539	203	53	180	47	383	,018	329	86	54	14	383	,259	290	76	93	24	383	,009
	Quirúrgica		100	64	56	36	156		128	82	28	18	156		134	86	22	14	156	
	Total		303	56	236	44	539		457	85	82	15	539		424	79	115	21	539	

			Rehabilitar						Investigativa						Trabajar en Equipo						Ética					
Estrategia	Categoría	N	No	%	Si	%	Total	Valor p*	No	%	Si	%	Total	Valor p*	No	%	Si	%	Total	Valor p*	No	%	Si	%	Total	Valor p*
Práctica Guiada	Clínica	539	178	46	205	54	383	<0,001	287	75	96	25	383	0,023	220	57	163	43	383	0,003	158	41	225	59	383	<0,001
	Quirúrgica		103	66	53	34	156		131	72	52	28	183		111	71	45	29	156		93	60	63	40	156	
	Total		281	52	258	48	539		418	74	148	26	566		331	61	208	39	539		251	47	288	53	539	
Simulaciones	Clínica	539	270	70	113	30	383	,004	348	91	35	9	383	,200	265	69	118	31	383	,455	281	73	102	27	383	,183
	Quirúrgica		90	58	66	42	156		136	87	20	13	156		113	72	43	28	156		123	79	33	21	156	
	Total		360	67	179	33	539		484	90	55	10	539		378	70	161	30	539		404	75	135	25	539	
Estudios de Casos	Clínica	539	213	56	170	44	383	,236	220	57	163	43	383	,153	242	63	141	37	383	,028	177	46	206	54	383	,004
	Quirúrgica		78	50	78	50	156		100	64	56	36	156		114	73	42	27	156		51	33	105	67	156	
	Total		291	54	248	46	539		320	59	219	41	539		356	66	183	34	539		228	42	311	58	539	
Taller Didáctico	Clínica	539	240	63	143	37	383	,602	296	77	87	23	383	,015	222	58	161	42	383	,010	303	79	80	21	383	,011
	Quirúrgica		94	60	62	40	156		135	87	21	13	156		109	70	47	30	156		138	88	18	12	156	
	Total		334	62	205	38	539		431	80	108	20	539		331	61	208	39	539		441	82	98	18	539	
Seminario	Clínica	539	262	68	121	32	383	,357	244	64	139	36	383	,131	260	68	123	32	383	,182	286	75	97	25	383	,937
	Quirúrgica		113	72	43	28	156		110	71	46	29	156		115	74	41	26	156		117	75	39	25	156	
	Total		375	70	164	30	539		354	66	185	34	539		375	70	164	30	539		403	75	136	25	539	
Aprendizaje Basado en Problema A.B.P	Clínica	539	257	67	126	33	383	<0,001	250	65	133	35	383	,108	211	55	172	45	383	,001	254	66	129	34	383	,716
	Quirúrgica		134	86	22	14	156		113	72	43	28	156		111	71	45	29	156		106	68	50	32	156	
	Total		391	73	148	27	539		363	67	176	33	539		322	60	217	40	539		360	67	179	33	539	
Participación en Grupos de Investigación	Clínica	539	350	91	33	9	383	,725	89	23	294	77	383	,781	212	55	171	45	383	,297	319	83	64	17	383	,040
	Quirúrgica		144	92	12	8	156		38	24	118	76	156		94	60	62	40	156		118	76	38	24	156	
	Total		494	92	45	8	539		127	24	412	76	539		306	57	233	43	539		437	81	102	19	539	
CPC	Clínica	539	352	92	31	8	383	,003	281	73	102	27	383	<0,001	312	81	71	19	383	<0,001	314	82	69	18	383	,002
	Quirúrgica		154	99	2	1	156		145	93	11	7	156		148	95	8	5	156		144	92	12	8	156	
	Total		506	94	33	6	539		426	79	113	21	539		460	85	79	15	539		458	85	81	15	539	

			Rehabilitar					Investigativa					Trabajar en Equipo					Ética								
Estrategia	Categoría	N	No	%	Si	%	Total	Valor p*	No	%	Si	%	Total	Valor p*	No	%	Si	%	Total	Valor p*	No	%	Si	%	Total	Valor p*
Telemática	Clínica	539	324	85	59	15	383	,151	367	96	16	4	383	,627	348	91	35	9	383	,068	308	80	75	20	383	,009
	Quirúrgica		124	79	32	21	156		148	95	8	5	156		149	96	7	4	156		140	90	16	10	156	
	Total		448	83	91	17	539		515	96	24	4	539		497	92	42	8	539		448	83	91	17	539	
Ronda Clínica	Clínica	539	197	51	186	49	383	0,436	310	81	73	19	383	0,054	162	42	221	58	383	0,725	187	49	196	51	383	0,184
	Quirúrgica		86	55	70	45	156		137	88	19	12	156		63	41	92	59	155		86	55	70	45	156	
	Total		283	53	256	47	539		447	83	92	17	539		225	42	313	58	538		273	51	266	49	539	
Simposio	Clínica	539	314	82	69	18	383	0,985	289	75	94	25	383	0,02	325	85	58	15	383	<0,001	326	85	57	15	383	0,035
	Quirúrgica		128	82	28	18	156		132	85	24	15	156		108	69	48	31	156		121	78	35	22	156	
	Total		442	82	97	18	539		421	78	118	22	539		433	80	106	20	539		447	83	92	17	539	
Prácticas de Laboratorio	Clínica	539	364	95	19	5	383	,701	305	80	78	20	383	,237	331	86	52	14	383	,292	354	92	29	8	383	,004
	Quirúrgica		147	94	9	6	156		117	75	39	25	156		140	90	16	10	156		154	99	2	1	156	
	Total		511	95	28	5	539		422	78	117	22	539		471	87	68	13	539		508	94	31	6	539	
Visita Domiciliaria Familiar	Clínica	539	301	79	82	21	383	<0,001	368	96	15	4	383	,113	341	89	42	11	383	,004	302	79	81	21	383	<0,001
	Quirúrgica		147	94	9	6	156		154	99	2	1	156		151	97	5	3	156		147	94	9	6	156	
	Total		448	83	91	17	539		522	97	17	3	539		492	91	47	9	539		449	83	90	17	539	
Demostraciones	Clínica	539	290	76	93	24	383	,053	364	95	19	5	383	,577	337	88	46	12	383	,507	323	84	60	16	383	,102
	Quirúrgica		130	83	26	17	156		150	96	6	4	156		134	86	22	14	156		140	90	16	10	156	
	Total		420	78	119	22	539		514	95	25	5	539		471	87	68	13	539		463	86	76	14	539	
Club de Revista	Clínica	539	322	84	61	16	383	,452	159	42	224	58	383	,013	321	84	62	16	383	,076	345	90	38	10	383	,734
	Quirúrgica		127	81	29	19	156		83	53	73	47	156		140	90	16	10	156		139	89	17	11	156	
	Total		449	83	90	17	539		242	45	297	55	539		461	86	78	14	539		484	90	55	10	539	

Un primer hallazgo en la interpretación del análisis de las estrategias didácticas utilizadas en la educación médica de las especialidades clínicas y quirúrgicas fue que algunas actividades y escenarios educativos calificados por los profesores y residentes como estrategias didácticas, desde el punto de vista pedagógico no se comportaban como tales, sino como eslabones que hacen parte de todas las estrategias y escenarios donde se pueden desarrollar las mismas.

A pesar de que cuando se hizo la selección de las estrategias didácticas privilegiadas en la educación médica de especialidades, surgieron la práctica guiada y la participación en grupos de investigación como estrategias desde la concepción de los profesores, no obstante en los datos arrojados y en la interpretación del análisis de los mismos es claro que tanto la práctica guiada como la participación en grupos de investigación son herramientas utilizadas en las estrategias didácticas para el desarrollo de las competencias como comunicar, diagnosticar, rehabilitar y ética, probablemente porque es usada en todas las actividades académicas, o sea que es una práctica con la cual el profesor está familiarizado desde su formación y en la cotidianidad de su ejercicio docente.

La Investigación como un fundamento curricular debe desarrollarse como una competencia del estudiante de especialidades clínicas y quirúrgica potenciada e integrada en la aplicación de todas las estrategias didácticas, pero en el momento actual de la Facultad no se debe concebir como una estrategia didáctica en sí misma, porque lo pertinente es su desarrollo como competencia. Sin embargo, cuando la investigación esté completamente incorporada al quehacer

de los protagonistas de la formación en posgrado debe posibilitar en sí misma el desarrollo de otras competencias.

La investigación mostró una tendencia negativa (63% de profesores y residentes no la usan) probablemente porque no se ha apropiado como una competencia transversal que se potencia a través de múltiples estrategias didácticas y en las diferentes actividades educativas. Tanto profesores como residentes consideran que la investigación es un momento en el proceso académico del residente, lo asumen como un espacio curricular que se debe cursar para aprobar un requisito, pero falta conciencia de la necesidad de desarrollarlo como una competencia esencial en el perfil del profesional especialista médico.

“La investigación en el programa es transcurricular y todos los semestres se hacen ejercicios de investigación, como lectura crítica...Pero que tuvieran la disciplina de sentarse a escribir un texto científico esporádico, como parte de sus requisitos de grado eso no estaba, y se ha estado implementando en los últimos 3 o 4 años y ha sido muy provechoso”. (Entrevista Semiestructurada Grupo Focal Jefes y Directivos 2, Lineas. 64:72)

“falta la toma de conciencia y el desarrollo de producción científica. Así como competencias personales desde la formación integral y el ejercicio ético de su profesión. (Entrevista Semiestructurada Profesores 3, Lineas.38:45)

Tanto la práctica guiada, como la investigación son más o menos utilizadas en cada especialidad según las necesidades de la competencia a desarrollar. Al comparar la opinión de residentes y profesores en el uso de la práctica guiada se encontró que era utilizada en más del

90% de los casos tanto en las especialidades clínicas como en las quirúrgicas. Siendo en las clínicas más importante para los profesores en un 90.3% mientras que para los residentes es de 67.3% con una diferencia estadísticamente significativo $P < 0.001$, lo cual puede evidenciar que los residentes de las clínicas se sienten menos acompañados durante su proceso formativo. En las quirúrgicas los profesores afirman que hacen este acompañamiento en el 87.3% y los residentes afirman que sus profesores hacen práctica guiada en un 94%, posiblemente porque en el quirófano la práctica se realiza bajo la supervisión directa, siendo esto un aprendizaje más mediado.

Es claro que algunas especialidades por su naturaleza tienen espacios de aprendizaje propios y exclusivos como por ejemplo el laboratorio en patología, los escenarios deportivos en medicina deportiva y el quirófano para los cirujanos. Este hallazgo refuerza el desarrollo de competencias con base en situaciones problemáticas que exigen activación de un pensamiento complejo de forma independiente de cualquier escenario de aprendizaje, a pesar de que el escenario facilita la adquisición de habilidades y destrezas, es por eso que un estudiante de radiología aprende a diagnosticar en una sala de radiología y un internista en un consultorio, sin que esto signifique que el consultorio sea exclusivo de los internistas, ni la sala de rayos x exclusiva de los radiólogos en un ejercicio clínico tutorial y colaborativo de la práctica médica humanizada y contextualizada que se da en un diálogo permanente entre el profesor, el paciente y el residente.

En este sentido las prácticas de laboratorio solo son valoradas en aproximadamente el 10% de la población encuestada, lo que hace pensar que este porcentaje corresponde a una especialidad

como Patología. Esto da certeza para afirmar que el laboratorio es un espacio de esta especialidad, de ahí que solo los residentes y profesores de este campo disciplinar la valoran como significativa en el desarrollo de competencias.

“Muchas veces es un hospital de alta complejidad, y aunque dentro del mismo existen aulas grandes y chicas para generar espacios tradicionales de enseñanza aprendizaje, también se produce constantemente en los pasajes de sala (cuando se recorren todas las camas donde están internados los pacientes y se cuentan sus enfermedades, así como las actualizaciones diarias de sus progresos), en las salas de guardia, en los mismos pasillos del hospital, en la cafetería y en todo encuentro entre los médicos experimentados y los que recién comienzan a andar el camino de la formación, hasta podríamos decir actualmente que se puede generar en un chateo, una llamada telefónica o en una teleconferencia de expertos”. (Hurvitz, M. 2011, p. 25)

De aquí la importancia de hacer conciencia desde la docencia que cada vez que se interactúa con el residente se está modelando en él actitudes, comportamientos, habilidades y competencias de manera formal o informal en la cotidianidad de cualquier espacio que con intencionalidad se le otorgue el carácter de formativo.

Después de hacer un análisis e interpretación minuciosa de los datos arrojados, se encuentra que las estrategias didácticas son comunes tanto a la especialidades clínico como a las quirúrgicas variando únicamente la proporción de uso de cada una de ellas de acuerdo con las especificidades y necesidades de cada disciplina.

En las entrevistas y grupos focales que se realizaron a las diferentes audiencias se encontraron afirmaciones que soportan los hallazgos cuantitativos, tales como:

“Las estrategias didácticas que se utilizan tanto en las clínicas como en las quirúrgicas son absolutamente iguales porque la parte clínica es igual.” (Entrevista Semiestructurada Profesores 4, líneas 129:132)

“Tienen trabajo interdisciplinario con muchas especialidades.” (Entrevista Semiestructurada Grupo Focal Residentes 1, líneas, 13:12)

“Se realizan seminarios, club de revistas, reunión de casos, complicaciones, presentación de temas. En cada uno de estos espacios se pretende que el residente asuma con criterio clínico... mejores elementos tanto teóricos como prácticos del ejercicio de su profesión.” (Entrevista Semiestructurada Profesores 3, líneas, 48:51)

“Las actividades académicas frecuentes tales como el desarrollo de exposiciones de alta exigencia, clubes de revistas, casos clínicos, debate con compañeros y docentes, etc. En general el mayor beneficio se obtuvo en las actividades grupales de análisis y controversia, siempre con el acompañamiento de docentes expertos en los temas tratados.” (Entrevista Autoaplicada Egresados 19, líneas, 55:59)

Cuando se analiza en forma independiente el uso de las estrategias didácticas en la educación de las especialidades clínicas y quirúrgicas, se encuentra que en general se hace necesario retomar lo que el profesor Zabalza expone como esencial de re-crear para hacer posible un ambiente educativo que vaya más allá de la utilización de estrategias de forma mecánica y tomar conciencia de la pertinencia para la formación de competencias.

“Se necesita reactualizar muchos de los principios pedagógicos de la educación superior bien conocidos pero que el paso del tiempo y la consolidación de ciertas rutinas docentes habían desdibujado. Podríamos decir que, en el fondo, se trata, básicamente, de volver a los principios generales de una docencia centrada en el aprendizaje y en la cual el proceso formativo esté orientado no a la mera acumulación de conocimientos sino al desarrollo y afianzamiento de competencias profesionales”. (Zabalza, 2008, p. 84.)

Desde esta mirada se pueden valorar los siguientes hallazgos que caracterizan la aplicación de las estrategias didácticas y su impacto para la formación de competencias.

La tendencia al uso de la estrategia de simulación es de 16.5% en general, tanto para clínicos como para los quirúrgicos y, en opinión de profesores y residentes en más de un 60% de los casos, no desarrolla ninguna de las competencias propuestas. Pero, cuando se hace diferencia por especialidad se encuentra que las especialidades quirúrgicas la aprecian más como estrategia para desarrollar competencias que las especialidades clínicas. Esta diferencia se debe a que las especialidades quirúrgicas han tenido mayor acercamiento a los instrumentos de simulación, marcado por el desarrollo tecnológico.

La experiencia de la aplicación de la simulación en otros contextos educativos permite afirmar que:

“El entrenamiento basado en la simulación permite corregir la falta de experiencia clínica y los fallos en la coordinación del equipo de profesionales. Es una formación orientada hacia el que aprende, teniendo en cuenta sus necesidades y su ritmo individual. La enseñanza basada en las simulaciones permite el aprendizaje de experiencias prácticas en diferentes tipos de entornos, desde los más simples a los más complejos, desde los más habituales a los poco comunes”. (Palés Argullós & Gomar Sancho, 2010, p. 152

Además, se pone en evidencia el desconocimiento de profesores y estudiantes del uso de la simulación para el desarrollo de competencias profesionales, y en algunas especialidades la falta de relevo generacional, puesto que algunos profesores ofrecen todo lo que han recibido en su formación pero no amplían su visión con respecto a los cambios que en la medicina, como en los otros campos de desarrollo, demanda la globalización y los avances tecnológicos. “Actualmente

nadie discute que un profesor debe utilizar con naturalidad y asiduidad medios audiovisuales o Internet para la enseñanza. De la misma manera debería ser indiscutible que un profesor de ciencias de la salud supiera utilizar con naturalidad la simulación.” (Palés Argullós & Gomar Sancho, 2010, p. 161)

En las entrevistas y grupos focales con todas las audiencias se afirma que:

“La mayoría de sitios en el mundo y facultades importantes están utilizando los escenarios de simulación y eso nos hace falta. El centro de simulación está, pero lo que falta es un interés de los docentes para plantearse ese tipo de estrategias o metodología de enseñanza.” (Entrevista Semiestructurada Grupo Focal Residentes 1, líneas 13:52)

“La facultad tiene también estrategias que permiten adquirir habilidades como el centro de simulación. Pero, los residentes llegan con ganas de tratar con los pacientes, y no quieren quedarse en el proceso de formación con la simulación para después aplicarlo con éstos.” (Entrevista Semiestructurada Profesores 4, líneas, 123:128)

“La resistencia es de meterme como profesor que nunca ha estado en simulación, el temor de que esto no me cubra las verdaderas necesidades que tiene la comunidad o el paciente, y el temor frente a una nueva estrategia pedagógica.” (Entrevista Semiestructurada Grupo Focal Jefes y Directivos 1, líneas, 324:340) “Se requieren profesores entrenados en simulación, ampliar bases de datos digital, el entrenamiento en docencia para residentes.” (Entrevista Autoaplicada Egresados 17, líneas, 116:122)

Con relación al reto tecnológico para la formación médica en especialidades se puede afirmar que: lo deseable en el momento actual, sería entonces el poder ofrecer al estudiante, todo un repertorio, lo más amplio posible de modelos desarrollados tecnológicamente que le proporcionen elementos para estructurar un conocimiento básico. Esto significaría una ventaja indiscutible en comparación con otras épocas. Sin embargo, no se puede olvidar que la vida – y por ende la enfermedad- son muchas más ricas y presentan muchas más variables que las que se contemplan en los libros o en los modelos computarizados o virtuales. Al fin de cuentas persiste la estructura diádica de la medicina: un paciente con una necesidad y un médico que siempre está aumentando su capacidad para ofrecerle remedio (Ramos de Viesca, 2006).

Además de lo anterior se puede contemplar otro escenario propicio para la simulación desde el análisis de casos clínicos en los cuales se acude a actores de teatro con el fin de simular los diferentes casos y facilitar así mejoras en la comunicación en los estudiantes, sin intentar en ningún momento sustituir al paciente (Nestel, Muir, & Marilyn, 2002).

Al parecer esta modalidad tampoco ha sido contemplada en las audiencias consultadas y puede resultar un espacio de aprendizaje altamente significativo. En palabras del Doctor Venturelli esta técnica se denomina experiencia clínica observada.

En el resultado de las encuestas el estudio de casos es una estrategia que desde el análisis pedagógico- didáctico permite el desarrollo de todas las competencias propuestas. Esta estrategia es más valorada por los quirúrgicos para el desarrollo de competencias como comunicación (51%) y para rehabilitar (50%) y apreciada tanto por clínicos como por

quirúrgicos para el desarrollo de las competencias en el que el estudiante diagnostica (clínicos 77% y quirúrgicos 53%), propone (clínicos 62% y quirúrgicos 71%) y es ético (clínicos 54% y quirúrgicos 67%). El resultado del desarrollo de la competencia ética, evidencia una diferencia estadísticamente significativa ($P < 0.004$) entre clínicos y quirúrgicos, la posibilidad de mayor desarrollo ético entre los quirúrgicos obedece probablemente a que en estas especialidades se maneja el consentimiento informado en todas las actividades. Preocupa que los participantes no tengan una comprensión de la ética en toda su complejidad, sino que la reducen a un protocolo. Es necesario enfatizar en la importancia de hacer mayor mediación pedagógica para el desarrollo de la ética reflejada en todo acto comunicativo del residente en relación con profesores, pacientes, profesionales paramédicos y en su cotidianidad.

Según profesores y residentes la competencia investigativa no se logra en un 60%, ni el trabajo en equipo en un 66% con el estudio de caso. Esto se debe a que, tanto en los profesores como en los residentes, el desarrollo de las competencias es un resultado esperado con el uso de cualquier estrategia, pero no es un resultado mediado con una acción pedagógica consciente e intencionada para el desarrollo de una competencia específica con una estrategia determinada.

En general el uso del estudio de caso para el desarrollo de las competencias tanto para clínicos como para quirúrgicos es del 63% , evidenciándose una diferencia estadísticamente significativa ($P < 0.001$) entre los docentes (clínicos: 59%, quirúrgicos: 44%) y los residentes (Clínicos 73% y quirúrgicos 70%). Porque los residentes hacen una investigación de cada caso y consideran que

el caso pertenece a quien lo presenta, perdiéndose como estrategia didáctica específica en el rol del profesor desde la enseñanza y en el rol del residente desde el aprendizaje.

“Los análisis de casos clínicos de pacientes difíciles que llegan al San Vicente para una reunión de decisiones, son actividades de las que yo aprendí muchísimo porque en dermatología hay muchas enfermedades raras y con muy baja frecuencia que si acaso se ven uno o dos en la vida y que acá llegan por ser un hospital de referencia y que permite que uno conozca sus casos.” (Entrevista Semiestructurada Grupo Focal Egresados 1, líneas, 290:295)

Al respecto del análisis de casos Edith Litwin (2008) afirmaba que:

“(…) enseñar mediante el estudio y análisis de casos nos ofrece una estrategia novedosa e interesante para el tratamiento de temas y problemas del currículo. Si los casos son bien seleccionados, seguramente se verá favorecida la comprensión del tema que los mismos encierran. Los casos nos ayudan a conocer pero también constituyen por si mismos conocimiento. Casos bien seleccionados o contruidos nos permiten tratar temas que por su complejidad difícilmente nos atreveríamos a abordar. Además despiertan el interés personal de profesores y alumnos, y pueden ser invitaciones para seguir pensando, para fortalecer el recuerdo y suscitar si el tema lo solicita- la emoción (...).” (2008, p. 94)

El taller didáctico como estrategia es considerada por clínicos y quirúrgicos como poco útil para desarrollar las competencias comunicar en un 77%, para diagnosticar en un 70%, proponer en el 59%, para rehabilitar en el 62%, investigar en el 80%, para trabajar en equipo 62% y la ética en el 82%. Se considera que este resultado obedece a que la estrategia no solo no es frecuentemente utilizada en las especialidades médicas, sino probablemente innecesaria para el desarrollo de las competencias en este nivel de formación, por el privilegio de estrategias

didácticas que favorezcan el contacto directo con el paciente y esto mismo sucede con la estrategia didáctica ABP que es la más privilegiada en la formación médica de grado.

El seminario es apreciado por clínicos y quirúrgicos para desarrollar la competencia comunicativa en un 50%. En general esta estrategia es utilizada en el 75% de los casos en la formación de especialidades médicas, no obstante en la opinión de más del 60% de los encuestados las demás competencias no se desarrollan. Esta percepción se da probablemente por la falta de conciencia en la intencionalidad de la estrategia para el desarrollo de las competencias puesto que su uso obedece a la tradición de la misma dentro de la educación médica. Sin embargo su valor formativo es tan alto, tanto para los profesores como para los residentes, que es necesario que reconozcan su pertinencia para el desarrollo de competencias, “con los seminarios nosotros podemos identificar el nivel de lenguaje y de comunicación de los estudiantes y hacer una recomendación pertinente en este sentido.” (Entrevista Semiestructurada Profesores 8, líneas, 53:55)

La estrategia del Caso Patológico Clínico (CPC) tanto especialistas clínicos como quirúrgicos afirman que el CPC no potencia el desarrollo de ninguna competencia en más del 70% de los encuestados y hay una diferencia estadísticamente significativa en su uso ($p < 0.001$) entre los clínicos y los quirúrgicos apreciándose como menos útil para los quirúrgicos. Esta diferencia se debe probablemente a que el CPC nació hace más de 50 años en el departamento de medicina interna y los clínicos han sido los promotores de la misma. ¿Por qué entonces no la encuentran útil y sin embargo la aprecian?, probablemente la respuesta se encuentre en el concepto que cada

una de las audiencias tiene de cada competencia que se requiere desarrollar, porque si el concepto no es claro, la aplicación del mismo puede no ser pertinente. En el CPC un residente de medicina interna presenta un caso clínico de un paciente fallecido, del que previamente ha realizado un estudio minucioso apoyado en la literatura y propone un posible diagnóstico; toda la audiencia de estudiantes de pregrado y posgrado, y profesores pueden participar y opinar al respecto y finalmente el profesor de patología con sus residentes expone los hallazgos patológicos que determinan la causa de muerte del paciente.

Lo anterior explica que en el 85% de los encuestados tanto profesores como residentes consideran que el CPC no potencia el desarrollo de ninguna competencia, ni siquiera el trabajo en equipo, la comunicación y la investigación esenciales para su desarrollo. Probablemente una actividad académica rutinaria no permite visualizar sus posibilidades, ni su impacto en la formación de competencias, deja de ser una estrategia didáctica para convertirse simplemente en una actividad. En esta estrategia se necesitan profesores con liderazgo para que no pierda su valor formativo y potencie sus posibilidades pedagógicas y didácticas en la formación de médicos especialistas. Puesto que es de alto contenido interdisciplinar, y puede además desarrollar las competencias señaladas, así como sintetizar y transferir conocimientos de estos casos a problemas de salud similares.

La estrategia didáctica de la Telemática es percibida por clínicos y quirúrgicos como poco apropiada en un porcentaje mayor al 82% para el desarrollo de competencias específicas y genéricas, razón por la cual no la aplican en su práctica educativa, probablemente porque es

relativamente nueva en la Facultad. Esta permite realizar en tiempo real una consulta televisiva posibilitando la llegada de la opinión especializada a las regiones marginadas, con una proyección social muy importante. No se utiliza por el temor a lo nuevo, al cambio, al uso tecnológico del recurso.

“Hemos fallado un poco como departamento en la estrategia de Telemática, que se abrió hace cerca de un año y medio, y habíamos quedado de implementar atención por Telemática y no se ha hecho. Es un aspecto que se ha ido relegando en el tiempo y que se podría aprovechar ya que es una estrategia innovadora.” (Entrevista Semiestructurada Grupo Focal Residentes 1, líneas, 361:364)

La estrategia didáctica de la Telemática enriquece las otras estrategias utilizadas en educación médica mediante el uso de las tecnologías de la comunicación y la información, superando las barreras geográficas y posibilitando el acceso de las poblaciones menos favorecidas a la atención especializada al tiempo que humaniza al estudiante contribuyendo a su formación integral que es una característica fundamental del perfil del especialista de la Facultad de Medicina. Por lo anterior permite un aprendizaje significativo, con pertinencia social y académica, e innovador para la formación de competencias.

“En cuanto a las estrategias de docencia creo que hay más necesidad de vincular las estrategias de comunicación actual y de herramienta virtuales ya que son muy útiles. Hoy en día uno puede ser formado de muchas partes y ser mucho más integral en esa parte. Acá en medicina interna y medicina vascular se ha logrado obtener charlas de videoconferencias de otras universidades pero hace falta explorarlo un poco más acá en la universidad.” (Entrevista Semiestructurada Grupo Focal Jefes y Directivos 4, líneas, 491:495)

La ronda clínica es valorada por clínicos y quirúrgicos como aquella estrategia didáctica que privilegia el desarrollo de la mayoría de las competencias como comunicar, para diagnosticar, proponer, para rehabilitar, trabajar en equipo y ética. En términos generales la tendencia del uso de esta estrategia es del 72% y la única competencia que no ven potenciada por la ronda clínica es la investigativa pues solo le adjudican un valor del 17% para su desarrollo. Aquí es de vital relevancia la actitud del profesor. La aplicación de cada una de las estrategias tiene la impronta de la personalidad e intencionalidad formadora del docente, y es la ronda clínica la estrategia didáctica que más refleja la mediación pedagógica, al retar tanto al profesor como al estudiante a otorgarle al paciente un lugar protagónico como sujeto-objeto de estudio en situación de vulnerabilidad, indispensable para la adquisición del conocimiento y el desarrollo de competencias dentro de una formación integral y humanizada. “La mediación tiene como objetivo construir habilidades en el mediador para lograr su plena autonomía...como una posición humanizadora, positiva. Constructiva y potenciadora en el complejo mundo de la relación educativa” (Tebar Belmonte, 2009, p. 63).

El Simposio es una estrategia que se desarrolla eventualmente durante la formación en las especialidades, por esta razón más del 72% de los encuestados expresan que no es pertinente en el desarrollo de las competencias. No obstante es una estrategia de actualización de conocimientos que abre un espacio formativo significativo por el valor en la circulación de saberes, en la actualización y en la presencia de expertos argumentando sus posturas teóricas y

prácticas. El uso del simposio se encuentra en un 66% cifra que muestra el grado de interés por la actualización disciplinar de los profesores y los residentes.

La visita domiciliaria familiar en más del 83% de los encuestados no fue considerada útil, probablemente porque la estrategia didáctica no es conocida en el equipo de profesores y de estudiantes. La visita domiciliaria debería ser una estrategia común a todas las especialidades, pero por falta de divulgación y de aprendizaje de sus eslabones didácticos se pierde el valor formativo que ésta tiene en la educación médica. Se supone que cuando se es maestro se debe dejar impronta en los estudiantes y esta estrategia debería seguir marcando la importancia del entorno familiar en el proceso de salud y enfermedad del paciente. En el pasado de la formación médica se hacía énfasis en la importancia del médico de familia y ahora, en un mundo globalizado con una práctica médica atomizada en múltiples especialidades y súper-especialidades, vuelve a ser la medicina familiar un principio de re-encuentro del médico con su entorno, su paciente en contexto y su vocación.

“La Visita domiciliaria familiar es una estrategia didáctica que favorece la formación integral...permite una mirada interdisciplinaria, la relación de la teoría con la práctica, la sensibilidad social... favorece la relación médico-paciente... Desarrolla la competencia de aprender a aprender, capacidades comunicativas y de trabajo en equipo...despierta el espíritu investigativo”. (Zuliani, Villegas, Kamburova, & Galindo, 2012, pp. 7-8)

El club de revista es una estrategia didáctica que ha transformado y se ha transformado con la madurez científica e investigativa de las especialidades médicas, es un pilar fundamental de la

profundización disciplinar y del desarrollo de la competencia investigativa, a la vez que facilita la comunicación, la reflexión ética, el autoaprendizaje, la autonomía y por ende el desarrollo del pensamiento crítico, sin embargo llama la atención que en los resultados de las encuestas, sólo un 44% de las audiencias clínicas y quirúrgicas lo consideran útil, con excepción de la competencia investigativa, que puede ser desarrollada con esta estrategia según el 55% de los encuestados.

Esta percepción reducida del valor formativo de la estrategia, obedece en primer lugar a la comprensión imprecisa de lo que significan las competencias y en segundo lugar a que, como las especialidades médicas clínicas y quirúrgicas son en el país equivalentes a maestrías llevadas a cabo por profesionales que se consideran formados, a los médicos se les dificulta la aceptación del rol de aprendices en cualquiera de las estrategias.

En términos generales se encuentra el uso del club de revistas en un 51%, siendo más utilizado por los quirúrgicos (docentes y residentes) que por los clínicos (docentes y residentes). Aspecto que está directamente asociado a las actividades de actualización y búsqueda documentada de avances de las investigaciones en los diferentes temas y estudios disciplinares.

Además, es evidente que las percepciones en la práctica médica están asociadas a aspectos de tipo relacional entre los diferentes estamentos y personal participante.

“Ya no es el médico el que se relaciona con el paciente aportando a esta relación los conocimientos y técnicas que le permiten intervenir; él se presenta ahora como un ‘medio’, un recurso en la relación de los pacientes con la tecnología de la medicina. Del mismo modo puede decirse que los pacientes se han convertido en medios para los médicos en su relación con el conocimiento — la ciencia y los descubrimientos— y medios también en la relación del médico con los engranajes empresariales para el ejercicio de la profesión”. (Schraiber 1998, p. 171)

Es por eso que algunas audiencias participante en este proceso de construcción del conocimiento con un enfoque integral y humano, que es la educación médica consideran que las estrategias didácticas son comunes a las diferentes especialidades y que la potencialidad del desarrollo de competencias la marca el individuo, es decir el proceso formativo que cada persona despliega en la medida en que se va dando forma como profesional especializado.

“Hay estrategias didácticas y aspectos que son comunes a todos. Pienso que el médico independientemente de su grado de formación es un comunicador y es un educador, y esas competencias son independientes de si es clínico o es quirúrgico, o de si es patólogo o radiólogo. Debe saber comunicar las cosas, debe saber motivar, cautivar al paciente para que siga algunas instrucciones, para que sepa su enfermedad, que es lo que tiene, para dónde va, que sepa reconocer sus riesgos, la importancia del tratamiento, que sepa reconocer la importancia de la rehabilitación. Motivar y acompañar en la aceptación, la negación, la depresión, el duelo que pueda tener el paciente con determinados diagnósticos y saber acompañar a ese paciente, y a su familia. Toda esta parte es común a todas las especialidades”. (Entrevista Semiestructurada Grupo Focal Jefes y Directivos 1, líneas, 285:312)

5.2.1. Estrategias didácticas que de acuerdo con profesores y residentes potencian el desarrollo de competencias en Educación Médica de Especialidades Clínicas y Quirúrgicas.

La siguiente interpretación se dirige a dar respuesta al objetivo específico 1, como parte del objetivo general 2, relacionado con el alcance de las competencias genéricas y específicas para el nivel de posgrados en las especialidades médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Para este análisis de datos se cruzaron la percepción de profesores y residentes discriminados por especialidades clínicas y quirúrgicas, quienes determinan en forma consciente cuales son las estrategias más apropiadas para el desarrollo de competencias específicas y genéricas. Se tiene en cuenta la perspectiva de formación de competencias en una dimensión integradora y compleja, en el ámbito de la disciplina y en otros ejes de formación. En acuerdo con el profesor Zabalza (2008): las competencias a desarrollar en la formación se estructuran en torno a dos ejes: el eje que va de lo académico a la vida y la profesión (la conjunción y complementación entre teoría y práctica, entre asimilación de conocimientos y uso de los mismos) y el que va del polo de los aprendizajes más genéricos a los aprendizajes más específicos y especializados. Entre ambos ejes se configuran cuatro grandes espacios de formación que las competencias deben cubrir adecuadamente: las competencias basadas en las disciplinas específicas; las competencias prácticas para la vida y el empleo; las competencias académicas genéricas (que en la convergencia figuran como competencias generales: expresión verbal y escrita, manejo de Tics, organizarse el tiempo, tomar decisiones, etc.) y las competencias personales transferibles (que en la convergencia figuran también como competencias generales que afectan al desarrollo personal

de los sujetos: capacidad crítica, deontología profesional, sensibilidad multicultural, espíritu de colaboración, etc.).

Durante la formación del residente la transferencia de la teoría a la práctica debe ser lo más inmediata posible e ir acompañada de un ejercicio investigativo que conduzca cada vez a complejizar los casos clínicos elevando el grado de reto académico y cognitivo que lleve al residente a utilizar cada vez más capacidades de pensamiento hasta lograr umbrales mayores de autonomía, sin perder el acompañamiento pedagógico del profesor.

“En las profesiones de la salud el objetivo a largo plazo de la práctica de la carrera profesional es un componente importante de la motivación, que se relaciona más estrechamente con las competencias futuras para ser utilizado en la práctica profesional regulada que con el conocimiento y las habilidades para ser adquiridas en el proceso de aprendizaje durante el estudio universitario.” (Campos Sánchez, & otros, 2014, s.p)

La perspectiva holística de las competencias requiere de unas acciones intencionadas de quien aprende y de quien enseña de modo que se logren vincular las actividades y tareas de forma contextualizada y con amplia gama de experiencias significativas que conduzcan al aprendiz a ganar en confianza y adaptación, así como en comprensión del cómo intervenir en los diferentes contextos (Hager & otros, 2002).

En este sentido se evidencia que algunos docentes desde su práctica pedagógica inciden de manera más significativa en esta formación por competencias que otros, y esto está directamente

relacionado con el estilo pedagógico del profesor y con su propia personalidad, razones que obligan a pensar de que en la medida en que se tenga mayor claridad de las intencionalidades formativas de quien enseña, éste puede modelar un estilo que favorezca una relación pedagógica de apertura, de diálogo, de intercambio de saberes y de experiencias que potencian el desarrollo de competencias. Desde las mismas sociedades de educación médica en el mundo (Euskadi, Bilbao, 2006) se resaltan los valores que deben tener los tutores que acompañen el proceso académico de los estudiantes, tales como el respeto, la confianza, la responsabilidad y el diálogo, para lo cual proponen el establecimiento de programa de acompañamiento y formación pedagógica de los docentes, la reflexionan sobre la incorporación de las tecnologías de la información y la comunicación a la práctica médica y a la enseñanza.

En el segundo Congreso de Sociedad de Educación Médica realizado en Euskadi, Bilbao, en octubre de 2006 se mostraron las perspectivas para el cambio en la formación y la práctica médica, la apuesta es poder integrar la complejidad de las competencias, desde el ángulo profesional. En este sentido, es necesario que el énfasis se haga en el trabajo en equipo interdisciplinario, en el desarrollo de capacidades comunicativas, en la toma de decisiones y en aprender a aprender y a autoevaluarse.

Al hacer una primera aproximación se verifica que no hay diferencia estadísticamente significativa entre las audiencias y por esta razón se consolidaron los datos en dos grupos, especialidades clínicas y especialidades quirúrgicas, y para facilitar el manejo de los resultados se presentan categorizados por competencias así:

5.2.1.1. Competencia Comunicativa

Tabla 16.

Competencia Comunicativa. Construcción Propia

Competencia Comunicativa								
Estrategia	Categoría	N	No	%	Si	%	Total	Valor p*
Práctica Guiada	Clínica	539	155	40,47	228	59,53	383	<0.001
	Quirúrgica		90	57,69	66	42,31	156	
	Total		245	45,45	294	54,55	539	
Simulaciones	Clínica	539	299	78,07	84	21,93	383	,121
	Quirúrgica		112	71,79	44	28,21	156	
	Total		411	76,25	128	23,75	539	
Estudios de Casos	Clínica	539	216	56,40	167	44	383	,105
	Quirúrgica		76	48,72	80	51	156	
	Total		292	54,17	247	45,83	539	
Taller Didáctico	Clínica	539	289	75,46	94	24,54	383	,316
	Quirúrgica		124	79,49	32	20,51	156	
	Total		413	76,62	126	23,38	539	
Seminario	Clínica	539	183	47,78	200	52,22	383	,158
	Quirúrgica		85	54,49	71	45,51	156	
	Total		268	49,72	271	50,28	539	
Aprendizaje Basado en Problema A.B.P	Clínica	539	248	64,75	135	35,25	383	,672
	Quirúrgica		104	66,67	52	33,33	156	
	Total		352	65,31	187	34,69	539	
Participación en Grupos de Investigación	Clínica	539	328	85,64	55	14,36	383	,090
	Quirúrgica		142	91,03	14	8,97	156	
	Total		470	87,20	69	12,80	539	
CPC	Clínica	539	317	82,77	66	17,23	383	,008
	Quirúrgica		143	91,67	13	8,33	156	
	Total		460	85,34	79	14,66	539	
Telemática	Clínica	539	324	84,60	59	15,40	383	,014
	Quirúrgica		118	75,64	38	24,36	156	
	Total		442	82,00	97	18,00	539	
Ronda Clínica	Clínica	539	146	38,12	237	61,88	383	<0.001
	Quirúrgica		101	64,74	55	35,26	156	
	Total		247	45,83	292	54,17	539	
Simposio	Clínica	539	272	71,02	111	28,98	383	<0.001
	Quirúrgica		134	85,90	22	14,10	156	
	Total		406	75,32	133	24,68	539	
Prácticas de Laboratorio	Clínica	539	365	95,30	18	4,70	383	,031
	Quirúrgica		141	90,38	15	9,62	156	
	Total		506	93,88	33	6,12	539	
Visita Domiciliaria Familiar	Clínica	539	356	92,95	27	7,05	383	,159
	Quirúrgica		150	96,15	6	3,85	156	
	Total		506	93,88	33	6,12	539	
Demostraciones	Clínica	539	320	83,55	63	16,45	383	,498
	Quirúrgica		134	85,90	22	14,10	156	
	Total		454	84,23	85	15,77	539	
Club de Revista	Clínica	539	203	53,00	180	47,00	383	,018
	Quirúrgica		100	64,10	56	35,90	156	
	Total		303	56,22	236	43,78	539	

Según profesores y residentes el desarrollo de la competencia comunicativa se logra mejor aplicando la estrategia didáctica de la ronda clínica en el 54%, el seminario en el 50%, el estudio de casos en el 46% y el club de revistas en el 43%. Las otras estrategias didácticas en opinión de clínicos y quirúrgicos no potencian el desarrollo de esta competencia.

Al interpretar estos resultados se puede establecer que la ronda clínica, los seminarios, el estudio de casos y los clubes de revista permiten una mayor interacción y comunicación entre profesores y residentes, y en la estrategia ronda clínica la comunicación con los pacientes es fundamental, razón por la cual ésta ocupa el primer lugar en el desarrollo de esta competencia.



Figura 28. Competencia Comunicativa Estrategia Didáctica Más Utilizadas.
Construcción Propia.

En opinión de profesores y residentes algunas competencias no se desarrollan con el uso de las estrategias didácticas indagadas. Esto puede ser la consecuencia del desconocimiento de las posibilidades pedagógicas que ofrece la estrategia, la falta de conocimiento y apropiación de la misma, la incapacidad de traducir las competencias al acto médico en cualquier escenario en el que se realice, ya sea un consultorio, una sala de quirófano, una sala de hospitalización, una unidad clínica especializada, una sala de simulación o un laboratorio.

En cuanto a las estrategias menos utilizadas podemos inferir que no solo es la estrategia misma la que no permite el desarrollo de la competencia comunicativa, sino que existen otras razones para estos resultados tales como el preconceito que tienen algunos profesores y residentes de las estrategias didácticas y el desconocimiento de algunas otras por las especialidades como es el caso de la visita domiciliaria.

La investigación mostró que la comprensión reducida del concepto de la competencia comunicativa, además de la ética y la bioética para algunos profesores y residentes, influyen para que en la práctica no se potencie su desarrollo de forma intencionada, sino que se continúe transmitiéndose un legado de conocimiento en forma apropiada pero no planeada porque se considera que estas competencias no son de la pertinencia de la disciplina sino que los residentes ya deben haberse apropiado de ellas y es una tarea concluida, alejándose de la comprensión de la formación como un proceso integral y permanente.

Los médicos no saben hablar con sus pacientes, no logran dar la información que se requiere ni saben lidiar con sus propias emociones cuando se trata de problemas dramáticos y/o éticos. “De allí que los programas de comunicación en las profesiones de la salud van más allá de los conceptos tradicionales de semiología. El saber comunicarse debe ser tomado con seriedad”. (Venturelli, 2000, pp. 21-22)

Por esta razón el nivel de alcance de la competencia es menos exitoso, por ejemplo la ética es comprendida sólo como el consentimiento informado. Llama la atención que siendo la ética una competencia transversal que da sentido y tributa una impronta al perfil de formación de los especialistas médicos de la Facultad de Medicina de la UdeA, no trascienda la ética como praxis en un plan de estudios, ni se incorpore en forma transversal, no sea parte de la esencia formativa del ser humano en la facultad. Tal como lo exponen los doctores Rivero S, y Durante:

“La nueva medicina con los muy grandes adelantos en el conocimiento y en los maravillosos avances de la tecnología médica, pueden servir al ser humano mejor que nunca. Las condiciones de esta nueva medicina obliga a reflexionar en qué condiciones esto puede lograrse para cumplir mejor con los postulados que hoy se aceptan que constituyen la ética médica actual: Beneficencia, pensar que toda acción sólo debe ser para el beneficio del enfermo. No maleficencia, evitar cualquier acción que redunde en daño, injusticia o peligro para el paciente. Respeto a la autonomía, es decir, actuar con decisiones compartidas y evitar la actitud paternalista o con suficiencia que deja a un lado la opinión del enfermo”. (Rivero Serrano & Durante Montiel, 2008, p. 69)

Lo anterior evidencia la necesidad de potenciar el desarrollo de la comunicación y la ética a través de todas las estrategias didácticas, considerando que se trata de competencias transversales y esencial que deben estar presentes no solo en las actividades académicas sino en

cada una de las respuestas de vivencia de los profesionales médicos. Esta afirmación también se puede constatar en las representaciones sociales de las diversas audiencias.

“La parte ética se evidencia en la comunicación, para un nivel de posgrado todos deben saber hablar, pero el tema es cómo habla, como se expresa y eso es una valoración de lo que el individuo está pensando del otro... Si lo considera como un objeto, nos hace falta refinar los aspectos de competencias éticas y comunicativas, al parecer puede ser solo comunicativa y allí está el contenido ético.” (Foro Taller - Hacia una política de evaluación en los posgrados, líneas, 119:123)

“El médico en su acto médico habla en términos técnicos. Ejemplo le haré un baipás coronario. En el medio médico hay una comunicación disociada, cada quien maneja unos códigos por aparte, ajenos a la realidad del otro y esto no repercute en la calidad de vida. ¿Cómo desde la educación se puede lograr eso?” (Foro Taller - Hacia una política de evaluación en los posgrados, líneas, 94:99)

“El médico en Colombia se caracteriza ahora por ser muy buen técnico. Por esto mismo hoy falla tanto la comunicación, le hablamos a un paciente con términos muy técnicos que ellos desconocen. Nos falta aprender a comunicar, aprender a decir que nos equivocamos en un diagnóstico. A veces no se saben leer las historias clínicas de los demás parece que escribieran las historias clínicas para ellos mismos. Falta autocritica, autoevaluación. La responsabilidad social de un médico es muy grande, y en algunas ocasiones uno observa residentes que uno dice: ‘esta persona no se debería graduar’”. (Entrevista Semiestructurada Profesores 9, líneas, 33:39)

Los anteriores testimonio reflejan aún más la imperiosa necesidad de establecer una intervención pedagógica que permita develar los sentido formativos de estas competencias para garantizar un mejor y óptimo desempeño médico, que se refleje en la calidad de la atención que

reciban los pacientes y en la calidad de docencia que se desarrolle en los centros de práctica y en la calidad de su vida como persona integrante de la sociedad.

5.2.1.2. Competencia para Diagnosticar.

Tabla 17.
Competencia para Diagnosticar. Construcción Propia.

Competencia Para Diagnósticar								
Estrategias	Categoría	N	No	%	Si	%	Total	Valor p*
Práctica Guiada	Clínica	539	118	30,81	265	69,19	383	0,474
	Quirúrgica		53	33,97	103	66,03	156	
	Total		171	31,73	368	68,27	539	
Simulaciones	Clínica	539	235	61,36	148	38,64	383	,108
	Quirúrgica		84	53,85	72	46,15	156	
	Total		319	59,18	220	40,82	539	
Estudios de Casos	Clínica	539	88	22,98	295	77	383	<0,001
	Quirúrgica		73	46,79	83	53	156	
	Total		161	29,87	378	70,13	539	
Taller Didáctico	Clínica	539	260	67,89	123	32,11	383	,138
	Quirúrgica		116	74,36	40	25,64	156	
	Total		376	69,76	163	30,24	539	
Seminario	Clínica	539	215	56,14	168	43,86	383	,066
	Quirúrgica		101	64,74	55	35,26	156	
	Total		316	58,63	223	41,37	539	
Aprendizaje Basado en Problema A.B.P	Clínica	539	237	61,88	146	38,12	383	,006
	Quirúrgica		116	74,36	40	25,64	156	
	Total		353	65,49	186	34,51	539	
Participación en Grupos de Investigación	Clínica	539	343	89,56	40	10,44	383	,222
	Quirúrgica		145	92,95	11	7,05	156	
	Total		488	90,54	51	9,46	539	
CPC	Clínica	539	237	61,88	146	38,12	383	<0,001
	Quirúrgica		138	88,46	18	11,54	156	
	Total		375	69,57	164	30,43	539	
Telemática	Clínica	539	325	84,86	58	15,14	383	<0,001
	Quirúrgica		150	96,15	6	3,85	156	
	Total		475	88,13	64	11,87	539	
Ronda Clínica	Clínica	539	136	35,51	247	64,49	383	0,229
	Quirúrgica		64	41,03	92	58,97	156	
	Total		200	37,11	339	62,89	539	
Simposio	Clínica	539	307	80,16	76	19,84	383	0,137
	Quirúrgica		116	74,36	40	25,64	156	
	Total		423	78,48	116	21,52	539	
Prácticas de Laboratorio	Clínica	539	336	87,73	47	12,27	383	,045
	Quirúrgica		146	93,59	10	6,41	156	
	Total		482	89,42	57	10,58	539	
Visita Domiciliaria Familiar	Clínica	539	356	92,95	27	7,05	383	,019
	Quirúrgica		153	98,08	3	1,92	156	
	Total		509	94,43	30	5,57	539	
Demostraciones	Clínica	539	341	89,03	42	10,97	383	,307
	Quirúrgica		134	85,90	22	14,10	156	
	Total		475	88,13	64	11,87	539	
Club de Revista	Clínica	539	329	85,90	54	14,10	383	,259
	Quirúrgica		128	82,05	28	17,95	156	
	Total		457	84,79	82	15,21	539	

La capacidad de diagnosticar se privilegia con las estrategias didácticas estudio de casos en un 70%, ronda clínica en un 63% y el seminario en un 41%. La presentación del caso clínico que se da tanto en el estudio de casos como en la ronda clínica, exige la indagación con el paciente, la profundización teórica, la comparación y la correlación de datos clínicos y hallazgos radiológicos que tienen como fin un ejercicio diagnóstico, como punto de partida para el enfoque y el manejo del paciente. Lo que hace que finalmente el grupo que maneja el paciente tenga un diagnóstico estructurado en una base de conocimiento y de experiencia, y no en una conclusión empírica. Demostrando la perspectiva comunicativa, ética e investigativa que tiene el desarrollo de esta competencia.



Figura 29. Competencia Para Diagnóstica Estrategia que Más Utilizan. Construcción Propia.

Esta interpretación se correlaciona con las entrevistas y grupos focales:

“En realidad se forma por competencias, pero en la práctica esto no se inscribe dentro de un proceso formal...desde el punto de vista de formación por competencias, si bien es una formación empírica por competencias no está escrita en un programa y como no existe un lineamiento, cualquier cosa es válida.” (Entrevista Semiestructurada Grupo Focal Jefes y Directivos 5, líneas, 24:37)

De aquí la importancia de ofrecer situaciones de aprendizaje ricas en experiencias clínicas que hagan al residente pensar, reflexionar, indagar, criticar, correlacionar, argumentar y debatir, aspectos que van más allá de respuestas mecánicas y lineales “Nuestros médicos aprenden porque tocan y hacen, tenemos que enseñarlos a volver a pensar (el diagnóstico impensable lo realiza el último en la jerarquía hospitalaria, porque duda, estudia, critica, comenta y busca su verdad, el Pre Interno)” (Uribe, 1990, p. 3).

5.2.1.3. Competencia propositiva.

Tabla 18.
Competencia Propositiva. Construcción Propia.

Competencia Propositiva								
Estrategias	Categoría	N	No	%	Si	%	Total	Valor p*
Práctica Guiada	Clínica	539	193	50,39	190	49,61	383	,001
	Quirúrgica		104	66,67	52	33,33	156	
	Total		297	55,10	242	44,90	539	
Simulaciones	Clínica	539	270	70,50	113	29,50	383	,031
	Quirúrgica		95	60,90	61	39,10	156	
	Total		365	67,72	174	32,28	539	
Estudios de Casos	Clínica	539	144	37,60	239	62	383	,074
	Quirúrgica		46	29,49	110	71	156	
	Total		190	35,25	349	64,75	539	
Taller Didáctico	Clínica	539	224	58,49	159	41,51	383	,605
	Quirúrgica		95	60,90	61	39,10	156	
	Total		319	59,18	220	40,82	539	
ED Seminario	Clínica	539	238	62,30	144	37,70	382	,595
	Quirúrgica		101	64,74	55	35,26	156	
	Total		339	63,01	199	36,99	538	
Aprendizaje Basado en Problema A.B.P	Clínica	539	182	47,52	201	52,48	383	<0,001
	Quirúrgica		109	69,87	47	30,13	156	
	Total		291	53,99	248	46,01	539	
Participación en Grupos de Investigación	Clínica	539	276	72,06	107	27,94	383	,023
	Quirúrgica		127	81,41	29	18,59	156	
	Total		403	74,77	136	25,23	539	
CPC	Clínica	539	301	78,59	82	21,41	383	<0,001
	Quirúrgica		146	93,59	10	6,41	156	
	Total		447	82,93	92	17,07	539	
Telemática	Clínica	539	327	85,38	56	14,62	383	,002
	Quirúrgica		148	94,87	8	5,13	156	
	Total		475	88,13	64	11,87	539	
Ronda Clínica	Clínica	539	176	45,95	207	54,05	383	0,654
	Quirúrgica		75	48,08	81	51,92	156	
	Total		251	46,57	288	53,43	539	
Simposio	Clínica	539	285	74,41	98	25,59	383	0,094
	Quirúrgica		105	67,31	51	32,69	156	
	Total		390	72,36	149	27,64	539	
Prácticas de Laboratorio	Clínica	539	351	91,64	32	8,36	383	,116
	Quirúrgica		149	95,51	7	4,49	156	
	Total		500	92,76	39	7,24	539	
Visita Domiciliaria Familiar	Clínica	539	368	96,08	15	3,92	383	,692
	Quirúrgica		151	96,79	5	3,21	156	
	Total		519	96,29	20	3,71	539	
Demostraciones	Clínica	539	339	88,51	44	11,49	383	,280
	Quirúrgica		143	91,67	13	8,33	156	
	Total		482	89,42	57	10,58	539	
Club de Revista	Clínica	539	290	75,72	93	24,28	383	,009
	Quirúrgica		134	85,90	22	14,10	156	
	Total		424	78,66	115	21,34	539	

La competencia propositiva es la compilación y traducción de todo el ejercicio investigativo y diagnóstico. Ésta es la decisión argumentada con base en la búsqueda rigurosa, de aquí que se

privilegio sobre todo en las estrategias didácticas de estudio de casos en un 64% y la ronda clínica en un 53%. Tiene como precedente la comunicación y la ética en todos sus aspectos, la indagación con el paciente, la investigación acerca de lo objetivo y de lo subjetivo del caso específico, así como la búsqueda general de las posibilidades diagnósticas. Con estos elementos el médico debe proponer apoyado en su grupo de trabajo, en el conocimiento de su entorno social, de las posibilidades que existen en el medio y de las consideraciones éticas del paciente, del entorno social y de él mismo.

“Esto implica que el estudiante pasa de una función pasiva a una activa y que durante sus años universitarios se ve envuelto en un proceso que le da las oportunidades de un aprendizaje relevante, que le permite aprender a usar el método científico, a encontrar buena información, evaluarla y a desarrollar una capacidad analítica superior. Este proceso requiere en forma fundamental del papel estimulante y facilitador del docente. El estudiante debe desarrollar destrezas educacionales que le permitirá ser un profesional relevante de por vida. Para ello debe tener objetivos muy claros desde el comienzo”. (Venturelli, 2000, p.13)



Figura 30. Competencia Propositiva. Estrategia Didáctica, Más Utilizadas. Construcción Propia.

5.2.1.4. Competencia para Rehabilitar.

Tabla 19.
Competencia para Rehabilitar. Construcción Propia

Competencia para Rehabilitar								
Estrategias	Categoría	N	No	%	Si	%	Total	Valor p*
Práctica Guiada	Clínica	539	178	46,48	205	53,52	383	<0,001
	Quirúrgica		103	66,03	53	33,97	156	
	Total		281	52,13	258	47,87	539	
Simulaciones	Clínica	539	270	70,50	113	29,50	383	,004
	Quirúrgica		90	57,69	66	42,31	156	
	Total		360	66,79	179	33,21	539	
Estudios de Casos	Clínica	539	213	55,61	170	44,39	383	,236
	Quirúrgica		78	50,00	78	50,00	156	
	Total		291	53,99	248	46,01	539	
Taller Didáctico	Clínica	539	240	62,66	143	37,34	383	,602
	Quirúrgica		94	60,26	62	39,74	156	
	Total		334	61,97	205	38,03	539	
Seminario	Clínica	539	262	68,41	121	31,59	383	,357
	Quirúrgica		113	72,44	43	27,56	156	
	Total		375	69,57	164	30,43	539	
Aprendizaje Basado en Problema A.B.P	Clínica	539	257	67,10	126	32,90	383	<0,001
	Quirúrgica		134	85,90	22	14,10	156	
	Total		391	72,54	148	27,46	539	
Participación en Grupos de Investigación	Clínica	539	350	91,38	33	8,62	383	,725
	Quirúrgica		144	92,31	12	7,69	156	
	Total		494	91,65	45	8,35	539	
CPC	Clínica	539	352	91,91	31	8,09	383	,003
	Quirúrgica		154	98,72	2	1,28	156	
	Total		506	93,88	33	6,12	539	
Telemática	Clínica	539	324	84,60	59	15,40	383	,151
	Quirúrgica		124	79,49	32	20,51	156	
	Total		448	83,12	91	16,88	539	
Ronda Clínica	Clínica	539	197	51,44	186	48,56	383	0,436
	Quirúrgica		86	55,13	70	44,87	156	
	Total		283	52,50	256	47,50	539	
Simposio	Clínica	539	314	81,98	69	18,02	383	0,985
	Quirúrgica		128	82,05	28	17,95	156	
	Total		442	82,00	97	18,00	539	
Prácticas de Laboratorio	Clínica	539	364	95,04	19	4,96	383	,701
	Quirúrgica		147	94,23	9	5,77	156	
	Total		511	94,81	28	5,19	539	
Visita Domiciliaria Familiar	Clínica	539	301	78,59	82	21,41	383	<0,001
	Quirúrgica		147	94,23	9	5,77	156	
	Total		448	83,12	91	16,88	539	
Demostraciones	Clínica	539	290	75,72	93	24,28	383	,053
	Quirúrgica		130	83,33	26	16,67	156	
	Total		420	77,92	119	22,08	539	
Club de Revista	Clínica	539	322	84,07	61	15,93	383	,452
	Quirúrgica		127	81,41	29	18,59	156	
	Total		449	83,30	90	16,70	539	

La competencia para rehabilitar puede desarrollarse mediante la Ronda Clínica en el 48% y el estudio de caso en el 46%. Este resultado obedece entre otros aspectos, a que los residentes y los profesores no se han apropiado de la necesidad de desarrollar la competencia para rehabilitar y no han integrado estas acciones a su práctica médica porque todavía están desarticuladas de su disciplina, delegadas únicamente en los profesionales de la rehabilitación. Se debe desarrollar de forma consciente la necesidad de la rehabilitación del paciente dentro del proceso salud-enfermedad como el último eslabón para su integración social, paso siguiente en su recuperación. Esto requiere que cambie la concepción del profesor para que el estudiante perciba la rehabilitación como una necesidad del paciente atendida mediante acciones que hacen parte de su práctica médica.

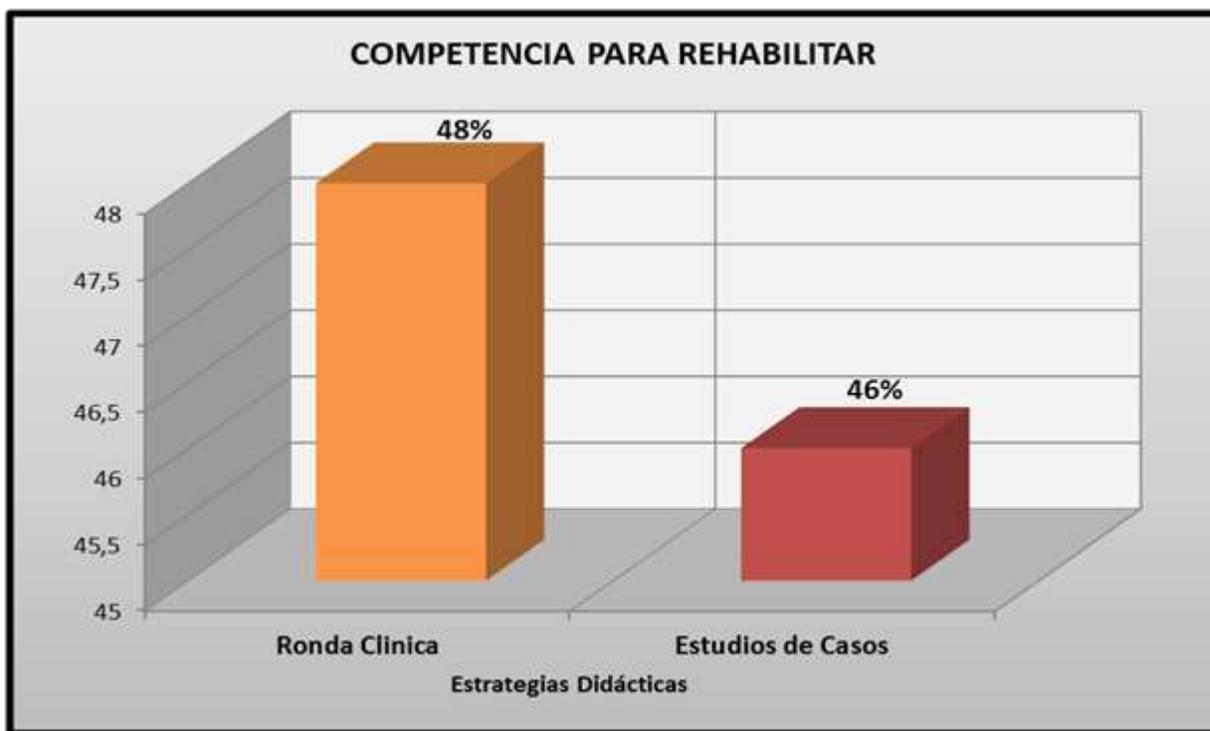


Figura 31. Competencia para Rehabilita. Estrategias Más Utilizadas. Construcción Propia

5.2.1.5. Competencia Investigativa

Tabla 20. Competencia de Investigativa. Construcción propia

Competencia Investigativa								
Estrategias	Categoría	N	No	%	Si	%	Total	Valor p*
Práctica Guiada	Clínica	566	287	74,93	96	25,07	383	,023
	Quirúrgica		131	71,58	52	28,42	183	
	Total		418	73,85	148	26,15	566	
Simulaciones	Clínica	539	348	90,86	35	9,14	383	,200
	Quirúrgica		136	87,18	20	12,82	156	
	Total		484	89,80	55	10,20	539	
Estudios de Casos	Clínica	539	220	57,44	163	42,56	383	,153
	Quirúrgica		100	64,10	56	35,90	156	
	Total		320	59,37	219	40,63	539	
Taller Didáctico	Clínica	539	296	77,28	87	22,72	383	,015
	Quirúrgica		135	86,54	21	13,46	156	
	Total		431	79,96	108	20,04	539	
Seminario	Clínica	539	244	63,71	139	36,29	383	,131
	Quirúrgica		110	70,51	46	29,49	156	
	Total		354	65,68	185	34,32	539	
Aprendizaje Basado en Problema A.B.P	Clínica	539	250	65,27	133	34,73	383	,108
	Quirúrgica		113	72,44	43	27,56	156	
	Total		363	67,35	176	32,65	539	
Participación en Grupos de Investigación	Clínica	539	89	23,24	294	76,76	383	,781
	Quirúrgica		38	24,36	118	75,64	156	
	Total		127	23,56	412	76,44	539	
CPC	Clínica	539	281	73,37	102	26,63	383	<0,001
	Quirúrgica		145	92,95	11	7,05	156	
	Total		426	79,04	113	20,96	539	
Telemática	Clínica	539	367	95,82	16	4,18	383	,627
	Quirúrgica		148	94,87	8	5,13	156	
	Total		515	95,55	24	4,45	539	
Ronda Clínica	Clínica	539	310	80,94	73	19,06	383	0,054
	Quirúrgica		137	87,82	19	12,18	156	
	Total		447	82,93	92	17,07	539	
Simposio	Clínica	539	289	75,46	94	24,54	383	0,02
	Quirúrgica		132	84,62	24	15,38	156	
	Total		421	78,11	118	21,89	539	
Prácticas de Laboratorio	Clínica	539	305	79,63	78	20,37	383	,237
	Quirúrgica		117	75,00	39	25,00	156	
	Total		422	78,29	117	21,71	539	
Visita Domiciliaria Familiar	Clínica	539	368	96,08	15	3,92	383	,113
	Quirúrgica		154	98,72	2	1,28	156	
	Total		522	96,85	17	3,15	539	
Demostraciones	Clínica	539	364	95,04	19	4,96	383	,577
	Quirúrgica		150	96,15	6	3,85	156	
	Total		514	95,36	25	4,64	539	
Club de Revista	Clínica	539	159	41,51	224	58,49	383	,013
	Quirúrgica		83	53,21	73	46,79	156	
	Total		242	44,90	297	55,10	539	

Aunque actividades como la participación en grupos de investigación, en opinión de las audiencias, permite en el 76.4% de los casos el desarrollo de la competencia investigativa, son las estrategias didácticas como el club de revistas en el 55% y el estudios de casos en un 41% las que favorecen esta competencia. No obstante, al realizar una mirada integral a la estructura de la educación médica y al planteamiento de las estrategias didácticas que se utilizan en ésta, es claro que la investigación debería ser pilar fundamental y competencia transversal en el currículo de cada una de las especialidades médicas, puesto que cada paciente, cada patología, cada problema clínico planteado es una pregunta investigativa que exige un método riguroso de planteamiento de hipótesis, búsqueda de información, análisis e interpretación de datos y propuestas de soluciones a partir de un trabajo sistemático y complejo.

La brecha entre los hallazgos cuantitativos y el sentido que debería tener la competencia investigativa dentro del desarrollo curricular de las especialidades médicas y la formación integral del especialista, se da porque a pesar de que la Facultad de Medicina ha hecho esfuerzos para integrar la investigación en el plan de estudios, no ha encontrado el camino, ni los elementos de motivación que permitan que los estamentos,- residentes, profesores, directivos-, introyecten la investigación como parte constitutiva de las actividades clínico- asistenciales en los propósitos de formación, limitándose a cumplir con un requisito que muchos residentes y profesores consideran ajeno a su área disciplinar y de competencia exclusiva del instituto de investigación. Esto exige repensar la investigación para que en los programas de especialidades médicas de la facultad, sea un ejercicio aplicado con base en el acto médico que en sí mismo es un ejercicio investigativo y buscando potenciar la competencia en un alto nivel que se evidenciará en el perfil del futuro especialista médico y que servirá para un ejercicio profesional más riguroso que aporte a los desarrollos de su área médica desde la producción.

A continuación se presentan los resultados con respecto a las estrategias que las audiencias proponen para desarrollar la competencia investigativa.



Figura 32. Competencia Investigativa Estrategia que Más Utilizan. Construcción Propia

En consecuencia con los hallazgos cuantitativos se retoman algunas percepciones de los grupos focales:

“La investigación para nosotros es casi una utopía, para la mayoría de los residentes es un compromiso y una obligación que tenemos para graduarnos, no pasa de ser eso. No pasa tampoco por parte de la Universidad de ser una investigadores con gente que le colabore a uno, que le enseñe a uno a investigar, es prácticamente uno tratando de sacar la investigación a tiempo para poder cumplir con ese requisito de grado... no contamos con asesores metodológicos...” (Grupo focal residentes)

“La otra parte, es que en investigación la formación es muy pobre. (Entrevista Semiestructurada Grupo Focal Egresados 1, líneas, 320:325)

“la competencia investigativa no se logra desarrollar al nivel que se espera, los residentes

ven la investigación como referente o consumo de la literatura propio del área, pero falta la toma de conciencia y el desarrollo investigativo de producción científica.” (Entrevista Semiestructurada Profesores 3, líneas, 38:45)

5.2.1.6. Competencia trabajo en equipo.

Tabla 21.

Competencias Trabajo en Equipo. Construcción Propia

Competencia Trabajar en Equipo								
Estrategias	Categoría	N	No	%	Si	%	Total	Valor p*
Práctica Guiada	Clínica	539	220	57,44	163	42,56	383	,003
	Quirúrgica		111	71,15	45	28,85	156	
	Total		331	61,41	208	38,59	539	
Simulaciones	Clínica	539	265	69,19	118	30,81	383	,455
	Quirúrgica		113	72,44	43	27,56	156	
	Total		378	70,13	161	29,87	539	
Estudios de Casos	Clínica	539	242	63,19	141	37	383	,028
	Quirúrgica		114	73,08	42	27	156	
	Total		356	66,05	183	33,95	539	
Taller Didáctico	Clínica	539	222	57,96	161	42,04	383	,010
	Quirúrgica		109	69,87	47	30,13	156	
	Total		331	61,41	208	38,59	539	
Seminario	Clínica	539	260	67,89	123	32,11	383	,182
	Quirúrgica		115	73,72	41	26,28	156	
	Total		375	69,57	164	30,43	539	
Aprendizaje Basado en Problema A.B.P	Clínica	539	211	55,09	172	44,91	383	,001
	Quirúrgica		111	71,15	45	28,85	156	
	Total		322	59,74	217	40,26	539	
Participación en Grupos de Investigación	Clínica	539	212	55,35	171	44,65	383	,297
	Quirúrgica		94	60,26	62	39,74	156	
	Total		306	56,77	233	43,23	539	
CPC	Clínica	539	312	81,46	71	18,54	383	<0,001
	Quirúrgica		148	94,87	8	5,13	156	
	Total		460	85,34	79	14,66	539	
Telemática	Clínica	539	348	90,86	35	9,14	383	,068
	Quirúrgica		149	95,51	7	4,49	156	
	Total		497	92,21	42	7,79	539	
Ronda Clínica	Clínica	539	162	42,30	221	57,70	383	0,725
	Quirúrgica		63	40,65	92	59,35	155	
	Total		225	41,82	313	58,18	538	
Simposio	Clínica	539	325	84,86	58	15,14	383	<0,001
	Quirúrgica		108	69,23	48	30,77	156	
	Total		433	80,33	106	19,67	539	
Prácticas de Laboratorio	Clínica	539	331	86,42	52	13,58	383	,292
	Quirúrgica		140	89,74	16	10,26	156	
	Total		471	87,38	68	12,62	539	
Visita Domiciliaria Familiar	Clínica	539	341	89,03	42	10,97	383	,004
	Quirúrgica		151	96,79	5	3,21	156	
	Total		492	91,28	47	8,72	539	
Demostraciones	Clínica	539	337	87,99	46	12,01	383	,507
	Quirúrgica		134	85,90	22	14,10	156	
	Total		471	87,38	68	12,62	539	
Club de Revista	Clínica	539	321	83,81	62	16,19	383	,076
	Quirúrgica		140	89,74	16	10,26	156	
	Total		461	85,53	78	14,47	539	

El trabajo en equipo como competencia transversal no es intervenido desde la mediación pedagógica en la educación médica de las especialidades y una prueba de esto es que tanto profesores como residentes, clínicos y quirúrgicos solo admiten que puede ser desarrollada en la ronda clínica y apenas en el 58%. Ni siquiera se considera su potenciación a través de las demás estrategias. El trabajo en equipo es una competencia inherente al desarrollo humano, crece con el individuo y es necesario en cada uno de los aspectos de su vida y aunque es muy importante en la educación de los profesionales en las diferentes áreas, es esencial en medicina al abordar cada uno de los componentes de la atención del paciente. El trabajo en equipo ya no es una opción para el profesional médico sino una exigencia.

La atención médica se asume de manera sistémica, en red, con conexiones complejas entre diferentes profesiones, especialidades y niveles de aprendizaje, que exige una mirada interdisciplinaria con un acercamiento integral al paciente dentro de su contexto en procura de atender a sus necesidades de salud con pertinencia y calidad.

“Los médicos del siglo 21 enfrentan un escenario de salud totalmente diferente al que enfrentaron los médicos en el cuidado de los pacientes o en sus investigaciones el siglo pasado. Hoy, afirman los autores, se espera que los médicos sean parte de un equipo de salud e investigación multidisciplinario y por tanto los planes de estudio para todos los estudiantes, como médicos del futuro, necesitarán incorporar la teoría y práctica de equipos de trabajo.”
(Morrison, Goldfarb, & Lanken, 2010, p.46)

Frente a esta competencia genérica de trabajo en equipo se evidenció en la investigación cualitativa como los profesores y egresados confirman la importancia de potenciarla:

“Existe también otra competencia, que es la colaborativa. Está demostrado en el mundo, que trabajamos mejor de manera colaborativa. Si nosotros sabemos que necesita el patólogo le damos los elementos que requiere. Pero sin las especificaciones técnicas se van a dar dificultades en la interpretación. Esta competencia es necesaria en nuestro medio. Nadie trabaja solo. No solo se habla de una interdisciplinariedad sino transdisciplinariedad. Y esto se debe tener en cuenta en el aprendizaje.” (Entrevista Semiestructurada Profesores 4, líneas, 61:66)

“Lo que hacemos nosotros en la práctica es trabajar en equipo; cuando se aborda un individuo desde el punto de vista presencial del ejercicio vos tenes que interactuar en el campo de deporte con los entrenadores, con los preparadores físicos, con los jugadores, entonces nosotros nos hemos relacionado con otros especialistas constantemente con endocrino, con ortopedia, de hecho nuestras reuniones académicas las hacemos el viernes. Para no perder trabajo van ortopedistas van fisioterapeutas y vamos los de medicina deportiva y el intercambio se hace así, tenemos también unas reuniones en este momento con el grupo de endocrino infantil, nos vemos una vez al mes porque el ejercicio al parecer es una herramienta tanto medica como terapéutica, entonces esas especialidades quieren conocer más de esto y nosotros somos abiertos”. (Entrevista Semiestructurada Profesores 2, líneas, 21:22)

“el trabajo en equipo fue lo bueno y agradable de la facultad de Medicina UdeA, y lo práctico en mi campo con mis colegas, la investigación también fue importante para el desarrollo de mi especialidad...” (Entrevista Autoaplicada Egresados, 2013, líneas, 23:29)

5.2.1.7. Competencia Ética

Tabla 22.
Competencia Ética. Construcción Propia

Competencia Etica								
Estrategias	Categoría	N	No	%	Si	%	Total	Valor p*
Práctica Guiada	Clínica	539	158	41,25	225	58,75	383	<0,001
	Quirúrgica		93	59,62	63	40,38	156	
	Total		251	46,57	288	53,43	539	
Simulaciones	Clínica	539	281	73,37	102	26,63	383	,183
	Quirúrgica		123	78,85	33	21,15	156	
	Total		404	74,95	135	25,05	539	
Estudios de Casos	Clínica	539	177	46,21	206	53,79	383	,004
	Quirúrgica		51	32,69	105	67,31	156	
	Total		228	42,30	311	57,70	539	
Taller Didáctico	Clínica	539	303	79,11	80	20,89	383	,011
	Quirúrgica		138	88,46	18	11,54	156	
	Total		441	81,82	98	18,18	539	
ED Seminario	Clínica	539	286	74,67	97	25,33	383	,937
	Quirúrgica		117	75,00	39	25,00	156	
	Total		403	74,77	136	25,23	539	
Aprendizaje Basado en Problema A.B.P	Clínica	539	254	66,32	129	33,68	383	,716
	Quirúrgica		106	67,95	50	32,05	156	
	Total		360	66,79	179	33,21	539	
Participación en Grupos de Investigación	Clínica	539	319	83,29	64	16,71	383	,040
	Quirúrgica		118	75,64	38	24,36	156	
	Total		437	81,08	102	18,92	539	
CPC	Clínica	539	314	81,98	69	18,02	383	,002
	Quirúrgica		144	92,31	12	7,69	156	
	Total		458	84,97	81	15,03	539	
Telemática	Clínica	539	308	80,42	75	19,58	383	,009
	Quirúrgica		140	89,74	16	10,26	156	
	Total		448	83,12	91	16,88	539	
Ronda Clínica	Clínica	539	187	48,83	196	51,17	383	0,184
	Quirúrgica		86	55,13	70	44,87	156	
	Total		273	50,65	266	49,35	539	
Simposio	Clínica	539	326	85,12	57	14,88	383	0,035
	Quirúrgica		121	77,56	35	22,44	156	
	Total		447	82,93	92	17,07	539	
Prácticas de Laboratorio	Clínica	539	354	92,43	29	7,57	383	,004
	Quirúrgica		154	98,72	2	1,28	156	
	Total		508	94,25	31	5,75	539	
Visita Domiciliaria Familiar	Clínica	539	302	78,85	81	21,15	383	<0,001
	Quirúrgica		147	94,23	9	5,77	156	
	Total		449	83,30	90	16,70	539	
Demostraciones	Clínica	539	323	84,33	60	15,67	383	,102
	Quirúrgica		140	89,74	16	10,26	156	
	Total		463	85,90	76	14,10	539	
Club de Revista	Clínica	539	345	90,08	38	9,92	383	,734
	Quirúrgica		139	89,10	17	10,90	156	
	Total		484	89,80	55	10,20	539	

Al indagar sobre la ética, como por las demás competencias transversales, se encuentra un profundo desconocimiento tanto en la concepción como en la aplicación de la competencia en las actividades de enseñanza y de aprendizaje cotidianas, sólo el 58% consideran que se puede desarrollar en el estudio de casos y 49% en la ronda clínica. La ética es parte de la esencia del ser humano y permea todas las acciones de la vida, por eso no se espera que se valide únicamente porque se trata de la profesión médica.

Es necesario que se tome conciencia de lo que implica un pensamiento y una actuación ética, independiente de que sea inherente a un ejercicio profesional específico. ¿Cómo es que no se reconoce el desarrollo de esta competencia en el 100% de las actividades de la educación médica en especialidades clínicas y quirúrgicas? ¿Cómo se pretende el aprendizaje significativo y el desarrollo de la autonomía cuando el concepto de ética no es claro en la toma de decisiones? La ética implica un acto educativo, por eso Delors afirma que “la educación se ve obligada a proporcionar las cartas náuticas de un mundo complejo y en perpetua agitación y, al mismo tiempo, la brújula para poder navegar por él” (Delors & otros, 1996, p. 95).

Al respecto el doctor Hoyos aseguraba que “la educación es el proceso en el que se reconocen las diferencias, que no significan exclusión, sino precisamente todo lo contrario: en la experiencia cotidiana puedo relacionarme con todos” (Hoyos Vásquez, 2011, p.6).

La educación médica como un proceso de formación permanente apuesta por el despliegue de la autonomía de manera que cada uno de los médicos especializados sea capaz de auto cultivarse, auto cuidarse, auto valorarse y aportar en el bienestar de la salud de todos. Como práctica antigua, ésta ha sufrido modificaciones de acuerdo con los enfoques ideológicos que responden a los paradigmas en el campo de la educación y de la salud. Se mira el concepto de salud como bienestar integral y como consecuencia de acciones educadoras, éticas, que deben aportar a la formación integral de los profesionales.

El horizonte de sentido de la educación médica en especialidades, tiene su norte en la modificación estructural de la persona, en la aceptación del cambio de conducta que le permite tomar conciencia de su rol como profesional de la salud con una actuación ética.

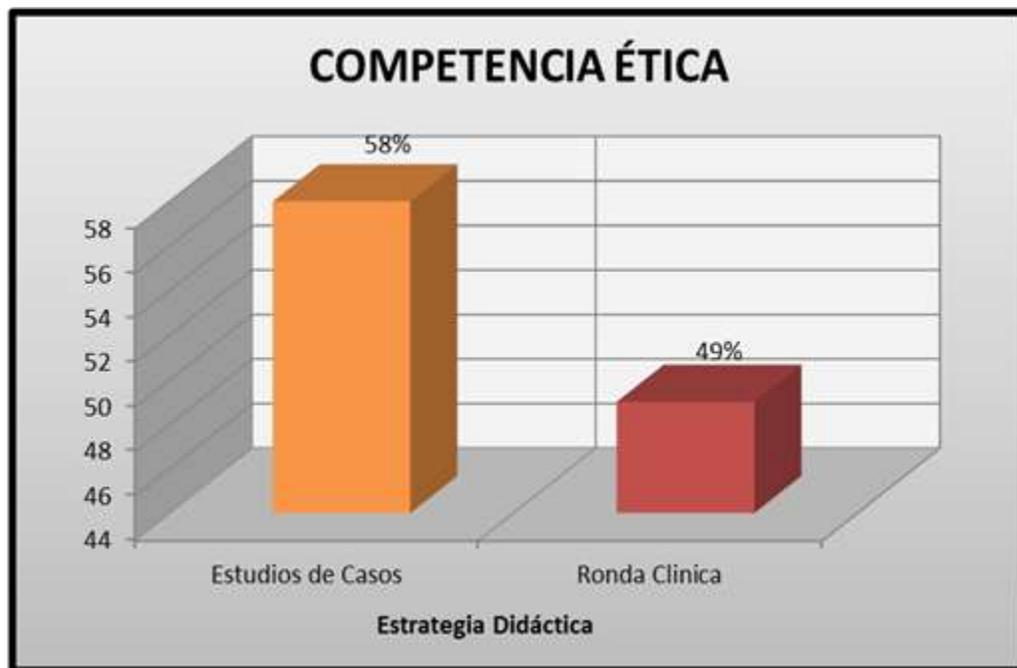


Figura 33. Competencia Ética. Estrategia Didáctica Más Utilizada. Construcción Propia

En las especialidades médicas los residentes vienen con el pensamiento dirigido al desarrollo de las competencias disciplinares y creen que las competencias genéricas y esenciales para vivir en comunidad como la ética ya están aprendidas, acabadas y son inmodificables. Se necesita un pensamiento amplio para comprender que la formación no es sólo para los residentes porque todos los participantes del proceso educativo- asistencial aprenden, crecen, potencian las competencias, son susceptibles de transformarse en un cambio permanente influenciado por el desarrollo de pensamiento crítico en un entorno de mediación. Aunque se exigen unos mínimos a los que cada residente debe llegar, estos pueden ser superados cuando el profesor está cambiando permanentemente en la medida en que acompaña al residente en su formación.

Al correlacionar los hallazgos cualitativos, las audiencias opinan:

“La parte ética uno la aprende con su profesor al lado con un buen acompañamiento.”
(Entrevista Semiestructurada Profesores 9, 26:32)

“El programa, no se ha enmarcado en unas competencias éticas sino en las competencias académicas y asistenciales...entonces no se hace énfasis en la formación ética de los estudiantes a lo largo de la residencia.” (Entrevista Semiestructurada Profesores 8, líneas, 27:30)

“El estudiante tiene que ser lo suficientemente integro para estudiar a cabalidad cada caso... Esa es una parte que nosotros como profesores le pedimos a los estudiantes, que tengan la suficiente entereza como para volver al caso y así se demore más lograr un diagnóstico adecuado... que respeten la confidencialidad del paciente, también se los

enseñamos.” (Entrevista Semiestructurada Grupo Focal Docentes y Residentes, líneas, 78:92)

“Con relación a la competencia ética, pienso que hay una formación en muchos de los programas que es claramente explícita con una formación de bioética en varios de ellos, y que permiten de manera transcurricular en todo los programas integrar al estudiante a los grupos de reflexión con los pacientes que tienen situaciones difíciles o los pacientes comunes y corrientes que no tienen situaciones difíciles. No lo logramos en algunos programas de manera explícita, pero sí lo logramos en la toma de decisiones relacionadas con comunicación directa. Ha habido algunos cuestionamientos de estudiantes, de profesores y del sector externo, que afirman que la parte bioética se adquiere en pregrado o se adquiere en el colegio y en la casa, y que no debería tener cabida en la formación de posgrados. Nosotros y un grupo amplio de profesores, consideramos que es un área fundamental en la formación y que debe verse profundamente durante la formación médica. (Entrevista Semiestructurada Grupo Focal Jefes y Directivos 1, líneas, 119:133)

5.2.2. Categoría del Rol del Docente

Tabla 23.
Categoría del Rol del Docente. Construcción Propia

Categoría Rol Como Docente				N	Tendencia Baja	%	Tendencia Alta	%	Total	Valor p*
1.	Cuál cree es la satisfacción que los RESIDENTES tienen de Usted como profesor o residente	Docente	Clínica	535	15	6,64	211	93,36	226	<0,001
			Quirúrgica		5	7,14	65	92,86	70	
			Total		20	6,76	276	93,24	296	
		Residente	Clínica		30	19,35	125	80,65	155	
			Quirúrgica		17	20,24	67	79,76	84	
			Total		47	19,67	192	80,33	239	
		Total			67	12,52	468	87,48	535	
2.	Cuál cree es la satisfacción que los PROFESORES Y COLEGAS tienen de Usted como profesor o residente.	Docente	Clínica	538	27	11,95	199	88,05	226	,390
			Quirúrgica		6	8,45	65	91,55	71	
			Total		33	11,11	264	88,89	297	
		Residente	Clínica		18	11,46	139	88,54	157	
			Quirúrgica		8	9,52	76	90,48	84	
			Total		26	10,79	215	89,21	241	
		Total			59	10,97	479	89,03	538	
3.	Cuál cree es la satisfacción que los JEFES Y DIRECTIVOS DE LA FACULTAD tienen de usted como profesor o residente.	Docente	Clínica	529	20	8,89	205	91,11	225	,015
			Quirúrgica		4	5,63	67	94,37	71	
			Total		24	8,11	272	91,89	296	
		Residente	Clínica		28	18,79	121	81,21	149	
			Quirúrgica		12	14,29	72	85,71	84	
			Total		40	17,17	193	82,83	233	
		Total			64	12,10	465	87,90	529	
4.	Cuál cree es el nivel de satisfacción que tienen de Usted los PACIENTES	Docente	Clínica	243	1	33,33	2	66,67	3	<0,001
			Quirúrgica		4	66,67	2	33,33	6	
			Total		5	55,56	4	44,44	9	
		Residente	Clínica		8	5,33	142	94,67	150	
			Quirúrgica		8	9,52	76	90,48	84	
			Total		16	6,84	218	93,16	234	
		Total			21	8,64	222	91,36	243	
5.	Formación pedagógica para el desarrollo de su labor docente	Docente	Clínica	537	89	39,56	136	60,44	225	<0,001
			Quirúrgica		28	39,44	43	60,56	71	
			Total		117	39,53	179	60,47	296	
		Residente	Clínica		42	26,75	115	73,25	157	
			Quirúrgica		15	17,86	69	82,14	84	
			Total		57	23,65	184	76,35	241	
		Total			174	32,40	363	67,60	537	

Categoría Rol Como Docente				N	Tendencia Baja	%	Tendencia Alta	%	Total	Valor p*
6.	Implicación en las actividades pedagógicas con sus residentes	Docente	Clínica	534	66	29,33	159	70,67	225	0,126
			Quirúrgica		14	20,00	56	80,00	70	
			Total		80	27,12	215	72,88	295	
		Residente	Clínica		39	25,16	116	74,84	155	
			Quirúrgica		16	19,05	68	80,95	84	
			Total		55	23,01	184	76,99	239	
		Total			135	25,28	399	74,72	534	
7.	Motivación para tutelar a los residentes en su formación.	Docente	Clínica	534	30	13,33	195	86,67	225	<0,001
			Quirúrgica		6	8,57	64	91,43	70	
			Total		36	12,20	259	87,80	295	
		Residente	Clínica		32	20,65	123	79,35	155	
			Quirúrgica		23	27,38	61	72,62	84	
			Total		55	23,01	184	76,99	239	
		Total			91	17,04	443	82,96	534	
8.	Trato Respetuosos con los residentes	Residente	Clínica	235	17	11,26	134	88,74	151	0,400
			Quirúrgica		23	27,38	61	72,62	84	
		Total			40	17,02	195	82,98	235	
9.	Atención a las inquietudes académicas específicas de cada residente.	Residente	Clínica	235	27	17,88	124	82,12	151	0,153
			Quirúrgica		9	10,71	75	89,29	84	
		Total			36	15,32	199	84,68	235	
10.	Manejo de conflictos presentados entre residentes, profesores, pacientes y demás personal paramédico.	Residente	Clínica	235	64	42,38	87	57,62	151	<0,001
			Quirúrgica		11	13,10	73	86,90	84	
		Total			75	31,91	160	68,09	235	
11.	Disposición para ofrecer alternativas ante los retos académicos de los residentes.	Residente	Clínica	235	51	33,77	100	66,23	151	0,010
			Quirúrgica		14	16,67	70	83,33	84	
		Total			65	27,66	170	72,34	235	
12.	Claridad en los acuerdos académicos establecidos.	Residente	Clínica	235	43	28,48	108	71,52	151	0,185
			Quirúrgica		13	15,48	71	84,52	84	
		Total			56	23,83	179	76,17	235	
13.	Satisfacción por ejercer la docencia.	Docente	Clínica	296	21	9,33	204	90,67	225	,171
			Quirúrgica		2	2,82	69	97,18	71	
		Total			23	7,77	273	92,23	296	
14.	Equilibrio en el desarrollo de las actividades de docencia-servicio.	Docente	Clínica	294	94	42,15	129	57,85	223	0,008
			Quirúrgica		16	22,54	55	77,46	71	
		Total			110	37,41	184	62,59	294	
15.	Participación en actividades derivadas de la docencia de acuerdo con el estatuto docente.	Docente	Clínica	296	86	38,22	139	61,78	225	0,037
			Quirúrgica		22	30,99	49	69,01	71	
		Total			108	36,49	188	63,51	296	
16.	Trabajo en equipo para el desarrollo de la docencia en el departamento.	Docente	Clínica	296	81	36,00	144	64,00	225	0,257
			Quirúrgica		26	36,62	45	63,38	71	
		Total			107	36,15	189	63,85	296	

Categoría Rol Como Docente				N	Tendencia Baja	%	Tendencia Alta	%	Total	Valor p*
17	Dominio de las estrategias didácticas	Docente	Clínica	536	10	4,42	216	95,58	226	<0,001
			Quirúrgica		0	0,00	71	100,00	71	
			Total		10	3,37	287	96,63	297	
		Residente	Clínica		18	11,61	137	88,39	155	
			Quirúrgica		1	1,19	83	98,81	84	
			Total		19	7,95	220	92,05	239	
		Total			29	5,41	507	94,59	536	
18	Apropiación del modelo de formación por competencias profesionales	Docente	Clínica	538	20	8,85	206	91,15	226	<0,001
			Quirúrgica		3	4,23	68	95,77	71	
			Total		23	7,74	274	92,26	297	
		Residente	Clínica		36	22,93	121	77,07	157	
			Quirúrgica		6	7,14	78	92,86	84	
			Total		42	17,43	199	82,57	241	
		Total			65	12,08	473	87,92	538	
19	Técnicas de comunicación asertiva	Docente	Clínica	538	6	2,65	220	97,35	226	<0,001
			Quirúrgica		2	2,82	69	97,18	71	
			Total		8	2,69	289	97,31	297	
		Residente	Clínica		24	15,29	133	84,71	157	
			Quirúrgica		12	14,29	72	85,71	84	
			Total		36	14,94	205	85,06	241	
		Total			44	8,18	494	91,82	538	
20	Tecnologías de la información y la comunicación (T.I.C)	Docente	Clínica	532	19	8,52	204	91,48	223	,380
			Quirúrgica		8	11,27	63	88,73	71	
			Total		27	9,18	267	90,82	294	
		Residente	Clínica		27	17,53	127	82,47	154	
			Quirúrgica		5	5,95	79	94,05	84	
			Total		32	13,45	206	86,55	238	
		Total			59	11,09	473	88,91	532	
21	Estrategias de evaluación por Competencias	Docente	Clínica	538	19	8,41	207	91,59	226	,007
			Quirúrgica		2	2,82	69	97,18	71	
			Total		21	7,07	276	92,93	297	
		Residente	Clínica		31	19,75	126	80,25	157	
			Quirúrgica		5	5,95	79	94,05	84	
			Total		36	14,94	205	85,06	241	
		Total			57	10,59	481	89,41	538	
22	Tutorías y mediaciones pedagógicas	Docente	Clínica	536	10	4,46	214	95,54	224	<0,001
			Quirúrgica		9	12,68	62	87,32	71	
			Total		19	6,44	276	93,56	295	
		Residente	Clínica		33	21,02	124	78,98	157	
			Quirúrgica		12	14,29	72	85,71	84	
			Total		45	18,67	196	81,33	241	
		Total			64	11,94	472	88,06	536	
23	Estrategias para el aprendizaje significativo	Docente	Clínica	538	10	4,42	216	95,58	226	<0,001
			Quirúrgica		10	14,08	61	85,92	71	
			Total		20	6,73	277	93,27	297	
		Residente	Clínica		34	21,66	123	78,34	157	
			Quirúrgica		18	21,43	66	78,57	84	
			Total		52	21,58	189	78,42	241	
		Total			72	13,38	466	86,62	538	

Categoría Rol Como Docente				N	Tendencia Baja	%	Tendencia Alta	%	Total	Valor p*
31	El equipo de profesores ofrece asesoría y acompañamiento atendiendo a los lineamientos y políticas de la Facultad de	Residente	Clínica	537	48	30,77	108	69,23	156	,018
			Quirúrgica		12	14,29	72	85,71	84	
		Total			60	25,00	180	75,00	240	
32	La planeación de la docencia se realiza en equipo con los profesores de la especialidad	Residente	Clínica	536	140	62,50	84	37,50	224	,143
			Quirúrgica		35	49,30	36	50,70	71	
		Total			175	59,32	120	40,68	295	
33	Las actividades de docencia se monitorean y evalúan de forma permanente	Docente	Clínica	537	129	57,08	97	42,92	226	<0,001
			Quirúrgica		39	54,93	32	45,07	71	
			Total		168	56,57	129	43,43	297	
		Residente	Clínica		63	40,38	93	59,62	156	
			Quirúrgica		8	9,52	76	90,48	84	
			Total		71	29,58	169	70,42	240	
Total		239	44,51	298	55,49	537				
34	Se parte del análisis de las necesidades de los residentes para planear las actividades académicas	Docente	Clínica	536	103	45,58	123	54,42	226	,001
			Quirúrgica		25	35,71	45	64,29	70	
			Total		128	43,24	168	56,76	296	
		Residente	Clínica		60	38,46	96	61,54	156	
			Quirúrgica		34	40,48	50	59,52	84	
			Total		94	39,17	146	60,83	240	
Total		222	41,42	314	58,58	536				
35	Las actividades que realizan los residentes están interrelacionadas con las competencias a desarrollar	Docente	Clínica	534	65	28,76	161	71,24	226	<0,001
			Quirúrgica		10	14,29	60	85,71	70	
			Total		75	25,34	221	74,66	296	
		Residente	Clínica		59	38,31	95	61,69	154	
			Quirúrgica		17	20,24	67	79,76	84	
			Total		76	31,93	162	68,07	238	
Total		151	28,28	383	71,72	534				
36	El clima de trabajo entre los profesores de su dependencia es óptimo para el desempeño	Docente	Clínica	536	65	28,76	161	71,24	226	<0,001
			Quirúrgica		14	19,72	57	80,28	71	
			Total		79	26,60	218	73,40	297	
		Residente	Clínica		30	19,23	126	80,77	156	
			Quirúrgica		14	16,87	69	83,13	83	
			Total		44	18,41	195	81,59	239	
Total		123	22,95	413	77,05	536				
37	El clima de trabajo entre los residentes es de cooperación frente al reto de aprendizaje	Docente	Clínica	536	53	23,45	173	76,55	226	,002
			Quirúrgica		4	5,71	66	94,29	70	
			Total		57	19,26	239	80,74	296	
		Residente	Clínica		37	23,72	119	76,28	156	
			Quirúrgica		11	13,10	73	86,90	84	
			Total		48	20,00	192	80,00	240	
Total		105	19,59	431	80,41	536				
38	El clima de trabajo entre los residentes y los profesores es óptimo para la formación	Docente	Clínica	535	53	23,45	173	76,55	226	,508
			Quirúrgica		6	8,57	64	91,43	70	
			Total		59	19,93	237	80,07	296	
		Residente	Clínica		37	23,72	119	76,28	156	
			Quirúrgica		17	20,48	66	79,52	83	
			Total		54	22,59	185	77,41	239	
Total		113	21,12	422	78,88	535				

La percepción del rol del docente tanto por parte de los mismos profesores como de los residentes puede analizarse e interpretarse a partir de diferentes criterios: tanto en las especialidades clínicas como quirúrgicas el profesor considera que los residentes están satisfechos con su rol como profesor en el 93% y a su vez los residentes se sienten satisfechos con su rol como estudiantes en el 80%. Los profesores sienten que se percibe bien su desempeño probablemente por su experiencia como docentes, mientras que los residentes aún tienen muchas aspiraciones por resolver, por lo que son más auto críticos con su desempeño y en calidad de aprendices tiene más tensiones en su vida diaria pues aún no han resultado diferentes frentes de su vida familiar, laboral y financiera. Sin embargo ambos consideran que sus pares los perciben como buenos en el 89% de los encuestados, mientras que consideran de manera diferente la satisfacción de los jefes y directivos con su desempeño (92% los profesores y 83% los residentes). Explicado probablemente por el nivel de jerarquías en que se encuentran como estudiantes.

Cuando se evalúa la satisfacción de los pacientes con la atención médica, los docentes clínicos perciben una satisfacción del 63%, mientras que los quirúrgicos solo de un 33%, para una satisfacción global de los profesores del 44%. Los residentes clínicos consideran que sus pacientes quedan satisfechos en el 95% de los casos y los quirúrgicos en el 91% de los casos, para un promedio de 92%. Se presenta una diferencia estadísticamente significativa ($P < 0.001$) entre residentes y profesores, probablemente por la experiencia que tienen los profesores en el seguimiento de los pacientes y por la percepción de nuevas necesidades de éstos que surgen a partir del resultado obtenido con el tratamiento indicado en el contacto anterior.

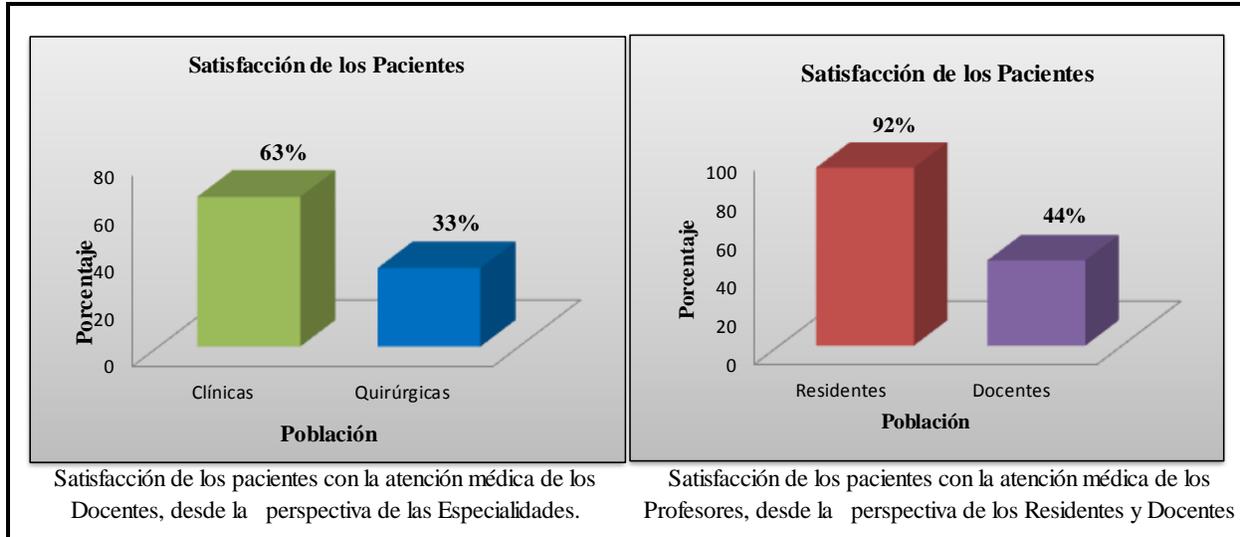


Figura 34. Satisfacción de los pacientes con la atención médica. Construcción Propia

El 60% de profesores tanto clínicos como quirúrgicos consideran que cuentan con buena formación pedagógica para el desarrollo de su labor docente y los residentes en un 78% afirman esta consideración. Además, los profesores consideran que están motivados para la docencia en el 88%, y los residentes piensan que esta motivación existe en un 77% de los casos. Al indagar acerca del dominio que los profesores tienen de las estrategias didácticas para la enseñanza médica especializada, el 95% de profesores y residentes consideran que si las dominan. Es posible que este resultado se dé, porque la percepción general de los residentes es de un buen ejercicio docente, mientras que los profesores ejercen su labor de una forma no intencionada sino como producto de su propio aprendizaje y experiencias educativas previas heredadas de sus maestros. Esta práctica educativa no es codificada por los profesores como producto de su formación pedagógica.

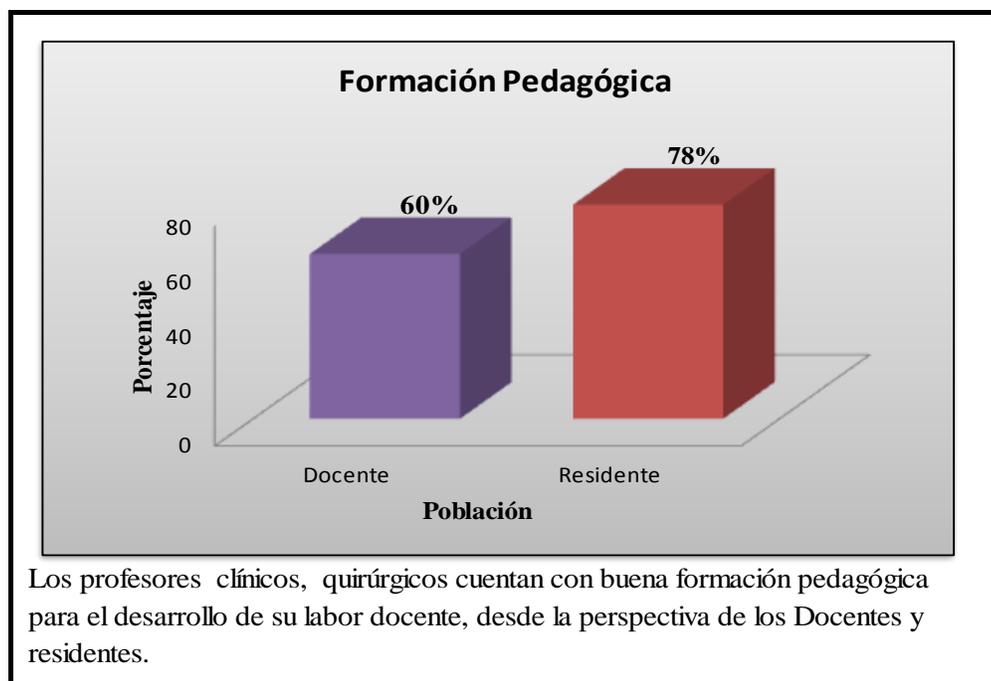


Figura 35. Los Profesores Cuentan con Buena Formación Pedagógica. Construcción Propia

El reto para un nuevo enfoque didáctico que responda con la formación de competencias supera la transmisión de conocimientos y procedimientos mecánicos para dar lugar a nuevos roles entre profesores y estudiantes, a nuevos escenarios educativos, a nuevas maneras de abordar los procesos de enseñanza y los de aprendizaje, otorgando un real valor pedagógico a las acciones de unos y otros. Tal como lo expresa Prieto, L (2004):

“(…) no hay lugar para dudas, nos enfrentamos a un nuevo tiempo educativo, que exige, además del replanteamiento de las funciones, de la organización y la estructura, de la gestión de procesos, etc., de las instituciones universitarias, algo que atañe al sentido mismo de su labor cotidiana: el nuevo rol de profesores y alumnos, los nuevos modos de aprender y de enseñar (…)” (p. 112)

El 75% de los profesores de las clínicas y las quirúrgicas consideran que se implican directamente con sus residentes en las actividades pedagógicas. Los residentes afirman en un 76% que si existe esta implicación pedagógica de sus profesores. Esto demuestra la armonía generalizada de los ambientes de aprendizaje en que se desarrollan las especialidades clínicas y quirúrgicas y el cierre de la brecha jerárquica que se da en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia entre profesores y estudiantes.

En algunos casos la investigación arrojó una diferencia estadísticamente significativa entre los residentes de las clínicas y de las quirúrgicas sobre la gestión de sus docentes, evidente al evaluar los porcentajes de las percepciones así:

Tabla 24.

Diferencia estadística sobre la gestión de los Docentes, desde la perspectiva de los Residentes. Construcción Propia

Pregunta a los Residentes	Residentes Clínicos	Residentes Quirúrgicos
¿Reciben trato respetuoso de sus profesores?	89%	73%
¿Reciben atención a inquietudes académicas?	82%	89%
¿Los profesores manejan los conflictos presentados entre colegas, residentes y pacientes?	58%	87%
¿Los profesores ofrecen alternativas ante retos académicos?	66%	83%
¿Reciben claridad en los acuerdos académicos?	72%	85%

Tabla 25.

Diferencia estadística sobre la gestión de los Docentes, desde la perspectiva de los Docentes. Construcción Propia.

Pregunta a los profesores	Profesores Clínicos	Profesores Quirúrgicos
¿Planean la docencia en equipo?	91%	97%
¿Existe equilibrio en el desarrollo de las actividades de docencia- servicio?	58%	63%
¿Las actividades derivadas de la docencia están de acuerdo con el estatuto docente?	62%	69%
¿Se desarrolla la docencia en equipo docente dentro de los departamentos?	64%	63%

La evaluación más positiva de los actores de las especialidades quirúrgicas, obedece probablemente a la cercanía permanente de profesores y residentes en espacios de aprendizaje como el quirófano, en los que comparten, según el nivel de desarrollo de cada competencia del estudiante, decisiones fundamentales, inmediatas y algunas veces irrevocables. A pesar de estas diferencias, es evidente en estos resultados un clima favorable para las relaciones interpersonales entre profesores y residentes tanto de las especialidades clínicas como quirúrgicas. “Las relaciones interpersonales entre profesores- residentes son abiertas y dispuesta a la comunicación.” (Entrevista Autoaplicada Egresados 17, líneas, 82:85)

Al correlacionar estos resultados con las representaciones sociales de la investigación cualitativa se presenta una coherencia evidente en las siguientes afirmaciones:

“Se procura llevar relaciones interpersonales cordiales y de cooperación. Se han presentado algunas situaciones que vulneran pero eso no es lo cotidiano. En oportunidades las dificultades se dan más por falta de comunicación y en casos aislados el grado de empatía influye en la relación profesor- residente”. (Entrevista Semiestructurada Grupo Focal Profesores, líneas, 61:64)

“Eran profesores excelentes que nos enseñaron calidad, respeto por nuestros pacientes amor por nuestra profesión y nos brindaban confianza yo aprendí muchos de ellos.” (Entrevista Autoaplicada Egresados 11, líneas, 35:37)

“La relación de los profesores con los residentes me parece que es una relación muy cordial, muy buena, y cualquier residente le puede decir a cualquier profesor cualquier duda, cualquier inquietud o pregunta que se considere. Tenemos algunos profesores que son fuertes en su expresión, en su forma de decir las cosas pero los mismos residentes ya saben que su profesor es así y se lo gozan y se aprenden a manejar en un ambiente de respeto”. (Entrevista Semiestructurada Grupo Focal Jefes y Directivos 2, líneas, 203:207)

Se debe contemplar en el plan de formación de los residentes un espacio de inducción a la educación médica en las especialidades, de modo que se les ofrezca precisiones frente al quehacer educativo en los posgrados y se logre mayor toma de conciencia de la responsabilidad frente al reto de la formación de competencias profesionales desde un aprender a aprender que los lleve hacia los umbrales de la autonomía. Fomentar el trabajo autónomo implica dejarles tiempo libre para estudiar, leer, trabajar solos o en grupo. Generar una coreografía docente en la que ellos tengan menos que escuchar y más que actuar. La docencia presencial va a tener,

necesariamente, que reducirse para no sobrepasar el tiempo disponible de los estudiantes.
(Zabalza M. , 2008)

La Comisión europea, define la competencia de aprender a aprender como:

“(…) la capacidad para proseguir y persistir en el aprendizaje, organizar el propio aprendizaje, lo que conlleva realizar un control eficaz del tiempo y la información, individual y grupalmente. Esta competencia incluye la conciencia de las necesidades y procesos del propio aprendizaje, la identificación de las oportunidades disponibles, la habilidad para superar los obstáculos con el fin de aprender con éxito. Incluye obtener, procesar y asimilar nuevos conocimientos y habilidades así como la búsqueda y utilización de una guía. Aprender a aprender significa que los estudiantes se comprometan a construir su conocimiento a partir de sus aprendizajes y experiencias vitales anteriores con el fin reutilizar y aplicar el conocimiento y las habilidades en una variedad de contextos: en casa, en el trabajo, en la educación y la instrucción. En la competencia de la persona son cruciales la motivación y la confianza (…).” (Pérez Jiménez, 2010, p. 4)

En la evaluación del rol docente al preguntar sobre la apropiación de la formación por competencias el 88% de las audiencias consideran que si la tienen. Los residentes clínicos afirman que un 77% de los profesores son conscientes de dicha formación mientras que los profesores clínicos perciben esta conciencia en un 91%. La percepción de los quirúrgicos tanto profesores como residentes es mayor del 93%. De otra parte al indagar acerca de las estrategias de evaluación por competencias que utilizan los profesores en las diferentes actividades académicas el total de encuestas afirman que en un 89% las usan, no obstante llama la atención que los residentes clínicos sostienen que en un 80% y sus profesores en un 92%, mientras que

para los quirúrgicos esta percepción es muy homogénea entre profesores y residentes en un promedio del 94%. Lo anterior se puede interpretar como el resultado de un acompañamiento permanente en la mayoría de los espacios formativos del especialista quirúrgico, lo cual permite tener conciencia de la competencia y la habilidad que se quiere desarrollar en el estudiante y estimular este desarrollo de una manera gradual, inicialmente con un proceso intensamente mediado y posteriormente, a medida que el residente aumenta la complejidad de la competencia, disminuye la intensidad de la mediación y da paso a una mayor autonomía. El desarrollo de la competencia y el incremento del nivel de complejidad de la misma exigen siempre una evaluación permanente que permita implementar los cambios que sean necesarios para alcanzar los logros propuestos. Al preguntar acerca de que si los profesores monitorean las actividades académicas, los docentes están de acuerdo en que cumplen con esta labor en un 43% y los residentes lo perciben en un 70% (clínicos 60% y quirúrgicos 90%). En total se alcanza un porcentaje del 55%.

En concordancia con los hallazgos obtenidos Casalino afirma que:

“(…) el docente debe desarrollar las siguientes características que facilitan el proceso de dar retroalimentación: empatía, es decir comprender las emociones del estudiante; respeto y aceptación de las características positivas y negativas del alumno; calidez, expresada en preocupación por sus necesidades y dificultades; claridad en la expresión de las necesidades de los estudiantes y en las recomendaciones del maestro; autenticidad, que exista una congruencia entre la preocupación del profesor y la actitud que este demuestra para con los alumnos; confianza, que haga posible que el profesor comparta sus sentimientos y experiencias con los alumnos, lo que los expertos califican como una de las principales herramientas para transmitir modelos de conducta; dedicación que haga

posible que el profesor tenga el deseo de abordar los problemas difíciles de la relación docente-alumno (...)”. (2000, p. 38)

Al valorar las técnicas de comunicación asertivas que utilizan los profesores en el ejercicio de la docencia existe una tendencia general en la percepción de las audiencias de un 92% que afirman que si las usan. En este mismo sentido se valora el uso de TIC en la educación médica de especialidades en un 89%.

Hay consenso en todas las audiencias (88%) en que los profesores ofrecen tutorías académicas durante el espacio de la formación. Se destaca que los residentes clínicos tienen esta percepción en un 79% frente a sus profesores en un 96% y en los encuestados quirúrgicos existe una sincronía en la percepción de profesores y residentes mayor al 86%. Nos preguntamos si este resultado obedece a que los residentes clínicos demandan mayor mediación en su proceso educativo.

El 87% de los profesores y residentes consideran que se aplican estrategias para potenciar el aprendizaje significativo, siendo mayor la percepción en los profesores clínicos 93% en relación con los residentes clínicos 78%. Los profesores tanto clínicos como quirúrgicos consideran que existe en ellos la intención de desarrollar pensamiento complejo en sus residentes en un 79%, resultado acorde con la percepción de los residentes (clínicos 77% y quirúrgicos 87%) para un total globalizado de 80%. Además, los resultados evidencian que los profesores impulsan competencias genéricas esenciales para la formación integral como son la investigación 85%, el

trabajo en equipo 92% y la ética en un 92%, todas estas hacia la práctica médica especializada y humanizada. En general sólo cerca de la mitad de los actores 59%, afirman que se tienen en cuenta las necesidades de los residentes al planear la docencia (profesores en un 57% y residentes en un 61%) y que las actividades académicas que realizan los residentes están interrelacionadas con el desarrollo de las competencias en un 62%.

Es importante destacar que desde las dos miradas del trabajo investigativo tanto la cualitativa como la cuantitativa es sobresaliente la confianza que tienen todas las audiencias en la formación, en la experiencia e idoneidad del cuerpo profesoral. Los residentes aprecian en el 96% de los casos, el dominio científico y académico del cuerpo profesoral.

Sin embargo al indagar en el rol del profesor existen algunos aspectos pedagógicos que no han sido adecuadamente desarrollados en opinión de todas las audiencias como la asignación de tiempo real para planear las actividades de docencia: los profesores quirúrgicos afirman que cuentan con el tiempo en un 42% y los clínicos en un 36% para un total del 37%, mientras los residentes consideran que sus profesores disponen de este tiempo en un 56% de los casos (los quirúrgicos en un 80% y los clínicos en un 43%). Estos resultados son influidos por diferentes aspectos: la falta de tiempo protegido para la docencia desde la planeación administrativa de la Facultad de Medicina, el imaginario de la labor médica que se focaliza en la atención integral al paciente considerando su desempeño docente en un segundo lugar, la carencia de una formación pedagógica que los motive a realizar la labor docente con mayor fundamentación y

rigor reflejada en la práctica médica- educativa integral y por último en un escaso número la permanencia en la institución sin la motivación que implica ser maestro mediador.

El papel mediador del profesor es caracterizado por algunos autores como:

“(...) la de un mediador entre el alumno y la cultura a través de su propio nivel cultural, por la significación que asigna al curriculum en general y al conocimiento que transmite en particular, y por las actitudes que tiene hacia el conocimiento. La tamización del curriculum por los profesores no es un mero problema de interpretaciones pedagógicas diversas, sino también de sesgos en esos significados, que, desde un punto de vista social, no son equivalentes ni neutros. Entender cómo los profesores median en el conocimiento que los alumnos aprenden en las instituciones educativas, es un factor necesario para que se comprenda mejor porque los estudiantes difieren en lo que aprenden, las actitudes hacia lo aprendido y hacia el proceso de aprender (...).” (Díaz Barriga & Hernández Rojas, 1998, p. 2)

5.2.3. Categoría De Análisis Rol Del Estudiante- Residente

Tabla 26.
Categoría Rol del Residente. Construcción Propia

Categoría Rol Como Residente			N	Tendencia desacuerdo	%	Tendencia totalmente de Acuerdo	%	Total	Valor P*	
1.	Los residentes están abiertos a participar en diversas estrategias didácticas para el desarrollo de sus competencias profesionales.	Docente	536	Clínica	57	25,22	169	74,78	226	<0,001
				Quirúrgica	10	14,29	60	85,71	70	
				Total	67	22,64	229	77,36	296	
	Residente	Clínica		45	28,85	111	71,15	156		
		Quirúrgica		16	19,05	68	80,95	84		
		Total		61	25,42	179	74,58	240		
Total	128	23,88	408	76,12	536					
2.	Se interesan por indagar más allá de lo que los profesores dan durante el desarrollo de las actividades de docencia	Docente	537	Clínica	59	26,11	167	73,89	226	,341
				Quirúrgica	26	36,62	45	63,38	71	
				Total	85	28,62	212	71,38	297	
	Residente	Clínica		43	27,56	113	72,44	156		
		Quirúrgica		8	9,52	76	90,48	84		
		Total		51	21,25	189	78,75	240		
Total	136	25,33	401	74,67	537					
3.	Cuentan con tiempo para el estudio independiente fuera del sitio de práctica	Docente	536	Clínica	61	26,99	165	73,01	226	<0,001
				Quirúrgica	24	33,80	47	66,20	71	
				Total	85	28,62	212	71,38	297	
	Residente	Clínica		71	45,51	85	54,49	156		
		Quirúrgica		49	59,04	34	40,96	83		
		Total		120	50,21	119	49,79	239		
Total	205	38,25	331	61,75	536					
4.	Se preocupan por investigar los casos con rigor científico	Docente	537	Clínica	74	32,74	152	67,26	226	,102
				Quirúrgica	17	23,94	54	76,06	71	
				Total	91	30,64	206	69,36	297	
	Residente	Clínica		39	25,00	117	75,00	156		
		Quirúrgica		25	29,76	59	70,24	84		
		Total		64	26,67	176	73,33	240		
Total	155	28,86	382	71,14	537					
5.	Tienen iniciativa para proponer cambios en el desarrollo de las actividades docentes	Docente	537	Clínica	92	40,71	134	59,29	226	,025
				Quirúrgica	27	38,03	44	61,97	71	
				Total	119	40,07	178	59,93	297	
	Residente	Clínica		48	30,77	108	69,23	156		
		Quirúrgica		20	23,81	64	76,19	84		
		Total		68	28,33	172	71,67	240		
Total	187	34,82	350	65,18	537					
6.	Poseen cualidades humanas favorables en la comunicación asertiva con la comunidad.	Docente	537	Clínica	41	18,14	185	81,86	226	,012
				Quirúrgica	6	8,45	65	91,55	71	
				Total	47	15,82	250	84,18	297	
	Residente	Clínica		41	26,28	115	73,72	156		
		Quirúrgica		8	9,52	76	90,48	84		
		Total		49	20,42	191	79,58	240		
Total	96	17,88	441	82,12	537					
7.	Se interesan por el trabajo en equipo interdisciplinario	Docente	537	Clínica	60	26,55	166	73,45	226	,064
				Quirúrgica	20	28,17	51	71,83	71	
				Total	80	26,94	217	73,06	297	
	Residente	Clínica		60	38,46	96	61,54	156		
		Quirúrgica		12	14,29	72	85,71	84		
		Total		72	30,00	168	70,00	240		
Total	152	28,31	385	71,69	537					
8.	Desarrollan con autonomía sus metas de aprendizaje	Docente	537	Clínica	63	27,88	163	72,12	226	<0,001
				Quirúrgica	9	12,68	62	87,32	71	
				Total	72	24,24	225	75,76	297	
	Residente	Clínica		39	25,00	117	75,00	156		
		Quirúrgica		7	8,33	77	91,67	84		
		Total		46	19,17	194	80,83	240		
Total	118	21,97	419	78,03	537					

Categoría Rol Como Residente				N	Tendencia desacuerdo	%	Tendencia totalmente de Acuerdo	%	Total	Valor P*
9.	Tienen iniciativa para proponer cuando se toman decisiones	Docente	Clínica	535	46	20,54	178	79,46	224	,002
			Quirúrgica		7	9,86	64	90,14	71	
			Total		53	17,97	242	82,03	295	
		Residente	Clínica		30	19,23	126	80,77	156	
			Quirúrgica		8	9,52	76	90,48	84	
			Total		38	15,83	202	84,17	240	
Total	91	17,01	444	82,99	535					
10.	Se preocupan por elevar la competencia ética de su profesión	Docente	Clínica	532	56	24,78	170	75,22	226	,003
			Quirúrgica		13	19,12	55	80,88	68	
			Total		69	23,47	225	76,53	294	
		Residente	Clínica		40	25,97	114	74,03	154	
			Quirúrgica		11	13,10	73	86,90	84	
			Total		51	21,43	187	78,57	238	
Total	120	22,56	412	77,44	532					
11.	Están dispuestos para apoyarse entre sí (R1-R2-R3-...) durante las actividades académicas	Docente	Clínica	535	64	28,32	162	71,68	226	,012
			Quirúrgica		14	19,72	57	80,28	71	
			Total		78	26,26	219	73,74	297	
		Residente	Clínica		41	26,62	113	73,38	154	
			Quirúrgica		8	9,52	76	90,48	84	
			Total		49	20,59	189	79,41	238	
Total	127	23,74	408	76,26	535					
12.	Consideran a sus profesores como referentes a seguir en su formación integral profesional	Residente	Clínica	238	28	18,18	126	81,82	154	0,051
			Quirúrgica		11	13,10	73	86,90	84	
		Total	39		16,39	199	83,61	238		
13.	Nivel de dificultad de las actividades académicas desarrolladas	Residente	Clínica	236	31	20,39	121	79,61	152	0,105
			Quirúrgica		10	11,90	74	88,10	84	
		Total	41		17,37	195	82,63	236		
14.	Grado de compromiso con las actividades diarias	Residente	Clínica	236	30	19,74	122	80,26	152	0,007
			Quirúrgica		10	11,90	74	88,10	84	
		Total	40		16,95	196	83,05	236		
15.	Grado de motivación en el desarrollo de las actividades académicas	Residente	Clínica	240	43	27,56	113	72,44	156	0,101
			Quirúrgica		11	13,10	73	86,90	84	
		Total	54		22,50	186	77,50	240		
16.	Grado de satisfacción por lo aprendido	Residente	Clínica	240	37	23,72	119	76,28	156	0,078
			Quirúrgica		15	17,86	69	82,14	84	
		Total	52		21,67	188	78,33	240		
17.	Grado de impacto social de la labor realizada	Residente	Clínica	239	28	18,06	127	81,94	155	0,38
			Quirúrgica		12	14,29	72	85,71	84	
		Total	40		16,74	199	83,26	239		
18.	Manejo del tiempo dedicado a los compromisos académicos	Residente	Clínica	240	38	24,36	118	75,64	156	0,017
			Quirúrgica		12	14,29	72	85,71	84	
		Total	50		20,83	190	79,17	240		
19.	Desarrollo de competencias profesionales requeridas en la especialidad	Residente	Clínica	240	43	27,56	113	72,44	156	0,093
			Quirúrgica		12	14,29	72	85,71	84	
		Total	55		22,92	185	77,08	240		
20.	Búsqueda planificada de acciones de mejoramiento ante las dificultades que se presentan	Residente	Clínica	237	43	28,10	110	71,90	153	0,078
			Quirúrgica		11	13,10	73	86,90	84	
		Total	54		22,78	183	77,22	237		
21.	Compromiso ético con su función como residente	Residente	Clínica	240	15	9,62	141	90,38	156	0,088
			Quirúrgica		2	2,38	82	97,62	84	
		Total	17		7,08	223	92,92	240		

Otra pieza fundamental del proceso didáctico es el papel del residente en la formación de competencias. Al indagar sobre el mismo se encuentra que los profesores de las especialidades clínicas perciben en un 75% que los residentes están abiertos a participar en diversas estrategias didácticas para el desarrollo de competencias profesionales y los profesores de las especialidades quirúrgicas lo estiman en un 86%, para un consolidado del 77% entre los dos grupos de docentes.

El 71% de los profesores clínicos y quirúrgicos afirman que los residentes se interesan por indagar más allá de lo que los profesores desarrollan durante las actividades académicas y los residentes en un 79% confirman esta percepción.



Figura 36. Los Residentes se Interesa por Indagar Más Allá de las Actividades.
Construcción Propia

Este resultado implica el desarrollo del aprender a aprender desde una autorregulación que le permite indagar, volver a revisar la historia clínica, correlacionar los datos de los hallazgos, ir de nuevo a la literatura, indagar con otros pares y expertos y ganar en seguridad y dominio del caso en un reconocerse para elevar su autonomía en la toma de decisiones.

En relación con el tiempo del que disponen los residentes para el estudio independiente fuera del sitio de práctica, los profesores de las clínicas (73%) y de las quirúrgicas en un (66%) afirman que sus estudiantes sí cuentan con tiempo para la dedicación al auto aprendizaje, probablemente por la carga asistencial que los residentes tienen. Este resultado confirma que la responsabilidad asistencial del residente influye en el tiempo de estudio independiente, aspecto que invita a evaluar el estado real de los créditos académicos que se requieren con el fin de ajustarlos a la realidad académica y asistencial de los residentes.

El principal propósito de formación es la conquista de la autonomía, que se evidencia entre otros aspectos, por la capacidad de los residentes de desarrollar sus metas de aprendizaje y establecer estrategias de autorregulación para su cumplimiento. Cuando se evalúa el rol del residente se encuentra que: los profesores clínicos y quirúrgicos perciben esta capacidad en sus residentes en un 76% y los residentes la encuentran ellos mismos en un 81%.

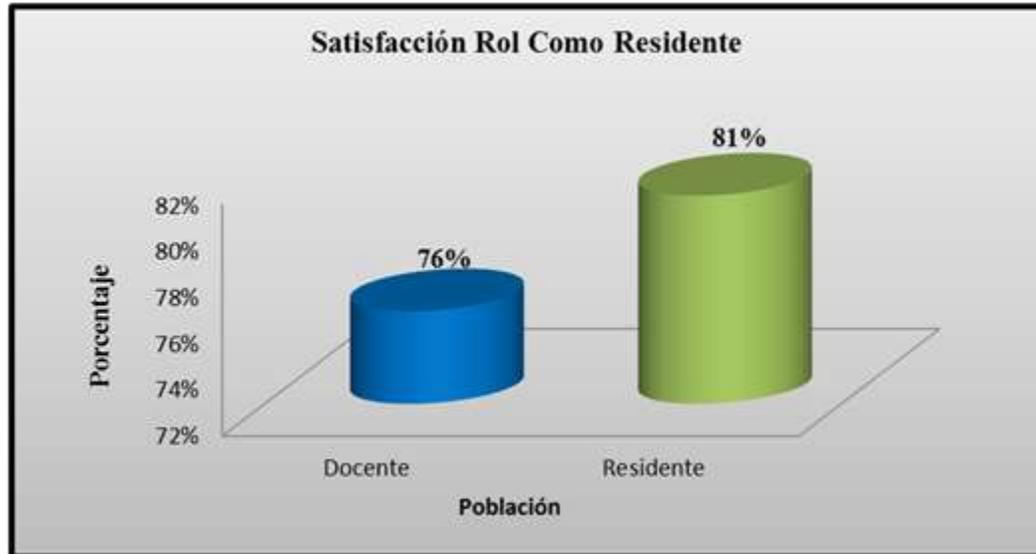


Figura 37. Satisfacción Rol Como Residente. Construcción Propia

Además, el 71% de los profesores y residentes tanto de las clínicas como de las quirúrgicas están de acuerdo en que los residentes se preocupan por investigar cada caso con rigor científico; destacan la iniciativa que muestran los residentes para proponer cambios en el desarrollo de las actividades docentes (65%); las cualidades humanas que poseen los residentes para comunicarse con la comunidad (82%) y el trabajo en equipo interdisciplinario (72%). Lo anterior describe residentes en vía de un desarrollo progresivo de pensamiento complejo.

La capacidad para tomar decisiones que es de alta significación en el desempeño profesional del médico especialista, se hace evidente en los residentes en las iniciativas que presentan cuando se deben asumir decisiones clínicas, aspecto que se valora como positivo por el 82% de los profesores, destacándose que los quirúrgicos la perciben como más notoria en el grupo de sus residentes en un 90% sobre los residentes clínicos en un 79%. Coincidiendo en gran medida con la percepción que los residentes tienen sobre sí mismos (clínicos: 81% y quirúrgicos 90%).

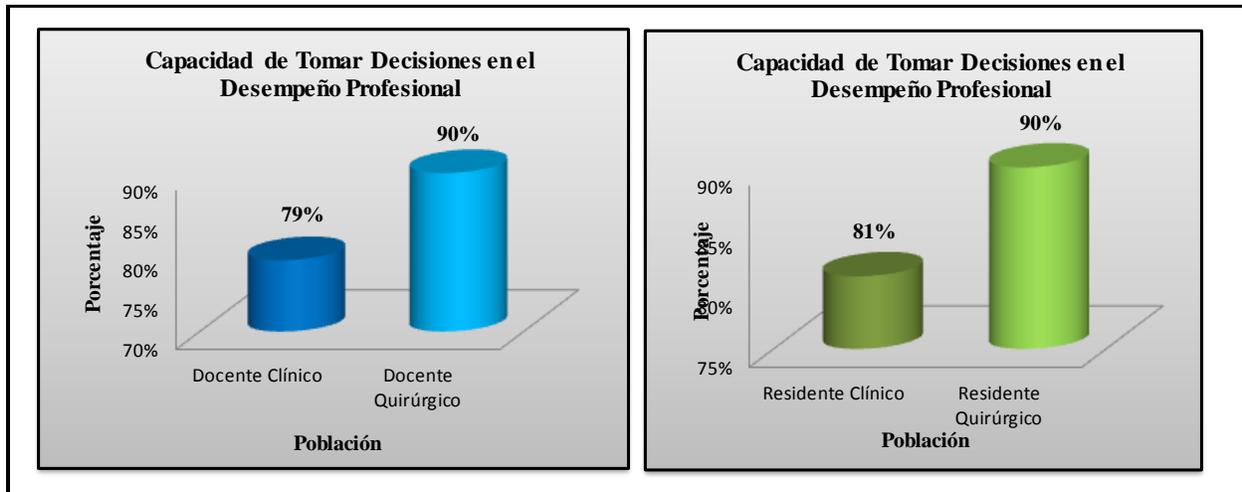


Figura 38. Capacidad del Residente para la Toma de Decisiones en el Desempeño Profesional. Construcción Propia

Una interpretación a estos resultados puede enfocarse en la apreciación que tanto profesores como residentes tienen de lo que significa tomar decisiones, del estímulo que den los profesores a la toma de decisiones, del paradigma frente al error como algo que puede descalificar y no como acción de la cual se aprende y se construye. Variables como el clima de aprendizaje, la seguridad en el dominio teórico- práctico, la relación profesor- residente, y la madurez en la autonomía inciden en la capacidad de los residentes para decidir.

De otra parte al indagar acerca del desempeño en las actividades académicas se encuentra que:

Los profesores consideran en un 74% de los casos que los residentes mayores muestran disposición para apoyar en las actividades académicas a los residentes menores y los residentes en un 79% de los casos confirman esta percepción. Por ello:

“(…) el Programa Único de Especialidades Médicas (PUEM) de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina (DEP), desde 1994, incluyó el Seminario de Educación dentro de la formación integral de un residente; lo propio hizo el *Liaison Committee on Medical Education*(12) y el ACGME, en el 2004, al adoptar las competencias educativas como parte de la formación integral de los residentes en los Estados Unidos de Norteamérica (13) y, a su vez, *el Royal College of Physicians and Surgeons de Canadá* (…).” (Graue W., 2007, p. 3)

“El médico residente que enseña estimula el pensamiento clínico y la reflexión sobre el conocimiento, el hacerlo es un estímulo constante de autoaprendizaje. En general se asume que aquellos residentes que se involucran en actividades de enseñanza mejoran sus habilidades clínicas.” (Griffith, Haist, & Ramsbottom, 1998, p.73)

Al indagar si los residentes consideran a sus profesores como referentes a seguir en su formación integral profesional, el 84% de los encuestados afirman que sí (residentes clínicos 82% y quirúrgicos 87%). El 83% de todos los residentes consideran que las actividades académicas desarrolladas durante su formación tienen un nivel alto de dificultad, aspecto que puede relacionarse con la falta de conocimientos previos profundos, con la distribución del tiempo en las actividades académicas, con su dedicación para el trabajo independiente, por falta de mediación de los profesores y finalmente por el grado de motivación de los residentes (78%) para el desarrollo de las actividades académicas.

“Las actividades académicas son llevadas a cabo solamente por nosotros los residentes y es algo frente a lo que nos sentimos muy huérfanos porque es obvio que el docente siendo un docente, siendo también un profesor debe de estar a cargo no de todas pero si de algunas de las actividades mensuales académicas que se realizan en el servicio. Ellos no pueden estar sentados en una silla simplemente escuchando lo que dice el residente

porque ahí no hay retroalimentación; no hay nada. Y se deben aprovechar esos puntos de vista fuertes que tienen los profesores para que lo compartan. Y no sé compartan esos conocimientos y esos fuertes que tienen cada profesor con los residentes me parece a mí". (Entrevista Semiestructurada Grupo Focal Residentes 1, líneas, 428:435)

Al indagar a los residentes por el impacto social de la labor realizada, consideran que es significativo en un 83% y se sienten satisfechos con el aprendizaje alcanzado en un 78%, lo cual se puede relacionar con el manejo del tiempo dedicado a los compromisos académicos 79%, el desarrollo de las competencias profesionales en un 77% y la búsqueda planificada de soluciones en un 77% ante las dificultades cotidianas que se presentan.

En síntesis se puede concluir que los residentes se sienten satisfechos con su papel en el proceso educativo, con sus logros académicos y personales, con la figura de sus profesores como maestros y referentes a seguir dentro de un marco universitario, que en la mayoría de los casos suple sus necesidades, lo cual trae como consecuencia una alta motivación por el aprendizaje y el proceso formativo de hacerse un profesional especializado, elevando el nivel de competencias.

5.2.4. Categoría de Análisis: Proceso de Evaluación

Tabla 27.
Proceso de Evaluación. Construcción Propia

No.	Categoría Proceso de Evaluación	N	Tendencia de Desacuerdo	%	Tendencia de Acuerdo	%	Total	Valor p*	
1.	La educación médica impartida en las especialidades cuenta con un sistema de evaluación de los aprendizajes coherente con los principios rectores de la Universidad de Antioquia.	538	Clínica	202	52,74	181	47,26	383	,006
			Quirúrgica	58	37,42	97	62,58	155	
			Total	260	48,33	278	51,67	538	
2.	Las estrategias de evaluación de los aprendizajes utilizadas en las especialidades permiten valorar y retroalimentar el proceso de formación del residente hacia el desarrollo de sus competencias profesionales.	538	Clínica	213	55,61	170	44,39	383	,004
			Quirúrgica	58	37,42	97	62,58	155	
			Total	271	50,37	267	49,63	538	
3.	La calidad de la atención a los pacientes por parte de los residentes es uno de los indicadores de la evaluación.	538	Clínica	213	55,61	170	44,39	383	,004
			Quirúrgica	58	37,42	97	62,58	155	
			Total	271	50,37	267	49,63	538	
4.	Se aplican instrumentos de evaluación que miden el nivel de competencias alcanzados por los residentes al terminar cada año de formación.	538	Clínica	255	66,58	128	33,42	383	,015
			Quirúrgica	89	57,42	66	42,58	155	
			Total	344	63,94	194	36,06	538	
5.	Los residentes autoevalúan su desempeño frente a las metas de formación del año.	538	Clínica	255	66,58	128	33,42	383	,003
			Quirúrgica	89	57,42	66	42,58	155	
			Total	344	63,94	194	36,06	538	
6.	El diseño del plan de formación del residente parte de la evaluación inicial que identifica fortalezas y debilidades con las que llega el estudiante de un año al otro en su formación.	538	Clínica	262	68,41	121	31,59	383	<0,001
			Quirúrgica	79	50,97	76	49,03	155	
			Total	341	63,38	197	36,62	538	
7.	Los residentes y profesores cuentan con los tiempos para disponer de momentos de realimentación del proceso.	538	Clínica	239	62,40	144	37,60	383	<0,001
			Quirúrgica	65	41,94	90	58,06	155	
			Total	304	56,51	234	43,49	538	
8.	Las actividades académicas se pueden desarrollar con suficiente tiempo para su preparación, desarrollo y evaluación	237	Clínica	74	48,37	79	51,63	153	<0,001
			Quirúrgica	10	11,90	74	88,10	84	
			Total	84	35,44	153	64,56	237	
9.	El seguimiento y acompañamiento docente se caracteriza por su alto contenido humano	237	Clínica	42	27,45	111	72,55	153	,007
			Quirúrgica	10	11,90	74	88,10	84	
			Total	52	21,94	185	78,06	237	
10.	El seguimiento y acompañamiento docente se caracteriza por su alto nivel disciplinar	237	Clínica	42	27,45	111	72,55	153	<0,001
			Quirúrgica	11	13,10	73	86,90	84	
			Total	53	22,36	184	77,64	237	

Para la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia el enfoque evaluativo es personalizado, hace parte del proceso educativo y se asume como permanente, sistemático, globalizante e interdisciplinario, con miras a una formación integral. Busca correlacionar los resultados cuantitativos y cualitativos del proceso evaluativo del estudiante para destacar las fortalezas y mediar las debilidades.

La categoría del proceso de evaluación se analizó en sus diferentes tópicos a partir de los grupos clínicos y quirúrgicos por la importancia global de la percepción del mismo en la educación médica de posgrado.

La mitad de los residentes y de los profesores clínicos y quirúrgicos consideran que la educación médica en las especialidades clínicas y quirúrgicas cuentan con un sistema de evaluación de los aprendizajes (apenas el 51.7%).

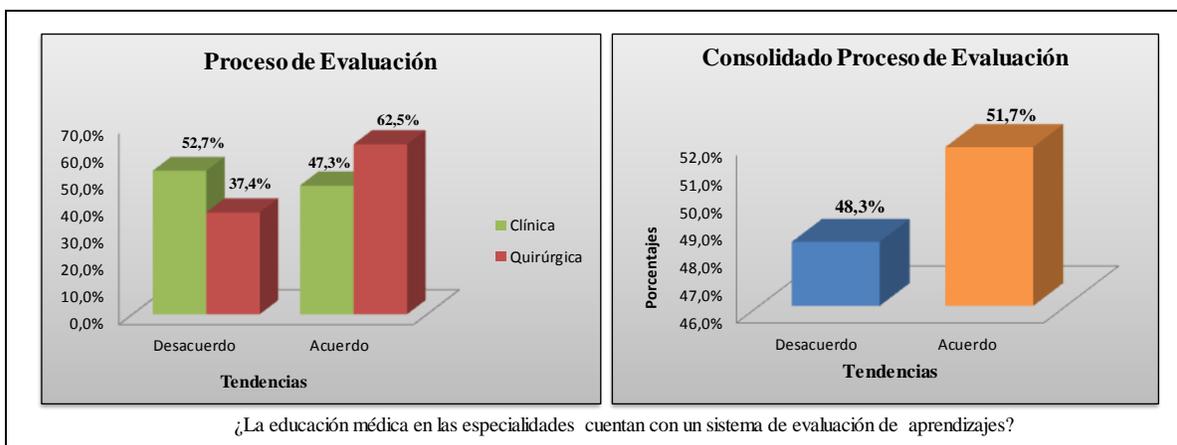


Figura 39. Proceso de Evaluación. La Educación Médica en las Especialidades.
Construcción Propia.

Las estrategias de aprendizaje de evaluación utilizadas permiten valorar y retroalimentar el proceso de formación de competencias (49.6%); la calidad de la atención de los pacientes por parte de los residentes es uno de los indicadores de la evaluación (49.6%) lo cual evidencia una carencia significativa de los procesos evaluativos para el fortalecimiento y las posibilidades de mejora desde el punto de vista pedagógico, curricular y didáctico.

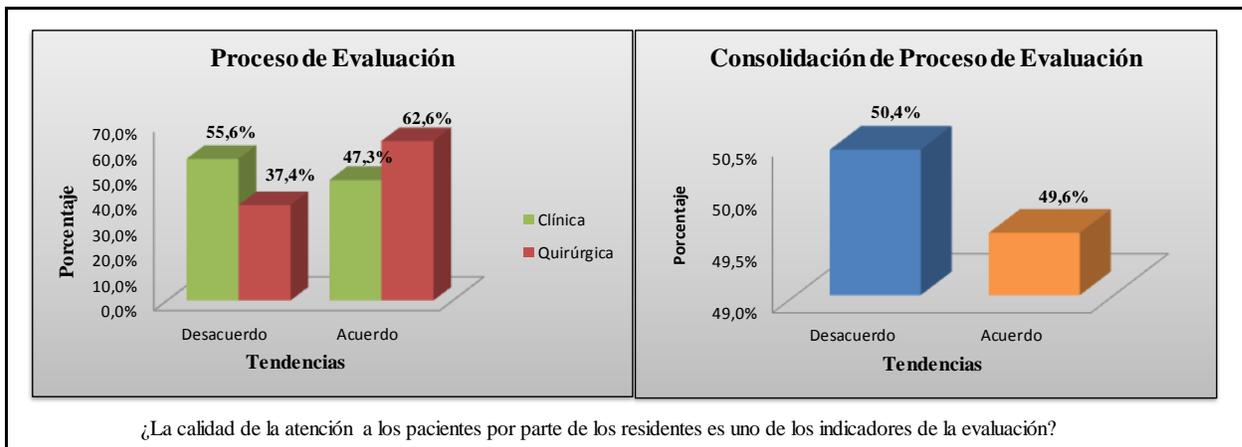


Figura 40. Proceso de Evaluación. La calidad de la Atención a los pacientes por parte de los Residentes. Construcción Propia

Es mayor el descontento de todas las audiencias con respecto a los instrumentos de evaluación para medir el alcance de las competencias alcanzadas en cada año de residencia (64% están en desacuerdo); con respecto al proceso de autoevaluación (64% están en desacuerdo); con respecto a la relación entre el plan de formación de cada año y los planes de mejoramiento (63% consideran que no existe).

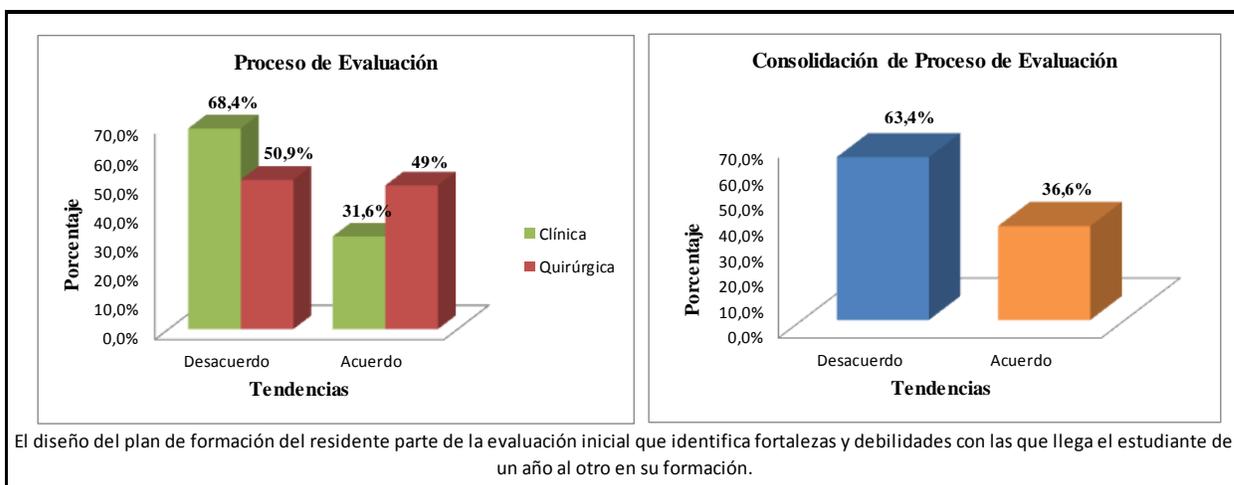


Figura 41. Proceso de Evaluación. El Diseño del Plan de Formación del Residente.
Construcción Propia.

El tiempo disponible para retroalimentar el proceso (57%). La evaluación por competencias, al privilegiar la comunicación bi -direccional entre todos los participantes del proceso educativo, debe resaltar y priorizar el sistema de retroalimentación. En otras palabras, se evalúa para realimentar, para comunicar y para establecer planes de mejora inmediata (Litwin E 2008). Para esto, es importante utilizar instrumentos de evaluación que no desconozcan las competencias requeridas sino que estén orientados por éstas.

“El feedback es la respuesta del evaluador (profesor, experto, tutor de prácticas...) al resultado o proceso ejecutado por el estudiante. Esta respuesta oral o escrita, es fundamental en la evaluación por competencias. Permite valorar el proceso y generar la información (necesaria tanto para el profesor como para el estudiante) para desarrollar o rectificar el proceso de adquisición de las competencias.” (García M. , 2010, p. 134)

Al correlacionar estos resultados cuantitativos con la investigación cualitativa se puede constatar que hay coherencia entre los resultados. Las audiencias en los grupos focales opinan que:

“La evaluación aplicada: Pésima, es completamente subjetiva, los docentes no tienen los criterios de evaluación claros, tampoco hay una buena herramienta para nosotros evaluar a los docentes. (Entrevista Autoaplicada Egresados 8, líneas, 37:39)

“Pienso que la evaluación es uno de los puntos más críticos que tenemos nosotros en posgrados. Le veo más debilidades a la evaluación como está actualmente que fortalezas. Tal vez la fortaleza de la evaluación actualmente es que hay que hacerla y que debe tener un número específico, pero no le veo una capacidad mayor de tipo formativo, de tipo orientador para el estudiante.” (Entrevista Semiestructurada Grupo Focal Jefes y Directivos 1, líneas, 165:169)

“Se asume que todo mundo es bueno. Y uno sabe que si hace buena fama el primer año, ya tiene ganado el resto. Si un residente tiene un desempeño francamente deficiente no hay forma de evaluarlo negativamente porque el sistema es tan laxo que si se le evalúa negativamente igual le va muy bien. Eso es un problema a veces real porque hay gente que no se esfuerza y pasa. No es por la estructura sino por la tradición. El filtro no se cumple en todas las especialidades.” (Entrevista Semiestructurada Grupo Focal Residentes 1, líneas, 210:216)

Se requiere diseñar instrumentos de evaluación acordes con los fundamentos pedagógicos, con el diseño curricular de los programas y con los propósitos de la formación de cada especialidad. Al respecto Carretero G, afirma que:

“(…) Es necesario evaluar conocimientos a través de pruebas escritas, especialmente las de preguntas de elección múltiple, al ser en principio más objetivas. Hay que evaluar competencias a través de exámenes orales y pruebas escritas cortas o largas. También hay que evaluar la actuación mediante simulaciones del tipo de las evaluaciones clínicas objetivas y estructuradas (ECOPE). Por último, es necesario evaluar la práctica, el ejercicio profesional de la medicina, mediante auditorías de historia clínica, de decisiones clínicas, de la empatía con el paciente y sus familiares, y de práctica asistencial (…)”. (Carretero González J. , 2010, p. 13)

Como positivo dentro del proceso de evaluación todas las audiencias consideran adecuado el tiempo para preparar, desarrollar y evaluar el proceso evaluativo en un 65%; el seguimiento y acompañamiento docente con un alto contenido humano en un 78% y un alto nivel disciplinar en un 78%, características positivas para impulsar el desarrollo de pensamiento crítico y la autonomía con base en una valoración integral y permanente del proceso formativo.

“La evaluación debe tener como objetivo ayudar a que el estudiante madure y mejore en forma constante e indicarle sus cualidades y facilitarle el proceso de reconocimiento de sus debilidades. Este proceso, en el que el docente es fundamental, lleva al estudiante a poder desarrollar destrezas analíticas y planificar la corrección de sus deficiencias, así como desarrollar nuevas estrategias de trabajo, este es un proceso que no se improvisa en un pocos meses”. (Venturelli, 2000, p. 18)

En los grupos focales las audiencias opinaron al respecto:

“Todos los días trato de corregir a mis estudiantes, con respeto, sin ofenderlo, que hablen más con el paciente, que utilicen más sus recursos mentales, que no miren a los pacientes por sus exámenes, evalúen de verdad. Hay estudiantes que definitivamente terminaran en

el área administrativa porque no tienen esa capacidad de indagar, de contextualizar. Cada paciente es un reto”. (Entrevista Semiestructurada Profesores 9, líneas, 71:75)

5.2.5. Categoría de Análisis: Recursos Educativos

Tabla 28.
Recursos Educativos. Construcción Propia

No.	Recursos Educativos	N	Tendencia de Desacuerdo	%	Tendencia de Acuerdo	%	Total	Valor p*
1.	Se dispone de suficientes espacios formativos para atender a todos los residentes que rotan por el servicio.	Clínica	213	55,76	169	44,24	382	<0,001
		Quirúrgica	67	43,23	88	56,77	155	
		Total	280	52,14	257	47,86	537	
2.	Las instalaciones permiten desarrollar las actividades de enseñanza y de aprendizaje.	Clínica	137	35,96	244	64,04	381	<0,001
		Quirúrgica	29	18,83	125	81,17	154	
		Total	166	31,03	369	68,97	535	
3.	La oferta formativa se ve limitada por los recursos físicos de los que disponemos.	Clínica	197	51,44	186	48,56	383	<0,001
		Quirúrgica	54	35,06	100	64,94	154	
		Total	251	46,74	286	53,26	537	
4.	Se necesitan de un mayor número de espacios formativos, sitios de práctica para el desarrollo de las actividades pedagógicas	Clínica	115	30,10	267	69,90	382	,385
		Quirúrgica	50	32,47	104	67,53	154	
		Total	165	30,78	371	69,22	536	
5.	Se puede disponer de recursos tecnológicos que apoyen el desarrollo de las actividades pedagógicas.	Clínica	143	37,53	238	62,47	381	,009
		Quirúrgica	40	25,97	114	74,03	154	
		Total	183	34,21	352	65,79	535	
6.	Se disponen de suficientes recursos de apoyo docente.	Clínica	208	54,74	172	45,26	380	,003
		Quirúrgica	65	42,21	89	57,79	154	
		Total	273	51,12	261	48,88	534	
7.	Existen los mismos recursos educativos con los cuales se ha enseñado a lo largo de los años de creación del programa.	Clínica	215	56,88	163	43,12	378	,019
		Quirúrgica	78	50,65	76	49,35	154	
		Total	293	55,08	239	44,92	532	

Los recursos educativos forman parte de los componentes de la didáctica y tienen una función determinante para el desarrollo de las actividades programadas que posibilitan la formación de competencias. De aquí la importancia de garantizar la optimización de los mismos y la distribución equitativa para que todas las dependencias en las cuales funcionan los programas de las especialidades cuenten con los recursos esenciales para su desarrollo, sin embargo se debe tener en consideración que los recursos no solo obedecen al aporte de la universidad sino que dependen también del centro de práctica en donde se lleven a cabo las actividades formativas.

Para indagar acerca de los recursos educativos en las especialidades médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia se utilizaron en la investigación cuantitativa algunas preguntas que evidenciaron tendencias de acuerdo o de desacuerdo entre las audiencias clínicas y quirúrgicas con respecto a los indicadores. No obstante, fue la investigación cualitativa la que permitió en esta categoría ampliar y profundizar las diferentes percepciones de las audiencias con el fin de enriquecer los resultados y establecer los puntos álgidos en este aspecto que requieren intervención por parte de la Universidad apoyada en los convenios de práctica.

Residentes y profesores clínicos consideraron que no se dispone de suficientes espacios formativos para atender a los residentes que rotan por el servicio en un 56%, mientras los quirúrgicos afirman que sí disponen de espacios formativos suficientes en un 57%.

Este resultado se puede interpretar porque existen requisitos esenciales y obligatorios en la habilitación de los sitios de práctica para las especialidades quirúrgicas que favorece sus ambientes de aprendizaje. Mientras que en las especialidades clínicas estos recursos son equitativos entre la Universidad y los sitios de práctica.

“El apoyo con los hospitales ayuda a que tengamos más cosas pero es más por los convenios, porque por ejemplo, las instalaciones del quinto piso del Hospital Infantil son inadecuadas, el calor es insoportable y no deja funcionar a la gente; escribir, investigar es difícil. Por eso todos quieren hacer el trabajo en otra parte.” (Entrevista Semiestructurada Profesores 4, líneas, 80:83)

“Algunos laboratorios se encuentran limitados, hay algunos edificios que no se pueden cambiar porque son patrimonio histórico, que también nos crea ciertas dificultades. No se pueden instalar más laboratorios y tenemos que buscar en otras áreas y que sean adecuados a los requerimientos que necesitamos, buenas ventilación, buenas ventilación, que cumpla con la reglamentación básica.” (Entrevista Semiestructurada Grupo Focal Docentes y Residentes, líneas, 127:132)

“En algunos servicios son muy limitados los espacios y esto bloquea las actividades de docencia. Existen espacios amplios en otros, pero no están estandarizados para todos.” (Entrevista Semiestructurada Grupo Focal Profesores, líneas, 55:56)

Todas las audiencias presentan una tendencia de acuerdo con respecto a la pertinencia de las instalaciones para desarrollar las actividades de enseñanza y de aprendizaje el 69%; con la necesidad de un mayor número de espacios formativos y sitios de práctica para el desarrollo de actividades pedagógicas en un 69.22% y con la necesidad de adquirir otros recursos tecnológicos para el desarrollo de actividades pedagógicas en un 66%.

“El Hospital Universitario San Vicente Fundación, sin duda es un escenario de práctica y formación que cualquier profesional quisiera tener en su hoja de vida.” (Entrevista Autoaplicada Egresados 12, líneas, 62:63) “El hospital es una ventaja para todos porque tenemos todas o muchas de las posibilidades para el tratamiento, diagnóstico de los pacientes, para llevar a cabo una buena labor como médico.” (Entrevista Semiestructurada Grupo Focal Residentes 1, líneas, 312:314)

“La ventaja que tiene el programa es que los procesos de aprendizaje por ejemplo de asistencia no requieren el nivel de complejidad que lo requiere una especialidad quirúrgica, lo que hace que siempre contemos con los elementos necesarios.” (Entrevista Semiestructurada Grupo Focal Residentes 1, líneas, 179:181)

Tantos docentes como residentes clínicos consideran que no se dispone de suficientes recursos de apoyo docente 55%, mientras los quirúrgicos opinan en el 58% que los docentes son suficientes.

Sin embargo, frente a la incidencia de los recursos físicos en la limitación de la oferta educativa los clínicos considera que no limitan la oferta (51%) y los quirúrgicos están de acuerdo en que la oferta si se ve limitada por los recursos existentes (65%), posiblemente porque los recursos con los que cuentan las especialidades quirúrgicas cubren las necesidades del momento, pero si aumenta la demanda de recursos, estos serán insuficientes.

“En cuanto a sitios de práctica, también a veces nos sentimos un poco cortos, sobretodo porque hay ocasiones en las que tienen que entrar dos residentes por quirófano, en algunos sitios de práctica y esto ya lo deja a uno sin muchas herramientas y sin muchas actividades que se podrían hacer y quedarían mucho mejor.” (Entrevista Semiestructurada

Grupo Focal Residentes 2, líneas, 69:70) “Los espacios físicos son reducidos para las actividades académicas.” (Entrevista Semiestructurada Profesores 5, líneas, 352:352)

En las especialidades clínicas y quirúrgicas los espacios físicos son el principal contenido didáctico para el desarrollo de las competencias y estos deberían ser de prioritaria gestión administrativa en la búsqueda de un aprendizaje significativo y una formación integral. Al respecto Zabalza opina que:

“(…) los materiales didácticos forman parte sustancial de las coreografías didácticas. A través de ellos y de las consignas que se den para su uso se estarán propiciando aprendizajes de tipo superficial o de tipo profundo. Podríamos decir, por tanto, que los materiales se sitúan en el núcleo central de una metodología didáctica innovadora (…).” (2008, p. 88)

La Facultad de medicina cuenta con otros recursos que deberían transformar los procesos educativos. La autoevaluación de los programas al formar parte de la cultura universitaria, observa las oportunidades de mejora continua y permanente al conducir hacia la revisión e intervención intencionada desde la gestión y administración para que las acciones de fortalecimiento se reviertan en mejorar la calidad de la formación del recurso humano especializado en salud. Es cierto que la calidad del recurso humano suple muchas falencias de orden de infraestructura física y dotación pero debe ser la gestión administrativa la que lidere y apoye las iniciativas.

“Estos otros aprendizajes que transmitimos y que tiene que ver con el compromiso social y compromiso con lo público y con la optimización de los escasos recursos con que contamos. Los residentes y los profesores aprendemos a ser creativos de tal manera que hagamos las cosas bien aunque nos hagan falta recursos. Aprendemos a disfrutar lo que

tenemos, ni nos escudamos de las carencias para evadir responsabilidades. Se buscan los recursos de otras fuentes.” (Entrevista Semiestructurada Profesores 1, líneas, 124:133)

“...nosotros no hacíamos reuniones constantes de ética, pero los requisitos del registro calificado decían que nos hacían falta más, entonces se empezaron a realizar con mayor frecuencia...” (Entrevista Semiestructurada Profesores 4, líneas, 167:170) “Se cuenta con los recursos de apoyo para la docencia que ofrecen los sitios de práctica, pero se carecen de recursos básicos que podría adquirir la Facultad.” (Entrevista Semiestructurada Grupo Focal Profesores, líneas, 49:50)

Los procesos de internacionalización y de globalización con sus tendencias en permanente cambio y apoyados en la tecnología y en la informática refuerzan la necesidad del residente de acercarse a los recursos tecnológicos de punta para sus prácticas clínicas y quirúrgicas y es la Facultad de medicina la que está obligada desde el punto de vista administrativo a responder a estas exigencias y a realizar acuerdos de cooperación e internacionalización para que los egresados sean profesionales del mundo y no sólo de la región o el país.

“Se necesitan otras tecnologías como laparoscopia, son cosas que se pueden adquirir por ejemplo por la investigación. Entonces los muchachos tienen que aprender, se vuelve un círculo vicioso: investigar para conseguir recursos.” (Entrevista Semiestructurada Profesores 5, líneas, 76:79)

“La incorporación de los nuevos aprendizajes se da por iniciativa de los estudiantes.” (Entrevista Semiestructurada Grupo Focal Egresados 1, líneas, 185:194) “Las cosas han mejorado porque los muchachos son muy tecnológicos, entonces no necesito un computador porque ellos ya lo tienen. Hacer todos esos pedidos por la universidad es difícil porque los recursos son muy limitados.” (Entrevista Semiestructurada Profesores 4, líneas, 74:76)

“(…) queremos montar Tele-patología, es decir, pueden estar viendo las placas y compartiéndolas con docentes de otros sitios, para placas difíciles o prestar los servicios. Inclusive en la reunión de los lunes hacer tele-medicina, en la que tengamos pacientes de otras partes y que con la imagen nos podamos ayudar mucho (…).” (Entrevista Semiestructurada Grupo Focal Jefes y Directivos 2, líneas, 239:246)

Al respecto Carretero G, afirma:

“(…) los nuevos recursos y las nuevas técnicas educativas son herramientas que deberían usarse para elaborar nuevos formatos de enseñanza que sean coherentes, aplicando metodologías de participación activa del estudiante. Se usarán si promueven el aprendizaje autónomo, facilitan el trabajo en equipo y optimizan el rendimiento de los estudiantes en su proceso de aprendizaje (…).” (2010, p. 11)

El médico residente debe provocarse a usar la tecnología y el docente debe ser el provocador de la inducción de las nuevas tecnologías que vienen desde muchas partes (de la imagen electrónica y mecánica, de los sistemas y de la imaginerología) e incluirlo en la docencia para que esos mismos médicos puedan expresarse no solo con el vocabulario médico, sino con términos tecnológicos al enseñarles a sus residentes.

“En estos primeros años del siglo XXI el panorama (del proceso de aprendizaje) ha cambiado y es indispensable repensar la relación entre unos y otros (profesores y alumnos) con respecto a la incorporación de nuevas herramientas tecnológicas. Las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (NTICs) se pueden considerar como una destreza paralela o como un modo diferente de encarar la transmisión del conocimiento, pero en cualquiera de los casos se presenta la necesidad de dejar claro, por ejemplo, las características de esta nueva relación con objeto de sacar el máximo provecho de las mismas y para reforzar las actitudes y aptitudes indispensables para ello.

No se trata únicamente de cambiar el pizarrón y la tiza por la pantalla de la computadora, es necesario modificar también la manera de abordar la enseñanza y el aprendizaje.”
(Peppino Barale, 2004, pp. 4-5)

CAPITULO 6

Conclusiones y Prospectiva**6.1. Conclusiones**

En la investigación se establecieron dos objetivos generales. El primero de ellos referido a la caracterización del proceso de educación médica basado en competencias profesionales en las especialidades clínicas y quirúrgicas en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y el segundo, relacionado con una propuesta pedagógica basada en la formación de competencias aplicable a las especialidades clínicas y quirúrgicas que permita un desarrollo intencionado de las mismas. Para dar respuestas a estos objetivos se plantearon tres objetivos específicos que se irán desarrollando a lo largo de las conclusiones.

Con relación al primer objetivo específico que alude a identificar las estrategias didácticas comunes y específicas en las especialidades clínicas y quirúrgicas, en la investigación se constató que en el actual modelo de formación de competencias, no existen estrategias específicas, todas las estrategias didácticas utilizadas son comunes para las especialidades clínicas y quirúrgicas en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, presentando variaciones en algunos espacios específicos de formación, dependiendo de si se trata de un proceso eminentemente clínico o quirúrgico. Sin embargo, aunque todas las estrategias son comunes cada una se utiliza solo para el desarrollo de algunas competencias pero, a la luz del análisis pedagógico, cuando se comprende el alcance educativo de la estrategia y se utiliza de

una manera intencionada para el desarrollo de un pensamiento crítico y un aprendizaje significativo, las estrategias didácticas pueden ser utilizadas para potenciar y desarrollar todas las competencias de formación profesional.

El segundo objetivo específico pretendía interpretar las representaciones sociales de profesores, residentes, directivos y egresados respecto al proceso de educación médica basado en competencias en las especialidades Clínicas y Quirúrgicas, para darle respuesta la interpretación determinó que un número importante de profesores en la Facultad de Medicina se están preparando para desarrollar una mejor práctica pedagógica desde la pregunta del cómo se debe llevar a cabo ésta. El modelo de formación de competencias que emergió en la investigación para las especialidades clínicas y quirúrgicas, es producto de un aprendizaje heredado de la formación médica de los profesores y fortalecido con las inquietudes que aparecían durante su ejercicio docente, pero no permite un enfoque didáctico planeado con la intención de desarrollar competencias, así éstas sean el producto del proceso de formación, puesto que el profesor no tenía claro cuáles eran las competencias a desarrollar ni cómo potenciarlas, más si el perfil del profesional que debía egresar de la Facultad de Medicina. Es decir, se sabe qué se quiere lograr, pero no cómo lograrlo y por eso se continúa con una práctica docente no traducida, ni interpretada a la luz del modelo establecido por la Facultad de Medicina.

Es decir, ni profesores ni residentes dominan los conceptos de las competencias a desarrollar, ni el concepto pedagógico de las estrategias didácticas razón por la cual no hay intencionalidad formativa en sus acciones. Sigue siendo un buen aprendizaje, pero no tiene la estructura ni la fundamentación que se requiere pues es un acto inconsciente que se debe volver consciente.

La competencia específica más relevante para la formación médica es la propositiva necesaria para desarrollar otras capacidades como la diagnóstica, la comunicativa, la ética, la investigativa entre otras, por lo que requiere de un alto grado de abstracción del pensamiento que madure sus estructuras mentales, enriquecidas por presaberes y por experiencias significativas, para que el estudiante no se dedique a seguir protocolos sin contextualizar los casos desde su particularidad, sino que enriquezca el producto de su desempeño y lo haga competitivo a nivel internacional.

A la luz de un proceso pedagógico complejo el proceso de formación médica especializada requiere del papel mediador intencionado del profesor y del rol activo y consciente del estudiante (residente) que aprende. Lo que traduciríamos en una construcción de la autorregulación y como consecuencia de la autonomía, que debe permitir finalmente introyectar el aprender a aprender, preparando al futuro profesional para que refleje su formación integral en los diferentes aspectos de su vida.

Estos resultados son influidos por diferentes aspectos: la falta de tiempo protegido para la docencia desde la planeación administrativa de la Facultad de Medicina, el imaginario de la labor médica que se focaliza en la atención integral al paciente considerando su desempeño docente en un segundo lugar, la carencia de una formación pedagógica que los motive a realizar la labor docente con mayor fundamentación y rigor reflejada en la práctica médica- educativa integral y por último en un escaso número la permanencia en la institución sin la motivación que implica ser maestro

Uno de los aspectos que llaman la atención de los resultados de la investigación es que los profesores en general son reconocidos por todas las audiencias como idóneos desde su saber disciplinar, experiencia profesional y aún en el ejercicio docente. Sin embargo desde la autoevaluación de su labor como profesores los médicos se sienten inseguros en su desempeño profesoral por su falta de preparación pedagógica y por la informalidad con la que se le delega y comienza su práctica pedagógica.

Por lo anterior es necesario desarrollar un programa de formación pedagógica para los profesores para complementar su formación disciplinar con elementos pedagógicos que le permitan desarrollar la función de mediadores, lo cual se traducirá en la planeación académica, en el desarrollo de la docencia, en los procesos de autoevaluación y evaluación del estudiante. Concomitante con el desempeño idóneo del profesor, el estudiante va comprendiendo cuál es su lugar en el proceso de aprender, y al articular las funciones de profesor y de estudiante el resultado del proceso formativo es el incremento paulatino y sistemático de los niveles de complejidad de las competencias. Por esta razón uno de las propuestas derivadas de la investigación es el programa de formación pedagógica, inserto en su sitio de trabajo. (Propuesta 1)

Emerge además, en todas las audiencias, la idea de que las competencias genéricas son competencias ya adquiridas con las que debe llegar el residente de especialidades médicas a la Facultad, y que no es de su responsabilidad la formación en este sentido, aunque en la propuesta curricular de todas las especialidades está consignada como propósito educativo la formación integral.

En términos generales se requiere desde la gestión administrativa armonizar los componentes del diseño curricular macro y micro de los programas de las especialidades médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, para garantizar una formación de competencias. Se hace necesario, que la articulación curricular de los propósitos, los saberes en términos de problemas del campo de la especialidad, la evaluación, las estrategias didácticas, los tiempos y las secuencias de formación, más los recursos educativos, estén integrados en la planeación pedagógica de las diferentes rotaciones y actividades académicas que se desarrollan en cada especialidad considerando sus particularidades. Esto favorecerá una re-creación del proceso didáctico, una puesta en escena de acciones docentes intencionadas, planeadas y mediadas, paralelas con una toma de conciencia del residente de su papel activo en el proceso de aprendizaje dentro de una formación integral humanizada para un impacto social.

En simultáneo con este reto se debe ir acompañando al equipo docente y al equipo de residentes para que vayan apropiando el enfoque didáctico para la formación de competencias de manera que se gane en toma de conciencia frente a los nuevos roles de quien enseña y de quien aprende.

El tercer objetivo específico, planteado como elaborar una propuesta de orientación didáctica que permita potenciar el desarrollo de competencias tanto generales como específicas en los estudiantes de posgrados de las especialidades clínicas y quirúrgicas de una manera intencionada, es una respuesta a los hallazgos de la investigación.

Desde la investigación tanto en su fase cuantitativa, como cualitativa se pudo constatar que los residentes, profesores, jefes y egresados de las especialidades clínicas y quirúrgicas reconocen como bueno el producto final de la formación médica impartida en la facultad de medicina, no obstante al acercarse a la percepción particular del residente en su proceso formativo se evidencia que algunos no tiene claro la importancia de alcanzar la competencia de aprender a aprender sino hasta final de su formación, por lo que se percibe la sensación de carencia de acompañamiento docente durante el proceso formativo. Por esta razón es necesario hacer más explícito el avance del proceso formativo con base en la delegación progresiva de funciones, indispensable en la educación médica. Se plantea como propuesta de esta investigación un documento que contiene la caracterización de la formación de las competencias en las especialidades médicas (Propuesta 2).

Esta investigación plantea además como propuesta para fortalecer el proceso de formación una guía para el desarrollo de un enfoque didáctico de la formación por competencias en las especialidades clínicas y quirúrgicas. (Propuesta 3)

Como conclusión fundamental de la investigación emerge en la educación médica de las especialidades, una **didáctica clínica propia y dinámica** basada en el trabajo colaborativo en el contexto de la salud, que potencia la autoformación y la mediación pedagógica necesarias para la formación integral de competencias del médico especialista, quien a medida que crece en la comprensión y práctica contextualizada de su disciplina logra un desempeño idóneo consciente y transformador para sí mismo y para la sociedad.



Figura 42. Didáctica Específica para la Formación de Competencias en los Posgrados Médicos. Construcción Propia

6.2. Perspectiva y Nuevas Líneas de Investigación

La presente investigación abre posibilidades de continuar indagando acerca de la educación médica de especialidades clínicas y quirúrgicas en una amplia gama de rutas investigativas así:

- Indagación acerca de la implementación del enfoque didáctico de formación de competencias y su impacto en el desempeño profesional de los egresados.

- El impacto de la formación pedagógica de los profesores en la mediación de la formación de competencias en educación médica de las especialidades.
- Caracterización de diseños curriculares por competencias en especialidades médicas.
- Desarrollo de nuevas estrategias didácticas para la formación de competencias profesionales en especialidades médicas.
- Profundización teórica y práctica de cada estrategia didáctica caracterizada en este estudio.
- Evaluación del desempeño docente – Evaluación del desempeño del residente en el modelo de formación de competencias.
- Incidencia de los avances de las tecnologías de la información y la comunicación en el enfoque didáctico de formación de competencias en especialidades médicas.
- Armonización de currículos para la formación de competencias en especialidades médicas.
- Cambios que se requieren incorporar para la formación de competencias en especialidades médicas, desde los contextos externo e interno, los proyectos educativos institucionales, la gestión administrativa y académica y los diseños macrocurriculares y microcurriculares, entre otros.

6.3. Propuestas Derivadas de la Investigación

6.3.1. Propuesta 1º: Programa de Formación Pedagógica.

Presentación

La formación del talento humano en salud es un reto compartido tanto de las universidades como de las clínicas y hospitales que ofrecen docencia servicio, el decreto 1164 del 3 de octubre de 2007, reglamentó las disposiciones generales, los organismos de apoyo para el desarrollo y la formación del T.H en la salud, prestación ética y bioética de los servicios; para lo cual estableció los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio del área de la salud. Los principios que orientan las disposiciones son: la equidad, la solidaridad, la calidad, la ética, la integralidad, la concertación, la unidad y la efectividad.

Para la regulación de la *relación docencia-servicio en los programas de formación del talento humano en salud en Colombia* se crea el Decreto 2376 del 1 de julio de 2010, este decreto regula el vínculo funcional que se da entre las Instituciones de Educación Superior de Salud y los escenarios donde se desarrolla la práctica y los convenios marcos.

De otra parte, de acuerdo con estándares oficiales y Políticas de acreditación de Joint Commission International, existe un factor determinante de calidad asociado a la competencia comunicativa que debe desarrollar el profesional médico para lograr una mejor educación e

interacción con el paciente y su familia, así como para el acompañamiento en los procesos formativos de estudiantes y residentes.

La mega competencia del siglo XXI es Aprender a Aprender, luego una organización inteligente es aquella que logra repensar sus procesos y cualificarlos mediante acciones constitutivas de sentido formativo, de cara a lograr estándares de calidad cada vez más coherentes con los principios rectores que se reflejen en una mejor atención e interacción humana del equipo interdisciplinario en salud, así como de los usuarios de los servicios. Lo anterior invita a re-crear la cultura de la organización hacia el accenso a la humanización de la práctica médica y la docencia en salud.

La siguiente propuesta formativa se instala en estos propósitos y espera ofrecer a la comunidad académica de las especialidades médicas de las Facultades de Medicina un acompañamiento permanente en sus procesos educativos que redunden en mejores prácticas médicas y eleven el potencial de aprendizaje de sus integrantes en procura de modificaciones estructurales y duraderas de pensamiento que faciliten los procesos de cambio e innovación educativa en salud.

En el programa de formación se propone el desarrollo de competencias que le permitirán al profesor ejercer su docencia con mayor sentido formativo, tal como lo expresa Zabalza,(2003) dichas competencias deben ser la planificación del proceso didáctico ; la comunicación

clara y comprensible; el uso didáctico de las nuevas tecnologías,; la gestión de grupos en relación con las actividades y tareas; el mantenimiento de relaciones interpersonales funcionales con estudiantes, la evaluación, la tutoría y el acompañamiento y la investigación sobre el proceso educativo. Estos aspectos emergen también en las conclusiones de la investigación acerca de la educación médica en especialidades clínicas y quirúrgicas, en relación con la necesidad de la formación pedagógica de profesores y residentes para cualificar el proceso y potenciar la formación de competencias.

“(…) Lo fundamental debe ser el posibilitar que el profesorado incompetente pase a ser competente y que los competentes gocen de condiciones propicias para desarrollar iniciativas de mejora (...). Como podrán constatar muchas de estas líneas de mejora como profesionales son las que se trata de alimentar a través los programas de formación. Aquella vieja idea de que para ser buen profesor basta con saberse la materia y saberla explicar, se ha quedado estrecha. El buen profesor y la buena profesora universitaria tienen ante sí en la actualidad (con convergencia o sin ella) un conjunto de retos mucho más amplios. Hoy en día, decir que enseñar en la universidad resulta una tarea compleja parece obvio. Quizás sea ése el punto de partida necesario para poder entrar a considerar qué tipo de preparación precisamos los profesores para poder afrontarla con éxito.”
(Zabalza M., 2008, Ps 89 - 91)

Objetivo General

Apropiar el enfoque didáctico para la formación de competencias en las especialidades médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Competencias

Aplica estrategias de comunicación e interrelación personal –paciente-residente, paciente médico tratante, residente-profesor, residente-colegas, paciente familia y entorno-, propias del diálogo mediado desde los criterios de la mediación- intencionalidad-significado-transcendencia- que inciden en los procesos de formación en residencias médicas.

Articula lo pedagógico y lo disciplinar en los espacios de aprendizaje en ambientes clínicos generando trabajo en equipo, autoaprendizaje y meta evaluación.

Planea didácticamente la práctica educativa en especialidades médicas acorde con el tipo de estrategia seleccionada y con los lineamientos del enfoque didáctico para la formación de competencias.

Selecciona estrategias y técnicas en evaluación del aprendizaje en residencias clínicas a partir de la heteroevaluación, la coevaluación y la autoevaluación.



Figura 43. Competencia que se Potencian en el Médico Especialista – Profesor.
Construcción Propia

Campo De Acción

Los espacios de práctica médica y formación, en residencias médicas.

Problema

¿Cómo elevar el potencial de aprendizaje, en los procesos de formación de competencias en las especialidades médicas?

Saberes Problematizados

- ✓ ¿Cómo aportar a la formación de competencias desde el rol de profesor y desde el rol del residente?
- ✓ ¿Es la comunicación mediada una posibilidad de mejorar el ambiente clínico de aprendizaje y fortalecer las competencias ética y bioética?
- ✓ ¿Cómo inciden los criterios de la mediación intencionalidad, significado y trascendencia en el acto comunicativo en la formación en residencias médicas?
- ✓ ¿Qué papel juega la motivación en las prácticas de docencia-asistencia y cuál es el impacto en el potencial de aprendizaje?
- ✓ ¿Cómo fortalecer las relaciones interpersonales en la práctica médica en residencias clínicas: –paciente-residente, residente-profesor, residente-colegas, paciente familia y entorno?
- ✓ ¿Cómo desarrollar la competencia de trabajo en equipo en los procesos de formación en residencias médicas?
- ✓ ¿Es la planeación didáctica una competencia que se debe desarrollar de las prácticas pedagógicas de las especialidades médicas?
- ✓ ¿Qué criterios se deben aplicar para seleccionar y desarrollar estrategias didácticas en prácticas educativas-médicas?
- ✓ ¿Cómo diseñar estrategias de evaluación de competencias en las residencias clínicas para lograr el sentido formativo de las mismas?
- ✓ ¿Cómo se puede incorporar las TIC en los procesos de formación en residencias médicas?

Residentes y médicos adscritos a las especialidades clínicas y quirúrgicas de la Facultad de medicina.

Estrategias Didácticas para el Desarrollo de la Propuesta

A continuación se ofrecen algunas estrategias didácticas que se pueden implementar, previo acuerdo entre las partes, para la formación y la asesoría como los seminarios, talleres, conservatorios e incorporación de la tecnología de la información y la comunicación.

Seminarios:

El Seminario entendido como ese espacio privilegiado para " consultar diversas posibilidades de verdad, para averiguar y analizar hechos y datos, para plantearse interrogantes, para analizarlos y escudriñarlos bajo todas las luces, para despejar incógnitas, para estudiar a los que nos precedieron discutiendo sus hipótesis, teorías e interpretaciones con el fin de ir decidiendo cómo asumir sus aciertos y desaciertos". (Campo R & Restrepo M, 1992, P. 15)

El Seminario se desarrolla a partir de conferencias de apertura referidas a las temáticas para el tratamiento de los contenidos esenciales. Foros abiertos, para puesta en común de reflexiones e inquietudes, así como acuerdos entre discusiones y puntos de vista diferentes.

Talleres

El Taller es un espacio educativo en el cual profesores y estudiantes trabajan colaborativamente frente a una temática que provoca una práctica en la cual se ponen en escena los conocimientos y las competencias a desarrollar.

Este espacio de formación orientado al desarrollo de actividades que posibilitan avanzar en la apropiación conceptual y aplicación práctica de las temáticas desarrolladas. Se realizan talleres de sensibilización e incorporación de fundamentación conceptual, metodológica y actitudinal. La estrategia didáctica del taller, facilita la participación activa de los asistentes, mediante el diseño intencionado de momentos de sensibilización, reflexión, construcción, proyección, aplicación, sistematización y metacognición. Cada momento formativo deja como testimonio, un protocolo escrito con el registro de la experiencia y lecciones aprendidas.

Comunidades de Aprendizaje

Las comunidades de aprendizaje son grupos de “personas que comparten una preocupación, un conjunto de problemas o un interés común acerca de un tema, y que profundizan su conocimiento y pericia en esta área a través de una interacción continuada”. (Wenger, E. 1998). Su pretensión es el fortalecimiento de la práctica a partir de la interacción con otros, aspecto que favorece el aprendizaje autónomo y colaborativo al socializar experiencias y procurar generar conocimiento. Con las comunidades de aprendizaje se logran sistematizar buenas prácticas médicas y educativas como experiencias de éxito que pueden replicarse en otros espacios y servir de referente o lecciones aprendidas para el mejoramiento continuo de la organización.

Espacio: espacios de práctica médica de las especialidades clínicas y quirúrgicas

Tiempo: una vez al mes

Intensidad: 4 horas de capacitación de acuerdo con los tiempos estimados y cuatro horas de asesoría individualizadas para un total de 8 horas mensuales.

Duración: 10 encuentros, uno por mes. Se acordaría previamente el cronograma de trabajo. Son 80 horas presenciales y 80 horas de estudio independiente y asesorías virtuales, en total son 160 horas que se certifican con un diploma.

Certificación: La facultad de medicina puede certificar por horas cursadas o todo el programa con un diploma, para aquellos participantes que cumplan.

Recursos:

Tecnológicos: plataforma Moodle en el espacio de educación médica de la Facultad de medicina, los video beam.

Físicos: Espacios dentro de los diferentes departamentos

Didácticos: Guías didácticas, presentaciones, referencias bibliográficas suministrados por las profesoras mediadoras.

Ruta de Formación

SESIÓN	RUTA DE FORMACIÓN
Nº1	Sensibilización Presentación del programa Apertura de plataforma virtual
Nº 2	La formación de competencias en especialidades médicas: ✓ Realización de seminario ✓ Realización de taller ✓ Publicación de material en Moodle
Nº 3	La comunicación mediada en la relación profesor- residente- paciente- personal paramédico- ✓ Realización de seminario ✓ Realización de taller ✓ Publicación de material en Moodle
Nº 4	La ética y la bioética en la educación médica más allá del consentimiento informado ✓ Realización de seminario ✓ Realización de taller ✓ Publicación de material en Moodle
Nº 5	Planeación y Diseño de la Docencia ✓ Realización de seminario ✓ Realización de taller ✓ Publicación de material en Moodle
Nº6	Pedagogía de la mediación en la educación médica ✓ Realización de seminario ✓ Realización de taller ✓ Publicación de material en Moodle
Nº7	Estrategias Didácticas en la Educación Médica ✓ Realización de seminario ✓ Realización de taller ✓ Publicación de material en Moodle
	Impacto de la tecnología de la información y la comunicación en la educación

SESIÓN	RUTA DE FORMACIÓN
Nº8	<p>médica</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realización de seminario ✓ Realización de taller ✓ Publicación de material en Moodle
Nº9	<p>La autoevaluación como estrategia de autoaprendizaje</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realización del seminario ✓ Realización de taller ✓ Publicación de material en Moodle
Nº 10	<p>Instrumentos de evaluación del aprendizaje: Diseño de pruebas para evaluar competencias.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realización de seminario ✓ Realización de taller ✓ Publicación de material en Moodle

Cronograma de Encuentros Ruta de Formación

Año Actividades	2015									
	Feb	mar	abri	May	juni	julio	Ago.	Sept	Oc	Nov.
Encuentro N°1										
Encuentro N°2										
Encuentro N°3										
Encuentro N°4										
Encuentro N°5										
Encuentro N°6										
Encuentro N°7										
Encuentro N°8										

Encuentro N°9										
Encuentro N°10										

Desarrollo de la Ruta de Formación:

Encuentros formativos

Encuentro N°1: Sensibilización

En este primer encuentro se presenta la contextualización de resultados de la investigación educación médica en especialidades clínicas y quirúrgicas. Se presenta el programa de formación y se entrega el plegable con la información.

Encuentro N°2: La formación de competencias en especialidades médicas:

Objeto de estudio: La formación de competencias en especialidades médicas

Campo de acción: Los sitios de práctica clínica

Problema: ¿Qué implicaciones pedagógicas conlleva la formación de competencias en la práctica educativa de las especialidades médicas?

Objetivo: Analizar las implicaciones pedagógicas que conlleva la formación de competencias en educación médica de especialidades.

Saberes:

- ¿Cómo traducir la comprensión del concepto de la formación de competencias en el ejercicio de la práctica clínica- educativa?

TESIS DOCTORAL**LEONOR GALINDO CÁRDENAS**

- ¿Cuál es el rol del residente en el enfoque didáctico de formación de competencias en especialidades médicas?
- ¿Cuál es el rol del profesor en el enfoque didáctico de formación de competencias en especialidades médicas?
- ¿Qué desafíos y tensiones plantea la formación de competencias en el área de salud?

Duración: 8 horas**Referencias Bibliográficas:**

- ✓ Xavier Roegiers. Una Pedagogía de la Integración. Competencias e integración de los conocimientos en la enseñanza. Fondo de Cultura económica. México. 2010
- ✓ Formación médica y evaluación basadas en las competencias: ¿de qué se trata y cómo puede relacionarse con la realidad de la práctica clínica?. Rev. argent. cardiol., Ciudad Autónoma de Buenos Aires, v. 79, n. 5, oct. 2011. Disponible en <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482011000500003&lng=es&nrm=iso>. accedido en 15 marzo 2014
- ✓ González Julia, Wagenaar Robert. Tuning Educational Structures in Europe. Informe final. Proyecto Piloto – Fase 1 2003. Universidad de Deusto, Universidad de Groningen
- ✓ Borrell Bentz Rosa María (2006). Pensando la construcción del currículo de las residencias médicas. Washington, D.C.: Editorial Organización Panamericana de la Salud.
- ✓ Tébar Belmonte, Lorenzo. El paradigma de la mediación como respuesta a los desafíos del siglo XXI

Encuentro N°3: La comunicación mediada en la educación médica de especialidades**Objeto de estudio:** La comunicación mediada

Problema: ¿Cómo lograr que la comunicación mediada en la educación médica redunde en mejores prácticas educativas en las especialidades clínicas y quirúrgicas?

Objetivo: Analizar la incidencia que tiene en el acto médico, la adecuada aplicación de estrategias y técnicas de una comunicación mediada.

Saberes:

- ¿Cómo potenciar la competencia comunicativa y mediada en la relación profesor-residente- paciente- colegas- familias?
- ¿Cuáles cambios se deben realizar para favorecer un ambiente de aprendizaje altamente dialógico en la educación médica de especialidades?
- ¿Cuáles estrategias comunicativas favorecen la comunicación mediada?

Duración: 8 horas

Referencias Bibliográficas:

- ✓ Bohórquez, Francisco. El diálogo como mediador en la relación médico-paciente. Departamento de Medicina Interna de la Universidad del Cauca. Popayán
- ✓ Durante Montiel, Irene. La comunicación e interacción en el ejercicio médico.
- ✓ UNAM. Docencia medica con apoyo informático. Glosario de términos pedagógicos utilizados en la educación médica.
- ✓ De Zubiría Samper, Juliá García, García Matilde. Hacia una pedagogía dialogante.
- ✓ Álvarez del Valle, Eugenia. La docencia como mediación pedagógica.
- ✓ Ejea Mendoza Guillermo. Sobre prácticas docentes, modelos educativos y evaluación
- ✓ Arroba Basanta. María Lucia y Rosario Dago. Técnicas de comunicación en la consulta. Abordaje de situaciones difíciles.
- ✓ Sánchez Mendiola, Melchor; Héctor Gerardo Aguirre Gas y Fernando Torres Valadez. La educación clínica en las residencias médicas: retos y soluciones.

Encuentro N°4: La ética y la bioética en la educación médica más allá del consentimiento

Objeto de estudio: la competencia ética y la bioética y su incidencia en la educación médica

Problema: ¿Qué dilemas éticos enfrenta el profesional médico como profesor y como lograr que la comunicación mediada en la educación médica redunde en mejores prácticas educativas en las especialidades clínicas y quirúrgicas?

Objetivo: Analizar la incidencia de la actitud ética en los profesionales médicos que acompañan procesos educativos en residencias clínicas y quirúrgicas.

Saberes:

- ¿Cómo educar mi propia competencia ética?
- ¿Cómo comprender la dimensión ética dentro de la singularidad de la persona como integrante de la sociedad, como miembro de un colectivo profesional?
- ¿Qué acciones intencionadas desde la relación profesor- residente se deben emprender para potenciar la ética y bioética en el acto médico- educativo?
- ¿Qué relación existe entre ética- bioética- comunicación- educación médica?

Duración: 8 horas

Referencias Bibliográficas:

- ✓ Ponce de León R Samuel - Macías H Alejandro E. La toma de decisiones en medicina. Localizado en <http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/>
- ✓ Girela-López, Eloy. **Ética en la educación médica**. *FEM (Ed. impresa)* [online]. 2013, vol.16, n.4, pp. 191-195. ISSN 2014-9832. Revista de la Fundación Educación Médica versión impresa ISSN 2014-9832. Localizada en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2014-98322013000600002&script=sci_arttext
- ✓ Declaración de la AMM sobre la Educación Médica. Localizado en <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/e15/>

Encuentro N° 5 Planeación y Diseño de la Docencia

Objeto de estudio: La planeación de la docencia como competencia del profesor

Problema: ¿Cómo se articulan los componentes de la planeación de la enseñanza para la formación de competencias?

Objetivo: Analizar las pautas para el diseño de la planeación en la enseñanza clínica.

Saberes:

¿Cómo diseñar la enseñanza a partir de las necesidades de la formación de competencias y el aprendizaje significativo?

¿Qué lugar ocupan los saberes, las estrategias didácticas, los recursos, la evaluación en la planeación educativa?

Duración: 8 horas

Referencias Bibliográficas:

- ✓ Gutiérrez Rodas Javier Antonio, Posada Saldarriaga Ricardo. Tendencias mundiales en educación médica. IATREIA / vol 17 / No.2 / junio / 2004
- ✓ Ballester Vila, M^a G. y Sánchez Santamaría, J.: “La dimensión pedagógica del enfoque de competencias en educación obligatoria”, en ENSAYOS, Revista de la Facultad de Educación de Albacete, N° 26, 2011. (Enlace web: <http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos>. Consultada el 3 marzo-2013)
- ✓ Lifshitz Alberto. Gaceta médica. La enseñanza de la competencia clínica. Capítulo IV. Academia Nacional de Medicina de México, A.C. 2004. edigraphic.com

Objeto de estudio: La mediación pedagógica, como opción para el profesor del siglo XXI

Campo de acción: la educación médica en especialidades

Problema: ¿El paradigma de la mediación pedagógica puede transformar las prácticas médicas-educativas?

Objetivo: Analizar en qué consiste el paradigma de la mediación pedagógica desde la experiencia del aprendizaje mediado.

Saberes:

¿Qué implicaciones educativas conlleva el aprendizaje significativo en la educación médica de especialidades?

¿Por qué se afirma que la mediación pedagógica es una promesa para la renovación y la calidad de la docencia?

¿Qué significa la experiencia del aprendizaje mediado en la formación de competencias?

¿Cuáles criterios de la mediación se pueden aplicar a la práctica médico-educativa?

Duración: 8 horas

Bibliografía:

- ✓ Tebar Belmonte Lorenzo "El paradigma de la Mediación como respuesta a los desafíos del Siglo XXI"
- ✓ Tebar Belmonte Lorenzo. Educar hoy es, ante todo, humanizar
- ✓ Feuerstein, R. (1980): Instrumental Enrichment. Glenview, Scott and

- ✓ Kuhn, T.S.(1995): La estructura de las revoluciones científicas. México: FCE, 15ª ed.
- ✓ Martínez, J.M. (1994): La mediación en el proceso de aprendizaje. Madrid: Bruño
- ✓ Prieto, M.D. (1992): Modificabilidad cognitiva y PEI. Madrid: Bruño.

Encuentro N° 7 Estrategias Didácticas en la Educación Médica

Objeto de estudio: La didáctica en la educación superior en salud.

Campo de acción: especialidades médicas

Problema: ¿Cómo aplicar estrategias didácticas activas en salud que generen aprendizajes significativos?

Objetivo: Analizar los procesos didácticos que emergen de las estrategias que se aplican en la educación médica de las especialidades clínicas y quirúrgicas en la Facultad de Medicina

Saberes:

¿Qué criterios se deben aplicar para seleccionar y desarrollar estrategias didácticas en prácticas educativas-médicas?

¿Qué desafíos tiene la enseñanza en el contexto clínico de la formación de competencias?

Didáctica

¿Cómo seleccionar estrategias didácticas para el aprendizaje significativo y propias de la educación médica?

Duración: 8 horas

Bibliografía:

- ✓ El Aprendizaje colaborativo como estrategia de enseñanza

- ✓ Clases expositivas que favorecen la comprensión
- ✓ Estrategias didácticas y aprendizaje significativo
- ✓ Seminario Investigativo
- ✓ Método de proyectos
- ✓ Orientaciones diseño de estrategias didácticas

Encuentro N° 8 Impacto de la tecnología de la información y la comunicación en la educación médica

Objeto de estudio: Las TICs en la educación médica de especialidades

Campo de acción: la práctica médica- educativa

Problema: ¿Qué aspectos de la tecnología corresponde apropiar el futuro especialista médico?

Objetivo: Analizar las diferentes formas de aplicación de la tecnología a la práctica clínica y la educación médica.

Saberes:

¿Cómo se puede implementar el uso de los tipos de simuladores en la educación médica de especialidades?

¿Cómo potenciar el uso didáctico de la Telemática en las residencias médicas?

¿Qué aspectos de la alfabetización tecnológica se deben fortalecer para el desarrollo de competencias digitales?

¿Cómo articular la triada: tecnología-educación- comunicación?

Duración: 8 horas

Bibliografía:

Monteagudo Peña José Luis. Tecnologías de la Información y Comunicaciones. Educación Médica. *Versión impresa* ISSN 1575-1813. Educ. méd. v.7 supl.1 Barcelona ene.-mar. 2004 <http://dx.doi.org/10.4321/S1575-18132004000200004>

Palés Argullós Jorge L. y Gomar Sancho Carmen. El uso de las simulaciones en educación médica. Teoría de la educación. Educación y cultura en la sociedad de la información. Universidad de Salamanca. TESI, 11 (2), 2010, 147-169

Ziv, A, Berkenstad, H (2008). La educación médica basada en simulaciones. *JANO*, -45

Vázquez-Mata, G., Guillamer Lloveras, A. (2009). El entrenamiento basado en la simulación como innovación imprescindible en la formación médica

Onrubia Javier. Aprender y enseñar en entornos virtuales: actividad conjunta, ayuda pedagógica y construcción del conocimiento. Universidad de Barcelona. RED. Revista de Educación a Distancia. <http://www.um.es/ead/red/M2/>. Pina 16 de 16

Encuentro N° 9-10 La evaluación y la autoevaluación

Objeto de estudio: Los fundamentos y procesos de la evaluación de competencias

Campo de acción: Los espacios de formación de la clínica

Problema: ¿Cómo alcanzar una comprensión de la evaluación por competencias a la luz del enfoque didáctico de educación médica por competencias en las especialidades clínicas y quirúrgicas de la Facultad de Medicina?

Objetivo: Comprender la evaluación por competencias como un proceso que va más allá de la medición de contenidos aprendidos.

Saberes:

¿Cómo diseñar estrategias de evaluación de competencias en las residencias clínicas para lograr el sentido formativo de las mismas?

¿Qué aspectos pedagógicos y didácticos se deben tener en cuenta en el diseño de instrumentos de evaluación de competencias?

¿Cuál es el modelo de evaluación en las pedagogías contemporáneas?

¿Existen tipologías evaluativas de acuerdo con los espacios y tiempos para evaluar?

Referencias bibliográficas

- ✓ Olle Ten Cate. La Formación médica y evaluación basadas en las competencias: ¿de qué se trata y cómo puede relacionarse con la realidad de la práctica clínica? University Medical Center Utrecht.
- ✓ Oriol Bosch Albert. El reto de Bolonia: La evaluación de las competencias
- ✓ M. Nolla-Domenjó. La evaluación en educación médica. Principios básicos. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona, España.
- ✓ Millán Nuñez-Cortés Jesús. Las competencias clínicas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Facultad de Medicina, Universidad Complutense
- ✓ Orlando Morato Marín. Evaluación de la presentación de casos...Propuesta de una metodología con rúbrica. Universidad de Costa Rica. 2010
- ✓ Gutiérrez Nava Ana María y Guillermina Castañeda. Propuesta teórica de la evaluación de la educación basada en competencias. Hospital de Especialidades. CMN "La Raza".
- ✓ Leticia Elizondo y otros. Fundamentos del uso del portafolio de evaluación en la educación médica. Escuela de medicina del Tecnológico de Monterrey.
- ✓ Evaluación y educación médica. <http://ciredubol.blogspot.com/2011/05/evaluacion-y-educacion-medica.html>.

6.3.2. Propuesta 2: Caracterización De La Formación De Competencias En Especialidades Médicas

De las Competencias

Esta propuesta se desarrolla bajo la premisa de que un programa de especialidades médicas bien estructurado no sólo implica la definición precisa y clara de las competencias a ser adquiridas, sino que implica también la correcta orientación de ellas, el reforzamiento de conocimientos, las habilidades de educación continua, la aplicación de las evidencias médicas en el manejo de los pacientes y la evaluación de los resultados del aprendizaje obtenido. (Graue W, 2006)

Una formación de competencias exige, además, desde la didáctica enfocar las tareas educativas vinculadas a un contexto y comprendidas en la globalidad de la situación. Lo cual implica, entre otros aspectos, al individuo que aprende, generar capacidades que le permitan manejar una amplia gama de situaciones en diferentes contextos, asimilando las nuevas circunstancias, a partir de la transferencia de lecciones aprendidas y sintiendo más confianza y seguridad en sus actuaciones y retos por venir. En este sentido, tal vez no hayan tantas habilidades genéricas para transferir, sino una comprensión creciente de cómo tratar con los diferentes contextos. (Hager & otros, 2002).

La implicación activa del estudiante en el proceso formativo lo debe llevar al diseño e implementación de estrategias inteligentes para la solución de problemas propios de su campo de formación y del mundo de la vida. Por tanto, estará retado a activar las capacidades mentales, desarrollar la metacognición, el meta aprendizaje y la autorregulación de su conducta, como forma de adaptación al medio y de contribuir con su desarrollo.

Si al estudiante durante su paso por el ámbito de la Universidad en su proceso formativo, se le implica directamente en la tarea de aprender, se le provoca motivación hacia la transferencia de lo aprendido en los contextos de situaciones problemáticas, así como se le anima a relacionar la teoría con la práctica, se conducirá a un dominio profesional idóneo y a una formación integral.

Hay múltiples acepciones acerca del concepto de competencia para efectos de lograr acuerdos se establece su comprensión desde la complejidad del pensamiento y se asume como capacidades que se activan al resolver problemas utilizando conocimientos metódicos. Para la descripción de las competencias de un programa, de un curso o de una rotación, se requiere con antelación identificar y caracterizar el **perfil profesional**, así como los **ámbitos de acción** profesional (es necesario tener presente cuál o cuáles son las acciones que caracterizan a un especialista en su campo disciplinar aquellos aspectos que hacen que sea este especialista y no otro).

Se procede a enunciar los problemas del ámbito de intervención profesional que deberá enfrentar un residente de primero hasta el último nivel de formación.

Primer año	Descripción de problemas disciplinares clínicos o quirúrgicos que debe enfrentar el residente en cada rotación.
Rotación:	
Rotación:	
Rotación:	
Rotación:	

Las competencias como capacidades se asocian con los procesos de pensamiento o las operaciones mentales que se activan cuando la persona se enfrenta a situaciones problemáticas. “Las operaciones mentales son el conjunto de acciones interiorizadas, organizadas y coordinadas, en función de las cuales llevamos a cabo la elaboración de la información que recibimos”. (Feuerstein, 1980. p.52). Dicho de otra forma, son herramientas cognitivas que permiten al ser humano enfrentar por sí mismo nuevas situaciones de aprendizaje.

Algunas capacidades de pensamiento que se deben activar en la formación del médico especialista son: identifica, diagnostica, analiza, selecciona, aplica, integra, correlaciona, rehabilita, propone, evalúa, describe, argumenta, compara, interpreta, entre otras.

Para describir las competencias:

- Inicie la redacción por el proceso de pensamiento. **Eje. Identifica**
- A continuación describa los saberes con los cuales realizará el proceso de pensamiento

Eje. Identifica *las principales patologías del aparato digestivo*

- Describa el contexto que enmarca la idoneidad de los procesos de pensamiento y los saberes a aplicar en la competencia:

Eje. Identifica las principales patologías del aparato digestivo *en diferentes ayudas Imagenológica a partir de los referentes de la normalidad.*

La formación de competencias en las especialidades médicas requiere además identificar cuáles tipologías de competencias se van a desarrollar, para esto se tienen en cuenta los referentes de la literatura, en este caso las propuestas por el proyecto Tuning (2000) en cuanto a la clasificación de las competencias en dos tipos, transversales o genéricas y las específicas; así como aquellas competencias seleccionadas para el área de la medicina descrita como, capacidad para llevar a cabo la práctica clínica, capacidad para proveer atención médica de urgencias, capacidad para comunicarse en su ejercicio profesional, capacidad para realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos, capacidad para identificar los factores determinantes

en el proceso salud – enfermedad, capacidad para el uso de la evidencia en la práctica médica y capacidad para el uso efectivo de la información y sus tecnologías en un contexto médico.

La Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia define las competencias genéricas que deben contener el pregrado de medicina y las especialidades médicas con el fin de dar mayor impronta al perfil profesional de sus egresados así: comunicación, aprender a aprender, trabajo en equipo, ciudadanía, ética, bioética, incorporación TIC y dominio del idioma Inglés.

El desarrollo de estas competencias deberá estar implícito en cada una de las actividades académicas que se realizan durante la formación de los residentes clínicos y quirúrgicos y tanto profesores como estudiantes deben tomar conciencia de su rol activo para potenciarlas, desarrollarlas y valorarlas.

Las competencias específicas se plantean para cada especialidad de acuerdo con la articulación entre el objeto de estudio, el objeto de formación, los problemas disciplinares propios del área y el campo de actuación del especialista. Es necesario identificar las competencias que se potencian en cada rotación de modo que se tengan claras las actividades, los recursos, la evaluación que se requiere en cada una de ellas.

De las estrategias didácticas para la formación de Competencias:

A continuación se presentan las principales estrategias didácticas que se desarrollan en las especialidades médicas y la contribución de cada una de ellas al desarrollo de competencias tanto genéricas como específicas. Esta caracterización emerge de los resultados de la investigación y se complementa con las principales conclusiones de la misma.



Figura 44. Estrategias Didácticas de los Posgrados Médicos. Construcción Propia

Esta información permite a profesores de las especialidades asumir la planeación, desarrollo y evaluación de las actividades académicas con mayor intencionalidad hacia la formación de competencias y hacia la integridad del sujeto que aprende como persona y como profesional.

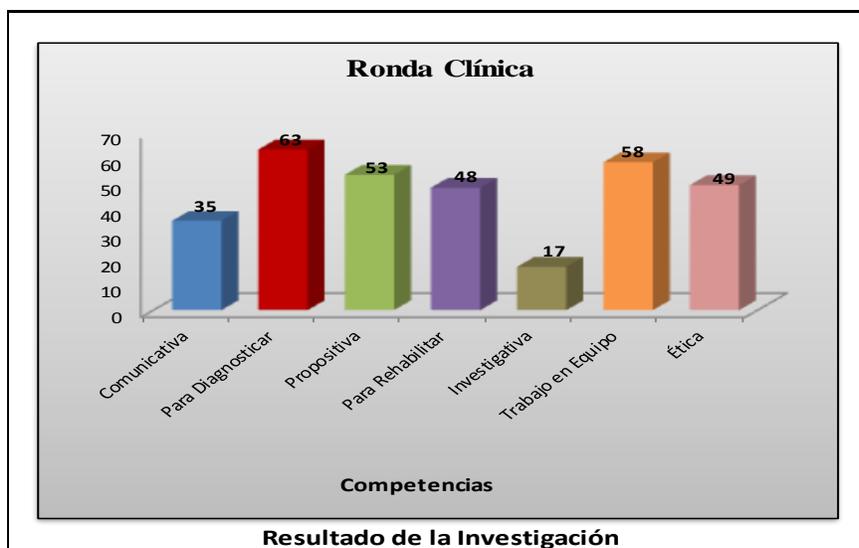


Figura 45. Resultado de la ronda Clínica en relación con las competencias
Construcción Propia.

La gráfica de barras muestra que la **Ronda Clínica** potencia principalmente la competencia para diagnosticar, seguida de trabajo en equipo interdisciplinario y de la competencia propositiva, y en menor proporción puede desarrollar otras competencias como rehabilitar, ética y comunicativa, de acuerdo con los resultados de la investigación.

Desde el punto de vista pedagógico se considera que con esta estrategia didáctica se pueden potenciar todas las competencias, por lo que se recomienda a profesores y residentes impulsar además, las competencias genéricas de aprender a aprender e investigativa con la misma intensidad desde la mediación pedagógica.

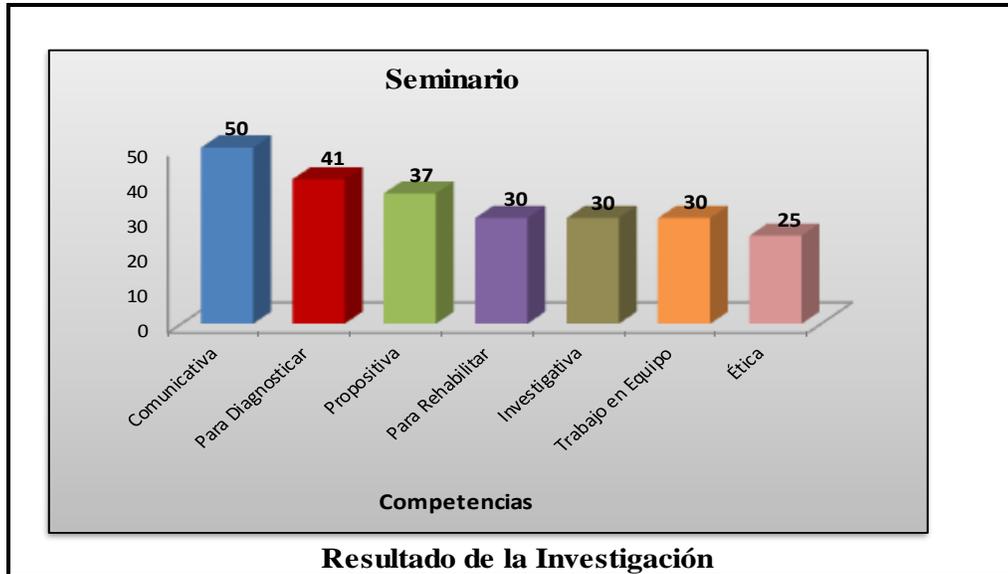


Figura 46. Resultado del Seminario en relación con las competencias

Construcción Propia

El Seminario como estrategia didáctica privilegia principalmente la competencia comunicativa, seguida de la diagnóstica y la propositiva. En una proporción menor la competencia para rehabilitar, trabajar en equipo, investigar y ética tal como se muestra en la gráfica de barras.

Desde el punto de vista pedagógico se considera que con esta estrategia didáctica del Seminario se puede potenciar todas las competencias, por lo que se recomienda a profesores y residentes impulsar además, las competencias genéricas de aprender a aprender y uso de la

tecnología de la información y la comunicación con la misma intensidad desde la mediación pedagógica.

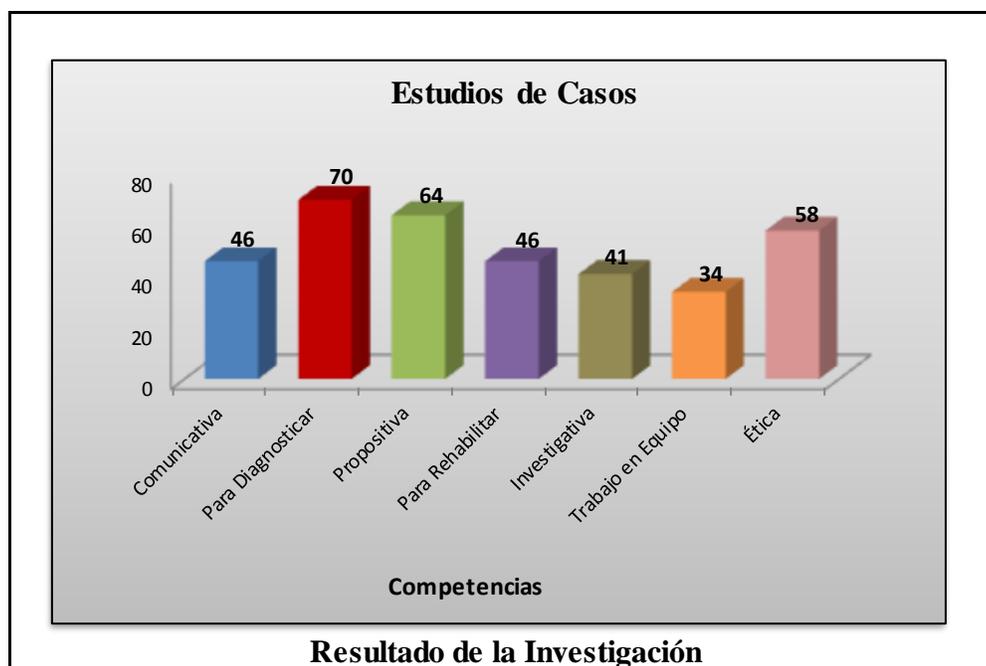


Figura 47. Resultado del Estudios de Casos en relación con las competencias.
Construcción Propia

El **Estudio de Casos** desarrolla en alto proporción la competencia para diagnosticar, seguida de la propositiva, la ética, la comunicativa y la competencia para rehabilitar. En menor proporción la investigativa y el trabajo en equipo interdisciplinario.

Desde el punto de vista pedagógico se considera que con esta estrategia didáctica del estudio de casos se puede potenciar todas las competencias, por lo que se recomienda a profesores y residentes impulsar además, las competencias genéricas de aprender a aprender y uso de la

tecnología de la información y la comunicación con la misma intensidad desde la mediación pedagógica.

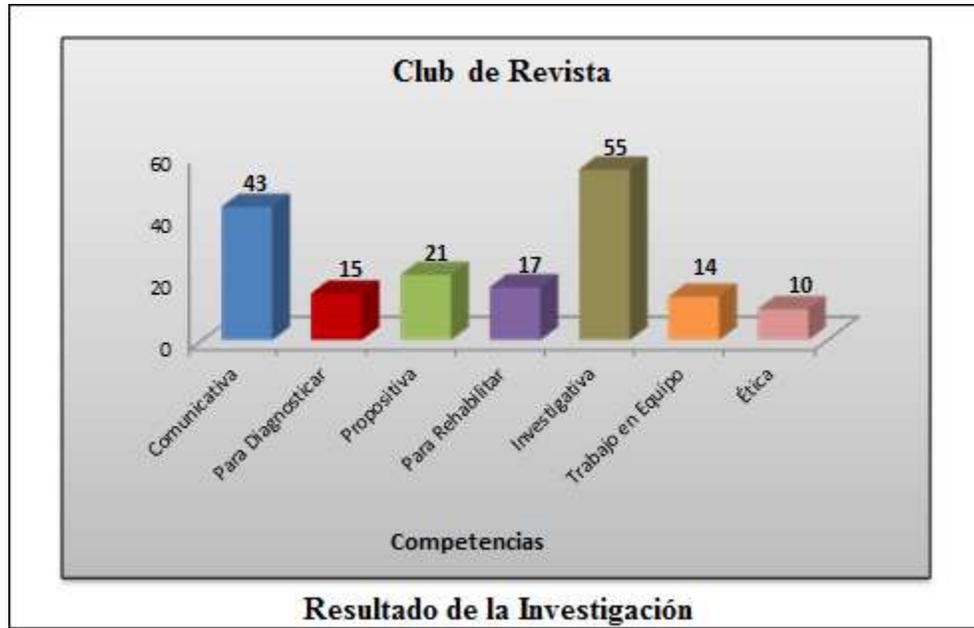


Figura 48. Resultado del Club de Revista en relación con las competencias. Construcción Propia

El **Club de revistas** como estrategia didáctica potencia en alta proporción las competencias investigativa y comunicativa. En menor escala las competencias para proponer, rehabilitar, diagnosticar, trabajar en equipo y la ética.

Desde el punto de vista pedagógico se considera que con esta estrategia didáctica del Club de revistas se puede potenciar todas las competencias, por lo que se recomienda a profesores y residentes impulsar además, las competencias genéricas de aprender a aprender y uso de la

tecnología de la información y la comunicación con la misma intensidad desde la mediación pedagógica.

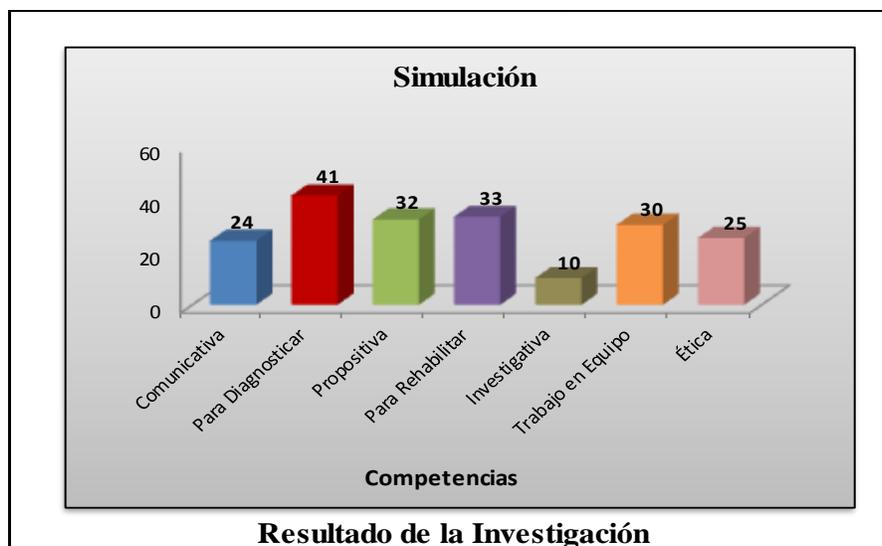


Figura 49. Resultado de la Simulación en relación con las competencias. Construcción Propia

La Simulación como estrategia didáctica desarrolla principalmente las competencias para diagnosticar, proponer, rehabilitar, trabajar en equipo interdisciplinario. Y en menor proporción potencia las competencias ética, comunicativa e investigativa.

Desde el punto de vista pedagógico se considera que con esta estrategia didáctica de la Simulación se puede potenciar todas las competencias, por lo que se recomienda a profesores y residentes impulsar además, las competencias genéricas de aprender a aprender, investigativa y ética con la misma intensidad desde la mediación pedagógica.

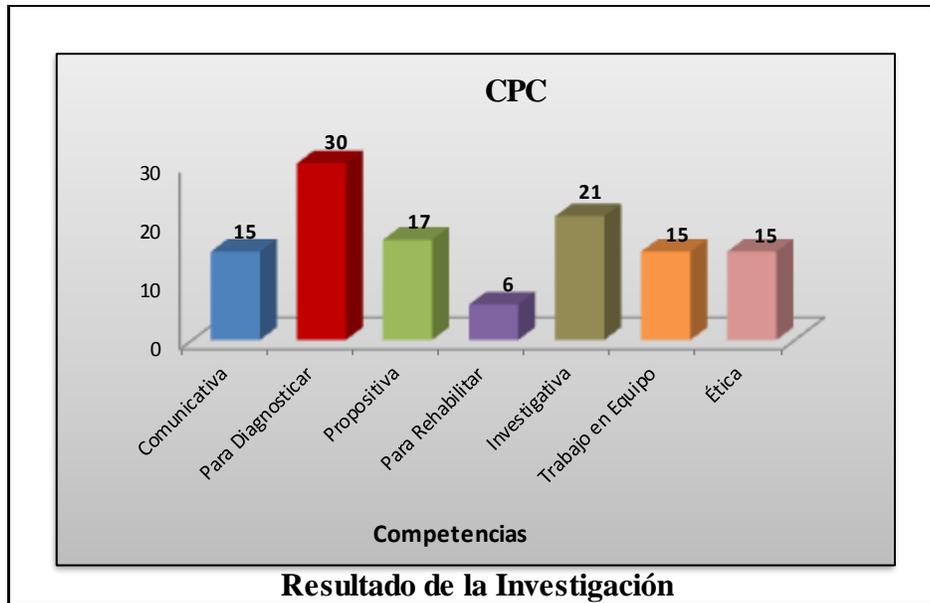


Figura 50. Resultado del CPC en relación con las competencias. Construcción Propia

El **Caso Clínico Patológico** aporta al desarrollo de competencias en un alto nivel para diagnosticare investigar, seguido de trabajar en equipo, ética y comunicativa. En una proporción mínima la competencia para rehabilitar.

Desde el punto de vista pedagógico se considera que con esta estrategia didáctica del **CPC** se puede potenciar todas las competencias, por lo que se recomienda a profesores y residentes impulsar además, las competencias genéricas de aprender a aprender y la incorporación de TIC con la misma intensidad desde la mediación pedagógica.

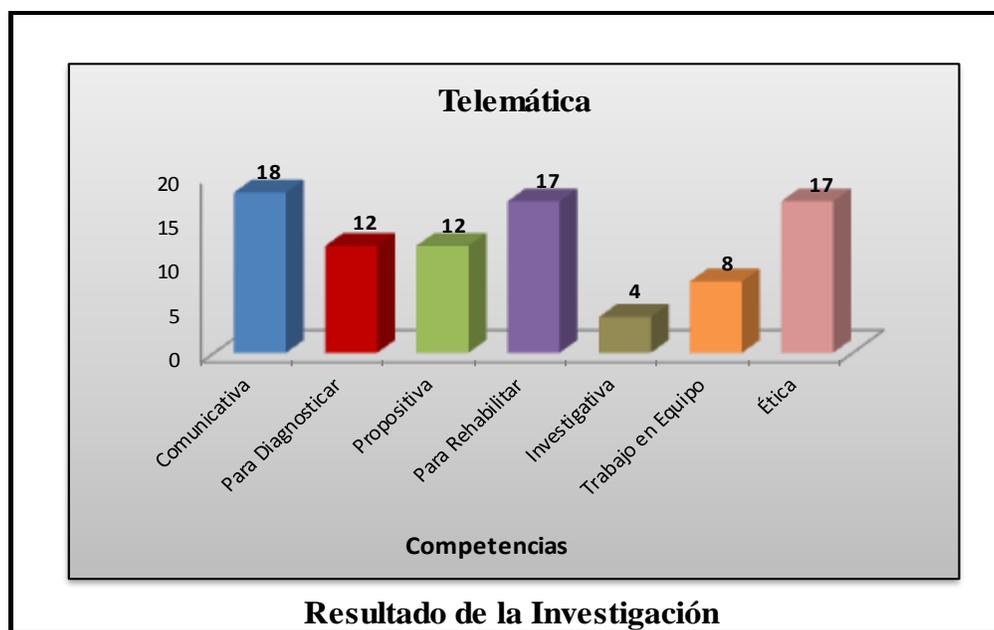


Figura 51. Resultado de la Telemática en relación con las competencias. Construcción Propia

La Telemática potencia el desarrollo de las competencias comunicativa, ética y rehabilitar. En segundo nivel la diagnóstica, propositiva y en menor proporción para trabajar en equipo e investigar.

Desde el punto de vista pedagógico se considera que con esta estrategia didáctica de la Telemática potencia además las competencias de uso de la tecnología de la comunicación y la información, así como el aprender a aprender por lo que se recomienda a profesores y residentes impulsarlas con la misma intensidad desde la mediación pedagógica.

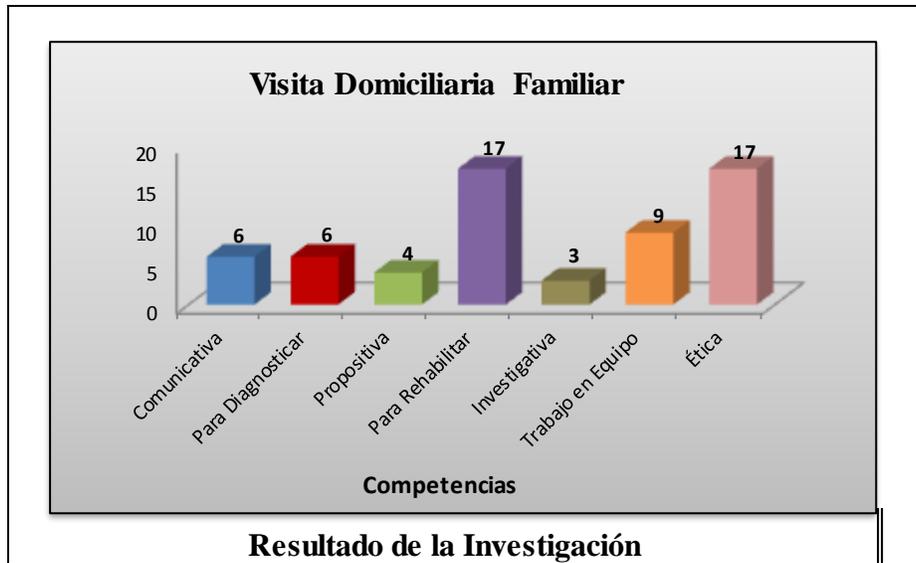


Figura 52. Resultado de la Visita Domiciliaria Familiar en relación con las competencias. Construcción Propia

La Visita Domiciliaria Familiar potencia en alto nivel la competencia para rehabilitar y el desarrollo de la ética, seguido del trabajo en equipo. En proporción menor las competencias comunicativa, diagnóstica, propositiva e investigativa.

Desde el punto de vista pedagógico se considera que con esta estrategia didáctica de la Visita Domiciliaria Familiar se puede potenciar todas las competencias, por lo que se recomienda a profesores y residentes impulsar además, las competencias genéricas de aprender a aprender, la incorporación de TIC, así como elevar el nivel de la comunicativa, propositiva y diagnóstica desde la mediación pedagógica.

A continuación se presenta una síntesis a manera de gráfico que muestra la relación entre la utilización de las estrategias didácticas y su contribución en el desarrollo de competencias.

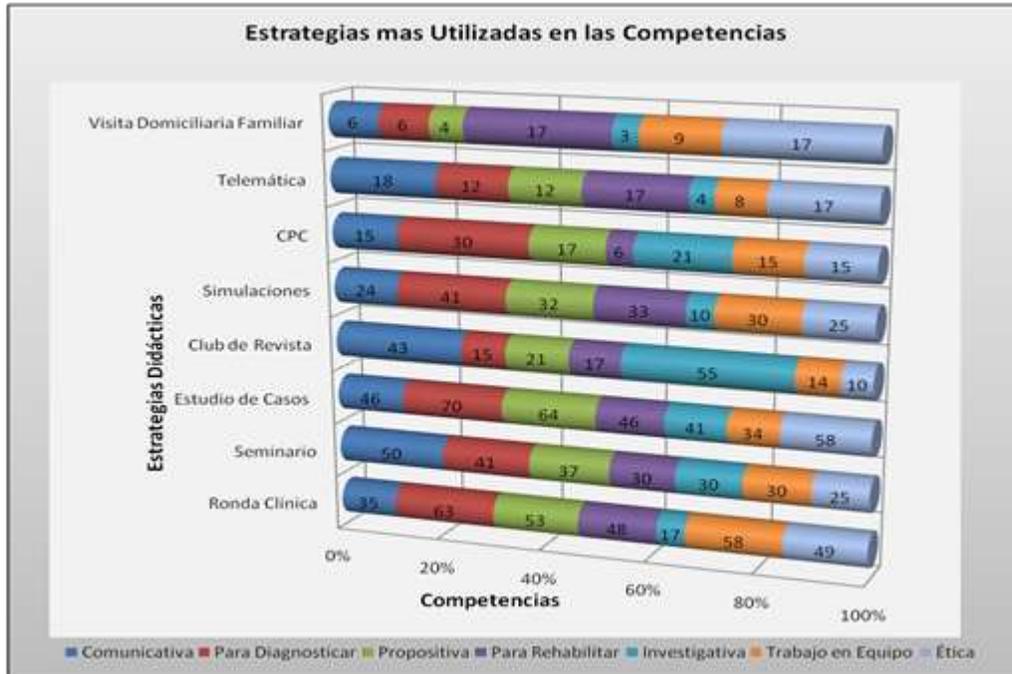


Figura 53. Estrategias más Utilizadas en las Competencias. Construcción Propia.

Derivado de la valoración pedagógica, es necesario reconocer que cada una de las anteriores estrategias diácticas favorecen la formación de competencias genéricas y específicas, que para el caso de los programas de posgrados de la facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia se declaran como: Comunicación, Investigación, aprender a aprender, trabajo en equipo, ética y TIC.

El gráfico muestra como las competencias se hacen presentes durante el desarrollo de cualquiera de las estrategias didácticas que se utilizan en la educación médica de los posgrados.

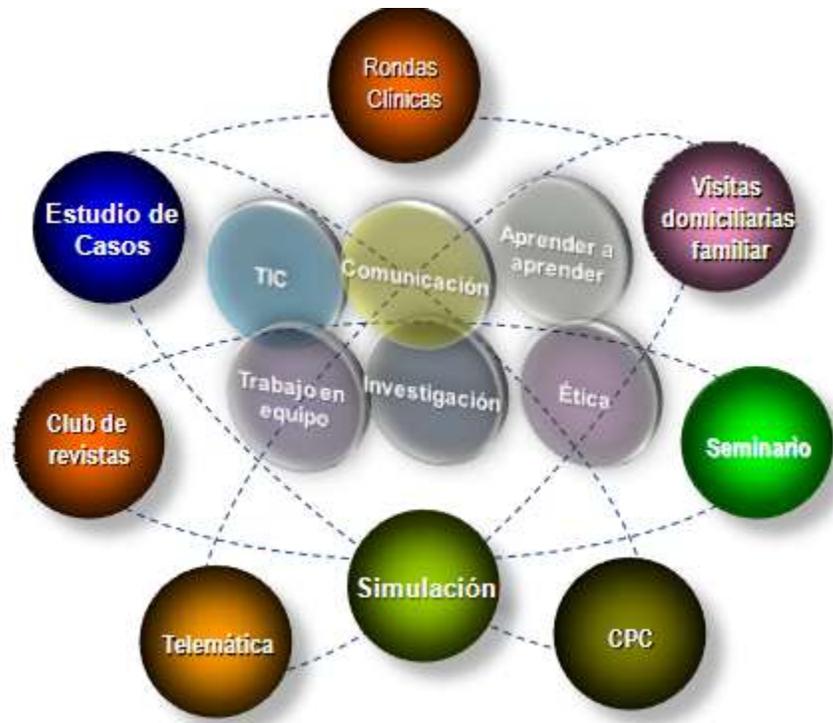


Figura 54. Las Estrategias Didácticas Potencian el Desarrollo Competencias Genéricas. Construcción Propia.

Del plan de delegación de funciones y su articulación con las competencias:

El plan de delegación de funciones permite transitar por los niveles de complejidad del desarrollo de las competencias, así como por el grado de intensidad de la mediación pedagógica, por tanto debe ser ampliamente identificado y comprendido por los diferentes participantes del proceso educativo: directivos, profesores y residentes; así como por los participantes de la actividad clínica: médico tratante- personal paramédico- residente. En este sentido algunos expertos afirman que:

“(...) es aquí donde el docente interviene en forma decidida al ir supervisado, gradualmente, las destrezas que debe adquirir el cirujano en formación e ir permitiendo

las lleve a cabo bajo supervisión, haciendo en cada paso, las observaciones positivas necesarias para reforzar conductas y fortalecer la confianza, y minimizar, en lo posible, las complicaciones que puedan ser evitadas (...)” (Graue W, 2006, p.18)

A continuación se propone un plan que puede ser útil en la delegación progresiva de funciones y responsabilidades a los residentes y que van de la mano con el nivel de avance de las competencias específicas y genéricas de formación, así como con la intensidad de la mediación pedagógica.

En la gráfica No. 55 se muestra como a mayor nivel de complejidad de las competencias se va disminuyendo la intensidad de la mediación pedagógica, teniendo en cuenta que no desaparece, es decir siempre el profesor debe estar presente asumiendo su función mediadora para garantizar que el residente alcance cada vez mayor nivel de desarrollo de las competencias desde la complejidad de la práctica médica especializada. Cuando el residente requiere más tiempo para avanzar a un nivel superior de la competencia también es necesaria ampliar la intensidad de la mediación.

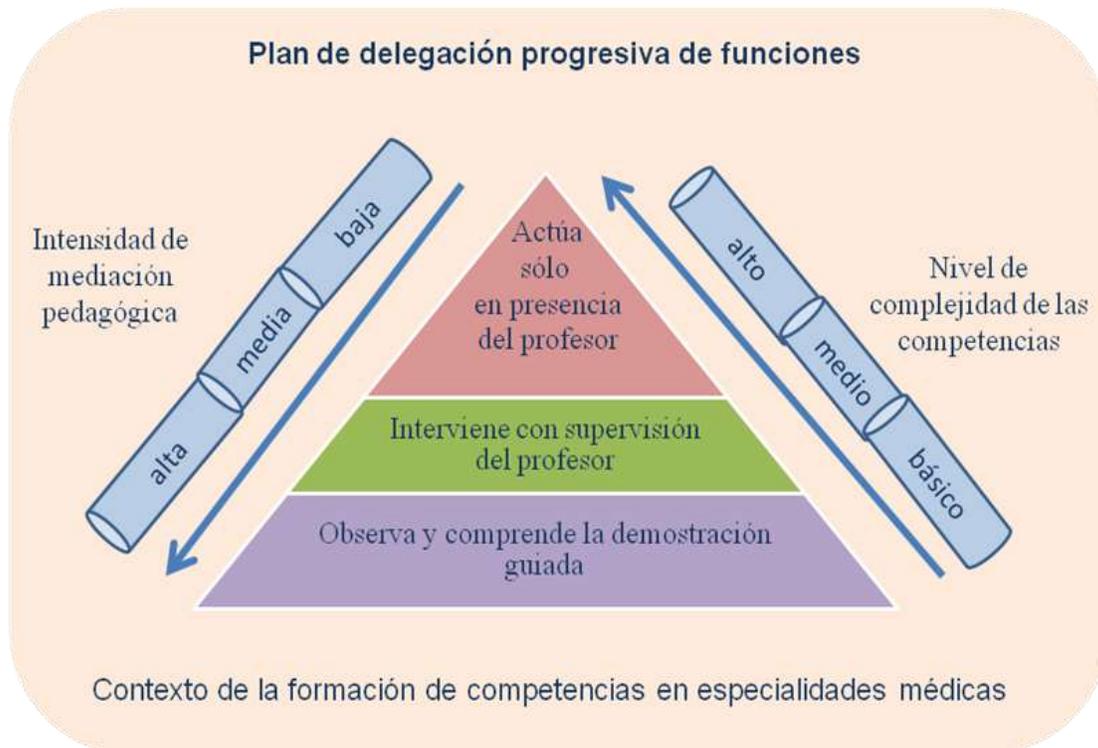


Figura 55. Plan de Delegación Progresiva de Funciones. Construcción Propia

Nivel Básico: Observa y comprende la demostración guiada

- El profesor hace la demostración guiada de la actividad clínica
- Explica el procedimiento que está ejecutando haciendo énfasis en el uso de un vocabulario técnico especializado, los argumentos del enfoque clínico, las recomendaciones en los procedimientos quirúrgicos, los riesgos que se pueden disminuir o evitar, el pronóstico, etc.
- El residente observa de forma dirigida la actividad clínica, activa sus procesos de pensamiento para la comprensión, él pregunta y el profesor argumenta.

Nivel medio: Interviene con la supervisión del profesor

- El profesor lidera la actividad clínica y acuerda con el residente la fase en que éste va a intervenir.
- Se delega la actividad clínica en forma paulatina, partiendo de actividades simples hasta las más complejas, siempre con la supervisión guiada del profesor.
- El profesor evalúa el desempeño integral del residente.
- El residente autoevalúa su propio desempeño.
- Se acuerda plan de fortalecimiento.

Nivel alto: Actúa solo con presencia del docente

- El residente hace su plan de intervención clínica y la presenta al profesor para su aval
- El residente interviene la actividad clínica en presencia del profesor quien está mediando cualquier apoyo que se requiera.
- El profesor evalúa el desempeño integral del residente.
- El residente autoevalúa su propio desempeño.
- Se acuerda plan de fortalecimiento

Lo pertinente de estas etapas es que se tome conciencia del rol que se asume en cada una de ellas, de las capacidades de pensamiento que se activan, los criterios de la mediación pedagógica como la intencionalidad, el significado y la trascendencia de estas etapas para la formación de competencias.

De la delegación progresiva de funciones en relación con el tiempo de la rotación y el nivel de complejidad de la competencia

A continuación se presenta una propuesta para la delegación progresiva de funciones y responsabilidades a los residentes, en relación con el tiempo de la rotación y el nivel de complejidad de la competencia que se necesita desarrollar. Se debe tener en cuenta que las rotaciones en las especialidades clínicas y quirúrgicas son en promedio de ocho semanas.

Tabla 29.

De la Delegación Progresiva de Funciones en Relación con el tiempo de la Rotación. Construcción Propia

Tiempo dslo. Competencia	Año Residencia	Nivel Básico OBSERVA O SE INFORMA Más de 30 días.	Nivel Medio. REALIZA CON LA SUPERVISIÓN de 16 a 30 días	Nivel Alto ACTUA SOLO CON PRESENCIA DEL DOCENTE Menos de 15 días
Analiza la etiología, fisiopatología, epidemiología, manifestaciones clínicas y pronóstico de las entidades, propias de la especialidad	Primero	X		
	Segundo	X		
	Tercero		X	
	Cuarto			X
	Quinto			X
Interpreta los factores ambientales, socioeconómicos y culturales que participan en la aparición y manifestación de las enfermedades.	Primero	X		
	Segundo		X	
	Tercero			X
	Cuarto			X
	Quinto			X
Aplica los métodos diagnósticos complementarios e interpreta sus resultados.	Primero	X		
	Segundo		X	
	Tercero		X	
	Cuarto			X

Tiempo dslo. Competencia	Año Residencia	Nivel Básico OBSERVA O SE INFORMA Más de 30 días.	Nivel Medio. REALIZA CON LA SUPERVISIÓN de 16 a 30 días	Nivel Alto ACTUA SOLO CON PRESENCIA DEL DOCENTE Menos de 15 días
	Quinto			X
Trata las enfermedades de manejo quirúrgico y orienta al paciente y su familia en la rehabilitación que se requiera.	Primero	X		
	Segundo	X		
	Tercero		X	
	Cuarto			X
	quinto			X
Interpreta y aplica la información de otras disciplinas médicas en la labor que lleva a cabo.	Primero		X	
	Segundo		X	
	Tercero			X
	Cuarto			X
	Quinto			X
Planea y efectúa los procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos de las enfermedades que requieren intervenciones clínicas o quirúrgicas del paciente, así como el seguimiento oportuno y pertinente.	Primero	X		
	Segundo	X		
	Tercero		X	
	Cuarto			X
	Quinto			X
Selecciona y utiliza racional y oportunamente las ayudas diagnósticas y de laboratorio disponibles en nuestro medio.	Primero	X		
	Segundo		X	
	Tercero		X	
	Cuarto			X
	Quinto			X
Argumenta la discusión académica en la presentación de clubes de revistas, seminarios, casos clínicos, conferencias, etc.	Primero	X		
	Segundo		X	
	Tercero			X
	Cuarto			X
	Quinto			X

Tiempo dsllo. Competencia	Año Residencia	Nivel Básico OBSERVA O SE INFORMA Más de 30 días.	Nivel Medio. REALIZA CON LA SUPERVISIÓN de 16 a 30 días	Nivel Alto ACTUA SOLO CON PRESENCIA DEL DOCENTE Menos de 15 días
Planea y desarrolla actividades docentes para los estudiantes de pregrado y posgrado de niveles inferiores.	Primero	X		
	Segundo		X	
	Tercero			X
	Cuarto			X
	Quinto			X
Propone, elabora y desarrolla proyectos de investigación relacionados con su disciplina	Primero	X		
	Segundo		X	
	Tercero			X
	Cuarto			X
	Quinto			X
Desarrolla en forma consciente la comunicación con base en la ética en las actividades cotidianas	Primero			X
	Segundo			X
	Tercero			X
	Cuarto			X
	Quinto			X

De los perfiles y competencias en los programas de especialidades clínicas y quirúrgicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia:

Para el diseño de perfiles y competencias se hace necesario reconocer que se debe tener en cuenta los principios de la teoría de los sistemas (Morín, 1984): dialógico (reconocimiento de las contradicciones y necesidad de unir puntos divergentes para repensar la complejidad en este caso de las metas de formación); recursión (relación biunívoca entre causa y efecto: proceso de enseñanza- proceso de aprendizaje), hologramático (el todo más que la sumatoria de sus partes y

a su vez, las partes en sí mismas más que un todo, dada la multiplicidad de factores que pueden influir en una y otra: componentes del proceso docente-educativo) operan en la complejidad de lo educativo y favorecen la coexistencia de tensiones individuales, culturales, sociales que emergen de la relación dialéctica entre la Pedagogía, la Didáctica y el Currículo, cuyo horizonte de sentido es la formación del hombre en la vida y para la vida, como una de las leyes de la Didáctica propuestas por Álvarez de Z, C (1992). A continuación se esquematiza lo descrito anteriormente.

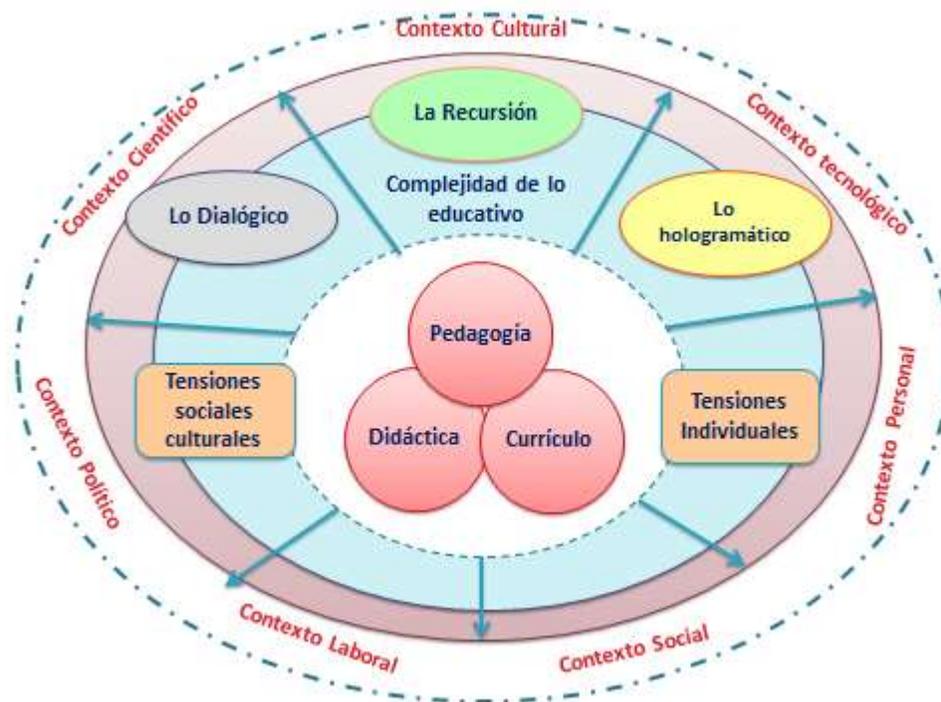


Figura 56. Diseño de Perfiles y Competencias. Construcción Propia

La siguiente información se relaciona con los perfiles y las competencias que se plantean desde el currículo en cada una de las especialidades clínicas y quirúrgicas, con el fin de que sean

tenidos en cuenta por los profesores y los residentes como proyección de todas las actividades académicas que se realicen en función del desarrollo de las competencias y el alcance progresivo del perfil profesional.

La fuente primaria de esta información es extraída de los documentos maestros del registro calificado de los programas de las especialidades médicas y se de-construye con el fin de favorecer la articulación y armonización didáctica

Perfiles y Competencias, Programas de Especialidades Clínicas y Quirúrgicas

ESPECIALIDAD: NEUROLOGIA	
Perfil Profesional	Competencias
<p>El egresado del programa de Especialización en Neurología será: Ético, crítico, autónomo, que puede desempeñarse con responsabilidad social en el campo de la Neurología, en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades neurológicas más prevalentes en Colombia.</p>	<p>Integra los conocimientos adquiridos para una práctica clínica integral y ética en el campo de la neurología</p> <p>Aplica sus capacidades humanas, docentes y asistenciales en los procesos de elaboración de la historia clínica, la realización del examen físico, al diagnosticar y tratar, al acompañar al paciente, al orientar la rehabilitación de los pacientes con enfermedades neurológicas especialmente las más prevalentes en el medio.</p> <p>Propone investigaciones en neurociencias básicas y aplicadas, planteándose preguntas relevantes, a partir de los casos clínicos, así como la mejor forma de resolverlas, mediante una interacción ética con el equipo de profesionales y el respeto a los principios bioéticos que garanticen los derechos fundamentales de los pacientes.</p> <p>Ético, conocedor de las leyes que regulan la práctica médica, socialmente responsable, comprometido con el país, capacitado para el trabajo en equipo, hábil para la comunicación con sus colegas, pacientes, familiares y</p>

ESPECIALIDAD: NEUROLOGIA	
Perfil Profesional	Competencias
	<p>grupos.</p> <p>Selecciona, analiza y argumenta la información y la literatura científica; capaz de generar preguntas de investigación y resolverlas a través del diseño y ejecución de protocolos de investigación.</p>

ESPECIALIDAD: PEDIATRÍA	
Perfil Profesional	Competencias
<p>El programa busca formar pediatras con alta calidad académica, que sean críticos, autónomos, conocedores de las necesidades del medio, capaces de trabajar en forma multidisciplinaria con otros actores que interactúan con los niños, y comprometidos con la solución de sus problemas.</p>	<p>Aplica las bases de fundamentación a su práctica de la pediatría comunitaria y de la investigación.</p> <p>Analiza la situación de salud materno- infantil en América Latina y en Colombia.</p> <p>Identifica las distintas etapas del crecimiento y desarrollo del niño, obtiene fundamentos de epidemiología y de vigilancia epidemiológica</p> <p>Participa en el diseño y ejecución de un proyecto de investigación aplicada en el área de la salud infantil.</p> <p>Participa en la ejecución y evaluación de programas especiales del servicio de Pediatría Social, tales como: T.B.C., ginecología del adolescente, complementación alimentaria, niños discapacitados, salud familiar, lactancia materna y gestantes, Perinatología, salud oral.</p>

ESPECIALIDAD: PATOLOGÍA

Perfil Profesional	Competencias
<p>Formar un profesional ético, crítico, autónomo que pueda desempeñarse con responsabilidad social, en un entorno hospitalario y ambulatorio.</p>	<p>Diagnostica el material quirúrgico, citológico y de autopsias con base en los fundamentos teóricos del área.</p> <p>Selecciona y utiliza los métodos de histoquímica e inmunohistoquímica de acuerdo con el protocolo establecido.</p> <p>Identifica las limitaciones que tienen algunos métodos de diagnóstico y que en forma electiva pueda pedir, técnicamente la ayuda complementaria más especializada.</p> <p>Planifica y coordinar todas las actividades implicadas en la práctica de laboratorio.</p> <p>Aplica las bases de dirección administrativa y sistematización de datos.</p> <p>Investiga en Anatomía Patológica, con utilización de bibliografía científica, distinguiendo los elementos mínimos de una biblioteca y hemeroteca.</p> <p>Analiza el funcionamiento de los diferentes Comités Hospitalarios (historias, mortalidad, auditoría).</p> <p>Aplica necropsias médico legales, incluyendo la toma de muestras para métodos auxiliares de diagnóstico (toxicología).</p>

ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA	
Perfil Profesional	Competencias
<p>Idoneidad, ética, integridad, conocimiento, habilidades y destrezas para enfocar las enfermedades del adolescente y adulto en todos sus componentes, bio- psico-sociales; debe estar altamente comprometido con el país, en armonía con el entorno y con la motivación suficiente para continuar actualizado.</p>	<p>Plantea y desarrolla preguntas de investigación del área de la medicina interna.</p> <p>Analiza con crítico la medicina basada en la evidencia.</p> <p>Evalúa al paciente a partir de un examen físico y la entrevista clínica atendiendo los protocolos de manejo establecidos.</p> <p>Identifica el uso de los medios diagnósticos de acuerdo con su costo-efectividad, tomando decisiones en el contexto actual de la salud.</p> <p>Trabaja de forma transdisciplinaria con sus colegas de especialización, manteniendo relaciones de respeto y comprensión con el paciente frente a su patología actual.</p> <p>Integra a su práctica clínica los lineamientos legales y éticos actuales que permita dar solución a los problemas no solo médicos sino a los sociales del paciente en el contexto de su enfermedad.</p> <p>Aplica la atención, promoción, prevención y rehabilitación en los pacientes.</p>

ESPECIALIDAD: RADIOLOGIA

Perfil Profesional	Competencias
<p>El especialista en esta rama de la Medicina debe tener los conocimientos, actitudes y destrezas que le permitan plantear soluciones integrales en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de las enfermedades mediante la utilización de los diversos métodos físicos productores de imágenes médicas.</p> <p>Debe tener los conocimientos, actitudes y destrezas para liderar las actividades administrativas de esta área de la medicina.</p> <p>En el marco de la Misión de la Facultad de Medicina el Departamento de Radiología desarrolla el servicio público de la Educación Superior en las áreas del diagnóstico por imágenes médicas y del tratamiento mediante la Radiología Intervencionista con criterios de excelencia académica, pertinencia, ética, responsabilidad social, eficiencia académica y administrativa.</p> <p>El Departamento de Radiología pretende formar un médico especialista con sólidos conocimientos científicos en cada una de las áreas de estudio de la especialidad, con una visión integral para abordar los diversos diagnósticos por imágenes de las enfermedades que afecten a la población, con una actitud investigativa permanente y con capacidad</p>	<p>Aplica los conocimientos básicos en anatomía, formación física de las imágenes diagnósticas, fisiopatología de las enfermedades e interpretación de los hallazgos radiológicos que le permitan realizar un ejercicio diagnóstico con un juicio clínico adecuado.</p> <p>Propone nuevas investigaciones del área de conocimiento que impacten sobre la salud de la población local y nacional, teniendo un análisis crítico de la información científica que permita adquirir destrezas clínicas de utilidad en la cotidianidad en la que se desenvuelve.</p> <p>Planea y desarrolla actividades de docencia a cualquier nivel y establece una extensión del conocimiento los diferentes niveles de complejidad de las instituciones de nuestro país.</p> <p>Prioriza sobre los aspectos éticos y humanos del individuo, evitando la despersonalización implícita en la mera interpretación de las imágenes diagnósticas.</p> <p>Comunica y trabaja en equipo con las demás ramas del conocimiento médico, para que se puedan tomar las decisiones idóneas para cada uno de los pacientes y sus patologías.</p> <p>Autoevalúa y argumenta sus acciones con sustento ético, clínico y científico.</p> <p>Aplica las leyes y normas que rigen su práctica como la ley de la Radiología y las disposiciones emanadas para proteger a la población de las radiaciones ionizantes.</p> <p>Plantea preguntas pertinentes al interrogatorio médico y ofrece respuestas a las interrogaciones de sus</p>

ESPECIALIDAD: RADIOLOGIA	
Perfil Profesional	Competencias
para la docencia.	<p>pacientes sobre el resultado de sus exámenes, respetando el ámbito del médico tratante.</p> <p>Comunica los riesgos y los beneficios esperados de cada prueba teniendo en cuenta el paciente y sus contextos educacionales.</p> <p>Elabora informes radiológicos, utilizando un lenguaje concreto, explícito y claro, que le permita al médico tratante asumir las conductas terapéuticas adecuadas.</p> <p>Analiza los aspectos físicos y electrónicos de la producción de las diversas modalidades de imágenes médicas utilizadas en esta área de la Imaginología como los Rayos X, la Tomografía Computarizada, el Ultrasonido, la Resonancia Magnética y las técnicas derivadas de las mismas.</p> <p>Caracteriza los diversos signos imaginológicos con que se expresan las patologías frecuentes y no frecuentes de los diferentes sistemas y órganos del cuerpo humano, así como los cambios derivados de la intervención clínica y/o quirúrgica.</p> <p>Interpreta los signos y síntomas de las diversas enfermedades que aquejan los diferentes sistemas y órganos del cuerpo humano, realizando una correlación con las imágenes médicas, con el propósito de realizar un diagnóstico y tratamiento imaginológico.</p> <p>Aplica procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos para las diversas enfermedades susceptibles de tratar por estos métodos y utilizando guías de imágenes médicas.</p>

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRÍA	
Perfil Profesional	Competencias
<p>Especialista ético, con discernimiento moral, conocedor de las leyes que regulan la práctica médica, socialmente responsable, comprometido con el país, proactivo, capacitado para el trabajo en equipo, hábil para la comunicación con sus colegas, pacientes, familiares y grupos; con capacidad de buscar, analizar, criticar y manejar la información y la literatura científica, siendo un profesional actualizado en lo académico, con sólidos conocimientos de la Psiquiatría y en lo social, de su medio y el mundo y, en general, con las habilidades y destrezas.</p>	<p>Analiza desde una visión integral de la salud mental, de las variaciones psicopatológicas y de los trastornos psiquiátricos del individuo, los casos clínicos del servicio.</p> <p>Evalúa al paciente desde una aproximación causal compleja biopsicosocial, y procede a dar un manejo integral valorando su impacto existencial, familiar, socio-cultural y económico.</p> <p>Trabaja interdisciplinaria con áreas como las neurociencias básicas y clínicas; las ciencias psicológicas cognitiva, dinámica y sistémica; la clínica psicopatológica, psiquiátrica y de enlace; la epidemiología y metodología investigativa; y la reflexión ética, epistemológica y de políticas de salud.</p>

ESPECIALIDAD: MEDICINA APLICADA A LA ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE	
Perfil Profesional	Competencias
<p>Realizar prescripción médica del ejercicio.</p> <p>Elaborar programas de control de ejercicio en grupos especiales.</p> <p>Asistencia y control médico de grupos que realicen actividad física con algún tipo de patología.</p> <p>Prestar servicios de consulta para el diagnóstico, tratamiento y recuperación, por medio del ejercicio terapéutico, de lesiones deportivas o laborales por sobrepeso.</p>	<p>Evalúa desde una aproximación fisiológica, semiológica y terapéutica al individuo que practica deporte de manera competitiva.</p> <p>Aplica parámetros desde el punto de vista antropométrico, bioquímico y hemodinámico de la evaluación del deportista.</p> <p>Caracteriza el manejo en todos los niveles en el campo y en la consulta, de las lesiones deportivas.</p> <p>Planea y desarrolla actividades de docencia tanto para médicos en formación, como a personal a su cargo o la población que está cuidando.</p>

ESPECIALIDAD: TOXICOLOGÍA CLÍNICA	
Perfil Profesional	Competencias
<p>Profesional médico con profundo sentido ético, crítico y reflexivo, autónomo y racional, con capacidad para trabajar en equipo y consciente de la importancia del enfoque interdisciplinario para la solución de los problemas de salud. Gracias al enfoque eminentemente clínico que tiene el programa, la principal característica de nuestro profesional es que tiene altas capacidades y conocimientos para el diagnóstico oportuno y la atención integral de las intoxicaciones agudas y crónicas prevalentes en nuestro medio, así como para todo los aspectos relacionados con la toxicidad por medicamentos, basado en un enfoque biopsicosocial, que involucra además la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad de origen tóxico. Cuenta además con habilidades administrativas, investigativas y docentes.</p>	<p>Diagnóstica y atiende de forma integral las intoxicaciones agudas y crónicas prevalentes en nuestro medio.</p> <p>Evalúa y trata pacientes con la toxicidad por medicamentos, basado en un enfoque biopsicosocial, que involucra además la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad de origen tóxico.</p> <p>Trabaja en equipo el enfoque interdisciplinario para la solución de los problemas de salud.</p> <p>Propone investigaciones en el área de la toxicología que aporten a los avances científicos y tecnológicos.</p>

ESPECIALIDAD: MEDICINA DE URGENCIAS	
Perfil Profesional	Competencias
<p>Especialista íntegro al servicio de la sociedad con un comportamiento social que incluya los valores éticos de respeto por el ser humano, con capacidad para entender el dolor de los demás y comprensión de la salud dentro del contexto bio-psico-social. Debe ser una persona autónoma en sus conceptos, crítica, que se pueda desempeñar con responsabilidad social.</p>	<p>Clasifica la gravedad e instaure las medidas necesarias para sostener y restaurar las condiciones hemodinámicas del paciente.</p> <p>Orienta el diagnóstico de la entidad clínica, a partir de los conocimientos, habilidades y actitudes, que le permitan afrontar las Urgencias y emergencias médico – quirúrgicas.</p> <p>Inicia el manejo o tratamiento específico de las diferentes entidades urgentes y coordinar con los otros miembros del equipo de salud el diagnóstico y manejo definitivo.</p> <p>Coordina el manejo de situaciones de desastres o catástrofes en el sitio de ocurrencia y el desplazamiento de los lesionados a los diferentes hospitales.</p> <p>Propone investigaciones en el área de urgencias de acuerdo con la estructura epidemiológica del País y de la Región.</p>

ESPECIALIDAD:ALERGOLOGÍA CLÍNICA	
Perfil Profesional	Competencias
<p>Tener un conocimiento teórico amplio y suficiente en el campo de la Alergología Clínica.</p> <p>Adquirir una adecuada experiencia clínica en una amplia variedad de problemas y enfermedades de común ocurrencia en las salas de Neumología, Dermatología y Otorrinolaringología., principalmente.</p> <p>Tener la habilidad de promover, prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar, cualquier paciente con patología en el campo de la alergia.</p> <p>Habilidad y liderazgo para implementar los estándares de ética y organización de la Unidad de Alergia.</p> <p>Habilidad para tener total responsabilidad en el manejo de los pacientes alérgicos de cualquier Unidad de Alergia.</p> <p>Haber aprendido los conocimientos básicos en metodología de la investigación, docencia, extensión y prevención.</p>	<p>Diagnostica, trata y rehabilita, cualquier paciente con patología en el campo de la alergia a partir de los conocimientos teóricos en el campo de la Alergología Clínica.</p> <p>Analiza clínicamente problemas y enfermedades de común ocurrencia en las salas de Neumología, Dermatología y Otorrinolaringología.</p> <p>Integra a su práctica clínica los estándares de ética y organización de la Unidad de Alergia.</p>

ESPECIALIDAD: DERMATOLOGIA	
PERFIL PROFESIONAL	COMPETENCIAS
<p>El egresado será un especialista ético, con discernimiento moral, conocedor de las leyes que regulan la práctica médica, socialmente responsable, comprometido con el país, proactivo, capacitado para el trabajo en equipo, hábil para la comunicación con sus colegas, pacientes, familiares y grupos; con capacidad de buscar, analizar, criticar y manejar la información y la literatura científica, siendo un profesional actualizado en lo académico, con sólidos conocimientos de la Dermatología y en lo social, de su medio y el mundo y, en general, con las habilidades y destrezas.</p>	<p>Diagnóstica, trata, previene y rehabilita las patologías cutáneas, tanto en adultos como en niños.</p> <p>Aprende a aprender para continuar su proceso de aprendizaje y aptitudes para la investigación en su área, la docencia universitaria y la promoción de la salud cutánea a nivel de la comunidad.</p> <p>Interpreta las diferentes manifestaciones de las alteraciones dermatológicas para el diagnóstico de las enfermedades de la piel, sus anexos y las mucosas.</p> <p>Correlaciona las enfermedades de la piel con trastornos en otros órganos y sistemas y la salud general del individuo.</p> <p>Interpreta los estudios para clínicos y realizar los procedimientos diagnósticos necesarios en la evaluación y manejo del paciente.</p> <p>Plantea una correlación clínico-patológica e inmunopatológica de las enfermedades cutáneas.</p> <p>Diseña proyecto de investigación a partir de la identificación de los elementos fundamentales del método científico.</p> <p>Identifica las características, necesidades y recursos del país en el área de la salud y específicamente en la dermatología, para aplicar en forma crítica conceptos y métodos básicos en epidemiología clínica.</p> <p>Trabaja en equipos interdisciplinarios y multidisciplinarios de las complicaciones o asociaciones cutáneas de otras patologías del individuo.</p> <p>Aplica criterios pedagógicos de la docencia universitaria a estudiantes y profesionales del área de la salud, a otros profesionales y a grupos específicos de la comunidad.</p>

ESPECIALIDAD: MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Perfil Profesional	Competencias
<p>El médico especialista en medicina física y rehabilitación está capacitado para desempeñarse con responsabilidad científica y social en la atención de personas con las diferentes limitaciones, restricciones y discapacidades que puedan afectarlas a ellas mismas, a su familia y a su entorno.</p>	<p>Evalúa integralmente al paciente con enfermedades del aparato locomotor, discapacidades mentales y sensoriales.</p> <p>Interpreta los exámenes complementarios necesarios para confirmar el diagnóstico.</p> <p>Diagnóstica al paciente con discapacidad, estableciendo su relación con los otros sistemas, sus repercusiones funcionales y su manejo clínico.</p> <p>Integra al tratamiento farmacológico, la aplicación de medios físicos y la prescripción del ejercicio u otras medidas como las ortesis, las férulas, las prótesis y los aditamentos para la marcha.</p> <p>Diseña programas de rehabilitación integral de personas con discapacidades físicas, mentales y sensoriales, para intervenir en la integración a la vida social, escolar y laboral.</p> <p>Evalúa las deficiencias, las limitaciones en las actividades y restricciones en la participación, posterior a un diagnóstico y pronóstico médicos, para definir si estas son transitorias o permanentes y adoptar la alternativa de manejo más adecuada y eficaz de acuerdo a las condiciones de cada paciente y a su entorno.</p> <p>Trabajo en equipo con los otros médicos y los profesionales relacionados el tratamiento integral del paciente.</p> <p>Diagnostica las enfermedades y su relación con el trabajo, define un tratamiento que le permita al paciente su reincorporación rápida al trabajo.</p> <p>Aplica estudios de medicina electrodiagnóstica como son la electromiografía, las velocidades de conducción nerviosa, los potenciales evocados auditivos, visuales y somato sensoriales y los otros exámenes relacionados.</p> <p>Planea y desarrolla la docencia en la formación del recurso humano en salud.</p> <p>Gestiona los programas de capacitación para equipos primarios de salud, orientados a la protección y promoción de la salud, al diagnóstico y la terapia precoz de la deficiencia, así</p>

ESPECIALIDAD: MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN	
Perfil Profesional	Competencias
	<p>como facilitar la integración social del individuo.</p> <p>Investiga problemas relacionados con las discapacidades, define los modelos de intervención y el impacto de ellos y así producir conocimiento que se pueda validar universalmente.</p> <p>Planifica, ejecuta, supervisa y evalúa los programas de rehabilitación de acuerdo con la demanda y los recursos, con el propósito de lograr una cobertura alta y un rendimiento adecuado.</p> <p>Diseña proyectos de investigación, que generen conocimiento y pueda poner al servicio de la comunidad, mediante su aplicación práctica o su difusión por medio de la publicación.</p>

ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Perfil Profesional	Competencias
<p>El Departamento de Obstetricia y Ginecología pretende formar un médico Especialista en Obstetricia y Ginecología integral, que sea capaz de interactuar de manera adecuada con la mujer y su familia en cada uno de los períodos de su ciclo vital y con sólidos conocimientos y capacidad de acción para resolver favorablemente las situaciones que se le presenten en cada una de las áreas de estudio de la disciplina.</p> <p>No es objetivo del programa de Posgrado en Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Antioquia, formar sub-especialistas en áreas específicas.</p>	<p>Resuelve los problemas de salud relacionados con pacientes ginecobstetricias en los servicios de: Urgencias, Medicina Fetal, Alto Riesgo Obstétrico, Consulta Externa, Salas de Hospitalización o Cirugía y Cuidados Intensivos, lo mismo que de las pacientes a quienes se les solicita interconsulta.</p> <p>Analiza la situación de salud de cada paciente aplicando destrezas en el juicio clínico, en la formulación diagnóstica, terapéutica y rehabilitación.</p> <p>Interpreta las estadísticas hospitalarias y la usa para la implementación de programas de mejoramiento de situaciones concretas del área ginecológica.</p> <p>Aplica técnicas de procedimiento diagnóstico en las pacientes ginecobstetricias.</p> <p>Selecciona y utiliza los recursos de diagnóstico y laboratorio disponibles en nuestro medio.</p> <p>Interpreta la epidemiología de las enfermedades en el raciocinio clínico y en la toma de decisiones.</p> <p>Gestiona el movimiento de ingresos y egresos de las salas de hospitalización, que redunde en la utilización óptima de los recursos hospitalarios.</p> <p>Analiza de manera crítica la literatura médica, para ofrecer a los pacientes la mejor opción en atención en salud y preparar y presentar clubes de revistas, seminarios, conferencias y demás actividades académicas del Departamento.</p> <p>Aplica la metodología de la investigación al desarrollo de trabajos de investigación clínica en tópicos que aporten conocimiento sobre nuestros problemas de salud.</p> <p>Interpreta las técnicas auxiliares de diagnóstico clínico y de laboratorio de empleo corriente en ginecoobstetricia.</p>

ESPECIALIDAD DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACIÓN	
PERFIL PROFESIONAL	COMPETENCIAS
<p>El Egresado del programa de Anestesiología y Reanimación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia cuenta con el siguiente perfil: Especialista con sólidos conocimientos clínicos y fisiológicos, anestésicos, humanísticos y sociales, capacitado para brindar atención integral al paciente que requiera sus servicios, ajustándose a los principios éticos universales. Con el conjunto de conocimientos adquiridos durante su entrenamiento, bien sea para la práctica institucional o privada o para la práctica académica como docente, en un futuro, propenderá por un estudio continuo y permanente, a la luz de los adelantos científicos y tecnológicos de la especialización.</p>	<p>Analiza la evaluación y preparación previa del enfermo para el acto anestésico – quirúrgico.</p> <p>Efectúa el manejo integral que incluye la reanimación, anestesia y analgesia de todo paciente que ya sea en condiciones electivas, urgentes o traumáticas y afectado o no de alguna entidad patológica subyacente, requiera tratamiento quirúrgico, diagnóstico o farmacológico.</p> <p>Interpreta los hallazgos clínicos, fisiopatológicos y de laboratorio de las entidades que los afectan, aplicando el plan anestésico indicado con la monitoria mínima pero eficaz que detecte precozmente las complicaciones y permita así su manejo oportuno.</p> <p>Gestiona la vigilancia y cuidados postoperatorios como medidas de reanimación y la analgesia adecuada para lograr su bienestar físico y psíquico, manifestándole confianza y empatía al atenderlo con prontitud y eficacia ya sea en forma individual o como participante de un equipo multidisciplinario.</p> <p>Desarrolla actividades de investigación valiéndose de la metodología científica establecida para ello y con los recursos a su alcance contribuyendo a la solución y prevención de problemas individuales o colectivos relacionados con su profesión, la docencia y la comunidad.</p> <p>Comunica con una actitud moral y ética al paciente y sus familiares, logrando la comprensión del estado clínico en el cual se encuentra y en segundo lugar con su profesión en el accionar con los diferentes especialistas y colegas que lo rodean, para elevar y destacar el buen nombre de la especialidad.</p>

ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL

Perfil Profesional	Competencias
<p>El egresado del Programa de Cirugía General, será un ciudadano ético, autónomo, con pensamiento crítico y reflexivo, socialmente responsable, que tendrá las capacidades disciplinares de evaluar, diagnosticar, tratar y de hacer seguimiento a las personas y comunidades con problemas quirúrgicos agudos y crónicos que comprometan el tracto gastrointestinal, tórax, abdomen cuello y extremidades así como la patología traumática que amenaza la vida. Tendrá liderazgo, será propositivo y tendrá la capacidad de un trabajo tanto en equipo como de tipo multidisciplinario.</p>	<p>Analiza los fundamentos en ciencias básicas para obtener una visión panorámica óptima en el manejo de los pacientes quirúrgicos.</p> <p>Trabaja en equipo para el manejo de los problemas quirúrgicos desde el punto de vista clínico, procedimientos diagnósticos y terapéuticos.</p> <p>Integra la ayudantía como cirujano para obtener así, las bases para una excelente técnica quirúrgica.</p> <p>Aplica asesorado por los residentes mayores o el profesor una serie de procedimientos de simples a complejos con responsabilidad gradual, que le permitirá la adquisición de habilidades como futuro cirujano.</p> <p>Investiga problemas relacionados con el ámbito de la cirugía general aplicando los fundamentos del método científico.</p>

ESPECIALIDAD DE CIRUGIA PLÁSTICA MAXILOFACIAL Y DE LA MANO

Perfil Profesional	Competencias
<p>El Cirujano Plástico egresado del programa de Cirugía Plástica, Maxilofacial y de la Mano de la Universidad de Antioquia cuenta con el siguiente perfil:</p> <p>Especialista con sólidos conocimientos clínicos y quirúrgicos, humanísticos y sociales capacitado para brindar atención integral al paciente que requiera sus servicios, ajustándose a los principios éticos universales.</p>	<p>Argumenta la etiología, fisiopatología, epidemiología, manifestaciones clínicas y pronóstico de las diferentes entidades susceptibles de tratamiento quirúrgico del área de la especialidad</p> <p>Diagnostica y trata la patología quirúrgica y orienta la rehabilitación de las secuelas por ella producidas.</p> <p>Identifica y utiliza las técnicas auxiliares de diagnóstico e interpreta sus resultados.</p> <p>Correlaciona los factores ambientales, socioeconómicos y culturales que participan en la aparición y manifestación de las enfermedades.</p> <p>Aplica las bases técnicas de la metodología de la</p>

ESPECIALIDAD DE CIRUGIA PLÁSTICA MAXILOFACIAL Y DE LA MANO	
Perfil Profesional	Competencias
<p>Con el conjunto de conocimientos adquiridos durante su entrenamiento, bien sea para la práctica institucional o privada o para la práctica académica como docente, en un futuro, propenderá por un estudio continuo y permanente, a la luz de los adelantos científicos y tecnológicos de la especialización.</p> <p>El Cirujano Plástico, maxilofacial y de la mano egresado del servicio de Cirugía Plástica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia tiene entrenamiento adecuado e integral en las diversas ramas de la especialidad con énfasis en Cirugía de Mano, Craneomaxilofacial, Reconstructiva y Estética, además de Microcirugía, y puede desempeñarse como Cirujano Plástico en áreas docente asistenciales y en áreas de docencia e investigación con nivel ético adecuado.</p>	<p>investigación a través de los estudios de investigación que le corresponda efectuar durante su entrenamiento.</p> <p>Interpreta la información de otras disciplinas médicas como la Medicina Interna, Patología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Ortopedia, Cirugía General, Psiquiatría, Radiología, Anestesiología, entre otras, que tienen importancia para el cirujano plástico.</p> <p>Analiza, todas las entidades sistémicas o localizadas de la entidad quirúrgica del área de acción de la especialidad y ejecuta los procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos de las mismas.</p> <p>Gestiona la utilización de quirófanos, los ingresos y egresos de las salas de hospitalización, con miras a una utilización óptima de los servicios hospitalarios.</p> <p>Argumenta la presentación verbal de clubes de revistas, seminarios, casos clínicos, conferencias, mesas redondas, paneles etc.</p>

ESPECIALIDAD DE NEUROCIRUGÍA	
Perfil Profesional	Competencias
<p>Mantenerse actualizado dentro de su especialidad, para lo cual deberá conocer y saber utilizar las fuentes de información, asistir a las reuniones científicas de la especialidad y conocer oportunamente y juzgar en forma crítica las innovaciones importantes dentro de su especialidad. Además debe ser ético, responsable, cívico, solidario y participativo en los acontecimientos de</p>	<p>Aplica los conocimientos básicos de la neuroanatomía, fisiopatología, neuroepidemiología, microcirugía, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los problemas y condiciones existentes en neurocirugía.</p> <p>Selecciona y analiza críticamente la literatura científica útil en la solución de los problemas que surjan de la práctica clínico-quirúrgica ambulatoria y hospitalaria.</p> <p>Diseña y desarrolla trabajos de investigación clínica en el</p>

ESPECIALIDAD DE NEUROCIRUGÍA	
Perfil Profesional	Competencias
<p>su disciplina y de la sociedad en general.</p>	<p>área de la neurocirugía Realizar actividades docentes a cualquier nivel y asistencial a nivel institucional.</p> <p>Desarrolla habilidades y espíritu para asumir un liderazgo nacional e internacional en actividades clínicas, Neuroquirúrgicas, investigativas y docentes en la disciplina.</p>

ESPECIALIDAD DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	
Perfil Profesional	Competencias
<p>El egresado de la Especialización está en capacidad de diagnosticar y solucionar las alteraciones congénitas, de desarrollo, y traumáticas, del sistema músculo esquelético, a través de los conocimientos adquiridos en los cuatro años del plan de estudio.</p>	<p>Comprende la etiología, fisiopatología, epidemiología, manifestaciones clínicas y pronóstico de las afecciones del sistema músculo esquelético.</p> <p>Aplica los conocimientos profesionales en la prevención, tratamiento y rehabilitación en las áreas del trauma del sistema músculo esquelético y la Ortopedia.</p> <p>Sintetiza la búsqueda y análisis crítico de la literatura científica útil con el fin de proponer la solución de los problemas que surjan de la práctica clínica ambulatoria y hospitalaria.</p> <p>Planea y desarrolla trabajos de investigación clínica en el área de la Ortopedia y Traumatología.</p> <p>Planea y desarrolla actividades docentes a cualquier nivel y asistencial a nivel institucional.</p> <p>Selecciona y describe avances de la especialidad para elevar el nivel científico, humano y social.</p> <p>Aprende a aprender de forma permanente, manteniéndose actualizado en el área que le compete.</p>

ESPECIALIDAD DE OTORRINOLARINGOLOGÍA	
Perfil Profesional	Competencia
<p>En lo asistencial el Otorrinolaringólogo, es un médico que está en capacidad de ofrecer acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la patología, alteraciones funcionales y estéticas que se presentan en el oído, nariz senos paranasales, boca, faringe, laringe, cuello, glándulas salivales, maxilares, tejidos óseos y blandos faciales utilizando los modernos métodos de diagnóstico y terapéutica que depara el vertiginoso desarrollo de la especialidad. Liderará las campañas de rehabilitación para las secuelas de patologías que se presenten en el área.</p> <p>En el campo administrativo tiene la capacidad de organizar un servicio básico de Otorrinolaringología, en instituciones de nivel II, III y IV.</p> <p>Desde el punto de vista docente tiene la capacidad de impartir docencia de pregrado y postgrado en la especialidad y en las áreas afines relacionadas.</p> <p>En lo investigativo tiene la capacidad de establecer y desarrollar proyectos de investigación aplicados a la especialidad y áreas afines obteniendo resultados que aporten a la práctica diaria y que se puedan difundir a la comunidad médica</p>	<p>El egresado del postgrado en Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello de la Universidad de Antioquia debe ser un profesional con una formación actualizada e integral en los aspectos científicos e investigativos en el área otorrinolaringológica, dentro del contexto del desarrollo personal íntegro y armónico, que le permita</p> <p>Enfoca y da solución a los problemas y necesidades del ambiente, de tal manera que impacte su entorno jalonando el desarrollo, sin menoscabo de la esfera moral y ética en su práctica diaria.</p> <p>Planea y desarrolla labores de prevención y promoción de salud, de tratamiento clínico quirúrgico y de rehabilitación e investigación en el área específica de la especialidad en el marco de un ejercicio y con una actividad permanente de autoevaluación y autoformación.</p>

ESPECIALIDAD DE OFTAMOLOGÍA

Perfil Profesional	Competencias
<p>formación integral que les permita promocionar la salud visual mediante estrategias que modifiquen los hábitos de la población y fomenten estilos de vida saludables; prevenir la enfermedad visual y ocular mediante el reconocimiento del entorno, el curso natural y el estado de presentación de la enfermedad; diagnosticar el estado de salud o enfermedad visual y ocular del individuo, de manera acertada y oportuna, y con la utilización de los recursos disponibles; prescribir y efectuar el manejo terapéutico requerido por el individuo de manera precisa, oportuna, coherente y pertinente; y determinar la necesidad y el tipo de rehabilitación más favorable para el individuo y la sociedad en procura de la reincorporación a sus actividades, el acompañamiento efectivo de su núcleo familiar y la reducción de secuelas.</p> <p>Podrán dirigir su formación hacia el desempeño profesional óptimo en las enfermedades oftalmológicas prevalentes del país, con la utilización de la tecnología disponible y dentro de un sistema de educación continuada para su permanente actualización y autoformación, la búsqueda activa de nuevo conocimiento y la solución de problemas por medio de la investigación tanto clínica como experimental de acuerdo a las propias inclinaciones científicas.</p>	<p>Gestiona la promoción la salud visual del individuo, la familia y la comunidad en procura del autocuidado, la participación y la generación de hábitos de vida saludables, con profesionalismo y ética; mediante la aplicación de los fundamentos científicos pertinentes, disponibles y vigentes, y el uso adecuado de las TIC; utilizando habilidades clínicas y epidemiológicas apropiadas; de manera coherente con los sistemas de salud; y con criterio y pensamiento científico.</p> <p>Diseña planes de prevención del desarrollo de problemas visuales y/u oculares mediante el reconocimiento del entorno, el curso natural y el estado de presentación de la enfermedad y sus factores asociados, y a través del empleo de estrategias apropiadas, pertinentes y oportunas; con profesionalismo y ética; con la aplicación de los fundamentos científicos pertinentes, disponibles y vigentes; con habilidades clínicas y epidemiológicas eficientes; con la utilización de una comunicación efectiva; de manera coherente con los sistemas de salud; y con criterio y pensamiento científico.</p> <p>Diagnostica los problemas oftalmológicos en el individuo, la familia y la comunidad, de manera acertada y oportuna, con la utilización de los recursos diagnósticos adecuados; con profesionalismo y ética; con base en los fundamentos teóricos de la oftalmología y la mejor evidencia científica disponible; mediante una comunicación efectiva; dentro de los lineamientos del sistema de salud y con base en los patrones epidemiológicos; con la utilización de las TIC disponibles; y mediante la utilización del método científico.</p> <p>Trata los problemas visuales del individuo, la familia y la comunidad, de manera precisa, oportuna, coherente y pertinente; con profesionalismo y comportamiento ético; con base en los conocimientos y fundamentos oftalmológicos vigentes y acordes a la mejor evidencia científica disponible; con habilidad clínica y quirúrgica eficiente, oportuna y pertinente; con la utilización de una comunicación efectiva; dentro de los lineamientos del sistema de salud; mediante la utilización de las TIC disponibles; y con el rigor del método científico.</p>

ESPECIALIDAD DE OFTAMOLOGÍA	
Perfil Profesional	Competencias
	<p>Identifica y recomienda el recurso de rehabilitación visual más apropiado a la persona que lo requiera, de manera precisa, oportuna, coherente y pertinente; con profesionalismo y comportamiento ético; con base en los conocimientos y fundamentos oftalmológicos y la mejor evidencia científica disponible; con habilidad clínica eficiente, oportuna y pertinente; con la utilización de una comunicación efectiva; acorde con los lineamientos del sistema de salud; apoyado en la utilización de las TIC disponibles; y con criterio científico.</p>

ESPECIALIDAD DE UROLOGÍA	
Perfil Profesional	Competencia
<p>Al terminar el proceso de formación de postgrado en Urología, se planea tener un especialista integral, autónomo, crítico y fundamentado éticamente con compromiso social, capaz de ejercer con éxito la actividad privada e institucional con los conocimientos y habilidades necesarias para desarrollar una excelente atención a los pacientes con afecciones urológicas de manera integral desde el diagnóstico y tratamiento con sujeción a las guías de las diferentes patologías y actuando en la patología quirúrgica con rigor científico y humanístico, con capacidad para realizar promoción, prevención, atención y rehabilitación en las situaciones inherentes a la urología, siempre desde la perspectiva bio-psico-social y ética.</p> <p>Formar especialistas con capacidad de liderazgo, y con habilidades para transmitir conocimientos aprendidos a otros profesionales en el área de la salud y al</p>	<p>Trata a un grupo poblacional determinado, aplicando los conocimientos, criterios y habilidades necesarias para prevenir, reconocer y tratar correctamente los problemas urológicos, proporcionando una atención médica y quirúrgica apropiada, tomando en cuenta los riesgos y beneficios que implican los actos médicos de prevención, diagnóstico y solución, durante el proceso de salud.</p> <p>Aplica las guías clínicas y los protocolos de atención actualizados que se utilizan en el manejo de los pacientes con problemas urológicos más frecuente en nuestro medio.</p> <p>Correlaciona la evidencia científica, con los casos clínicos que trata y busca hacer una mejora continua en los resultados, aspirando a mejores prácticas clínicas y contribuyendo a la actualización de guías de manejo</p> <p>Diseña programas de promoción de salud y prevención de las enfermedades urológicas a nivel individual, familiar, y de la comunidad en general.</p> <p>Diseña y desarrolla proyectos de investigación relevante en el</p>

ESPECIALIDAD DE UROLOGÍA

Perfil Profesional	Competencia
<p>personal a su cargo: residentes, estudiantes de pregrado, personal paramédico y comunidad en general a través de campañas educativas de las principales enfermedades.</p> <p>Participar en la creación de políticas, planes y programas orientados al desarrollo de programas de prevención y manejará integralmente los elementos de prevención primaria, secundaria y terciaria en el área de la urología.</p> <p>Tendrá capacidad de investigación para desarrollar proyectos que aporten nuevos conocimientos a la especialidad urológica.</p>	<p>área de la urología en ejercicio científico y ético.</p> <p>Articula a su práctica clínica el manejo de relaciones interpersonal y capacidad de comunicación que le permitan ofrecer una información efectiva que beneficie la relación médico-paciente, con sus familiares, sus colegas y el resto del equipo de salud y así mismo desarrollando labores educativas con otros profesionales, estudiantes e individuos y comunidades.</p> <p>Plantea propuesta que estimulan el progreso de la especialidad en Colombia haciendo énfasis en las diferentes subespecialidades Urológicas (Andrología, Endourología, Neurourología y Urodinamia, Urología Oncológica y Urología pediátrica).</p>

6.3.3. Propuestas 3: Guía Para el Desarrollo de un Enfoque Didáctico de la Formación Por Competencias en las Especialidades Clínicas Y Quirúrgicas

Presentación

La presente guía surge de la investigación: Caracterización del Modelo Basado en Competencias Profesionales de Educación Médica Desarrollado en doce Especialidades Clínicas Y nueve Quirúrgicas de la Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia - Colombia. Hacia un nuevo enfoque, en la cual se pudo evidenciar que, tanto en el cuerpo de conocimientos relacionado con la formación de los médicos especialistas como en la práctica docente, no existe conocimiento explícito, consciente e intencionado sobre la aplicación de estrategias didácticas para el desarrollo de competencias. Sin embargo, es importante aclarar que en los programas de formación sí se desarrollan competencias, no por la actuación intencionada de los profesores, sino por la metodología propia de estos programas, aprender haciendo, a través de la cual los médicos en formación siguen los ejemplos y referentes de sus profesores, practican en el medio profesional y hacen transferencia inmediata de lo aprendido al ámbito de la especialidad y el mundo de la vida.

La educación médica de especialidades es entendida como un proceso de formación con la intención de que la persona del estudiante- residente- desarrolle competencias clínicas y quirúrgicas dentro de un contexto específico del proceso salud- enfermedad para desarrollar una

práctica médica integral y humanística. (Galindo, L. Tamayo B. 2014), requiere de un proceso de mediación pedagógica, intencionado, trascendente y significativo, que aplique estrategias didácticas armonizadas con el desarrollo de capacidades de pensamiento y funciones cognitivas requeridas para el desarrollo de las competencias de las diferentes especialidades médicas.

La guía hace un aporte importante a la didáctica clínica pues su transferencia repercute directamente en una mejor práctica docente y por ende en el perfil profesional desde las competencias integrales y, como consecuencia, en la calidad de la salud.

La guía es de utilidad, en primera instancia, para los profesores y residentes de postgrados médicos dado que aporta información y orientaciones valiosas sobre el por qué, el para qué y el cómo de las estrategias didácticas desarrolladas durante la formación, directrices para la planeación, el desarrollo y la evaluación del proceso docente educativo.

En segunda instancia la guía puede servir de consulta educativa para jefes y administradores académicos de los diferentes programas de medicina que tienen bajo su responsabilidad la valoración del desempeño de la práctica docente, el diseño y evaluación curricular y la gestión académica de la formación profesional especializada.

Objetivos de la Guía.

- Aportar al desarrollo del modelo de formación por competencias en las especialidades clínicas, mediante la aplicación de estrategias didácticas con claros eslabones didácticos que armonizados, generen procesos formativos que incidan en los perfiles profesionales más integrales.
- Ofrecer una respuesta a la problemática de la educación médica en las especialidades desde un enfoque didáctico clínico.
- Describir los eslabones didácticos de las estrategias privilegiadas para la formación de competencias en las especialidades médicas.

Público al que va dirigido.

- Profesores y residentes de postgrados médicos.
- Jefes y administradores académicos de los diferentes programas de medicina.
- Asociaciones de medicina en las salas educativas.
- Programas de medicina de las diferentes universidades nacionales e internacionales.

La presente Guía didáctica está fundamentada en modelos pedagógicos contemporáneos, que rompen con los esquemas tradicionales en la enseñanza de la medicina, favoreciendo el aprendizaje significativo, mediante una visión integral del objeto de estudio y sitúa al estudiante en el contexto de su propia realidad, permitiéndole el desarrollo de competencias analíticas, argumentativas, propositivas, sociales e interpersonales, con base en la búsqueda planificada de la información para la solución de problemas de salud desde las distintas áreas disciplinares. (Galindo L. et al. 2010, p. 9)

Se fundamentan estrategias didácticas propias de las especialidades médicas que potencian actitudes hacia el aprendizaje significativo; favorecen el aprendizaje autónomo y colaborativo; conciben al profesor como tutor y al estudiante como el protagonista de su proceso de formación desarrollando sus capacidades de pensamiento, así como el espíritu investigativo y cualidades humanas que sensibilizan al futuro profesional, médico especializado, a ejercer su labor con criterio científico, con espíritu investigativo y humanismo reflejados en buenas prácticas médicas.

Las estrategias didácticas exigen de una clara intencionalidad formativa del profesor- médico tratante- hacia el grupo de residentes, internos y estudiantes, así como un buen manejo de la competencia comunicativa para que genere un espacio de respeto, cooperación, de receptividad, manejo de un tono de voz. Una actitud que permita el direccionamiento propositivo y problematizador hacia el grupo de residentes.

El profesor -médico- que es capaz de crear un ambiente amigable para el aprendizaje de los residentes, estimula y provoca, con preguntas y comentarios, el pensamiento crítico y reflexivo en torno a la historia clínica, modela actitudes humanizantes frente al paciente, lo llama por su nombre, le explica con paciencia y asertividad su estado y evolución, le demuestra consideración por su dolor y el de su familia y respeta sus principios, hábitos y creencias culturales. El tono pausado de la voz del médico, con matices científicos y cotidianos, construyen un ambiente de aprendizaje propicio para conocer al otro, y respetar sus posiciones y diferencias. Al residente debe quedarle claro que el paciente es una persona que sufre, no una cosa -enfermedad por registrar-, es una historia por comprender y registrar debidamente, teniendo como apoyo el saber clínico, sus procedimientos, sus instrumentos y los saberes que los respaldan.

Es indiscutible que la personalidad del profesor tiene gran influencia en la forma como se desarrollan las actividades académicas, pero la actitud de los residentes también es definitiva en su éxito: se requiere un alto grado de atención, observación, participación e interacción a través del diálogo con el profesor, el paciente y las demás personas presentes.

La experiencia y formación del profesor en las áreas disciplinar y pedagógica, y su actitud receptiva y respetuosa hacia los pacientes y residentes, son factores determinantes en la calidad de los aprendizajes que logren interiorizar los estudiantes.

“La función del profesor desde la mediación pedagógica es indispensable y pertinente, puesto que el aprendizaje mediado colaborativo, no solo exige ir a las

fuentes, indagar y contrastar el caso y la historia clínica, sino que favorece la flexibilidad mental para ir más allá de lo evidente y lograr la transferencia de los aprendizajes a los diferentes contextos, humanizando al estudiante y su trabajo, frente al significado de la enfermedad, de la salud y del paciente, y transformando al profesor con el ejercicio de una buena práctica docente que invita a reflexionar acerca del cambio que debe llevarse a cabo en la educación médica” (Galindo, L. & Arango, M.E, 1999, p. 284)

A la luz de los planteamientos expuestos anteriormente, el valor educativo de la Guía se proyecta en procesos como los siguientes:

- Diseño didáctico de los cursos y de las rotaciones.
- Planeación de la enseñanza.
- Capacitación pedagógica de profesores.
- Autoformación y autoevaluación de profesores y residentes.
- Inducción a los residentes que llegan al proceso de formación en las especialidades.
- Evaluación de la práctica educativa en las especialidades clínicas y quirúrgicas.
- Optimización de los roles de profesores y de los residentes desde una pedagógica social y cultural.
- Además, la Guía es de utilidad en los procesos de documentación de los lineamientos pedagógicos y curriculares para el ejercicio de la docencia en las especialidades médicas y su posterior incorporación en la actualización de los documentos de autoevaluación institucional y registro calificado de los programas académicos.

Estrategias didácticas propias de la educación médica en especialidades que posibilitan la formación de competencias.

Conocida la realidad a la cual está enfrentada la educación médica en especialidades clínicas y quirúrgicas y los retos que, desde la formación, deben enfrentar los centros de educativos, la gran pregunta que surge ahora es: ¿Cómo hacerlo? ¿Qué estrategias didácticas aplicar para desarrollar las competencias que exige el mundo de hoy a la educación médica de las especialidades?



Figura 57. Contexto de la Educación Médica Especializada. Construcción Propia

La formación de competencias plantea cambios fundamentales en la orientación de los procesos de enseñanza y de aprendizaje, y se lleva a la práctica mediante la aplicación intencionada de estrategias didácticas que además de posibilitar su desarrollo estén inspiradas en los cambios que reclaman los modelos educativos contemporáneos: pasar de un proceso

centrado en la enseñanza, a uno centrado en el aprendizaje individual y colaborativo; de un proceso centrado en contenidos conductuales a uno centrado en el desarrollo de competencias en un contexto real; de un proceso centrado en contenidos a uno centrado en el desarrollo de capacidades en el saber, el ser, el hacer y el convivir; de un proceso centrado en el profesor, a uno centrado en el alumno y en los equipos de trabajo; de un proceso centrado en estrategias pasivas y de observación a un proceso centrado en estrategias activas y participativas y, finalmente, de un proceso centrado en la evaluación cuantitativa y de resultados a un proceso que considera la evaluación cualitativa de entrada, de proceso y de resultados.

Dichos cambios exigen de profesores preparados para seleccionar y aplicar, con intención, trascendencia y significado, estrategias didácticas que den paso al desarrollo de competencias. Para ello se hace necesario, que el profesor tome conciencia del por qué, el para qué, el cómo y el cuándo de las estrategias didácticas propias de la educación médica de las especialidades.

El reto para un nuevo enfoque didáctico que responda con la formación de competencias se orientará no solo a la transmisión de conocimientos y procedimientos mecánicos sino a transitar por el valor pedagógico que provocan la adquisición de aprendizajes relevantes y significativos. Esto debe implicar activamente al estudiante en un proceso de aprender a aprender que le permita diseñar estrategias inteligentes para la solución de problemas propios de su campo de formación y del mundo de la vida.

Desde la enseñanza, estaremos retados a activar las capacidades mentales, desarrollar la metacognición, el meta aprendizaje y la autorregulación de la conducta de los estudiantes como forma de adaptación al medio y de contribuir con su desarrollo, ser co-creadores de nuevos escenarios de actuaciones humanas que conduzcan a mejor calidad de vida.

En la gran mayoría de los programas de especialidades médicas clínicas y quirúrgicas se puede constatar que se cuenta con actividades académicas variadas y significativas para la apropiación de competencias profesionales específicas y genéricas, no obstante la dinámica del día a día, hace que estos espacios se reproduzcan mecánicamente por fuerza de la tradición y no se haga un trabajo pedagógico que otorgue el mayor valor formativo que se puede lograr en cada una de ellas.

Las estrategias didácticas comunes que más privilegian en las especialidades tanto clínicas como quirúrgicas son: el seminario, el club de revista, la ronda clínica, análisis de casos, la simulación y el staff.

Las especialidades quirúrgicas, por su propia naturaleza, cuentan con un espacio de aprendizaje específico que es el quirófano y allí se realizan demostraciones y se lleva a cabo la delegación de actividades de intervención directa con el paciente de acuerdo con el nivel de formación y de competencia del residente, pero siempre bajo la supervisión del experto.

La especialidad de medicina deportiva cuenta con sitios de práctica relacionados con espacios deportivos que al igual que el quirófano para los cirujanos, es el ambiente de aprendizaje en donde más contacto directo tiene con sus pacientes para el desarrollo de competencias específicas de su especialidad.

Algunos residentes y profesores no son conscientes de la importancia de seleccionar el tipo de estrategia a utilizar en relación con las competencias que se pretenden desarrollar o potenciar, razón por la cual se afirma que hacen las actividades porque así se viene haciendo siempre, pero no hay significado de la misma para la formación.

A continuación se propone unas condiciones, a manera de ejemplo, a tener en cuenta en el momento de seleccionar estrategias para el desarrollo de competencias en ambientes de aprendizaje presencial y virtual, en la formación médica especializada.

Para seleccionar las estrategias didácticas tenga en cuenta que éstas deben permitir:

- Analizar situaciones problemáticas
- Proponer soluciones a los casos analizados
- Ejercitar, afianzar y consolidar lo aprendido
- Repasar aspectos sustanciales de los contenidos por aprender

- Asimilar nuevas ideas integrándolas con lo aprendido
- Elaborar síntesis interdisciplinar
- Hacer abstracciones del conocimiento alcanzado
- Generalizar y transferir lo aprendido a diferentes contextos
- Apropiar principios o generalizaciones
- Participar en discusiones y asumir posiciones para toma de decisiones
- Aportar experiencias y ejemplos
- Reflexionar acerca de sus pensamientos y sentimientos
- Monitorear su propio progreso identificando fortalezas y debilidades.
- Buscar, seleccionar, procesar e interpretar información
- Aportar a la investigación en el campo disciplinar de su especialidad
- Comunicar desde la comprensión de los casos los procesos y procedimientos clínicos
- Autoevaluar los alcances, fortalezas y oportunidades de mejora de quien aprende

Consideración que se deben tener en cuenta para la planeación educativa de las estrategias didácticas:

- ¿A quién va dirigida? ¿Cuál es la población objetivo?
- ¿Cuál es la o las competencias que se busca desarrollar o potenciar?
- ¿Cuáles son los saberes implicados en el desarrollo de la estrategia?

- ¿Cuáles funciones cognitivas se aplican en las fases del acto mental?

- ¿Cuáles son los eslabones de la estrategia al inicio, durante su desarrollo y al finalizar éste?

- ¿Cuáles recursos se utilizarán?

- ¿Cómo se va a evaluar el desempeño de los participantes? ¿Cuáles son las estrategias y criterios de evaluación?

Las estrategias didácticas propias de la educación médica en especialidades se deben diseñar teniendo en cuenta la intencionalidad formativa, el significado para la formación y la trascendencia que puedan tener para el futuro especialista.

¿Cuáles funciones cognitivas se potencian y apoyan el desarrollo del pensamiento crítico en el residente?

Fase de entrada:

- Percepción clara de las situaciones o casos de salud que se analizan.

- Comportamiento exploratorio planificado en relación con la actividad académica

- Comprensión y utilización del vocabulario especializado en la comunicación.

- Consideración de dos o más fuentes de información de manera simultánea para analizar y correlacionar datos clínicos y quirúrgicos.

- Precisión y exactitud en la selección y recopilación de datos relevantes que recibe de diversas fuentes de información.
- Orientación espacial y temporal para:
 - El reconocimiento sistémico del proceso salud- enfermedad en diferentes pacientes
 - La identificación de contextos clínicos, espacios quirúrgicos, procedimientos.
 - La selección de instrumentos y material quirúrgico de acuerdo con la intervención a realizar.

Fase de elaboración:

- Percepción y definición del problema de salud que presenta el paciente a partir del análisis especializado de la historia clínica, la correlación de datos clínicos y los avances científicos y tecnológicos propuestos en la literatura médica.
- Amplitud del campo mental y flexibilidad de pensamiento para comprender la situación de salud desde múltiples perceptivas, puntos de vista y modo de enfocar el problema clínico o quirúrgico.
- Capacidad para inferir y plantear hipótesis a partir de los análisis críticos que se haga de situación de salud que se está desarrollando, de los casos clínicos, de los procedimientos quirúrgicos, de los diagnósticos diferenciales, entre otros..
- Capacidad para distinguir los datos relevantes de los irrelevantes de:
 - La situación de salud

- El análisis de la literatura científica
 - La correlación de historia clínica
 - Los hallazgos médicos.
 - Los diagnósticos diferenciales
 - Los procedimientos clínicos y quirúrgicos
 - Los enfoques y tratamientos a seguir
- Conducta comparativa para establecer correlaciones, medidas de control, evolución del estado de salud de los pacientes tratados, grado de receptividad de los tratamientos, prescripciones efectuadas y niveles de complejidad clínica.
- Elaboración de categorías cognitivas para categorizar, comparar, correlacionar, identificar e interpretar signos, síntomas, patologías, enfermedades, perfiles epidemiológicos, situaciones adversas, contexto del paciente, evidencias y reportes científicos.

Fase de salida:

- Instrumento verbales para comunicar respuestas con precisión y exactitud:
- Al momento de argumentar diagnósticos, tratamientos y procesos de rehabilitación clínica y quirúrgica.
 - Al presentar un club de revistas, un seminario, un caso clínico, realizar una ronda clínica, participar en un staff médico, en una telemática, en un proceso de simulación.

- Al interactuar con el paciente e informar acerca de su estado de salud, en las fases de prevención, promoción, atención, tratamiento y rehabilitación.
- Proyectar relaciones virtuales con el fin de describir procesos a seguir y sus posibles pronósticos dependiendo de la situación del estado de salud del paciente, de los fundamentos de la literatura científica, del contexto del paciente y de la experiencia en ese tipo de manejos.
- Descentralización de la información con el fin de que acepte diversas opiniones, sugerencias, recomendaciones que hacen sus pares y equipo de profesores. Además aceptar aportes que le puedan ofrecer para mejorar su práctica médica.

- **¿Cómo se organiza el ambiente educativo?**

Para el desarrollo de las diversas actividades académicas se recomienda contar con espacios físicos óptimos como auditorios o salas con cobertura adecuada al público objetivo, buena ventilación, silletería cómoda, buen sonido e iluminación. Así mismo disponer de recursos educativos y tecnológicos como computadores, proyector de video e imágenes, audio y conexión a internet.

- **¿Cuál es la modalidad que se utiliza?**

Por lo general se hace de forma presencial pero puede combinarse con virtualidad en línea en conexión con expertos, en cualquier lugar del mundo, se integran con otras facultades de medicina del mismo programa o de otras especialidades, así como instituciones de salud, que aporten a la discusión de las temáticas, de los problemas de salud planteados y de los casos clínicos entre otros.

- **¿Qué competencias desarrolla el residente en términos de capacidades de pensamiento?**

Tabla 30.

Competencia Desarrollada el Residente. Construcción Propia

Competencias genéricas	Competencias específicas
Comunicación	Diagnóstica
Trabajo en equipo interdisciplinario	Correlaciona
Investigación	Argumenta
Uso de TIC	Compara
Desarrollo ético	Selecciona
Aprende a Aprender	Propone
Toma de decisiones	Evalúa
Planeación	Integra
	Interpreta
	Sintetiza

- **¿Cómo se evalúa el proceso académico formativo en las estrategias didácticas?**

La valoración de logros en las diferentes estrategias didácticas se da a la luz del nivel de avance de las competencias propuesta.

Se recomienda favorecer espacios para la autoevaluación, la evaluación entre pares (co-evaluación) y la evaluación del desempeño por parte del profesor o equipo de profesores del servicio en el cual rota el residente.

Para cada tipo de evaluación se aplican criterios definidos con anterioridad por el profesor o equipo de profesores y conocidos por todos los residentes.

Se pueden valorar aspectos como los siguientes:

- Pertinencia y calidad del trabajo realizado.
- Claridad, precisión y organización de la información recopilada y presentada sobre el caso clínico, el seminario, el staff, el club de revista, la simulación, la ronda clínica, etc.
- Capacidad para comunicar información a la comunidad académica, a los pacientes, al personal paramédico y a las familias.
- Capacidad para planear y organizar de las funciones y actividades delegadas bajo su responsabilidad.
- Capacidad para trabajar en equipo y aceptar diversos puntos de vista.
- Capacidad para aprender a aprender de forma autónoma e independiente.
- Capacidad para asumir su rol con dominio y rigor conceptual, así como con idoneidad ética.
- Objetividad en la valoración de los aciertos y las fallas que se pudieron presentar en el manejo clínico que propone.
- Cientificidad de las propuestas que hace para el mejoramiento del manejo de casos clínicos en rondas, consultas externas, intervenciones quirúrgicas.

EJEMPLO DE UN INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN:

Objetivo: **Evaluar la actividad académica de acuerdo con criterios pedagógicos**

Orientaciones: Esta actividad se hará de manera individual de acuerdo con la percepción de cada participante de la estrategia didáctica en la que participa.

1. Señale el tipo de actividad académica que se desarrolló:

- Seminario _____
- Estudio de Caso _____
- Revisión de tema _____
- Club de revista _____
- Otra. ¿Cuál? _____

2. Evaluación de los participantes:

Participación de quien lideró la actividad académica:			
Referentes	Escala de frecuencia		
	SI	NO	N.A.
¿Presentó los objetivos de la actividad?			
¿Exploró presaberes de la audiencia frente el tema que se iba a desarrollar?			
¿Demostró liderazgo al desarrollar la actividad?			
¿Promovió la participación de la audiencia durante el desarrollo de la actividad?			
¿Demostró competencia en el conocimiento del tema?			
¿Utilizó la comunicación abierta para interactuar con la audiencia: colegas, estudiantes, residentes, personal paramédico?			
¿Expresó ideas claras y argumentadas?			
¿Comunicó sus dudas, inquietudes y desacuerdos de manera respetuosa y asertiva?			
¿Demostró interés y experiencia por el proceso de identificación, apropiación y conclusiones esenciales del tema en cuestión?			
¿Generó espacios para preguntas y aportes de los participantes?			
¿Utilizó recursos tecnológicos pertinentes?			
¿Evalúo la actividad?			
Otra: ¿Cuál?			

Participación de los asistentes: -estudiantes- internos- residentes – especialistas- personal paramédico			
Referentes	Escala de frecuencia		
	SI	NO	N.A.
¿Hicieron aportes argumentados, en relación con el tema tratado?			
¿Realizaron preguntas oportunas y pertinentes?			
¿Tuvieron en cuenta los aportes de los especialistas y de quien lideró la actividad para enriquecer sus puntos de vista?			
¿Escucharon con atención e interés los aportes de quien lideró la actividad académica?			
¿Mostraron actitud receptiva durante el desarrollo de toda la actividad?			
¿Fueron puntuales en el inicio de la actividad?			
¿Estuvieron presentes durante el desarrollo de toda la actividad?			
¿Mostraron respeto por la deferencia de opinión y la diversidad de puntos de vista clínico?			
Otra: ¿Cuál?			

Participación de los organizadores de la actividad			
Referentes	Escala de frecuencia		
	SI	NO	N.A.
La convocatoria a la actividad fue clara, oportuna y con tiempo disponible para prever la asistencia y participación			
La actividad se desarrolló de acuerdo con la agenda ofrecida.			
La organización logística de espacios, de recursos tecnológicos, entre otros facilitó el desarrollo de la actividad.			
Otros: ¿Cuál?			
¿Cuál es su grado de satisfacción con la actividad académica desarrollada?			
Muy satisfecho _____ Medianamente satisfecho _____ Insatisfecho _____			
¿Por qué?			

¿Cómo se desarrollan pedagógicamente las estrategias didácticas?

La sistematización de las estrategias didácticas de mayor aplicación en la educación médicas de las especialidades clínicas y quirúrgicas, que se ofrece a continuación, permite a los profesores aplicarlas con una intencionalidad y metodología claramente definidas para responder con eficacia a: las necesidades de formación de comunidades específicas, las posibilidades cognitivas de los estudiantes, la estructura lógica de las diferentes rotaciones, la complejidad de los saberes, la diversidad de momentos y espacios de formación y, finalmente, la estructura curricular de los diferentes programas.

3.1 El club de revista como estrategia didáctica

- **¿Qué es un Club de Revista?**

Es una reunión académica en que un grupo de profesionales de diferentes niveles y especialidades se reúne para analizar y discutir publicaciones en literatura médica, sobre los últimos avances producto de investigaciones en algún campo de la medicina, con base en una pregunta de interés para los participantes.

- **¿Para qué sirve un Club de Revista?**

Sirve para promover la actualización de los conocimientos sobre avances médicos con respecto a nuevos hallazgos, procedimientos clínicos y tratamiento, dando respuesta a la pregunta de interés.

- **¿Cuál es el rol del profesor en el Club de Revista?**

- Selecciona los temas a tratar, los asigna a los residentes o diseña la estrategia para que los residentes los seleccionen.
- En la primera fase acompaña y asesora a los residentes para la preparación de la actividad.
- Durante la exposición refuerza con aportes aclaratorios o complementarios; formula preguntas intencionadas para favorecer el análisis, la reflexión profunda y la comprensión; complementa la información y aclara las dudas que se presenten en el auditorio que no puedan ser resueltas por residentes a cargo de la actividad.
- Define los criterios para evaluación de la actividad y los aplica.

Al finalizar el proceso el profesor lidera la elaboración de síntesis y de principios sobre el tema tratado y plantea retos.

- **¿Cuál es el rol del residente en el Club de Revista?**
 - Prepara el tema de acuerdo con los lineamientos presentados por el profesor.
 - Lidera el desarrollo de la actividad.
 - Reporta las fuentes consultadas
 - Contextualiza el tema ante los asistentes.
 - Concluye el Club de Revista demostrando con resultados el valor de sus argumentos.
 - Responde las preguntas de la audiencia.

- Escucha las sugerencias de los participantes y toma decisiones al respecto.

Tabla 31.

Eslabones Didácticas del Club de Revista. Construcción Propia

ESLBONES DIDÁCTICOS DEL CLUB DE REVISTA		
Antes	Durante	Después
<ul style="list-style-type: none"> - El profesor asigna los temas a cada residente o diseña la estrategia para que estos los seleccionen. - El residente que estará al frente de la actividad prepara el tema bajo el acompañamiento del profesor. - El profesor guía al residente en la selección del artículo y su análisis epidemiológico. - El residente a cargo de la actividad envía el artículo seleccionado a cada participante, previo a la fase de discusión, con el fin de que todos los participantes tengan conocimiento amplio del tema. 	<p>El residente a cargo de la actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Introduce el tema. - Presenta el artículo seleccionado indicando los objetivos del estudio, la población objetivo, el problema investigado, la metodología aplicada, la información obtenida, el análisis e interpretación elaborada y los resultados logrados. - Hace énfasis en los datos relevantes del estudio. - Analiza los efectos adversos del estudio, conclusiones e interrogantes que se dan alrededor de éste - Presenta su propio punto de vista. - El profesor hace preguntas y aportes para precisar la información cuando lo considera necesario. - Al finalizar la presentación se abre el espacio de preguntas o de aclaraciones en cuyas respuestas participan el residente y el profesor 	<ul style="list-style-type: none"> - El residente realiza una autoevaluación de su desempeño. - Se hace una coevaluación grupal de la actividad con base en criterios de evaluación previamente definidos. - El profesor evalúa el desempeño del residente de forma individual.

3.2. El Staff Médico Como estrategia didáctica

- **¿Qué es un Staff Médico?**

El Staff Médico es una reunión de expertos, de diferentes especialidades médicas, para tomar decisiones sobre un caso clínico complejo. Según la historia clínica del paciente, la literatura pertinente y la experiencia de los participantes, se evalúa el caso clínico específico y las posibles soluciones de los problemas que presenta el paciente para proponer el enfoque de manejo más indicado.

- **¿Para qué sirve el Staff Médico?**

Como estrategia didáctica sirve para solucionar problemas clínicos específicos con una participación colaborativa e interdisciplinaria apoyados en tres aspectos esenciales: el problema planteado, la literatura existente al respecto y la experiencia de los expertos.

El Staff Médico permite establecer criterios y procedimientos para el análisis interdisciplinario de casos clínicos de alta complejidad. Además, permite definir la conducta médica de un paciente que tiene una condición infrecuente o características especiales que hace difícil la toma de decisiones.

- **Rol del profesor en la estrategia Staff Médico:**

- Selecciona con el residente el caso.
- Lidera y modera la discusión desde el papel de médico tratante.

- Participan desde su especialidad con argumentos basados en la literatura y su experiencia.
- Ofrece aportes puntuales que precisan y aclaran conceptos y presaberes.
- Toman decisiones sobre estudios pendientes y enfoque clínico del paciente.
- **Rol del residente en la estrategia Staff Médico:**
 - Presenta el caso con la historia completa, estudios y procedimientos realizados.
 - Participa activamente desde su investigación de la literatura al respecto.
 - Lleva la relatoría del Staff Médico para elaborar el concepto que debe quedar consignado en la historia clínica del paciente.

Tabla 32.*Eslabones Didácticos de la Estrategia Staff Médico. Construcción Propia*

ESLABONES DIDÁCTICOS DE LA ESTRATEGIA STAFF MEDICO		
Antes	Durante	Después
<ul style="list-style-type: none"> - El profesor con el residente elige el caso teniendo en cuenta la singularidad del caso clínico del paciente. - El residente prepara el caso con base en la historia clínica y la revisión de la literatura. - Plantea la pregunta que orienta la discusión. 	<p>La especialidad tratante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presenta el caso con todos sus soportes: resultados de laboratorio, resultados de exámenes, imágenes radiológicas, historia clínica, etc. - Muestra, paso a paso, como ha sido la evolución del paciente, los análisis y las decisiones que se han tomado. - Plantea al Staff médico la pregunta orientadora de la discusión <p>Los participantes del Staff:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Argumentan sus análisis desde la experiencia, las investigaciones y las evidencias. - Plantean y descartan hipótesis, mediante validación de argumentos clínicos. - Terminada la sesión, se presenta las conclusiones del análisis y se propone el enfoque clínico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se lee el concepto del staff y se firma por todos los participantes. - El médico tratante y el residente se encargan de comunicar al paciente y su familia los resultados del Staff Médico y las decisiones tomadas. - El profesor evalúa de forma individual al residente a cargo de la actividad una vez éste le presente su autoevaluación.

3.3. El Seminario como Estrategia Didáctica:

- **¿Qué es el Seminario?**

Es un estudio sistemático entre los diferentes participantes que permite profundizar acerca de un contenido de interés disciplinar en las especialidades médicas.

- **¿Para qué sirve la estrategia de Seminario?**

Favorece el rigor científico e investigativo en la presentación y análisis de temas de interés desde diferentes tópicos. Desarrolla el pensamiento crítico y reflexivo; el razonamiento objetivo y la responsabilidad individual y colectiva del grupo.

Esta estrategia también puede utilizarse para el desarrollo de un curso completo en cuyo caso contiene eslabones didácticos diferentes a los que se presentan en esta investigación, aspecto que garantiza el acercamiento a la totalidad de los temas disciplinares.

- **Rol del profesor:**

- Selecciona los temas del seminario de acuerdo con las necesidades de formación de los residentes.
- Asesora y acompañan al residente en la preparación del Seminario
- Mantiene escucha activa, orienta y anima a la participación.
- Precisa y aclara conceptos, teorías, análisis, escuelas de pensamiento, etc., para facilitar la comprensión y nivelación de los presaberes.
- Hace preguntas y problematiza las situaciones y los saberes para reforzar la interiorización, comprensión y transferencia de lo aprendido a diferentes contextos.
- Cierra el Seminario elaborando principios y conclusiones sobre los planteamientos esenciales y propone la consulta de nuevas referencias bibliográficas

- **Rol del residente:**

- Es el líder del Seminario y protagonista activo de su propio aprendizaje.
- Prepara el Seminario con la asesoría del profesor.
- Define con el profesor las fuentes bibliográficas que se trabajarán en el Seminario
- Envía a los participantes del Seminario las fuentes bibliográficas que deben estudiar
- Presenta el tema consultado.
- Abre y coordina la sesión de preguntas.
- Escucha con atención y receptividad de los aportes.

Tabla 33.*Eslabones Didácticas del Seminario. Construcción Propia*

ESLABONES DIDÁCTICOS DEL SEMINARIO		
Antes	Durante	Después
<ul style="list-style-type: none"> - El profesor antes del seminario: - Elabora una lista de temas que sugiere a los residentes de acuerdo con la rotación que estén haciendo buscando la interdisciplinariedad y estos eligen libremente el que desean trabajar. - Orienta, sugiere bibliografía, ofrece pautas y asesoría para la preparación del seminario - El residente: - Prepara el seminario: investiga, buscar información, discute en colaboración con pares, reflexiona sobre los problemas, confronta criterios hasta poder llegar a elaborar conclusiones y recomendaciones - Los demás participantes estudiantes y residentes estudian sobre el tema del seminario. 	<ul style="list-style-type: none"> - El residente que lidera el Seminario: - Desarrolla toda la temática central mediante una exposición. - Sintetiza los diferentes aspectos que han sido objeto de discusión - Infiere posibles conclusiones. - Abre la sesión de preguntas para aquellos que tengan dudas <ul style="list-style-type: none"> • Los profesores: <ul style="list-style-type: none"> - hacen preguntas en aspectos que requieran algún tipo de precisión o profundización para promover la participación de los asistentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - El profesor recomienda algunas otras fuentes bibliográficas. - El profesor evalúa el desempeño del residente, de forma individual, a partir de su propia autoevaluación, aplicando los criterios formulados con anterioridad y conocidos por éste.

3.4 La Ronda Clínica Como Estrategia Didáctica

- **¿Qué es la Ronda Clínica?**

La Ronda Clínica es la estrategia didáctica por medio de la cual el médico tratante, residentes, internos, estudiantes y enfermeras, hace reconocimiento directo de la historia clínica, el estado y la evolución de los pacientes que se encuentran en los servicios de hospitalización y urgencias para tomar decisiones. La información resultante de cada Ronda debe quedar consignada en la historia clínica de cada paciente.

- **¿Para qué sirve la Ronda Clínica?**

La Ronda Clínica sirve para obtener información directa, completa y armonizada del estado y la evolución del paciente durante todo el tiempo que permanece hospitalizado. Este procedimiento le permite al médico la toma de decisiones con respecto al estado del paciente apoyado en el trabajo colaborativo.

- **Rol del profesor en la Ronda Clínica:**

- Recibe del residente la información sobre los pacientes y su evolución.
- Lidera la Ronda Clínica.
- Integra al paciente a la ronda con preguntas relacionados con su estado de salud.
- Analiza el reporte de novedades de la historia clínica.
- Delega responsabilidades al residente para que interrogue al paciente, lo examine y realice los procedimientos que se requieran.

- Hace observaciones y da indicaciones
 - Motiva a los participantes a partir de preguntas relacionadas con cada paciente.
 - Identifica el nivel de formación en que se encuentra cada participante con el fin de orientar las preguntas y direccionarlas adecuadamente.
 - El docente hace preguntas, precisa procedimientos al interrogatorio, hace un análisis y síntesis del caso y propone conducta a seguir.
- **Rol del Residente en la Ronda Clínica:**
 - Presenta la historia, evolución y novedades del paciente.
 - Responde preguntas que hace el profesor.
 - Examina el paciente.
 - Propone intervenciones clínicas argumentadas.
 - Se retan a continuar avanzando en la búsqueda de fuentes planificadas de información que amplía la comprensión de los casos trabajados durante la ronda.

Tabla 34.

Eslabones Didácticos de la Ronda Clínica. Construcción Propia

ESLABONES DIDÁCTICOS DE LA RONDA CLINICA		
Antes	Durante	Después
<ul style="list-style-type: none"> • Con antelación el residente mayor del servicio se encarga de distribuir los pacientes a visitar entre los otros residentes e internos. • El residente mayor organiza la Ronda Clínica: <ul style="list-style-type: none"> - Lleva la lista de todos los pacientes a visitar. - Distribuye los pacientes a visitar entre los otros residentes e internos. - Se informa sobre las novedades que presentaron los pacientes. - Los residentes, internos y estudiantes se encargan de revisar la historia clínica que les correspondió e identifican el estado y evolución que ha tenido el paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • En grupo se visitan los pacientes. • El residente presenta la historia y hace el interrogatorio al paciente de su estado de salud y lo examina. • El profesor: <ul style="list-style-type: none"> - Hacer preguntas sobre el estado y el tratamiento del paciente. - Explica conceptos o procedimientos a los participantes - Da las indicaciones pertinentes para continuar el tratamiento del paciente. - Informa a la familia la condición del paciente y la conducta a seguir. 	<ul style="list-style-type: none"> • El profesor apoya al residente en el diligenciamiento de la historia clínica en casos más complejos. • Se hace una lista de chequeo de pendientes con sus responsables. • Se asignan tareas con sus responsables. • Se evalúa la Ronda Clínica con preguntas enfocadas hacia: <ul style="list-style-type: none"> - Se realiza una autoevaluación individual sobre el desempeño en la Ronda Clínica. - El profesor, evalúa de forma individual o grupal, el desempeño de los participantes.

3.5. Estudio de Casos Como Estrategia Didáctica

- **¿Qué es el Estudio de Casos?**

Es la profundización en el estudio de un caso clínico particular, desde la condición del enfermo y los pormenores de su enfermedad con el fin de lograr una nueva valoración diagnóstica que permita proponer la conducta a seguir con el paciente.

Este estudio incluye la descripción ordenada de los acontecimientos que ocurren al paciente durante su enfermedad, el análisis de la información proporcionada por los procedimientos diagnósticos y las pruebas clínicas, la historia del razonamiento clínico, los diagnósticos realizados, los tratamientos aplicados y la evolución del enfermo. En algunas ocasiones esta descripción incluye el perfil epidemiológico del paciente y su situación sociocultural.

- **¿Para qué sirve el Estudios de Casos?**

Sirve para profundizar en un caso de interés al analizar el estado de un paciente, evaluar su evolución, los diagnósticos diferenciales, las técnicas diagnósticas y terapéuticas aplicadas y tomar decisiones con la conducta a seguir.

El valor fundamental se da a la pregunta y al proceso de abducción que implica plantear hipótesis, confrontarlas, hacer nuevas preguntas, volver a indagar y llegar a conclusiones, buscando otras posibilidades de intervención clínica.

- **Rol de los profesores**

- Pregunta, aporta, indaga, enfatiza en lo esencial, cuestiona los hallazgos.
- Hace énfasis en los aspectos esenciales del caso.
- Invita a la discusión crítica y argumentada del caso.
- Ofrece preguntas que ayudan a profundizar en el análisis del caso y la participación del grupo, involucrándolos a todos en la actividad.
- Plantea y descarta hipótesis, confronta planteamientos y hallazgos, hace nuevas preguntas, indaga, infiere conclusiones

- Plantea otras posibilidades de intervención clínica.

- **Rol del residente:**
 - Prepara el caso y su correspondiente documentación
 - Envía información del caso a los participantes en la actividad
 - Presenta el caso y ofrece los aportes de la historia clínica más significativos para el análisis.
 - Participa activamente en el análisis del caso y, en colaboración con el profesor, plantea y descarta hipótesis, confronta planteamientos y hallazgos, hace nuevas preguntas, indaga e infiere conclusiones.
 - Consigna en la historia clínica los resultados de la reunión.

Tabla 35.

Eslabones Didácticos del Estudio de Casos. Construcción Propia

ESLABONES DIDÁCTICOS DEL ESTUDIO DE CASOS		
Antes	Durante	Después
El profesor con el residente seleccionan el caso que será objeto de análisis. Este debe ser un caso real.	El residente: <ul style="list-style-type: none"> – Presenta el caso con los soportes básicos: historia clínica, antecedentes, pruebas de laboratorio. 	En residente, con el apoyo del profesor, lidera la elaboración de conclusiones referidas a las estrategias para proceder con el paciente, dejando abierta la posibilidad de pensar en otras opciones a partir de otros estudios similares que se han realizado.
El residente prepara el caso clínico con todos sus soportes y envía, con anticipación a los invitados, la información sobre éste.	<ul style="list-style-type: none"> – Muestra las imágenes diagnósticas. – Estimula a la participación de los asistentes con preguntas. 	Se realiza un ejercicio de autoevaluación, coevaluación y heteroevaluación soportado en criterios previamente definidos y conocidos por todos.
Todos los invitados deben llegar a la sesión con la lectura de la información que le fue enviada.	<ul style="list-style-type: none"> – Refiere el tratamiento y los procedimientos que se realizaron al paciente y lo confronta con el análisis. – Inicia la discusión académica; precisa el diagnóstico, y teniendo en cuenta el análisis propone nueva conducta a seguir. El profesor: <ul style="list-style-type: none"> – Genera más preguntas – Conduce el ejercicio diagnóstico. – Reta a la audiencia a identificar qué otros procesos clínicos se requieren para el desarrollo acertado del acto médico. En esta fase se puede generar de nuevo la discusión con aportes entre estudiantes y profesores. 	

3.6. La Consulta Externa Como Estrategia Didáctica

- **¿Qué es la Consulta Externa?**

Es un espacio de contacto directo con el paciente en un escenario más personalizado, en el que se escuchan los problemas de salud del paciente y con base en la historia clínica, el bagaje de conocimientos y la experiencia del profesor- médico, se toman decisiones para profundizar en

el caso del paciente si lo requiere y recomendar el tratamiento pertinente para la solución del problema.

- **¿Para qué sirve la consulta externa?**

La Consulta Externa sirve para atender de manera integral a los pacientes y a su familia, en forma personalizada, humana y oportuna. Requiere un espacio de comunicación que permita escuchar al paciente desde su condición de vulnerabilidad.

- **Rol del profesor en la consulta externa**

- Solicita al paciente la autorización para que los estudiantes puedan estar presentes durante la consulta.
- Pregunta, indaga, aporta, enfatiza en lo esencial.
- Ejemplifica el trato en la relación médico- paciente.
- Problematisa, desde lo particular y lo general, para retar al residente a extraer principios.
- Define la conducta a seguir con el paciente.

- **Rol del residente en la consulta externa:**

- Participa activamente.
- Toma la iniciativa cuando tiene aportes adicionales a los dados por el profesor - médico tratante-

- Interroga con base en los indicios e interpretación de la historia clínica.
- Examina al paciente cuando se le delega la función siempre con la supervisión del profesor.
- Participa con el profesor de forma colaborativa en el análisis, el diagnóstico, la valoración y la toma de decisiones.

Tabla 36.

Eslabones Didácticos De La Consulta Externa Como Estrategia Didáctica. Construcción Propia

ESLABONES DIDÁCTICOS DE LA CONSULTA EXTERNA COMO ESTRATEGIA DIDÁCTICA		
Antes	Durante	Después
<ul style="list-style-type: none"> • El residente de la especialidad antes de entrar a la consulta: - Revisa la historia clínica y hace preguntas al médico tratante acerca del paciente. - Aclara las dudas o precisiones sobre el caso. - Tiene a la mano toda la información que requiere para el interrogatorio. • El profesor antes de la consulta: - Revisa sobre los pacientes a atender. - Aclara al residente las dudas que éste le presenta - Verifica que tiene a la mano toda la información y recursos para realizar la consulta externa 	<ul style="list-style-type: none"> • El profesor -médico tratante-: - Recibe al paciente y lo saluda. - Presenta al residente y le solicita autorización al paciente para que esté presente durante la consulta. - Inicia el interrogatorio al paciente. - Supervisa el examen físico - Analiza el problema y determina la conducta a seguir en colaboración con el residente. - Explican al paciente lo que se va a prescribir. • El residente: - Participa en el interrogatorio del paciente - Valora al paciente bajo la supervisión del profesor. - El residente colabora en el diligenciamiento de la historia clínica, con base en la nueva información y proceso y se la entrega al profesor para su correspondiente revisión y firma. 	<p>El profesor y el residente, sin el paciente, analizan los pormenores del caso desde un acercamiento más académico y evalúan el desempeño de los participantes.</p>

3.7. La Simulación Como Estrategia Didáctica

- **¿Qué es la Simulación como estrategia didáctica?**

Es una estrategia didáctica que, mediante un entrenamiento simulado muy similar al mundo real, le permite al residente recrear situaciones, experimentar procesos, técnicas y procedimientos, desarrollar habilidades, practicar destrezas y ganar experiencia en la identificación de problemas y la toma de decisiones frente a situaciones que se le pueden presentar a futuro con pacientes reales.

- **¿Para qué sirve la Simulación como estrategia didáctica?**

La simulación sirve para enriquecer el aprendizaje del estudiante, da mayor seguridad en la prestación del servicio al paciente porque el residente ha adquirido habilidades y destrezas prevenir los errores críticos al abordar la práctica médica. El entrenamiento basado en la simulación se constituye en la estrategia ideal para afrontar algunos de los nuevos retos de la educación médica contemporánea.

La simulación como estrategia didáctica permite a los residentes integrar los conocimientos teóricos con la práctica médica, desarrollar habilidades y destrezas clínicas y quirúrgicas de forma más rápida que mediante otros métodos, de manera tal que al abordar los procedimientos con los pacientes, lo hagan con mayor seguridad y menor riesgo. Estimula el razonamiento clínico, desarrolla la capacidad de tomar decisiones, hace posible la retroalimentación inmediata de profesores y compañeros, y permite crear un ambiente educativo estandarizado, reproducible y objetivo.

Toda Simulación debe llevar consigo procesos de autoevaluación que lleven al residente a tomar conciencia de sus actuaciones, de sus aciertos, de sus fallas y de sus oportunidades de mejora.

- **¿Cómo se organiza el ambiente educativo?**

Dependiendo de los procedimientos o habilidades por aprender, de su complejidad y de la incorporación de tecnologías de la información y comunicación en las prácticas de simulación se van a requerir los espacios físicos. Estos pueden ir desde mini-laboratorios donde se enseñan algunas habilidades e incluso espacios de mayor o menor tamaño que simulen lugares y prácticas clínicas, hasta salas de simulación altamente tecnificadas y dotadas de equipos computarizados o robotizados. Sea cual sea el caso, los espacios deben ser adecuados al número de residentes, disponer de zonas apropiadas para las diferentes actividades que se han de llevar a cabo, tener control de luz y de ventilación, aislamiento sonoro, sistemas audiovisuales, acceso a las tecnologías de la información y de la comunicación.

Recursos Tecnológicos:

- Equipos para la simulación médica: maniqués que simulan alguna parte del organismo humano, maniqués humano completos e interactivos que permiten reproducir la semiología básica cardiorrespiratoria, así como la función cardiovascular y pulmonar completas. Estos últimos maniqués, reproducen mediante un software, cuadros clínicos diversos, que el equipo médico y enfermero deberán de identificar y tratar.
- Equipos para la simulación en cirugía: equipos de simulación quirúrgica de realidad virtual, zonas de entrenamiento en microcirugía, cirugía de mínima invasión y cirugía endoscópica y endovascular.

- Programas informáticos que escenifican situaciones críticas y emergentes para la actuación de los diversos profesionales que intervienen.
 - Computador con las historias clínicas.
 - Campus Virtual que gestiona los cursos y las prácticas de simulación, da apoyo de eLearning, y ofrece comunicación y colaboración sincrónica y asincrónica
-
- **Rol del profesor en la Simulación.**
 - Planea la simulación de acuerdo con las competencias a desarrollar y elabora una guía didáctica.
 - Enfatiza en el cumplimiento de la guía didáctica.
 - Crea un clima positivo
 - Escucha inquietudes de los participantes
 - Acompaña a los participantes durante la simulación estimulando su autoconfianza y seguridad en el momento de actuar y tomar decisiones
 - Genera preguntas, inquietudes, suscita reflexiones, propicia la transferencia de conocimientos teóricos, la inferencias, las generalizaciones.
 - Promueve la competencia de aprender a aprender.
 - Aplica la evaluación y retroalimenta a los residentes

- **Rol del residente en la Simulación.**
 - Realiza la consulta bibliográfica sugerida.
 - Lee los documentos que acompañan la actividad de la simulación.
 - Planifica, analiza y reflexiona en las actuaciones clínicas.
 - Acuerda con el profesor las condiciones de la simulación.
 - Realiza la simulación de forma consciente, razonada, reflexiva y analítica
 - Se autoevalúa

Tabla 37.

Eslabones Didácticos de la Simulación Como Estrategia Didáctica. Construcción Propia

ESLABONES DIDÁCTICOS DE LA SIMULACIÓN COMO ESTRATEGIA DIDÁCTICA		
Antes	Durante	Después
<ul style="list-style-type: none"> • El profesor: <ul style="list-style-type: none"> – Planea la Simulación – Elabora un guía didáctica para los estudiantes que contenga: competencias a desarrollar, objetivos de aprendizaje, saberes a aplicar, actividades a desarrollar, recursos, bibliografía, tiempo, criterios de evaluación • El residente: <ul style="list-style-type: none"> – Lee la guía que le entrega el profesor, revisa la bibliografía y estudia los documentos anexos a ésta. 	<ul style="list-style-type: none"> • El profesor distribuye las tareas a realizar dentro del espacio de simulación. <ul style="list-style-type: none"> – Escucha inquietudes de los participantes – Acompaña a los residentes durante la simulación estimulando su autoconfianza y seguridad en el momento de actuar y tomar decisiones – Genera preguntas, inquietudes, suscita reflexiones, propicia la transferencia de conocimientos teóricos, la inferencias, las generalizaciones. • El residente: <ul style="list-style-type: none"> – Inicia su entrenamiento siguiendo las orientaciones del profesor – Pregunta – Solicita colaboración y ayuda – Actúan tal como lo harían en el mundo real aunque estén en un ambiente simulado. 	<p>Profesor y residente reflexionan y analizan la experiencia de la actividad.</p>

3.8. La telemática como estrategia didáctica

- **¿Qué es la telemática como estrategia didáctica?**

La telemática se considera como la integración entre las tecnologías de la información y las telecomunicaciones, para ofrecer soluciones en la atención en salud a pacientes que se encuentren distantes y que no pueden asistir por razones de enfermedad, costos o tiempo y para la investigación en problemas de salud.

- **¿Para qué sirve la telemática como estrategia didáctica?**

A través de la telemática los residentes pueden desarrollar de forma remota, muchas de las competencias de sus especialidades apoyados por su profesor y con la presencia del paciente. Además, se pueden llevar a cabo reuniones médicas para obtener segundas opiniones - teleconferencia- y almacenamiento digital de datos o fichas médicas, entre muchas otras.

La telemática como estrategia didáctica sirve para apoyar los procesos de enseñanza, de aprendizaje y de evaluación en la formación de los residentes, ofrecer acompañamiento y asesoría a cualquier hora y desde cualquier lugar, evaluar y retroalimentar de forma sincrónica y asincrónica, crear comunidades de aprendizaje, aprender de forma colaborativa, acceder a expertos, fuentes de información, investigaciones en cualquier lugar del mundo, videoconferencias, entrenamiento basado en simuladores, foros, chat y cursos virtuales.

- **Rol del profesor en la telemática como estrategia didáctica**

- Asume el papel del tutor, asesor, acompañante del proceso de aprender del estudiante

- Crea un clima positivo

- Escucha inquietudes de los participantes

- Genera preguntas, inquietudes, suscita reflexiones, propicia la transferencia de conocimientos teóricos, la inferencias, las generalizaciones.

- Analiza el problema y propone soluciones del mismo.

- **Rol del residente:**
 - Se prepara académicamente acerca del tema central.

 - Complementa las preguntas del profesor en la historia clínica y en el examen del paciente.

 - Participa en el análisis del caso clínico.

 - Participa en la propuesta de solución al problema del paciente.

Tabla 38.

Eslabones Didácticos de la Telemática Como Estrategia Didáctica. Construcción Propia

Eslabones Didácticos De La Telemática Como Estrategia Didáctica		
Antes	Durante	Después
<p>El profesor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planea las actividades de telemática <p>• El residente: se prepara académicamente acerca del tema central.</p>	<p>El profesor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asiste a la sesión de telemática y escucha el problema que se le va a plantear en el caso de la consulta. - Hace las preguntas necesarias para complementar la historia clínica. - El interlocutor le refiere los hallazgos clínicos y radiológicos del paciente - Analiza el problema y propone soluciones del mismo. <p>El residente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pregunta lo que no comprende y plantea las dudas que se le presentan - Participa en las actividades interactivas y colaborativas 	<p>Profesor y residente reflexionan y analizan la experiencia de la actividad.</p> <p>Proponen estrategias de mejoramiento para las próximas sesiones.</p>

6.4. BIBLIOGRAFÍA

- Agobian, G. (2007). Concepción del modelo integral en la formación del Especialista en Interna de la UCLA. *Revista de filosofía y Socio-Política de la educación*, 27 - 38.
- Aguirre, R. B. (2009). Aptitud Clínica en Psiquiatría de los Residentes de Medicina Física y Rehabilitación. *Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 405 - 412.
- Allport, G. &. (1973). La personalidad su Configuración y desarrollo. *New York Herder*.
- Alpízar Caballero, L., & Añorga Morales, J. (2006). Caracterización del modo de actuación del tutor de Especialidades Médica del Instituto Superior de Medicina Militar. *Educación Médica Superior* , 20.
- Álvarez de Zayas, C. (2002). *Lecciones de Didáctica General*. Bogotá - Colombia: Editorial Magisterio.
- Álvarez de Zayas, C. (02 de Febrero de 2012). *Historia o Didáctica General*. Obtenido de www.saber.ula.ve/bistream/123456789/23905/1/boll_ritaalvarez:
http://www.saber.ula.ve/bistream/123456789/23905/1/boll_ritaalvarez
- Ardila, R. P. (2005). Psicología del Aprendizaje. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 597-615.
- Ausubel, D. N. (1976). *Psicología Educativa: Un Punto de Vista Cognoscitivo*. Mexico: Trillas.
- Bandura, A. &. (1974). *Aprendizaje Social y Desarrollo de la Personalidad*. Madrid: Alianza.
- Barnett, R. (2001). Los Límites de la Competencia. Barcelona: Gedisa Editorial S.A.
- Batista Silva, A. H. (2010). Condiciones Motivacionales Internas y Rendimiento Académico de Residentes Venezolanos en Medicina General Integral. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 26.
- Beltrán, J. (1993). *Procesos, Estrategias y Técnicas de Aprendizaje*. Madrid: Síntesis S.A.
- Berelson, B., & Janowitz, M. (1966). Reader in Public Opinion And Communication. En B. Berelson, & M. Janowitz, *Content Analisis in Communication Research* (pág. 263).
- Bisquerra, R. (1989). *Métodos de Investigación Educativa. Guía Práctica*. Sabadell: CEAC.
- Bisquerra, R. (2000). *Métodos de Investiación Educativa*. Barcelona: Educación Manuales.

- Bonilla Castro, E., & Rodríguez Sehk, P. (2005). *Más Allá del Dilema de los Métodos: La Investigación en Ciencias Sociales*. Bogotá: Norma.
- Borrell Bentz, R. (2005). *La Educación Médica de Posgrado en Argentina: El Desafío de una Nueva Práctica Educativa*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- Borrell Bentz, R. (2006). *Pensando la Construcción del Currículo de las Residencias Médicas*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Botti, s. &. (2011). Docente - Clínico: o Complexo Papel do Preceptor na Residência Médica; Clinical Teacher:the complex role of the preceptor in medical residency. *Physis*, 65 - 85.
- Brennan, J. (1999). *Historia y Sistemas de la Psicología*. México: Pearson Educacion.
- Buendía Eisman, L. (1997). *La Investigación por Encuesta. Método de Investigación en Psicopedagogía*. Madrid: McGraw-Hill.
- Bung, M. (1969). *La Investigación Científica*. Barcelona: Ariel.
- Buzzi, A. (2002). *Pasado Presente y Futuro de las Residencias Médicas*. Recuperado el 12 de diciembre de 2011, de Conferencia Pronunciada en el Hospital Naval Tedro Mallo: http://www.amamed.org.ar/publicaciones_revista3.asp?id=22
- Camilloni, A. (1999). *Didáctica General Y Didácticas Específicas*. Recuperado el 3 de Febrero de 2012, de www.estudedu.com.ar
- Campo V, R. &. (1993). *Un Modelo de Seminario para Estudios de Posgrado*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Campo, R. (1993). *Un Modelo de Seminario para Estudios de Posgrado*. Bogotá: Pontificie Universidad Javeriana.
- Campos Sánchez, A., López Núñez, J., Carriel, V., Martín Piedra, M., Sola, T., & Alaminos, M. (10 de Marzo de 2014). *Perfiles componente motivacional en estudiantes universitarios de aprendizaje histología: un estudio comparativo entre géneros y diferentes programas de ciencias de la salud*. Recuperado el 9 de Mayo de 2014, de Revista Bio med Central - BMC - Medical Education: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/14/46>
- Campos Sánchez, A., López Núñez, J., Carriel, V., Martín Piedra, M., Sola, T., & Alaminos, M. (10 de Marzo de 2014). *Revista Bio med Central - BMC - Medical Education*. Recuperado el 8 de Mayo de 2014, de <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/14/46>
- Campos Sánchez, A., López Núñez, J. A., Scionti, G., Garzón, I., González, M., Alaminos, M., & otros. (2013). *Developing an Audiovisual Notebook as a Self-learning Tool in Histology: Perceptions of Teachers and Students*. (s.p), Granada.

TESIS DOCTORAL

LEONOR GALINDO CÁRDENAS

- Cardona Villa, R. (7 de mayo 2004 año en el que se escribió: se presentó 12 de Septiembre de 2008). Fichas de Análisis Especialidades Médicas. En R. Cardona Villa, *Formato del informe de autoevaluación de programas de posgrado para solicitar apertura de una nueva cohorte - versión 3* (s.p). Medellín.
- Carretero González, J. (2010). Técnicas y Recursos Educativos en la Enseñanza de la Medicina. *Educación Médica* (pág. 13). Madrid: Viguera Editores.
- Carretero González, J. (2010). Técnicas y Recursos Educativos en la Enseñanza de la Medicina. *Educ Med 2010* (pág. 10). Medellín: Viguera Editores.
- Carretero, M. (2000). *Introducción a las Terapias de la psicología Cognitiva*. Buenos Aires: Aique.
- (1999). Cartilla la Visión Curricular. Los Propósitos de Formación. La Propuesta Pedagógica. Aspectos Conceptuales.
- Casalino, E. (2000). *Contribución Especial. de la Enseñanza la Cabecera del Paciente al Aprendizaje al Lado del Paciente*. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rspm/v20n1/a08v20n1.pdf>
- Cediel, B. J. (2007). Procesos de Evaluación Médica en el Área Clínica. *Revista Ciencias de la Salud*, 37 - 46.
- Cerezo, H. H. (julio de 2006). *Corrientes pedagógicas contemporáneas*. Recuperado el 12 de diciembre de 2011, de Revista Electrónica de Pedagogía: <http://www.odiseo.com.mx/2006/07/print/cerezo-corrientes.pdf>
- Chevallard, Y. (1991). *La Transposition Didactique, du Savoir Savant ense*. Argentina: Editorial la pensée Sauvage, Editions.
- Colas Bravo, P., & Hernández Pina, F. (1998). *Métodos de Investigación en Psicopedagogía*. Madrid: McGraw-Hill .
- Coll, C. &. (1990). *La Representación Mutua Profesor/alumno y sus Repercusiones sobre la Enseñanza y el Aprendizaje*. Madrid: Alianza Psicología.
- Coll, C. (1996). Ni Hablamos siempre de lo mismo ni hacemos siempre desde la misma perspectiva epistemológica. En C. Coll, *Anuario de Psicología*, 153 - 158. Madrid: Alianza Psicología.
- Comité de Currículo. (1998). El proceso de sistematización para la renovación del currículo en la Facultad de Medicina. En C. d. Currículo, *Cartilla de Fundamentación*,(s.p). Medellín: Impreta Universidad de Antioquia.

- Comité de Currículo. (1999). El proceso de Sistematización Curricular. Las Estructuras Curriculares. En C. d. Currículo, *Cartilla de Fundamentación* (pág. s.p). Medellín: Imprenta Universidad de Antioquia.
- Comité de Currículo. (Mayo de 1998). El proceso de sistematización para la renovación del currículo en la Facultad de Medicina. En C. d. currículo, *Cartilla de Fundamentación* (s.p). Medellín: Imprenta Universidad de Antioquia.
- Comité de Currículo. (Primera Versión 1998, segunda Versión 2000). Hacia un nuevo marco teórico para la renovación curricular . En C. d. Currículo, *Cartilla de Fundamentación* (s.p). Medellín: Imprenta Universidad de Antioquia.
- Comité de currículo, Olaya Estefan, E., Garcés Samudio, F., Muñoz Marín, V., Lugo Agudelo, L., Gómez Ramírez, J., . . . Palacio Acosta , C. (1999). Conferencias del Seminario Taller sobre Planificación Estratégica para el Rediseño Curricular. En C. d. Currículo, *La Visión Curricular los Propósitos de Formación la Propuesta Pedagógica*, 20. Medellín: Imprenta de la Universidad de Antioquia.
- Compas, B. (2003). *Introducción a la Psicología Clínica*. México: McGraw-Hill.
- Consejo Nacional de Archivos (CIA). (2009). *Concepto de Documento de Archivo*. Obtenido de Pág 6: <http://biblioguate.files.wordpress.com/2009/10/tipos-de-documentos-de-archivo-y-agrupaciones-documentales.pdf>
- Consejo Superior. (1980). *Capitulo VII, Artículo 79*. Medellín: Imprenta Universidad de Antioquia.
- Cronbach, L. &. (1973). *Transferencia del Aprendizaje*. Madrid: Morata.
- Cumplido, G., & Campos, M. &. (2006 (Julio- Agosto)). Enfoques de Aprendizaje que Utilizan Médicos Residentes en el Desarrollo de una Especialidad Médica. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social Volumen 44*, 321 - 328.
- Currículo, C. d. (1998). *Hacia un marco teórico para la renovación curricular*. Medellín: Imprenta de la Universidad de Antioquia.
- Currículo, C. d. (1998). *La Visión Curricular los propósitos de formación la propuesta pedagógicas. Aspectos Conceptuales*. Medellín: Imprenta Universidad de Antioquia.
- Delors , J., & otros. (1996). *La Educación Encierra un Tesoro*. Madrid: Santillana Ediciones.
- De Vega, M. (1989). *Introducción Psicología Cognitiva*. Madrid: Alianza.
- Denzin Norman, K. (1989). *La Ley de Investigación: una Introducción Teóricas a Métodos Sociológicos 3 edición*. Prentice Hall.

- Deobold, B., Van Dalen & Meyer, W. J. (1994). *Síntesis de "Estrategias de la Investigación descriptiva" Manual de Técnica de la Investigación Educativa*. Buenos Aires: Paidós.
- Díaz Barriga, F., & Hernández Rojas, G. (1998). La Aproximación Constructivista del Aprendizaje y la enseñanza. En F. Díaz Barriga, & G. Hernández Rojas, *Estrategias Docentes para un Aprendizaje Significativo. Una Interpretación Constructivista 2 Edición*, 2. México: McGraw Hill.
- Díaz, B., & Hernández, G. (1998). *Estrategias Docentes para un Aprendizaje Significativo. Una Implementación Constructivista*. México: McGraw Hill.
- Díaz, B., & Hernández, G. (2003). Conferencia Presentada en el Tercer Congreso Internacional de Educación Cognición Situada y Estrategias para el Aprendizaje. *Evolución, Transformación y Desarrollo de la Educación en la Sociedad*. México: Facultad de Psicología Universidad Autónoma de México D.F.
- Díaz, B., & Frida, & A. (1997). *Didáctica y Currículum: Convergencia en los Programas de Estudio*. México: Paidós.
- Díaz, F. (2003). *Revista Electrónica de Investigación Educativa Volumen 5*. Recuperado el 11 de Noviembre de 2012, de Cognición situada y estrategia para el aprendizaje significativo: <http://redie.uabc.mx/vol5no2/imprimir-contenido-arceo.html>
- Díaz, F., Rojas, G., & & González, E. (2002). *Estrategias Docentes para un Aprendizaje Significativo: una Interpretación Constructiva*. México: McGraw Hill.
- Durante Montiel, I. (Agosto de 2006). *Seminario el Ejercicio Actual de la Medicina*. (F. d. UNAM, Ed.) Recuperado el 10 de Marzo de 2014, de la Comunicación e Interacción en el Ejercicio Médico: <http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/>
- Durante Montiel, I. (s.f.). *La Comunicación e Interacción en el Ejercicio Médico*. Obtenido de <http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1>
- Ebsco, B., Eric, B., & Pubmed, B. (2012). Tendencias Encontradas en la Ampliación de la búsqueda .
- Eisner, E. (1979). The use of qualitative forms of evaluation for improving educational practice. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 11-19.
- Ellaway, R., Master K, & Ameer, g. (2008). *Learning in medical education Parte 1*. 30.
- Facultad de Medicina, U. (1998). *Currículo Académico*. Medellín: Imprenta de la Universidad de Antioquia.

- Faustina, M., & Chávez López, A, (2006). Enfoque de Aprendizaje que Utilizan Médicos Residentes en el Desarrollo de una Especialidad Médica. *Revista Medica Institucional México Seguro Social*, 321 - 328.
- Fernández Sacasas J.A. (1999). Realidades y Perspectiva a las Puertas del Nuevo Milenio. En Fernández Sacasas J.A, *Educación Médica Superior*. La Habana: ENSAP.
- Fernández, C. (2006). Las competencias en el marco de la convergencia Europea: un nuevo diseño de programs educativos. *Encounterson Education* 7, 131 - 153.
- Fernández, C., & Salinero, M. (2006). Las competencias en el marco de la convergencia Europea: Un nuevo concepto para el diseño de programas educativos. *Encounterson Education Vol 7*, 131-151.
- Fernandez, L. (2008). *Historia de la Psicología desde la Antigüedad hasta nuestros días.* . Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Ferrater, J. (1965). *Diccionario de Filosofía*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Feuerstein, R. (1977). *Mediated Learning Experience: a theoretical basis for cognitive human modifiability durin adolescence*. Baltimore: University Park Press.
- Feuerstein, R. (1978). *The Ontogeny of learning*. En M. Brazier *Brain mechanisms in memory and learning*. New York: Raven Press.
- Feuerstein, R. (1986). *Mediated Learning Experience, Jerusalén: Hadaza Wizo*. Canadá: Researcha Insitute.
- Flavell, J. (1970). *Pedagogía del Oprimido*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Flavell, J. (1996). *El Desarrollo Cognitivo*. Madrid: Visor.
- Flores, I., Medrano, E., & Adame, H. (Enero - Marzo de 2008). *Revista Mexicana de Medicina*. Recuperado el 1 de Diciembre de 2011, de Evaluación del desempeño Clínico en el Proceso formativo de médicos en rahabilitación: <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2008/mf081b.pdf>
- Flórez, R. (1999). *Evaluación Pedagógica y Cognición*. Bogotá: McGraw Hill Interamericana.
- Freire, P. (1970). *LA Educación Liberadora-Pedagogía del Oprimido*. Buenos Aires: Siglo XXI Argentina Editores.
- Gadamer, H. (1984). *Verdad y Método*. salamanca: Sígueme.
- Gagné, R. M. (1971). *Las Condiciones del Aprendizaje*. Madrid: Editorial Aguilar.

- Gagné, R. M. (1975). *Principios Básicos del Aprendizaje e Instrucción*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Gagné, R. M. (1993). *Diseño de la Enseñanza para un Aprendizaje Eficaz*. México: McGraw Hill Interamericana.
- Galeano, M. (2004). *Estrategias de Investigación Social Cualitativa: El Giro en la mirada*. Medellín: La Carreta Editores.
- Galindo Cárdenas, L., & Arango Rave, M. E. (2009). Estrategias Didácticas: La mediación en el aprendizaje colaborativo en la educación médica. *Iatreia*, 284 - 291.
- Galindo Cárdenas, L., & Arango Restrepo, M. (2013). Consolidado de capacidades de pensamiento a desarrollar en el plan de estudios como producto del proceso de armonización de competencias en el Pregrado de Medicina. Gráfica 3.40. *De cómo la Formación por competencias desarrolla pensamientos crítico en la educación médica*. Medellín, Colombia: Imprenta de la Universidad de Antioquia.
- Galindo Cárdenas, L., Arango Rave, M. E., Díaz Hernández, D. P., Villegas Múnera, E. M., Aguirre Muñoz, C. A., Kambourova, M., & Jaramillo Marín, P. A. (2011). ¿Cómo el aprendizaje basado en problemas (ABP) transforma los sentidos educativos del programa de Medicina de la Universidad de Antioquia? *Iatreia*, 325 - 334.
- Galindo Londoño, A. (1999). La Visión Curricular. Los Propósitos de Formación. La Propuesta Pedagógica currículo. . En G. L. Aurora, *Cartilla de Fundamentación* (pág. s.p). Medellín: Imprenta Universidad de Antioquia.
- García R, L. E. (1989). *El Desarrollo de los Conceptos Psicológicos*. Bogotá: Limusa.
- García San Pedro, M. (2010). *Diseño y Validación de un Modelo de Evaluación por Competencias*. Tesis Doctoral Universidad Autónoma de Barcelona, 130: Bellaterra.
- García, C. (1984). *Tratados Hipocráticos*. España: Editorial Gredos.
- García, I. F., Flores, E., Treviño, J., Y.A.C, G., & Quintanilla, D. (2008). Evaluación del Desempeño Clínico en el Proceso Formativo de Médicos en rehabilitación. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación No. 20*, 6 -16.
- García, M. (2010). Diseño y Validación de un Modelo de Evaluación por Competencias en la Universidad. *Diseño y Validación de un Modelo de Evaluación*, 38. Madrid: Bellaterra.
- Gatica Lara, F., & Rasales Vega, A. (Marzo - Abril de 2012). Learning en la Educación Médica. *Revista de la facultad de Medicina de la UNAM Vol 5 No. 2*, 55.

- González A, E. M. (2002). *El Proyecto de Aula o Acerca de la Formación en Investigación*. Medellín: Imprenta de la Universidad de Antioquia.
- González Agudelo, E. (2008). Capítulo 1 Historia del Concepto de competencia. *Acerca de un sistema de Evaluación por competencia en la formación por ciclos* (pág. 12). Medellín-Colombia: Imprenta Universidad de Antioquia.
- González Agudelo, E. M. (2008). *Acerca de un Sistema de Evaluación por competencias en la formación por ciclos propedéuticos*. Medellín: Imprenta Universidad de Antioquia.
- González de Dios, J., Polanco Allué, I., & Díaz Vázquez, C. (2009). De las facultades de medicina a la residencia de Pediatría, pasando por el examen de médico interno residente. *Anales de Pediatría*, 467 - 476.
- González Rodríguez, A. (2008). La modernización de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Medellín: Imprenta Universidad de Antioquia.
- González, F., Ibañez, F., Casali, J., López, J., & Novak, J. (2000). *Una aortación a la mejora de la calidad de la docencia universitaria: los mapas conceptuales*. Pamplona: Servicios de Publicación de la Universidad de Navarra.
- Graue W, E. (02 de Octubre de 2006). *Seminario, El Ejercicio Actual de la Medicina*. Obtenido de La Enseñanza de la Cirugía : http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2006/oct_02_ponencia.html
- Graue W., E. (01 de Enero de 2007). *El Residente como Educador Médico*. Recuperado el 10 de Marzo de 2014, de http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/ene_01_ponencia.html
- Griffith CH, W. J. (1998). *Do Studens who work with better house staff in ther ir medicine clerkships learn more? 73*.
- Griffith, C., Haist, S., & Ramsbottom. (1998). *Universidad de Kentucy*.
- Habermás, J. (2011). *Teoría de la Acción comunicativa complementos y estudios previos*. México: Catedra.
- Hernández, R., fernández, C., & Baptista, P. (1998). *Metodología de la Investigación 3*. México: McGraw-Hill.
- Hessen, J., & Gaos, J. (1970). *Teoría del Conocimiento*. España: Calpe.
- Hoyos Vásquez, G. (2011). *Participación del Estado de la Comunidad Académica y de la Sociedad en el Mejoramiento de la Calidad de la Educación Superior*. Recuperado el 12 de Marzo de 2014, de http://www.cna.gov.co/1741/articles-186502_doc_academico4.pdf

Huerta, M. (2007). Corrientes Pedagógicas Contemporáneas. *Revista Electrónica de Pedagogía Vol 4, 7.*

Hurvitz, M. (2011). LA docencia y los docentes en la formación de postgrado de las Ciencias Médicas. *Revista Asociación Coloproct del sur vol 6 No. 2, 21.*

J.A, F. (1996). Perfiles Educativos. En F. J.A, *Las Carreras de Medicina en México* (págs. 1-10). México.

Kershenobich, D. (Junio de 2006). *El Ejercicio Actual de la Medicina. En Médico Residente como Alumno y como Profesor.* Recuperado el 26 de Marzo de 2014, de http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2006/jun01_ponencia.html

Klafki, W. (1987). La importancia de las teorías Clásicas de la Educación para una Concepción de la educación general de hoy. *Revista Educación Vol. 36, 105 - 127.*

Klafki, W. (1990). La importancia de las teorías clásicas de la educación para una concepción de la educación general hoy. *Revista de Educación Vol 291, 105 - 127.*

Labarca, C. (2011). *Los métodos de Investigación aplicados a las ciencias de la conducta. modulo Catedra: Método de Investigación.* Medellín: Imprenta Universidad de Antioquia.

Leahey, H. (1998). *Historia de la Psicología*. Madrid: Pearson Prentice Hall.

Litwin, E. (2008). *El oficio de enseñar.* Argentina: Editorial Paidós SAICF.

Litwin, E. (2008). *El Oficio de Enseñar.* (SAICF, Ed.) Argentina: Editorial Paidós.

López de Maturana, L. (2004). *construcción Sociocultural de la profesionalida decente: estudio de casos de profesores comprometidos con unproyecto educativo.* Valencia.

López, N. (2007). *aportaciones didáctico-organizatuivas de las universidades populares en españa. un estudio de caso: la UP de Loja.* Granada: Tesis Doctoral.

Loría Castellanos, J., & Márquez Avila, S. (Mayo - Agosto de 2010). *Archivo de Medicina de Urgencia de México.* Recuperado el 15 de Febrero de 2012, De Actitudes Docentes de Médicos de Urgencias de un Hospital de 2do Nivel: <http://www.medigraphic.com/pdfs/urgencias/aur-2010/aur102b.pdf>

Loría Castellanos, J., Rivera Ibarra, D., Gallardo Candelas, S., Márquez Ávila, G., & Chavarría Islas, R. (01 de Marzo de 2007). *Educación Médica Superior.* Recuperado el 21 de Abril de 2013, de Estilo de aprendizaje de los médicos residentes de un hospital de segundo nivel: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol21_3_o7/ems010307.html

- Lourdes, B., Alpízar, C., & Añorga, J. (06 de Marzo de 2006). *Educación Médica Superior Vol 20*. Recuperado el 03 de Abril de 2012, de Caracterización del modo de actuación del tutor de especialidades médicas del Instituto superior de Medicina Militar, 6: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol20_1_06/ems01106.pdf
- Magendzo, A. (2003). *Transversalidad y Currículo*. Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio.
- Márquez, M. (2004). Reflexiones sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje de la medicina desde las teorías socio históricas. *Revista de la Facultad de Medicina Vol 5 No 1*, 03 - 07.
- Martínez Sánchez, A. (2009). Competencias Específicas. En *Educación Infantil Tesis Doctoral*, 141-145.
- Martínez Sánchez, A. (2009). Competencias Específicas en Educación Infantil.
- Martínez, B., Brunet, G., & Fárres, V. (2004). *Metodología de la Mediación en el PEI. Programa de Enriquecimiento Instrumental*. Madrid: Colección Nueva Escuela.
- Médica, E. (2004). *Educación Médica de Postgrado Estándares Globales de la WFME para la mejora de la Calidad*. Medellín: Imprenta de la Universidad de Antioquia.
- Médica, E. (2007). *II Congreso de la Sociedad Educación Médica*. Recuperado el 5 de Febrero de 2012, de Perspectivas para el Cambio en la Formación y la Práctica Médica: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S157518132007000100002&script=sci_arttext
- Medicina, C. d. (2000). Proceso de Sistematización Curricular. El Proceso Salud enfermedad y la Educación Médica. En C. d. UdeA, *Cartilla de Fundamentación* (pág. s.p). Medellín: Imprenta de la Universidad de Antioquia.
- Medicina, C. d. (2009). Informe del Proceso de Autoevaluación para la Acreditación Internacional (RIACES) del programa de Pregrado de Medicina. En C. d. Medicina, *Informe del Proceso de Autoevaluación para la Acreditación Internacional (RIACES) del programa de Pregrado de Medicina*, s.p. Medellín: Imprenta Universidad de Antioquia.
- Mejía, M. (2001). El Educador líder de América: Tecnología y Comunicaciones en Educación. Entre el Instruccionismo, la modelización y el pedagógico de los usos de la tecnología en la educación. *El marco de la maestría de educación Universidad Javeriana*, 12. Bucaramanga.
- Mejía, R., Alemán, M., Maliandi, M., & Lasala, F. (2005). Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes. En R. Mejía, M. Alemán, M. Maliandi, & F. Lasala, *Medicina Vol 65 No. 4*, 366-368.
- Merieu, P. (1992). *Aprender sí, pero ¿cómo?* Barcelona: Octaedro.

TESIS DOCTORAL**LEONOR GALINDO CÁRDENAS**

Ministerio de Salud: República de Colombia. (Mayo 2002). *Recomendaciones para la educación en pregrado, posgrado, educación continuada y educación no formal*. Bogotá: Documento de trabajo.

Ministerio de Educación Nacional. (1994). Ley General de Educación en Colombia Numeral 115. Bogotá -Colombia.

Ministerio de Educación Nacional, R. (2008). *Altablero No. 24*. Obtenido de <http://www.mineducacion.gov.co/1621/article-162342.html>

Ministerio de Educación Nacional: , R. (1994). *Ley General de Educación*. Obtenido de http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85906_archivo_pdf.pdf

Ministerio de Educación Nacional:, R. (26 de Junio de 2003). *Decreto 1781*. Obtenido de http://www.presidencia.gov.co/prensa_nex/decretoslinea/2003/junio/26/dec17812606031.pdf

Montano Luna, J., Gómez Padrón, E., Rodríguez Milera, J., Lima Sarmiento, L., Acosta Gómez, Y., & Valdés Parrado, Z. (2011). El Tutor en el proceso de formación del especialista de medicina general integral. En J. Montano Luna, E. Gómez Padrón, J. Rodríguez Milera, L. Lima Sarmiento, Y. Acosta Gómez, & Z. Valdés Parrado, *Educación Médica Superior vol 25 No. 2*, 1 - 16.

Montano, J., Gómez, E., & Rodríguez , J. (30 de Septiembre de 2001). *El tutor en el proceso de formación del especialista de medicina integral*. Recuperado el 20 de Febrero de 2011, de Revista Educación Médica Superior Vol 25 No. 2, 1 - 16: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v25n2/ems01211.pdf>

Morán, J. (2007). *La Observación en Contribución a la Economía*. Recuperado el 4 de Marzo de 2012, de <http://www.eumed.net/ce/2007b/jlm.htm>

Moreno Ortiz, A., & Sola Martínez, T. (2005). La acción tutorial en el contexto del Espacio Europeo de Educación Superior. *Educación y Educadores Vol. 8*, 123 - 144.

Morin, E. (2001). *Los Sietes Saberes Necesarios para la Educación del Futuro*. Francia: Editorial Paidós.

Morrison, G., Goldfarb, S., & Lanken, P. (2010). *Entrenamiento en equipos de trabajo a estudiantes de Medicina en el siglo XXI*. Recuperado el 18 de Marzo de 2014, de Revista Educación Ciencia Salud Edición 7: <http://www2.udec.cl/ofem/recs/anteriores/vol712010/artrev71f.pdf>

Mueller, F. (1996). *Historia de la Psicología* . México: Fondo de Cultura Económica.

- Mundial, A. M. (15 de Abril de 2012). *Declaración de la Asociación Médica Mundial Sobre la Enseñanza Médica*. Obtenido de <http://www.wmanet/es/30publications/10policies/20archives/m14>
- Nestel, D., Muir, E., & Marilyn, K. (2002). *Modelling the lay expert for first-year medical students: the actor-patient as teacher.med teach*.
- Not, L. (1992). *La enseñanza dialogante. Hacia una educación en segunda persona*. Barcelona: Herder.
- Olsen, W. (2004). *Triangulation in Social Research: Qualitative and Quantitative Methods Can Really be Mixed*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). La formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud. *Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No. 2*, 71.
- Padúa, J. (1993). *Técnicas de Investigación aplicada a las Ciencias Sociales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Padúa, J., Ahman, I., Apezechea, H., & Borsotti, C. (1979). *Técnicas de Investigación aplicadas a las Ciencias Sociales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Palés Argullós, J., & Gomar Sancho, C. (2010). *Teoría de la Educación. Educación y Cultura*. Salamanca.
- Patasi, B., Boozary, A., Hincke, M., & Jalali, A. (2009). *The utility of pod casts in Web 2.0 human anatomy*. 43: 1081.
- Peppino Barale, A. (4 de Septiembre - Diciembre de 2004). *Revista Diálogo Educativo*. Recuperado el 10 de Febrero de 2014, de La Docencia Universitaria Ante un Nuevo Paradigma Educativo: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189117791004>> ISSN 1518-3483
- Pérez Jiménez, J. (2010). *Competencia para Aprender a Aprender*. Obtenido de ¿De qué Hablamos? ¿Se puede enseñar? ¿Se puede evaluar?., 4, <http://redescepalcala.org/inspector/DOCUMENTOS%20Y%20LIBROS/COMPETENCIAS/I%20CONGRESO%20INSPECCION%20ANDALUCIA/downloads/perezjimenez.pdf>
- Pérez, J. (1994). Las Carreras de Medicina en México. *Perfiles Educativos VIII*, 73.
- Pérez, S. (1994). *La Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes*. México: Editorial la Muralla.

TESIS DOCTORAL**LEONOR GALINDO CÁRDENAS**

Pinilla, A. (2011). Modelos Pedagógicos y Formación de Profesionales en el Área de la Salud. *Acta Médica Colombiana Vol 36 No. 4*, 205.

Pinilla, A., Moncada, L., & López, M. (2010). Concepciones de los profesores de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia sobre la Evaluación Académica. *Revista Facultad de Medicina Vol 58 No. 1*, 30-43.

Piñon VI, G., & Vergara, F. (1994). El Subsistema del Médico y enfermera de la familia. Subdesarrollo en Cuba. *revista Cubana Medicina General Integrada Vol. 10*, 9 -61.

Prieto, D. (1995). *Mediación Pedagógico y Nuevas Tecnologías en ICFES Pás 15*. Bogotá: Pontificie Universidad Javeriana.

Prieto, S. (1989). *Modoficalidad Cognitiva y P.E.I*. Madrid: Colección Nueva Escuela Briño.

Proceso de Sistematización Curricular. (2002). *El Proceso Salud Enfermedad y la Educación Médica.Referente contextuales*. Medellín.

Ramos de Viesca, M. (02 de Junio de 2006). *El Paciente como Modelo de Enseñanza*. Obtenido de http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2006/jun02_ponencia.html

Reglamento Estudiantil. (1980). *Acuerdo No. 1*. Medellín: Imprenta Universidad de Antioquia.

Reigeluth charles, M. (1999). *Instructional-design theories and models*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.

Resolución Rectoral 27223 . (6 de enero 2009). Reglamento Específico para los Programas de Posgrado de la Facultad de Medicina. Medellín: Universidad de Antioquia.

Resolución Rectoral 27223. (6 de Enero de 2009). Capítulo 1 Definiciones Artículo 3. En *Especialidad Médica Clínica y Quirúrgica*, 1. Medellín: Universidad de Antioquia.

Restrepo, M. (2001). *Siete Años de Formación para el Desarrollo Humano*. Colombia: editorial Pontificie Universidad Javeriana.

Rivero Serrano, O., & Durante Montiel, I. (2008). *Ética en la Medicina*. Obtenido de <http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/>

Rodríguez , H., & Vidal, T. (2010). Consideraciones Históricas y Tedencias Pedagógicas de la Medicina en Cuba. *Revista Médica Electrónica Vol. 32* , 3.

Rogoff, B., & Lave, J. (1984). *Everyday Cognition: its development in social Context Cambridge*. EUA: Harvard University.

Rosenthal, R. (1971). *La Profecía de Autocumplimiento en: Zuñiga R. Serie de Psicología Social No.1*. Chile: Universidad Valparaiso.

- Rotter, J. (1954). *Social Learning and clinical psychology*. New York: Prentice Hall.
- Rué, J. (2009). En *El Aprendizaje Autónomo en Educación Superior*, 116. Madrid: Narcea Ediciones.
- Sánchez, H. (1963). *Psicología Educativa*. Puerto Rico: Universidad Rio Piedras.
- Sistema Universitario de Posgrado. (2009). *Sistema Universitario de Posgrado*. Medellín: Imprenta Universidad de Antioquia.
- Steffens, K. (2004). *Apartes del módulo Comunicación, adquisición del conocimiento y nuevos medios*. Curso de Maestría en NTIC Aplicadas a la Educación: Universidad Barcelona España.
- Tamayo, T. (1995). Serie Aprender a Investigar Módulo 2. Alfo editores Ltda
http://acreditacion.unillanos.edu.co/contenidos/dis_ambientes_metodos_pedagogicos/Memoria3/investigacion.PDF. Recuperado el 2 de Agosto de 2011, de La Investigación Instituto colombiano para el fomento de la Educación Superior:
http://acreditacion.unillanos.edu.co/contenidos/dis_ambientes_metodos_pedagogicos/Memoria3/investigacion.PDF
- Tebar Belmonte, L. (2001). *El paradigma de la Mediación como respuesta a los desafíos del Siglo XXI*. Santo Domingo.
- Tebar Belmonte, L. (2009). *El Profesor Mediador del aprendizaje*. Madrid: Editorial Magisterio.
- Torregrosa, L., Tawil, M., Ayala, J., Ochoa, O., & Gil, F. (2009). Excelencia en la enseñanza en salas de cirugía: cuando los residentes hablan. *revista Colombiana de Cirugía Vol 24*, 165 - 174.
- Tortosa Gil, F. (1998). *Una historia de la Psicología Moderna*. Madrid: McGraW Hill.
- Trull, T., & Phares, E. (2003). *Psicología Clínica: Concepto, Métodos y Aspectos Prácticos de la Profesión*. México: Editorial México.
- Tunning Educational Structures in Europe. (2003).
- Universidad de Antioquia. (16 de Enero de 2009). Reglamento Posgrado Medicina. En Uribe Correa, & C. Vásquez Tamayo, *Resolución Rectoral 27223*,s.p. Medellín: Imprenta Universidad de Antioquia.
- Universidad de Antioquia. (07 de Julio de 1997). *Acuerdo Superior. Por el cual se expide el reglamento estudiantil para los programas de posgrado*. Recuperado el 11 de Enero de 2012, de <http://www.secretariageneral.udea.edu.co/doc/a012297.htm>

- Universidad de Antioquia. (2012). *Biblioteca Virtual Portal Institucional*. Recuperado el 2012 de Marzo de 2012, de www.udea.edu.co/portal/page/portal/portal/a.../a.../D.Historia
- Universidad de Antioquia Facultad de Medicina. (1999). Proceso de Sistematización Curricular. El Micro Currículo. Aspectos Conceptuales y Metodológicos. En A. Giraldo Londoño, *Proceso de Sistematización Curricular. El Micro Currículo. Aspectos Conceptuales y Metodológicos.*, s.p. Medellín: Imprenta Universidad de Antioquia.
- Universidad de Antioquia. (s.f.). *La Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia*. Obtenido <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/SedesDependencias/Medicina>
- Uribe, E. (1990). Seminario el Ejercicio Actual de la Medicina la enseñanza y el aprendizaje en las Residencias. En U. Elías, *Reflexiones Sobre Educación Médica*, 3. México.
- Velásquez, J., Pinilla, A., Pinzón, A., Severiche, D., Dennis, R., De Arboleda, M., & N.N. (2008). Perfil de Formación del posgrado en Medicina Interna en Colombia. Investigación realiza por el comité de Educación (2004 - 2006). *Asociación Colombiana de Medicina Interna Acta Médica Colombiana* 2, 45-57.
- Venturelli, J. (1997). *Educación Médica: Nuevos Enfoques, Metas y Métodos; Medical Education: New Approaches, Methods and Goals* 5. Organización Panamericana de la Salud.
- Venturelli, J. (2000). Educación Médica: Nuevos Enfoques, Metas y Métodos. En Venturelli, *Organización Panamericana de la Salud 2 Edición*, 10.
- Venturelli, J. (2000). Educación Médica: Nuevos Enfoques, Metas y Métodos . *Organización Panamericana de la Salud 2 Edición*, 21-22.
- Vigotski, L. (1998). Internalización de las funciones psicológicas superiores. . En L. Vigotski, *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*, 87-94. México: Grijalbo.
- Vygostski, L. (1998). Interacción entre aprendizaje y Desarrollo. En L. Vygostski, *El Desarrollo de los Procesos Psicológicos Superiores*, 123-140. México: Grijalbo.
- Wenger, E. (1998). *Communities of Practice: Learning, Meaning, and identity*. E.E.U.U: Cambridge University Press.
- Zabalza, M. (2008). El Espacio Europeo de Educación . En M. A. Zabalza, *Innovación Educativa No. 18*, 84. Madrid: Universidad de Santiago de Compostela.
- Zabalza, M. (2008). *El Espacio Europeo de Educación Superior: Innovación en la enseñanza Universitaria*. Recuperado el 19 de Marzo de 2014, de <http://minerva.usc.es/bitstream/10347/4437/1/06.Zabalza.pdf>

Zabalza, M. (2008). *Innovación Educativa No. 18*, 69-95. Obtenido de El Espacio Europeo de Educación Superior: Innovación en la Enseñanza Universitaria:
<http://minerva.usc.es/bitstream/10347/4437/1/06.Zabalza.pdf>

Zuliani, A., Villegas, P., Kamburova, M., & Galindo, L. (2012). En *Enlace en Didáctica. Estrategia Didáctica Visita domiciliaria Familiar No. 2*, 7-8. Medellín: Imprenta Universidad de Antioquia.

6.5.1 Anexo 1. Ficha Técnica de las Entrevistas Semi-estructuradas.

FICHA TÉCNICA	
Tipo de Instrumento: Entrevista Semi - estructurada– Grupos focales	
Objetivo	Analizar, comprender e interpretar las percepciones, actitudes, opiniones y expectativas de los profesores, con relación a la educación médica impartida en las Especializaciones Clínicas y Quirúrgicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.
Clase de entrevista:	Semi- estructurada
Población objetivo:	Profesores de las 12 especialidades clínicas y de las 9 quirúrgicas, 21 jefes de las especialidades, el Decano, el jefe de Educación Médica, jefe de Investigación y el Jefe de Posgrado de la Facultad.
Muestra:	Por conveniencia de la investigación se selecciona a un representante de cada audiencia (Profesores, Residentes, Jefes, Directores, Egresados)
Fecha de Iniciación:	Marzo 2013
Fecha de finalización:	Julio 2013
Lugar:	Facultad de Medicina- Hospital San Vicente de Paul- Parque de la Vida.

6.5.2. Anexo 2. Instrumento de las Entrevistas Semiestructuradas – Grupo Focal**ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA- GRUPO FOCAL****PROFESORES****Número de participantes:** _____**Fecha:** _____**Hora de inicio:** _____ **Hora de finalización:** _____**Lugar:** _____**Objetivos:**

- Analizar las percepciones de los PROFESORES de los programas de las especialidades en relación con la educación médica impartida en este nivel de formación.
- Caracterizar el proceso de adquisición de competencias profesionales en las especialidades.

Preguntas Orientadoras**Desde su rol de profesor:**

- ✓ ¿Doctor háblenos acerca de su formación, el tiempo que lleva vinculado a la universidad y específicamente a esta especialidad?
- ✓ ¿Qué elementos comunes y diferenciadores encuentra en su formación como especialista y la que actualmente imparte a sus residentes?
- ✓ ¿Qué opinión le merecen los siguientes aspectos para la formación de competencias de los futuros especialistas clínicos y quirúrgicos?
- ✓ Manejo de tiempos, Recursos disponibles, Estrategias didácticas utilizadas, Espacios
- ✓ ¿Cómo son las relaciones interpersonales y en qué inciden en la formación de especialistas?
 - Residente mayor – menor
 - Residentes- profesor
 - Profesor- profesor
 - Jefes- residentes

- Personal de apoyo- residentes
- ✓ ¿Qué competencias aspiran a potenciar en los residentes y futuros egresados de los programas?
- ✓ ¿Cómo se da el proceso de desarrollo de las competencias profesionales en las especialidades?
- ✓ Desde el ejercicio de la docencia ¿Cómo se evidencian en la formación de competencias profesionales los principios rectores: pertinencia, Interdisciplinariedad y flexibilidad?

Desde su experiencia docente:

- ✓ ¿Qué aspectos comunes y diferenciadores se encuentran en la aplicación de estrategias didácticas en las 12 especialidades clínicas y las 9 quirúrgicas?
- ✓ ¿Cuáles estrategias didácticas privilegian en sus actividades de docencia para el desarrollo de las competencias?
- ✓ ¿Qué mejoras propondría al programa y desde su función como profesor para fortalecer el logro de las competencias profesionales en los actuales residentes?
- ✓ ¿Qué seguimiento se hace al proceso de formación de los residentes?
- ✓ ¿Qué se hace y cómo se estimula la formación pedagógica de los profesores?
- ✓ ¿Competencias en los actuales residentes en procura del perfil profesional de los programas?

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA- GRUPO FOCAL
JEFES DE LAS ESPECIALIDADES CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS Y
DIRECTIVOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Número de participantes: _____

(24 participantes así: los 21 jefes de las especialidades clínicas y Quirúrgica, el Decano, el jefe de posgrado, el jefe de educación médica)

Fecha: _____

Hora de inicio: _____ **Hora de finalización:** _____

Lugar: _____

Objetivos:

- Analizar las percepciones de los jefes y directivos de los 21 programas de las especialidades clínicas y Quirúrgicas en relación con la educación médica impartida en este nivel de formación.
- Caracterizar el proceso de adquisición de competencias profesionales en las especialidades Clínicas y Quirúrgicas

Preguntas Orientadoras:

- ✓ ¿Qué elementos comunes y diferenciadores encuentra en su formación como especialista y la que actualmente imparte a sus residentes?
- ✓ ¿Cuáles son los lineamientos pedagógicos que sustentas la educación médica en las especialidades?
- ✓ ¿Cómo se da el proceso de desarrollo de las competencias profesionales en las especialidades?
- ✓ ¿Existen criterios para la valuación de los residentes? y cómo se divulgan en la comunidad académica?
- ✓ ¿Qué competencias aspiran a potenciar en los residentes y futuros egresados de los programas?

- ✓ Qué aspectos positivos y negativos para el desempeño profesional puede resaltar del proceso de educación médica frente a:
 - La enseñanza ofrecida
 - El aprendizaje alcanzado
 - La evaluación aplicada
 - Las competencias desarrolladas
- ✓ ¿Cómo son las relaciones interpersonales y en qué inciden en la formación de especialistas?
 - Residente mayor – menor
 - Residentes- profesor
 - Profesor- profesor
 - Jefes- residentes
 - Jefes- profesores
 - Personal de apoyo- residentes
- ✓ ¿Qué estrategias de intervención educativa realizan para garantizar el desarrollo de las competencias profesionales ¿Cómo se reflejan en los programas de especialidades?
- ✓ ¿Qué aspectos comunes y diferenciadores se encuentran en la aplicación de estrategias didácticas en las especialidades clínicas y quirúrgicas?
- ✓ ¿Cómo se evidencian en la formación de competencias profesionales los principios rectores: pertinencia, Interdisciplinariedad y flexibilidad?
- ✓ ¿Qué seguimiento se hace al proceso de educación médica desarrollado por los profesores?
- ✓ ¿Los procesos de autoevaluación, registro calificado han incidido en el mejoramiento de la docencia en las especialidades?
- ✓ ¿Qué se hace y cómo se estimula la formación pedagógica de los profesores?
- ✓ ¿Qué aspectos mantendría y cuáles eliminaría para fortalecer la formación por competencias en los actuales residentes en procura del perfil profesional de los programas?

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

GRUPO FOCAL: RESIDENTES

Número de participantes: _____

Fecha: _____

Hora de inicio: _____ Hora de finalización: _____

Lugar: _____

Objetivos:

- Analizar las percepciones de los profesores y residentes de los 21 programas de las especialidades clínicas y Quirúrgicas en relación con el impacto de la educación médica recibida durante su residencia clínica y Quirúrgica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.
- Diagnosticar el impacto de la formación del modelo actual de educación médica en los egresados de las especialidades clínicas y quirúrgicas.

Preguntas Orientadoras

- ✓ Qué aspectos positivos y negativos para su desempeño profesional puede resaltar del proceso de educación médica frente a:
 - La enseñanza ofrecida
 - El aprendizaje alcanzado
 - La evaluación aplicada
 - Las competencias desarrolladas
- ✓ ¿Qué competencias están desarrollando durante la formación como especialistas?
- ✓ ¿Cuáles estrategias didácticas privilegian el desarrollo de las competencias profesionales?
- ✓ ¿Qué opinión le merecen los siguientes aspectos en la formación de competencias como especialista?:
 - Manejo de tiempos
 - Recursos disponibles
 - Estrategias didácticas utilizadas por sus profesores
 - Espacios

✓ ¿Cómo son las relaciones interpersonales y en qué inciden en su formación?

- Residente mayor – menor
- Residentes- profesor
- Profesor- profesor
- Jefes- residentes
- Personal de apoyo- residentes

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**GRUPO FOCAL: EGRESADOS****Número de participantes:** _____**Nombre y especialidad:** _____**Fecha:** _____**Hora de inicio:** _____ **Hora de finalización:** _____**Lugar:** _____**Objetivos:**

- Analizar las percepciones de los egresados de los 12 programas de las especialidades Clínicas y 9 Quirúrgicas en relación con el impacto de la educación médica recibida durante su residencia en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.
- Diagnosticar el impacto de la formación del modelo actual de educación médica en los egresados de las especialidades.

Preguntas Orientadoras:

- ✓ ¿Cómo se desarrolló el proceso de educación médica durante su formación como especialista?
- ✓ ¿Cómo caracteriza la relación con los profesores durante su formación? ¿En qué incidió dicha relación para el desarrollo de sus competencias profesionales?
- ✓ Qué aspectos positivos y negativos para su desempeño profesional puede resaltar del proceso de educación médica frente a:
 - La enseñanza ofrecida
 - El aprendizaje alcanzado
 - La evaluación aplicada
 - Las competencias desarrolladas
- ✓ ¿Cuáles son aquellas capacidades que requieren de una mayor repetición para poder decir que realmente se tiene un nivel de competencia y otros que no? ¿Eso está claro en la formación de ustedes?

- ✓ Y ¿En el ámbito laboral sienten que sus competencias tienen mayor fortaleza que la de otros colegas, egresados de otras universidades?
- ✓ ¿Cuáles estrategias didácticas privilegiaron el desarrollo de las competencias profesionales?
- ✓ ¿Qué aspectos relacionados con las relaciones interpersonales, los tiempos, los recursos, los espacios utilizados para las actividades académicas durante la residencia marcaron huella en su formación?
- ✓ ¿Cómo influye en su formación la tendencia de que hay que incursionar en campos específicos y no generales en la medicina, ejemplo en preferir más las especialidades que la medicina general y las subespecialidades que las especialidades?

6.5.3. Anexo 3. Ficha Técnica de Observaciones

FICHA TÉCNICA Tipo de Instrumento: Observaciones	
Objetivo	Observar, registrar e interpretar las prácticas pedagógicas (estrategias didácticas) que se llevan a cabo en las 12 Especialidades Clínicas y 9 Especialidades Quirúrgicas, con el fin de caracterizarlas.
Clase de observación	Observación no participante
Población objetivo	Profesores y estudiantes de las Especialidades Clínicas y Quirúrgicas en las diferentes actividades académicas.
Muestra	Se realizaron observaciones de cada estrategia didáctica en las especialidades clínicas y quirúrgicas que se escogieron para el estudio
Fecha de Iniciación	Marzo 2013
Fecha de finalización	Agosto 2013
Lugar	Facultad de Medicina- Hospital San Vicente de Paul- IPS Universitaria
Tópicos centrales para la observación	Relaciones pedagógicas: estudiante, profesor, conocimiento: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Prácticas pedagógicas ➤ Estrategias didácticas ➤ Estrategias de Evaluación ➤ Manejo del espacio y del tiempo ➤ Manejo de recursos educativos

6.5.4. Anexo 4. Instrumento de Guía de Observación

GUIA DE OBERVACIÓN

- ✓ ¿Qué competencias desarrolla el estudiante- residente en términos de capacidades de pensamiento?
- ✓ ¿Cuáles funciones cognitivas se potencian?

FUNCIONES COGNITIVAS QUE SE POTENCIAN		
Fase de entrada	Fase de elaboración	Fase de salida

- ✓ ¿Cómo se organiza el ambiente educativo?

Tópicos	Descripción
Espacio físico	
Recursos educativos	
Tiempo	

- ✓ Rol del residente: _____

- ✓ Rol del profesor: _____

DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA DIDÁCTICA	
Eslabones generales de acuerdo con el momento	DESCRIPCIÓN
Antes	
Durante	
Después	

6.5.5. Anexo 5. Ficha Técnica del Cuestionario

FICHA TÉCNICA Tipo de Instrumento: Encuesta, tipo cuestionario	
Objetivo	Valorar con criterios de medida el modelo de educación médica que se desarrolla en las Especializaciones Clínicas y Quirúrgicas de la Facultad de medicina de la Universidad de Antioquia.
Clase de Encuesta	Cuestionario Instrumento de recolección de datos para la fase cuantitativa de la investigación.
Población objetivo	Profesores, estudiantes, jefes de las especialidades clínicas y quirúrgicas directivos de la Facultad de Medicina.
Muestra	Por definir
Fecha de Iniciación	Marzo 2013
Fecha de finalización	Septiembre 2013
Lugar	Facultad de Medicina- Ciberespacio del buzón de correos de las especialidades clínicas y quirúrgicas

6.5.6. Anexo 6. Instrumento Cuestionario de los Profesores

**CUESTIONARIO PARA PROFESORES Y MÉDICOS EN CONVENIO DOCENCIA
SERVICIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE
ANTIOQUIA**

Seleccione el tipo de vínculo con la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia
Se refiere al tipo de relación docente con la Faculta

- Cátedra
- Ocasional
- Vinculado
- Por Convenio Docencia-Servicio

Cuál es su título de pregrado: _____

Indique el nivel de formación más alta que posee

- Especialización
- Especialidad Médica, Clínica o Quirúrgica
- Maestría
- Doctorado
- Pos-Doctorado

A qué especialidad pertenece: _____

Cuál es su área de especialidad (posgrado)

Ha tenido alguna formación docente Sí No

Si su respuesta es positiva, especifique la calidad de la formación complementaria que posee a nivel pedagógico

	2	3	4	
Escasa	○○	○	○	Excelente

Señale la(s) especialidades en las cuales ejerce su rol como profesor

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medicina Interna | <input type="checkbox"/> Alergología |
| <input type="checkbox"/> Dermatología | <input type="checkbox"/> Cirugía general |
| <input type="checkbox"/> Patología | <input type="checkbox"/> Anestesiología y Reanimación |
| <input type="checkbox"/> Medicina Física y Rehabilitación | <input type="checkbox"/> Ginecología y Obstetricia |
| <input type="checkbox"/> Neurología | <input type="checkbox"/> Cirugía Plástica, Maxilofacial y de la Mano |
| <input type="checkbox"/> Toxicología Clínica | <input type="checkbox"/> Neurocirugía |
| <input type="checkbox"/> Psiquiatría | <input type="checkbox"/> Ortopedia y Traumatología |
| <input type="checkbox"/> Medicina de Urgencias | <input type="checkbox"/> Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello |
| <input type="checkbox"/> Radiología | <input type="checkbox"/> Oftalmología |
| <input type="checkbox"/> Medicina aplicada a la Actividad Física y al Deporte | Otra ¿cuál? <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Pediatría | |

¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo la docencia? Especifique en años

ESTRATEGIA DIDÁCTICA, EVALUACIÓN Y RECURSOS

Indique la frecuencia con que utiliza la(s) estrategias didácticas desde la docencia en las especialidades clínicas

	Nunca la utilizo	Muy poco utilizada	Moderadamente utilizada	Frecuentemente utilizada	Siempre la utilizo
Práctica Guiada: atención a pacientes con supervisión directa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Simulaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estudios de casos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taller didáctico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seminarios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aprendizaje basado en	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TESIS DOCTORAL

LEONOR GALINDO CÁRDENAS

	Nunca la utilizo	Muy poco utilizada	Moderadamente utilizada	Frecuentemente utilizada	Siempre la utilizo
problema. A.B.P.					
Participación en grupos de investigación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CPC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Telemática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ronda clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Simposio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prácticas de Laboratorio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Visita Domiciliaria Familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demostraciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Club de Revistas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra ¿cuál? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

De las siguientes estrategias didácticas señale cuál o cuáles utilizaría con sus residentes para desarrollar en ellos con mayor fluidez la competencia COMUNICATIVA

Puede señalar en cada estrategia una o más competencias según su pertinencia

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Práctica Guiada | <input type="checkbox"/> CPC |
| <input type="checkbox"/> Simulaciones | <input type="checkbox"/> Telemática |
| <input type="checkbox"/> Estudios de caso | <input type="checkbox"/> Ronda Clínica |
| <input type="checkbox"/> Taller didáctico | <input type="checkbox"/> Simposio |
| <input type="checkbox"/> Seminarios | <input type="checkbox"/> Práctica de Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Aprendizaje Basado en Problemas A.B.P. | <input type="checkbox"/> Visita Domiciliaria Familiar |
| <input type="checkbox"/> Participación en grupos de investigación | |

- Demostraciones
- Club de Revistas

Otra? Cuál? _____

De las siguientes estrategias didácticas señale cuál o cuáles utilizaría con sus residentes para desarrollar en ellos con mayor fluidez la competencia DIAGNÓSTICAR

Puede señalar en cada estrategia una o más competencias según su pertinencia

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Práctica Guiada | <input type="checkbox"/> Ronda Clínica |
| <input type="checkbox"/> Simulaciones | <input type="checkbox"/> Simposio |
| <input type="checkbox"/> Estudios de caso | <input type="checkbox"/> Práctica de Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Taller didáctico | <input type="checkbox"/> Visita Domiciliaria Familiar |
| <input type="checkbox"/> Seminarios | <input type="checkbox"/> Demostraciones |
| <input type="checkbox"/> Aprendizaje Basado en Problemas A.B.P. | <input type="checkbox"/> Club de Revistas |
| <input type="checkbox"/> Participación en grupos de investigación | <input type="checkbox"/> Otra? Cuál? _____ |
| <input type="checkbox"/> CPC | |
| <input type="checkbox"/> Telemática | |

De las siguientes estrategias didácticas señale cuál o cuáles utilizaría con sus residentes para desarrollar en ellos con mayor fluidez la competencia PROPOSITIVA

Puede señalar en cada estrategia una o más competencias según su pertinencia

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Práctica Guiada | <input type="checkbox"/> Telemática |
| <input type="checkbox"/> Simulaciones | <input type="checkbox"/> Ronda Clínica |
| <input type="checkbox"/> Estudios de caso | <input type="checkbox"/> Simposio |
| <input type="checkbox"/> Taller didáctico | <input type="checkbox"/> Práctica de Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Seminarios | <input type="checkbox"/> Visita Domiciliaria Familiar |
| <input type="checkbox"/> Aprendizaje Basado en Problemas A.B.P. | <input type="checkbox"/> Demostraciones |
| <input type="checkbox"/> Participación en grupos de investigación | <input type="checkbox"/> Club de Revistas |
| <input type="checkbox"/> CPC | <input type="checkbox"/> Otra? Cuál? _____ |

De las siguientes estrategias didácticas señale cuál o cuáles utilizaría con sus residentes para desarrollar en ellos con mayor fluidez la competencia REHABILITAR

Puede señalar en cada estrategia una o más competencias según su pertinencia

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Práctica Guiada | <input type="checkbox"/> Ronda Clínica |
| <input type="checkbox"/> Simulaciones | <input type="checkbox"/> Simposio |
| <input type="checkbox"/> Estudios de caso | <input type="checkbox"/> Práctica de Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Taller didáctico | <input type="checkbox"/> Visita Domiciliaria Familiar |
| <input type="checkbox"/> Seminarios | <input type="checkbox"/> Demostraciones |
| <input type="checkbox"/> Aprendizaje Basado en Problemas A.B.P. | <input type="checkbox"/> Club de Revistas |
| <input type="checkbox"/> Participación en grupos de investigación | <input type="checkbox"/> Otra? Cuál?_____ |
| <input type="checkbox"/> CPC | |
| <input type="checkbox"/> Telemática | |

De las siguientes estrategias didácticas señale cuál o cuáles utilizaría con sus residentes para desarrollar en ellos con mayor fluidez la competencia INVESTIGATIVA

Puede señalar en cada estrategia una o más competencias según su pertinencia

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Práctica Guiada | <input type="checkbox"/> Ronda Clínica |
| <input type="checkbox"/> Simulaciones | <input type="checkbox"/> Simposio |
| <input type="checkbox"/> Estudios de caso | <input type="checkbox"/> Práctica de Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Taller didáctico | <input type="checkbox"/> Visita Domiciliaria Familiar |
| <input type="checkbox"/> Seminarios | <input type="checkbox"/> Demostraciones |
| <input type="checkbox"/> Aprendizaje Basado en Problemas A.B.P. | <input type="checkbox"/> Club de Revistas |
| <input type="checkbox"/> Participación en grupos de investigación | <input type="checkbox"/> Otra? Cuál?_____ |
| <input type="checkbox"/> CPC | |
| <input type="checkbox"/> Telemática | |

De las siguientes estrategias didácticas señale cuál o cuáles utilizaría con sus residentes para desarrollar en ellos con mayor fluidez la competencia TRABAJAR EN EQUIPO

Puede señalar en cada estrategia una o más competencias según su pertinencia

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Práctica Guiada | <input type="checkbox"/> Ronda Clínica |
| <input type="checkbox"/> Simulaciones | <input type="checkbox"/> Simposio |
| <input type="checkbox"/> Estudios de caso | <input type="checkbox"/> Práctica de Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Taller didáctico | <input type="checkbox"/> Visita Domiciliaria Familiar |
| <input type="checkbox"/> Seminarios | <input type="checkbox"/> Demostraciones |
| <input type="checkbox"/> Aprendizaje Basado en Problemas A.B.P. | <input type="checkbox"/> Club de Revistas |
| <input type="checkbox"/> Participación en grupos de investigación | <input type="checkbox"/> Otra? Cuál? _____ |
| <input type="checkbox"/> CPC | |
| <input type="checkbox"/> Telemática | |

De las siguientes estrategias didácticas señale cuál o cuáles utilizaría con sus residentes para desarrollar en ellos con mayor fluidez la competencia ÉTICA

Puede señalar en cada estrategia una o más competencias según su pertinencia

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Práctica Guiada | <input type="checkbox"/> CPC |
| <input type="checkbox"/> Simulaciones | <input type="checkbox"/> Ronda Clínica |
| <input type="checkbox"/> Estudios de caso | <input type="checkbox"/> Simposio |
| <input type="checkbox"/> Taller didáctico | <input type="checkbox"/> Práctica de Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Seminarios | <input type="checkbox"/> Visita Domiciliaria Familiar |
| <input type="checkbox"/> Aprendizaje Basado en Problemas A.B.P. | <input type="checkbox"/> Demostraciones |
| <input type="checkbox"/> Participación en grupos de investigación | |
| <input type="checkbox"/> Club de Revistas | |
| <input type="checkbox"/> Otra? Cuál? _____ | |

Indique el nivel de acuerdo con el que más se identifica según las siguientes afirmaciones

1=Totalmente en Desacuerdo; 2=Poco Acuerdo; 3=Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4=De Acuerdo
5=Totalmente de Acuerdo

	1	2	3	4	5
1. Los profesores planean las actividades didácticas de acuerdo con las competencias que deben desarrollar los residentes en el nivel de formación que se encuentran	<input type="radio"/>				
2. Los residentes están abiertos a participar en diversas estrategias didácticas para el desarrollo de sus competencias profesionales	<input type="radio"/>				
3. La actual educación médica que se desarrolla en las especialidades clínicas ofrece diversas estrategias didácticas que favorecen el desarrollo de la autonomía	<input type="radio"/>				
4. Se ofrecería una mayor variedad de estrategias didácticas si se dispusieran de mejores ambientes educativos para la Formación de los residentes clínicos	<input type="radio"/>				
5. La actual educación médica que se desarrolla en las especialidades clínicas promueve la utilización de tecnologías de la información y la comunicación (TIC).	<input type="radio"/>				
6. Los profesores se han capacitado para la aplicación de estrategias didácticas que privilegian el desarrollo de las competencias profesionales	<input type="radio"/>				
7. Los profesores enseñan utilizando las mismas estrategias didácticas que aprendieron de sus profesores	<input type="radio"/>				
8. La educación médica impartida en las especialidades clínicas en la que ejerce su rol de profesor potencian en el residente el desarrollo de las cualidades humanas para atender y tratar de forma integral a los pacientes	<input type="radio"/>				
9. El modelo de educación médica aplicado en las especialidades clínicas ofrece oportunidades para que el residente interesado participe en proyectos y grupos de investigación	<input type="radio"/>				
10. Los profesores desarrollan una propuesta integradora desde diferentes disciplinas para que el residente comprenda e intervenga desde su especialidad en la salud integral del paciente	<input type="radio"/>				
11. El proceso didáctico aplicado en las especialidades clínicas tiene en cuenta la valoración de sus pre-saberes y experiencias previas de los residentes	<input type="radio"/>				

	2	3	4	5
12. Cada actividad de aprendizaje apunta al desarrollo de una o más competencias de formación propia de la especialidad clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Los residentes conocen las competencias que deben desarrollar durante cada año de su residencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Todas las actividades de aprendizaje que se promueven en educación médica de las especialidades clínicas apuntan al desarrollo de competencias profesionales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. La educación médica impartida en las especialidades clínicas cuenta con un sistema de evaluación de los aprendizajes coherente con los principios rectores de la Universidad de Antioquia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Las estrategias de evaluación de los aprendizajes utilizadas en las especialidades clínicas permiten valorar y retroalimentar el proceso de formación del residente hacia el desarrollo de sus competencias profesionales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. La calidad de la atención clínica a los pacientes por parte de los residentes es uno de los indicadores de la evaluación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Se aplican instrumentos de evaluación que miden el nivel de competencias alcanzados por los residentes al terminar cada año de formación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Los residentes autoevalúan su desempeño frente a las metas de formación del año	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. El diseño del plan de formación del residente parte de la evaluación inicial que identifica fortalezas y debilidades con las que llega el estudiante de un año al otro en su formación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Los residentes y profesores cuentan con los tiempos para disponer de momentos de realimentación del proceso evaluativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Se dispone de suficientes espacios formativos para atender a todos los residentes que rotan por el servicio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Las instalaciones permiten desarrollar las actividades de enseñanza y de aprendizaje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. La oferta formativa se ve limitada por los recursos físicos de los que disponemos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TESIS DOCTORAL**LEONOR GALINDO CÁRDENAS**

25. Se necesitan de un mayor número de espacios formativos, sitios de práctica para el desarrollo de las actividades pedagógicas

26. Se puede disponer de recursos tecnológicos que apoyen el desarrollo de las actividades pedagógicas

27. Se disponen de suficientes recursos de apoyo docente

28. Existen los mismos recursos educativos con los cuales se ha enseñado a lo largo de los años de creación del programa

ROL DOCENTE

¿Cuál cree es la satisfacción que se tiene de Usted como profesor?

	Insatisfechos	Satisfechos	Muy satisfechos
Los residentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los profesores colegas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los jefes y directivos de la Facultad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Valore su propia actividad docente en la(s) especialidades clínicas en las cuales ejerce la función pedagógica

	Insatisfecho	Poco satisfecho	Me es indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
Formación pedagógica para el desarrollo de su labor docente	<input type="radio"/>				
Implicación en las actividades pedagógicas con sus residentes	<input type="radio"/>				
Motivación para tutelar a los residentes en su formación	<input type="radio"/>				
Satisfacción por ejercer la docencia	<input type="radio"/>				

	Insatisfecho	Poco satisfecho	Me es indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
Equilibrio en el desarrollo de las actividades de docencia- servicio	<input type="radio"/>				
Participación en actividades derivadas de la docencia de acuerdo con el estatuto docente	<input type="radio"/>				
Trabaja en equipo para el desarrollo de la docencia en el departamento	<input type="radio"/>				

Valore el grado de importancia de los siguientes aspectos respecto a las necesidades formativas para fortalecer su labor docente

	Nada importante	Poco importante	Me es indiferente	Importante	Muy importante
Dominio de las estrategias didácticas	<input type="radio"/>				
Apropiación del modelo de formación por competencias profesionales	<input type="radio"/>				
Técnicas de comunicación asertiva	<input type="radio"/>				
Tecnologías de la información y la comunicación (T.I.C)	<input type="radio"/>				
Estrategias de evaluación por competencias	<input type="radio"/>				
Tutorías y mediaciones pedagógicas	<input type="radio"/>				
Estrategias para el aprendizaje significativo	<input type="radio"/>				
Pensamiento complejo	<input type="radio"/>				
Dinamización de grupos	<input type="radio"/>				
Investigación formativa	<input type="radio"/>				

	Nada importante	Poco importante	Me es indiferente	Importante	Muy importante
Trabajo en equipo	<input type="radio"/>				
La ética en el ejercicio de la profesión	<input type="radio"/>				

Indique el valor numérico con el que más se identifica según las siguientes afirmaciones

1=Totalmente en Desacuerdo; 2=Poco Acuerdo; 3=Me es indiferente; 4=De Acuerdo 5=Totalmente de Acuerdo

	Totalmente en desacuerdo	Poco acuerdo	Me es indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Se cuenta con tiempo para planear las actividades de docencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La planeación de la docencia se realiza en equipo docente de la especialidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las actividades de docencia se monitorean y evalúan de forma permanente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siempre se parte del análisis de las necesidades de los residentes para planear las actividades académicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Todas las actividades que realizan los residentes están interrelacionadas con las competencias a desarrollar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El clima de trabajo entre los profesores de la sesión es muy bueno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El clima de trabajo entre los residentes es de cooperación frente al reto de aprendizaje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El clima de trabajo entre los residentes y los profesores es muy bueno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ROL DE LOS RESIDENTES

1=Nunca; 2=Casi nunca; 3=Algunas veces; 4=Casi siempre; 5=Siempre

Según Usted, ¿qué tan frecuente los residentes cumplen con los siguientes aspectos?

	1	2	3	4	5
Los residentes están abiertos a participar en diversas estrategias didácticas para el desarrollo de sus competencias profesionales	<input type="radio"/>				
Se interesan por indagar más allá de lo que los profesores dan durante el desarrollo de las actividades de docencia	<input type="radio"/>				
Cuentan con tiempo para el estudio independiente fuera del sitio de práctica	<input type="radio"/>				
Se preocupan por investigar los casos clínicos con rigor científico	<input type="radio"/>				
Tienen iniciativa para proponer cambios en el desarrollo de las actividades de enseñanza	<input type="radio"/>				
Poseen cualidades humanas favorables en la comunicación asertiva con la comunidad clínica	<input type="radio"/>				
Se interesan por el trabajo en equipo interdisciplinario	<input type="radio"/>				
Desarrollan con autonomía sus metas de aprendizaje	<input type="radio"/>				
Tienen iniciativa para proponer cuando se toman decisiones clínicas	<input type="radio"/>				
Se preocupan por elevar la competencia ética de su profesión	<input type="radio"/>				
Están dispuestos para apoyarse entre sí (R1-R2-R3,...) durante las actividades pedagógicas	<input type="radio"/>				

6.5.7. Anexo 7. Instrumento Cuestionario de los Residentes

CUESTIONARIO PARA RESIDENTES DE ESPECIALIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA –UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Escriba la especialidad en la que está matriculado como residente

Escriba el año de residencia que se encuentra cursando

Escriba la Universidad en la cual culminó el pregrado de medicina

Cuál fue su año de graduación del pregrado en medicina

ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS

Indique la frecuencia con que los profesores utilizan la(s) siguientes estrategias didácticas para las actividades de docencia

	Nunca la utilizan	Muy poco utilizada	Moderadamente utilizada	Frecuentemente utilizada	Siempre la utilizan
Práctica Guiada: atención a pacientes con supervisión directa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Simulaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estudios de casos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taller didáctico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seminarios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aprendizaje basado en	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nunca la utilizan	Muy poco utilizada	Moderadamente utilizada	Frecuentemente utilizada	Siempre la utilizan
problema. A.B.P.					
Participación en grupos de investigación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CPC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Telemática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ronda clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Simposio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prácticas de Laboratorio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Visita Domiciliaria Familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demostraciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Club de Revistas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Otra estrategia didáctica ¿Cuál? _____

De las siguientes estrategias didácticas señale cuál o cuáles desearía que sus profesores utilizaran para desarrollar la competencia profesional COMUNICATIVA

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Práctica Guiada | <input type="checkbox"/> CPC |
| <input type="checkbox"/> Simulaciones | <input type="checkbox"/> Telemática |
| <input type="checkbox"/> Estudios de casos | <input type="checkbox"/> Ronda clínica |
| <input type="checkbox"/> Taller didáctico | <input type="checkbox"/> Simposio |
| <input type="checkbox"/> Seminarios | <input type="checkbox"/> Prácticas de Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Aprendizaje basado en problemas. A.B.P. | <input type="checkbox"/> Visita Domiciliaria Familiar |
| <input type="checkbox"/> Participación en grupos de investigación | <input type="checkbox"/> Demostraciones |
| | <input type="checkbox"/> Club de revistas |

De las siguientes estrategias didácticas señale cuál o cuáles desearía que sus profesores utilizaran para desarrollar la competencia profesional DIAGNOSTICAR

Puede señalar en cada estrategia una o más competencias según su pertinencia

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Práctica Guiada | <input type="checkbox"/> Telemática |
| <input type="checkbox"/> Simulaciones | <input type="checkbox"/> Ronda clínica |
| <input type="checkbox"/> Estudios de casos | <input type="checkbox"/> Simposio |
| <input type="checkbox"/> Taller didáctico | <input type="checkbox"/> Prácticas de Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Seminarios | <input type="checkbox"/> Visita Domiciliaria Familiar |
| <input type="checkbox"/> Aprendizaje basado en problemas. A.B.P. | <input type="checkbox"/> Demostraciones |
| <input type="checkbox"/> Participación en grupos de investigación | <input type="checkbox"/> Club de revistas |
| <input type="checkbox"/> CPC | |

Otra ¿Cuál? _____

De las siguientes estrategias didácticas señale cuál o cuáles desearía que sus profesores utilizaran para desarrollar la competencia profesional PROPOSITIVA

Puede señalar en cada estrategia una o más competencias según su pertinencia

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Práctica Guiada | <input type="checkbox"/> Telemática |
| <input type="checkbox"/> Simulaciones | <input type="checkbox"/> Ronda clínica |
| <input type="checkbox"/> Estudios de casos | <input type="checkbox"/> Simposio |
| <input type="checkbox"/> Taller didáctico | <input type="checkbox"/> Prácticas de Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Seminarios | <input type="checkbox"/> Visita Domiciliaria Familiar |
| <input type="checkbox"/> Aprendizaje basado en problemas. A.B.P. | <input type="checkbox"/> Demostraciones |
| <input type="checkbox"/> Participación en grupos de investigación | <input type="checkbox"/> Club de revistas |
| <input type="checkbox"/> CPC | |

Otra ¿Cuál? _____

De las siguientes estrategias didácticas señale cuál o cuáles desearía que sus profesores utilizaran para desarrollar la competencia profesional REHABILITAR

Puede señalar en cada estrategia una o más competencias según su pertinencia

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Práctica Guiada | <input type="checkbox"/> Estudios de casos |
| <input type="checkbox"/> Simulaciones | <input type="checkbox"/> Taller didáctico |

TESIS DOCTORAL

LEONOR GALINDO CÁRDENAS

- Seminarios
- Aprendizaje basado en problemas. A.B.P.
- Participación en grupos de investigación
- CPC
- Telemática
- Ronda clínica

- Simposio
- Prácticas de Laboratorio
- Visita Domiciliaria Familiar
- Demostraciones
- Club de revistas

Otra ¿Cuál? _____

De las siguientes estrategias didácticas señale cuál o cuáles desearía que sus profesores utilizaran para desarrollar la competencia profesional **INVESTIGATIVA**

Puede señalar en cada estrategia una o más competencias según su pertinencia

- Práctica Guiada
- Simulaciones
- Estudios de casos
- Taller didáctico
- Seminarios
- Aprendizaje basado en problemas. A.B.P.
- Participación en grupos de investigación
- CPC

- Telemática
- Ronda clínica
- Simposio
- Prácticas de Laboratorio
- Visita Domiciliaria Familiar
- Demostraciones
- Club de revistas

Otra ¿Cuál? _____

De las siguientes estrategias didácticas señale cuál o cuáles desearía que sus profesores utilizaran para desarrollar la competencia profesional **TRABAJAR EN EQUIPO**

Puede señalar en cada estrategia una o más competencias según su pertinencia

- Práctica Guiada
- Simulaciones
- Estudios de casos
- Taller didáctico
- Seminarios
- Aprendizaje basado en problemas. A.B.P.
- Participación en grupos de investigación
- CPC

- Telemática
- Ronda clínica
- Simposio
- Prácticas de Laboratorio
- Visita Domiciliaria Familiar
- Demostraciones
- Club de revistas

Otra ¿cuál? _____

De las siguientes estrategias didácticas señale cuál o cuáles desearía que sus profesores utilizaran para desarrollar la competencia profesional **ÉTICA**

Puede señalar en cada estrategia una o más competencias según su pertinencia

- Práctica Guiada
- Simulaciones
- Estudios de casos
- Taller didáctico
- Seminarios
- Aprendizaje basado en problemas. A.B.P.
- Participación en grupos de investigación
- CPC
- Telemática
- Ronda clínica
- Simposio
- Prácticas de Laboratorio
- Visita Domiciliaria Familiar
- Demostraciones
- Club de revistas

Otra ¿Cuál? _____

ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS

Indique el grado de acuerdo con el que más se identifica según las siguientes afirmaciones

	Totalmente en desacuerdo	Poco acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Los profesores desarrollan las actividades didácticas de acuerdo con las competencias que usted debe desarrollar como residente en el nivel de formación en que se encuentra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los residentes están abiertos a participar en diversas estrategias didácticas para el desarrollo de sus competencias profesionales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La actual educación médica que se desarrolla en las especialidades ofrece diversas estrategias didácticas que favorecen el desarrollo de la autonomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se ofrecería una mayor variedad de estrategias didácticas si se dispusieran de mejores ambientes educativos para la formación de los residentes clínicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La actual educación médica que se desarrolla en las especialidades promueve la utilización de tecnologías de la información y la comunicación (TIC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los profesores dominan la aplicación de estrategias didácticas que privilegian el desarrollo de las competencias profesionales en los residentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Totalmente en desacuerdo	Poco acuerdo	Ni de acuerdo en desacuerdo	ni De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Los profesores enseñan utilizando estrategias didácticas tradicionales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMPETENCIAS PROFESIONALES

Indique el grado de acuerdo con el que más se identifica según las siguientes afirmaciones

	Totalmente en desacuerdo	Poco acuerdo	Ni de acuerdo en desacuerdo	ni De acuerdo	Totalmente de acuerdo
La educación médica impartida en su especialidad potencia en usted el desarrollo de las cualidades humanas para atender y tratar de forma integral a los pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El modelo de educación médica aplicado en su especialidad ofrece oportunidades para que el residente interesado participe en proyectos y grupos de investigación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los profesores desarrollan una propuesta desde diferentes disciplinas para que el residente comprenda e intervenga en la salud integral del paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El proceso didáctico aplicado en su especialidad tiene en cuenta la valoración de los pre-saberes y las experiencias previas de los residentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cada actividad de aprendizaje apunta al desarrollo de una o más competencias de formación propias de su especialidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Totalmente en desacuerdo	Poco acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Los residentes conocen las competencias que deben desarrollar durante cada año de su residencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las actividades de educación que se promueven en las especialidades, apuntan al desarrollo de competencias profesionales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PROCESO DE EVALUACIÓN

Indique el grado de acuerdo con el que más se identifica según las siguientes afirmaciones

	Totalmente en desacuerdo	Poco acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
La educación médica impartida en su especialidad cuenta con un sistema de evaluación de los aprendizajes coherente con el modelo educativo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las estrategias de evaluación de los aprendizajes utilizadas en su especialidad clínica permiten valorar y retroalimentar el proceso de formación del residente hacia el desarrollo de sus competencias profesionales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La calidad de la atención clínica a los pacientes por parte de los residentes es uno de los indicadores de su evaluación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Totalmente en desacuerdo	Poco acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Se aplican instrumentos de evaluación que miden el nivel de competencias alcanzados por los residentes al terminar cada año de formación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los residentes autoevalúan su desempeño frente a las metas de formación del año	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La formación del residente, parte de la evaluación inicial que identifica fortalezas y debilidades con las que pasa el residente de un año al otro en su formación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los residentes y profesores cuentan con los tiempos suficientes para disponer de momentos de realimentación del proceso evaluativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las actividades académicas se pueden desarrollar con suficiente tiempo para su preparación, desarrollo y evaluación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El seguimiento y acompañamiento docente se caracteriza por su alto contenido humano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El seguimiento y acompañamiento docente se caracteriza por su alto nivel disciplinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La comunicación entre profesores y residentes se caracteriza por el trato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Totalmente en desacuerdo	Poco acuerdo	Ni acuerdo en desacuerdo	de ni De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------------	-----------------	-----------------------------------	------------------------	--------------------------

respetuoso

RECURSOS EDUCATIVOS

Indique el grado de acuerdo con el que más se identifica según las siguientes afirmaciones

Totalmente en desacuerdo	Poco acuerdo	Ni acuerdo en desacuerdo	de ni De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------------	-----------------	-----------------------------------	------------------------	--------------------------

Se dispone de suficientes espacios formativos para atender a todos los residentes que rotan por el servicio

<input type="radio"/>				
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

En su dependencia las instalaciones permiten desarrollar las actividades de enseñanza y de aprendizaje con los residentes

<input type="radio"/>				
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

La oferta formativa para los residentes se ve limitada por los recursos físicos de los que se dispone

<input type="radio"/>				
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Se necesita de un mayor número de espacios formativos y sitios de práctica para el desarrollo de las actividades pedagógicas

<input type="radio"/>				
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

En su dependencia se puede disponer de recursos tecnológicos que apoyen el desarrollo de las actividades pedagógicas

<input type="radio"/>				
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

En su dependencia se dispone de suficientes recursos de apoyo docente

<input type="radio"/>				
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Totalmente en desacuerdo Poco acuerdo Ni de acuerdo ni De acuerdo Totalmente de acuerdo

En su dependencia existen los mismos recursos educativos con los cuales se ha enseñado a lo largo de los años de existencia del programa

ROL DOCENTE

Cuál cree es el nivel de satisfacción que tienen de Usted los OTROS RESIDENTES

1 2 3 4 5

Selecciona un valor en el rango de Insatisfechos Muy satisfechos

Cuál cree es el nivel de satisfacción que tienen de Usted los PROFESORES

1 2 3 4 5

Selecciona un valor en el rango de Insatisfechos Muy satisfechos

Cuál cree es el nivel de satisfacción que tienen de Usted los JEFES Y DIRECTIVOS DE LA FACULTAD

1 2 3 4 5

Selecciona un valor en el rango Insatisfechos Muy satisfechos

Cuál cree es el nivel de satisfacción que tienen de Usted los PACIENTES

1 2 3 4 5

Selecciona un valor en el rango Insatisfechos Muy satisfechos

Valore el nivel de satisfacción con el ejercicio de la docencia de sus profesores

Insatisfecho Poco satisfecho Me es indiferente Satisfecho Muy satisfecho

Formación pedagógica para el desarrollo de la labor docente

Implicación en las actividades pedagógicas con sus residentes

	Insatisfecho	Poco satisfecho	Me es indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
Motivación para tutelar a los residentes acerca del trabajo clínico	<input type="radio"/>				
Trato respetuoso con los residentes	<input type="radio"/>				
Atención a las inquietudes académicas específicas de cada residente	<input type="radio"/>				
Manejo de conflictos presentados entre residentes, profesores, pacientes y demás personal paramédico	<input type="radio"/>				
Disposición para ofrecer alternativas ante los retos académicos de los residentes	<input type="radio"/>				
Claridad en los acuerdos académicos establecidos	<input type="radio"/>				

Valore el grado de importancia de los siguientes aspectos respecto a las necesidades formativas para fortalecer la labor docente de sus profesores

Nada importante; Poco importante; Importante; Muy importante; Totalmente importante. Selecciona un valor en el rango de 1, Nada importante, a 5, Totalmente importante.

Dominio de las estrategias didácticas:

1 2 3 4 5

Nada importante Totalmente importante

Apropiación del modelo de formación por competencias profesionales

1 2 3 4 5

Nada importante Totalmente importante

Técnicas de comunicación asertiva

1 2 3 4 5

Nada importante Totalmente importante

Manejo de las Tecnologías de la información y la comunicación (T.I.C)

	1	2	3	4	5	
Nada importante	<input type="radio"/>	Totalmente importante				

Estrategias de evaluación por competencias

	1	2	3	4	5	
Nada importante	<input type="radio"/>	Totalmente importante				

Desarrollo de Tutorías y mediaciones pedagógicas

	1	2	3	4	5	
Nada importante	<input type="radio"/>	Totalmente importante				

Estrategias para el aprendizaje significativo

	1	2	3	4	5	
Nada importante	<input type="radio"/>	Totalmente importante				

Pensamiento complejo

	1	2	3	4	5	
Nada importante	<input type="radio"/>	Totalmente importante				

Dinamización de grupos

	1	2	3	4	5	
Nada importante	<input type="radio"/>	Totalmente importante				

Investigación formativa

	1	2	3	4	5	
Nada importante	<input type="radio"/>	Totalmente importante				

Trabajo en equipo

	1	2	3	4	5	
Nada importante	<input type="radio"/>	Totalmente importante				

La ética en el ejercicio de la profesión

	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Nada importante Totalmente importante

Dominio científico de la especialidad

1 2 3 4 5

Nada importante Totalmente importante

Indique el grado de acuerdo con el que más se identifica según las siguientes afirmaciones presentadas para su dependencia

	Totalmente en desacuerdo	Poco acuerdo	Ni de acuerdo ni De desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Se cuenta con tiempo suficiente para desarrollar las actividades académicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El equipo de profesores ofrece asesoría y acompañamiento atendiendo a los lineamientos y políticas de la Facultad de Medicina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las actividades académicas son monitoreadas y evaluadas de forma permanente por el equipo de profesores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para el desarrollo de las actividades académicas se parte del análisis de las necesidades de los residentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las actividades que realizan los residentes están interrelacionadas con las competencias a desarrollar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El clima de trabajo entre los profesores y residentes de su dependencia es óptimo para el desempeño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El clima de trabajo entre los	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Totalmente en desacuerdo	Poco acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
residentes es de cooperación frente al reto del aprendizaje					
El clima de trabajo entre los residentes y los profesores es óptimo para la formación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rol de los residentes: Según su propia experiencia en la residencia clínica y atendiendo a la siguiente escala, señale con qué frecuencia cumple con las siguientes afirmaciones					
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Están abiertos a participar en diversas estrategias didácticas para el desarrollo de sus competencias profesionales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se interesan por indagar más allá de lo que los profesores dan durante el desarrollo de las actividades de docencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuentan con tiempo para el estudio independiente fuera del sitio de práctica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se preocupan por investigar los casos clínicos con rigor científico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tienen iniciativa para proponer cambios en el desarrollo de las actividades docentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poseen cualidades humanas favorables en la comunicación asertiva con la comunidad clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se interesan por el trabajo en equipo interdisciplinario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Desarrollan con autonomía sus metas de aprendizaje	<input type="radio"/>				
Tienen iniciativa para proponer cuando se toman decisiones.	<input type="radio"/>				
Se preocupan por elevar la competencia ética de su profesión	<input type="radio"/>				
Son dispuestos para apoyarse entre sí (R1-R2-R3,...) durante las actividades académicas	<input type="radio"/>				
Consideran a sus profesores como referentes a seguir en su formación integral profesional	<input type="radio"/>				

Valore el logro y alcance de competencias durante su propia residencia

Ninguno; Bajo; Moderado; Alto; Muy alto. Selecciona un valor en el rango de 1, Ninguna, a 5, Muy alta

	1	2	3	4	5	
Nivel de dificultad de las actividades académicas desarrolladas.....	Ninguna <input type="radio"/>	Muy alta				

	1	2	3	4	5	
Grado de compromiso con las actividades diarias.....	Ninguna <input type="radio"/>	Muy alta				

	1	2	3	4	5	
Grado de motivación en el desarrollo de las actividades académicas.....	Ninguno <input type="radio"/>	Muy alto				
Grado de satisfacción por lo aprendido.....	Ninguna <input type="radio"/>	Muy alta				

1 2 3 4 5

	<hr/> Ninguna <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Muy alta <hr/>
Grado de impacto social de la labor realizada.....	
	<hr/> 1 2 3 4 5 <hr/>
Manejo del tiempo dedicado a los compromisos académicos.....	Ninguna <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Muy alto <hr/>
	<hr/> 1 2 3 4 5 <hr/>
Desarrollo de competencias profesionales requeridas en la especialidad.....	Ninguno <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Muy alto <hr/>
	<hr/> 1 2 3 4 5 <hr/>
Búsqueda planificada de acciones de mejoramiento ante las dificultades que se presenta.....	Ninguna <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Muy alta <hr/>
	<hr/> 1 2 3 4 5 <hr/>
Compromiso ético con su función como residente.....	Ninguno <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Muy alto <hr/>

6.5.8. Anexo 8. Validez del Instrumento Cuantitativo Dra. María Elena Arango

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION CUANTITATIVA
JUICIO DE EXPERTO

N° 1

Identificación

Nombre y apellido del experto: María Elena Arango Rave

Formación: Médica. Especialista en Cirugía General y Especialista en Cirugía Pediátrica

Cargo: Jefe y Profesora del Departamento de Cirugía Pediátrica. Facultad de Medicina de la UdeA.

Experta: Contenido Área de Educación Médica

Título de la Investigación: CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE EDUCACIÓN MÉDICA DESDE SU ENFOQUE DIDÁCTICO, DESARROLLADO EN DOCE ESPECIALIZACIONES CLÍNICAS Y NUEVE QUIRÚRGICAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA - COLOMBIA. HACIA UN NUEVO ENFOQUE

Nombre del Instrumento: CUESTIONARIO DIRIGIDO A PROFESORES Y CUESTIONARIO DIRIGIDO A RESIDENTES

INDICADORES	CRITERIOS	Poco Aceptable					Escasamente Aceptable					Aceptable					Totalmente Aceptable				
		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
Intencionalidad	Adecuado para valorar el enfoque didáctico de las especialidades clínicas y quirúrgicas																				100
Claridad	Las preguntas y enunciados están formulados con lenguaje comprensible para profesores y																			91	

1

INDICADORES	CRITERIOS	Poco Aceptable					Escasamente Aceptable					Aceptable					Totalmente Aceptable				
		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
	residentes de especialidades médicas																				
Organización	Existe una organización lógica de las preguntas de acuerdo con las categorías de análisis.																				100
Consistencia	Su contenido se soporta en bases teóricas de la pedagogía, la didáctica y la educación médica.																				100
Suficiencia	El número de preguntas es suficiente para recoger los datos que la investigación requiere de la audiencia a quien va dirigido el cuestionario																				100
Pertinencia	El contenido del cuestionario es útil para la investigación. La calidad de las preguntas permite obtener datos significativos para el estudio																				100

2

INDICADORES	CRITERIOS	Poco Aceptable					Escasamente Aceptable					Aceptable					Totalmente Aceptable					
		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96	
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
Coherencia	Existe coherencia entre los objetivos de la investigación, el problema y las categorías de análisis en las que se agruparon las preguntas																					100

OBSERVACIONES GENERALES:

- ✓ En términos generales el instrumento cuenta con un buen diseño y su contenido permite dar validez a los datos que se arrojen, así como objetividad en las respuestas y pertinencia para los propósitos de la investigación.
- ✓ Dentro del mismo documento realizo las observaciones relacionadas con el vocabulario utilizado que recomiendo modificar para hacer más comprensibles las preguntas por el personal médico docente y por los residentes.
- ✓ Considero que la socialización resiente a la comunidad académica de la Facultad de Medicina, sobre los resultados del trabajo de investigación de la evaluación del currículo en pregrado médico y la caracterización de competencias en el plan de estudios de este nivel, permite establecer la fundamentación y conceptualización que se requiere en profesores y residentes para comprender las preguntas sobre competencias en las categorías de análisis.

Valoración Final: Totalmente aceptable Puntos 691 correspondiente al 98.7%

Lugar y fecha: _____

Alfania Elisa Araujo D.
Firma del Expositor

6.5.9. Anexo 9. Validez de Instrumento Cuantitativo Dra. Claudia Marcela Vélez

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION JUICIO DE UN EXPERTO METODOLÓGICO.

CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE EDUCACIÓN MÉDICA DESDE SU ENFOQUE DIDÁCTICO, DESARROLLADO EN DOCE ESPECIALIZACIONES CLÍNICAS Y NUEVE QUIRÚRGICAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA - COLOMBIA. HACIA UN NUEVO ENFOQUE

Identificación

Nombre y apellido del experto: Marcela Vélez

Formación: Médica. Especialista en Salud Pública y Magister en Epidemiología Clínica.

Cargo: Profesora del Instituto de Investigaciones Médicas. Facultad de Medicina de la UdeA.

Instrumentos de Investigación Cuantitativa: Cuestionario para profesores y cuestionario para residentes.

1. - Poco Aceptable	2.- Escasamente Aceptable	3. - Aceptable	4. - Totalmente Aceptable
---------------------	---------------------------	----------------	---------------------------

Criterio de Validez	Puntuación				Argumento Observaciones y/o Sugerencias
	1	2	3	4	
Estructura del cuestionario				X	El instrumento cumple con las características y condiciones del diseño de un cuestionario, con preguntas abiertas de respuestas únicas.
Escala de medición utilizada			X		Algunas escalas de medición o frecuencias se deben ajustar para evitar la ambigüedad de las respuestas y orientarlas hacia el tipo de datos que se pretenden obtener.
Intensión y objetividad de medición				X	Aunque las preguntas son de orden cualitativas, la estructura de respuestas cuantitativas permite dar una objetividad a los datos y una valoración en términos de medición.
Presentación y formalidad del instrumento (código de ética)				X	Cumple con los lineamientos exigidos por del código de ética para garantizar confidencialidad de quien suministra los datos y se respalda con la firma del consentimiento informado como requisito para acceder al instrumento, tanto en medio digital como físico.
Total			3	12	

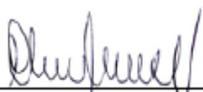
De 4 - 7: no Valida, Reformular

De 8 - 10: no Valida, Modificarla

De 11 - 13: Valido, Mejorar

De 14 - 16: Valido, Aplicar

Total Puntuación de Validación: 15 puntos

Fecha de Validación: 11 de febrero de 2013


6.5.10. Anexo 10. Validez del Instrumento Cuantitativo Dra. Sandra Patricia Isaza

Jaramillo

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION CUANTITATIVA
JUICIO DE EXPERTO

Nº 3

Identificación

Nombre y apellido del experto: Sandra Isaza
Formación: Médica. Especialista en Neurología. Magister en Epidemiología
Cargo: Profesora del Departamento de Neurología. Facultad de Medicina de la UdeA.

Experta: Contenido Área de Educación Médica y Metodología de Investigación Cuantitativa

Título de la Investigación: CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE EDUCACIÓN MÉDICA DESDE SU ENFOQUE DIDÁCTICO, DESARROLLADO EN DOCE ESPECIALIZACIONES CLÍNICAS Y NUEVE QUIRÚRGICAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA - COLOMBIA. HACIA UN NUEVO ENFOQUE

Nombre de los Instrumentos: CUESTIONARIO DIRIGIDO A PROFESORES Y CUESTIONARIO DIRIGIDO A RESIDENTES

INDICADORES	CRITERIOS	Poco Aceptable					Escasamente Aceptable					Aceptable					Totalmente Aceptable				
		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
Intencionalidad	Adecuado para valorar el enfoque didáctico de las especialidades clínicas y quirúrgicas																				100
Claridad	Las preguntas y enunciados están formulados con lenguaje comprensible para profesores y residentes de especialidades médicas																				100

1

INDICADORES	CRITERIOS	Poco Aceptable					Escasamente Aceptable					Aceptable					Totalmente Aceptable				
		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
Organización	Existe una organización lógica de las preguntas de acuerdo con las categorías de análisis.																				100
Consistencia	Su contenido se soporta en bases teóricas de la pedagogía, la didáctica y la educación médica.																				100
Suficiencia	El número de preguntas es suficiente para recoger los datos que la investigación requiere de la audiencia a quien va dirigido el cuestionario																				100
Pertinencia	El contenido del cuestionario es útil para la investigación. La calidad de las preguntas permite obtener datos significativos para el estudio																				100
Coherencia	Existe coherencia entre los objetivos de la investigación, el problema y las categorías de análisis en las que se agruparon las preguntas																				100

2

OBSERVACIONES GENERALES:

- ✓ El instrumento se puede aplicar de manera inmediata dado que al hacer su revisión del diseño metodológico muestra consistencia y responde con las características de una encuesta tipo cuestionario para la recolección de datos cuantitativos.
- ✓ Desde el punto de vista de su contenido es consistente con el problema y objetivos de la investigación
- ✓ Se presenta con el uso de un vocabulario acorde con la educación médica y de fácil comprensión para las audiencias que se dirigen.
- ✓ Se recomienda hacer un pilotaje que permita estimar el tiempo de diligenciamiento de la prueba para que sea informado a los participantes. Este pilotaje se puede hacer por conveniencia investigativa con tres profesores y tres residentes.

Valoración Final: Totalmente aceptable Puntos 700 correspondientes al 100%

Lugar y fecha: _____


Firma del Experto

6.5.11. Anexo 11. Acta de Validez de Instrumento Cuantitativo


FACULTAD DE MEDICINA
Departamento de Educación Médica

ACTA VALIDEZ DE INSTRUMENTOS CUANTITATIVOS

Título de la Investigación: CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE EDUCACIÓN MÉDICA DESDE SU ENFOQUE DIDÁCTICO, DESARROLLADO EN DOCE ESPECIALIZACIONES CLÍNICAS Y NUEVE QUIRÚRGICAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA - COLOMBIA. HACIA UN NUEVO ENFOQUE

Instrumentos validados: Cuestionario dirigido a Profesores y Cuestionario dirigido a Residentes.

Expertos de contenido en educación médica y de metodología de investigación cuantitativa:

- ✓ Dra. María Elena Arango Rave. Representante por las especialidades Quirúrgicas
- ✓ Dra. Sandra Patricia Isaza Jaramillo. Representante por las especialidades Clínicas
- ✓ Dra. Marcela Vélez. Representante Instituto de Investigaciones Biomédicas.

Proceso de Validación:

Para lo validación se contó con el apoyo en primer lugar de la experta en metodología de investigación cuantitativa, médica, salubrista y epidemióloga Dra. Marcela Vélez quien realizó una revisión técnica y validación de apariencia de los ítems y la información que debían recoger para adaptar el propósito del cuestionario a los formatos y categorías de respuesta adecuados, a su vez apoyó con los ajustes respectivos. Luego se pasó a la experta en educación médica, la Dra. María Elena Arango Rave, representante por las especialidades quirúrgicas quien realizó una validación de contenido y ofreció de forma inmediata los ajustes que recomendó relacionados con el mejoramiento de uso de algunos

1

Facultad de Medicina: Carrera 51D N.º 62-29. Bloque 32, oficina 202, Edificio Manuel Uribe Ángel • Telefaxes: 219 60 71, 219 60 76
N.º 890.980.040-8 • Apartado 1226 • Correos electrónicos: secre_edumedicina@medicina.udea.edu.co, edumod@medicina.udea.edu.co
<http://medicina.udea.edu.co> • Medellín, Colombia



FACULTAD DE MEDICINA
Departamento de Educación Médica

términos pedagógicos para hacerlos más comprensibles por el lenguaje médico. Además consideró que la socialización resiente a la comunidad académica de la Facultad de Medicina, sobre los resultados del trabajo de investigación de la evaluación del currículo en pregrado médico y la caracterización de competencias en el plan de estudios de este nivel, permite establecer la fundamentación y conceptualización que se requiere en profesores y residentes para comprender las preguntas sobre competencias en las categorías de análisis.

Finalmente se procedió a la revisión final por parte de la Dra. Sandra Patricia Isaza Jaramillo, representante por las especialidades clínicas, experta en educación médica y en metodología de investigación cuantitativa para que hiciera una valoración integral del producto. Ella hizo una revisión técnica, de contenido y metodológica dando como respuesta positiva acerca de la validez de los dos instrumentos, afirmando que éstos cuentan con rigor metodológico, con consistencia y coherencia interna de contenidos relacionados directamente con los objetivos y el problema de la investigación, así como con el uso de un lenguaje técnico que facilite la comprensión por parte de la audiencia a la cual se dirigen. Recomendó seguir el protocolo exigido por el comité de ética para garantizar que las audiencias consultadas firmaran los consentimientos informados previamente.

Una vez diseñados los cuestionarios se enviaron al Director de la tesis, Dr. Juan López para su valoración, recibiendo de él la aprobación para la recolección de los datos.

De otra parte se procedió a hacer una prueba de tiempo estimado del diligenciamiento de los cuestionarios; para tal fin tres profesoras del Departamento de Educación médica y dos



FACULTAD DE MEDICINA
Departamento de Educación Médica

Residentes médicos contribuyeron diligenciando los cuestionarios y se pudo determinar que el tiempo estimado estaba entre 20 a 25 minutos.

Se anexan instrumentos de validación diligenciados.

En constancia de lo anteriormente descrito firman:

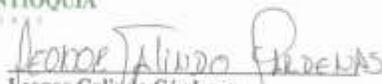
Dra. Marcela Vélez.
Médica, Salubrista y magister en Epidemiología
Representante Instituto de Investigaciones Médicas.
Experta en metodología de Investigación Cuantitativa

Dra. María Elena Arango Rave.
Médica, Cirujana General, Cirujana Infantil
Representante por las especialidades Quirúrgicas
Experta contenido educación médica

Dra. Sandra Patricia Isaza Jaramillo
Médica, Neuróloga y magister en Epidemiología
Representante por las especialidades Clínicas
Experta contenido educación médica y metodología de Investigación Cuantitativa



FACULTAD DE MEDICINA
Departamento de Educación Médica



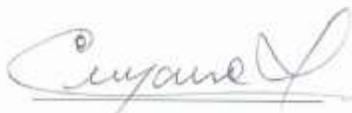
Leonor Galindo Cárdenas
Investigadora principal
Candidata a Doctora en Educación
Licenciada en educación, especialista en educación y desarrollo del pensamiento, Magister en Educación



V^oB^o Dra. Diana Díaz Hernández
Jefe de Educación Médica
Coordinadora Grupo de Investigación EDUSALUD
Facultad de Medicina Universidad de Antioquia



V^oB^o Dr. Jaime Carrizosa Moog
Jefe de Posgrados
Facultad de Medicina Universidad de Antioquia



V^oB^o Dra. Cruzana Echeverri Restrepo
Integrante Comité de Currículo
Representante Asesora Pedagógica
Facultad de Medicina Universidad de Antioquia

Firmado en la ciudad de Medellín, Departamento de Antioquia, Colombia a los 17 días del mes de febrero de 2013

6.5.12. Anexo 12. Fiabilidad del Instrumento Alfa de Cronbach**TODA LA ESCALA****Resumen de procesamiento de casos**

		N	%
Casos	validos	259	48,1
	Excluidos	280	51,9
	Total	539	100,0
Eliminación por lista sobre la base de todas las variables en el procedimiento			

Estadístico de Fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach Basado en Estandarizadas Ítems	No. De Ítems
,913	,914	194

Estadísticos de los Ítems			
Ítems	Media	Desviación Típica	N
ED Práctica Guiada: Atención a Pacientes con supervisión directa	4,40	,932	259
ED Simulaciones	2,30	1,057	259
ED Estudios de Casos	3,49	1,105	259
ED Taller Didáctico	2,66	1,155	259

Estadísticos de los Ítems			
Ítems	Media	Desviación Típica	N
ED Seminario	3,92	1,181	259
ED Aprendizaje Basado en Problema A.B.P	2,91	1,262	259
ED Participación en Grupos de Investigación	2,86	1,270	259
ED CPC	2,14	1,294	259
ED Telemedicina	1,39	,756	259
ED Ronda Clínica	4,07	1,406	259
ED Simposio	2,69	1,218	259
ED Prácticas de Laboratorio	1,83	1,202	259
ED Visita Domiciliaria Familiar	1,26	,796	259
ED Demostraciones	2,14	1,303	259
ED Club de Revista	3,36	1,297	259
ED Utilizaría para competencias COMUNICAR Practica Guiada	,58	,495	259
ED Utilizaría para Competencias COMUNICAR Simulaciones	,20	,404	259
ED Utilizaría para Competencias COMUNICAR Estudios de Casos	,40	,490	259

Estadísticos de los Ítems			
Ítems	Media	Desviación Típica	N
ED Utilizaría para Competencias COMUNICAR Taller Didáctico	,24	,428	259
ED Utilizaría para Competencias COMUNICAR Seminarios	,60	,490	259
ED Utilizaría para Competencias COMUNICAR Aprendizaje Basado en Problemas A.B.P	,39	,489	259
ED Utilizaría para Competencias COMUNICAR Participación en Grupos de Investigación	,21	,410	259
ED Utilizaría para Competencias COMUNICAR CPC	,16	,369	259
ED Utilizaría para Competencias COMUNICAR Telemedicina	,10	,306	259
ED Utilizaría para Competencias COMUNICAR Ronda Clínica	,66	,473	259
ED Utilizaría Para Competencias COMUNICAR Simposio	,27	,445	259
ED Utilizaría para Competencias COMUNICAR Práctica de Laboratorio	,07	,261	259
ED Utilizaría para Competencias COMUNICAR Visita Domiciliaria Familiar	,09	,285	259
ED Utilizaría para Competencias COMUNICAR Demostraciones	,16	,369	259
ED Utilizaría para Competencias COMUNICAR Club de Revista	,62	,486	259
ED Utilizaría para Competencias COMUNICAR Otra	,06	,234	259
ED Utilizaría para Competencias DIAGNOSTICAR Práctica Guiada	,69	,465	259

Estadísticos de los Ítems			
Ítems	Media	Desviación Típica	N
ED Utilizaría para Competencias DIAGNOSTICAR Simulaciones	,40	,490	259
ED Utilizaría para Competencias DIAGNOSTICAR Estudios de Casos	,73	,447	259
ED Utilizaría para Competencias DIAGNOSTICAR Taller Didáctico	,31	,465	259
ED Utilizaría para Competencias DIAGNOSTICAR Seminarios	,44	,497	259
ED Utilizaría para Competencias DIAGNOSTICAR Aprendizaje Basado en Problemas A.B.P	,42	,495	259
ED Utilizaría para Competencias DIAGNOSTICAR Participación en Grupos de Investigación	,11	,316	259
ED Utilizaría para Competencias DIAGNOSTICAR CPC	,35	,478	259
ED Utilizaría para Competencias DIAGNOSTICAR Telemedicina	,13	,338	259
ED Utilizaría para Competencias DIAGNOSTICAR Ronda Clínica	,72	,449	259
ED Utilizaría para Competencias DIAGNOSTICAR Simposio	,14	,351	259
ED Utilizaría para Competencias DIAGNOSTICAR Práctica de Laboratorio	,12	,321	259
ED Utilizaría para Competencias DIAGNOSTICAR Visita Domiciliaria Familiar	,08	,279	259
ED Utilizaría para Competencias DIAGNOSTICAR Demostraciones	,13	,338	259
ED Utilizaría para Competencias DIAGNOSTICAR Club de Revistas	,16	,369	259

Estadísticos de los Ítems			
Ítems	Media	Desviación Típica	N
ED Utilizaría para Competencias PROPONER Práctica Guiada	,54	,500	259
ED Utilizaría para Competencias PROPONER Simulaciones	,27	,445	259
ED Utilizaría para Competencias PROPONER Estudios de Casos	,60	,490	259
ED Utilizaría para Competencias PROPONER Taller Didáctico	,40	,491	259
ED Utilizaría para Competencias PROPONER Seminarios	,43	,496	259
ED Utilizaría para Competencias PROPONER Aprendizaje Basado en Problemas A.B.P	,59	,492	259
ED Utilizaría para Competencias PROPONER Participación en Grupos de Investigación	,34	,475	259
ED Utilizaría para Competencias PROPONER CPC	,17	,380	259
ED Utilizaría para Competencias PROPONER Telemedicina	,08	,279	259
ED Utilizaría para Competencias PROPONER Ronda Clínica	,55	,499	259
ED Utilizaría para Competencias PROPONER Simposio	,21	,410	259
ED Utilizaría para Competencias PROPONER Práctica de Laboratorio	,06	,234	259
ED Utilizaría para Competencias PROPONER Visita Domiciliaria Familiar	,07	,248	259
ED Utilizaría para Competencias PROPONER Demostraciones	,12	,330	259

Estadísticos de los Ítems			
Ítems	Media	Desviación Típica	N
ED Utilizaría para Competencias PROPONER Club de Revista	,22	,412	259
ED Utilizaría para Competencias PROPONER Otra	,02	,124	259
ED Utilizaría para Competencias REHABILITAR Práctica Guiada	,59	,493	259
ED Utilizaría para Competencias REHABILITAR Simulaciones	,26	,439	259
ED Utilizaría para Competencias REHABILITAR Estudios de Casos	,45	,499	259
ED Utilizaría para Competencias REHABILITAR Taller Didáctico	,31	,463	259
ED Utilizaría para Competencias REHABILITAR Seminarios	,32	,466	259
ED Utilizaría para Competencias REHABILITAR Aprendizaje Basado en Problemas A.B.P	,30	,460	259
ED Utilizaría para Competencias REHABILITAR Participación en Grupos de Investigación	,09	,291	259
ED Utilizaría para Competencias REHABILITAR CPC	,08	,267	259
ED Utilizaría para Competencias REHABILITAR Telemedicina	,11	,311	259
ED Utilizaría para Competencias REHABILITAR Ronda Clínica	,54	,500	259
ED Utilizaría para Competencias REHABILITAR Simposio	,19	,395	259
ED Utilizaría para Competencias REHABILITAR Práctica de Laboratorio	,06	,234	259

Estadísticos de los Ítems			
Ítems	Media	Desviación Típica	N
ED Utilizaría para Competencias REHABILITAR Visita Domiciliaria Familiar	,23	,420	259
ED Utilizaría para Competencias REHABILITAR Demostraciones	,23	,420	259
ED Utilizaría para Competencias REHABILITAR Club de Revista	,18	,383	259
ED Utilizaría para Competencias REHABILITAR Otra	,01	,107	259
ED Utilizaría para Competencias INVESTIGAR Práctica Guiada	,25	,434	259
ED Utilizaría para Competencias INVESTIGAR Simulaciones	,12	,325	259
ED Utilizaría para Competencias INVESTIGAR Estudios de Casos	,47	,500	259
ED Utilizaría para Competencias INVESTIGAR Taller Didáctico	,18	,383	259
ED Utilizaría para Competencias INVESTIGAR Seminario	,45	,499	259
ED Utilizaría para Competencias INVESTIGAR Aprendizaje Basado en Problemas A.B.P	,40	,490	259
ED Utilizaría para Competencias INVESTIGAR Participación en Grupos de Investigación	,75	,434	259
ED Utilizaría para Competencias INVESTIGAR CPC	,22	,412	259
ED Utilizaría para Competencias INVESTIGAR Telemedicina	,06	,234	259
ED Utilizaría para Competencias INVESTIGAR Ronda Clínica	,21	,407	259

Estadísticos de los Ítems			
Ítems	Media	Desviación Típica	N
ED Utilizaría para Competencias INVESTIGAR Simposio	,26	,439	259
ED Utilizaría para Competencias INVESTIGAR Práctica de Laboratorio	,21	,407	259
ED Utilizaría para Competencias INVESTIGAR Visita Domiciliaria Familiar	,03	,173	259
ED Utilizaría para Competencias INVESTIGAR Demostraciones	,06	,234	259
ED Utilizaría para Competencias INVESTIGAR Club de revistas	,61	,489	259
ED Utilizaría para Competencias TRABAJAR EN EQUIPO Práctica Guiada	,49	,501	259
ED Utilizaría para Competencias TRABAJAR EN EQUIPO Simulaciones	,31	,461	259
ED Utilizaría para Competencias TRABAJAR EN EQUIPO Estudios de Caso	,39	,488	259
ED Utilizaría para Competencias TRABAJAR EN EQUIPO Taller Didáctico	,42	,495	259
ED Utilizaría para Competencias TRABAJAR EN EQUIPO Seminario	,31	,463	259
ED Utilizaría para Competencias TRABAJAR EN EQUIPO Aprendizaje Basado en Problemas A.B.P	,47	,500	259
ED Utilizaría para Competencias TRABAJAR EN EQUIPO Participación en Grupos de Investigación	,56	,498	259
ED Utilizaría para Competencias TRABAJAR EN EQUIPO CPC	,16	,369	259
ED Utilizaría para Competencias TRABAJAR EN EQUIPO Telemedicina	,10	,306	259

Estadísticos de los Ítems			
Ítems	Media	Desviación Típica	N
ED Utilizaría para Competencias TRABAJAR EN EQUIPO Ronda Clínica	,58	,495	259
ED Utilizaría para Competencias TRABAJAR EN EQUIPO Simposio	,14	,347	259
ED Utilizaría para Competencias TRABAJAR EN EQUIPO Práctica de Laboratorio	,14	,347	259
ED Utilizaría para Competencias TRABAJAR EN EQUIPO Visita Domiciliaria Familiar	,12	,330	259
ED Utilizaría para Competencias TRABAJAR EN EQUIPO Demostraciones	,14	,343	259
ED Utilizaría para Competencias TRABAJAR EN EQUIPO Club Revistas	,13	,334	259
ED Utilizaría para Competencias TRABAJAR EN EQUIPO Otra	,02	,151	259
ED Utilizaría para Competencias ETICA Práctica Guiada	,68	,468	259
ED Utilizaría para Competencias ETICA Simulaciones	,25	,432	259
ED Utilizaría para Competencias ETICA Estudios de Casos	,60	,491	259
ED Utilizaría para Competencias ETICA Taller Didáctico	,19	,395	259
ED Utilizaría para Competencias ETICA Seminario	,26	,441	259
ED Utilizaría para Competencias ETICA Aprendizaje Basado en Problemas A.B.P	,39	,489	259
ED Utilizaría para Competencias ETICA Participación en Grupos de Investigación	,20	,404	259

Estadísticos de los Ítems			
Ítems	Media	Desviación Típica	N
ED Utilizaría para Competencias ETICA CPC	,20	,398	259
ED Utilizaría para Competencias ETICA Telemedicina	,26	,441	259
ED Utilizaría para Competencias ETICA Ronda Clínica	,58	,495	259
ED Utilizaría para Competencias ETICA Simposio	,15	,355	259
ED Utilizaría para Competencias ETICA Práctica de Laboratorio	,09	,285	259
ED Utilizaría para Competencias ETICA Visita Domiciliaria Familiar	,22	,418	259
ED Utilizaría para Competencias ETICA Demostraciones	,17	,376	259
ED Utilizaría para Competencias ETICA Club de Revista	,15	,355	259
ED Utilizaría para Competencias ETICA otra	,02	,124	259
Los Profesores planean las actividades didácticas de acuerdo con las competencias que deben desarrollar los residentes en el nivel de formación que se encuentran.	3,74	1,011	259
Los Residentes están abiertos a participar en diversas estrategias didácticas para el desarrollo de sus competencias profesionales.	3,85	1,097	259
La actual Educación médica que se desarrolla en las especialidades clínicas ofrece diversas estrategias didácticas que favorecen el desarrollo de la autonomía.	3,37	1,001	259

Estadísticos de los Ítems			
Ítems	Media	Desviación Típica	N
Se ofrecería una mayor variedad de estrategias didácticas si se dispusieran de mejores ambientes educativos para la formación de los residentes clínicos.	4,18	,940	259
La actual educación médica que se desarrolla en las especialidades clínicas promueve la utilización de tecnología de la información y la comunicación (TIC).	3,53	1,132	259
Los profesores se han capacitado para la aplicación de estrategias didácticas que privilegian el desarrollo de las competencias profesionales.	2,63	,996	259
Los profesores enseñan utilizando las mismas estrategias didácticas que aprendieron de sus profesores.	3,72	1,093	259
La Educación médica impartida en las especialidades clínicas en la que ejerce su rol de profesor potencia en el residente el desarrollo de las cualidades humanas para atender y tratar de forma integral a los pacientes.	3,75	,981	259
El modelo de educación médica aplicado en las especialidades clínicas ofrece oportunidades para que el residente interesado participe en proyectos y grupos de investigación.	3,48	1,142	259
Los profesores desarrollan una propuesta integradora desde diferentes disciplinas para que el residente comprenda e intervenga desde su especialidad en la salud integral del paciente.	3,61	,843	259
El proceso didáctico aplicado en las especialidades clínicas tiene en cuenta la valoración de sus pre-saberes y experiencias previas de los residentes.	3,21	1,081	259
Cada actividad de aprendizaje apunta al desarrollo de una o más competencias de formación propia de la especialidad clínica.	3,90	,890	259
Los residentes conocen las competencias que deben desarrollo de competencias profesionales.	3,29	1,041	259

Estadísticos de los Ítems			
Ítems	Media	Desviación Típica	N
Todas las actividades de aprendizaje que se promueve en educación médica de las especialidades clínicas apuntan al desarrollo de competencias profesionales.	3,87	,801	259
La educación médica impartida en las especialidades clínicas cuenta con un sistema de evaluación de los aprendizajes coherente con los principios rectores de la Universidad de Antioquia.	3,07	1,148	259
Las estrategias de evaluación de los aprendizajes utilizadas en las especialidades clínicas permiten valorar y retroalimentar el proceso de formación del residente hacia el desarrollo de sus competencias profesionales.	3,11	1,069	259
La calidad de la atención clínica a los pacientes por parte de los residentes es uno de los indicadores de la evaluación.	3,81	1,066	259
Se aplican instrumentos de evaluación que miden el nivel de competencias alcanzados por los residentes al terminar cada año de formación.	2,91	1,154	259
Los residentes autoevalúan su desempeño frente a las metas de formación del año.	2,80	1,126	259
El diseño del plan de formación del residente parte de la evaluación inicial que identifica fortalezas y debilidades con las que llega el estudiante de un año al otro en su formación.	2,80	1,095	259
Los residentes y profesores cuentan con los tiempos para disponer de momentos de realimentación del proceso.	2,88	1,198	259
Se dispone de suficientes espacios formativos para atender a todos los residentes que rotan por el servicio.	3,19	1,273	259
Las instalaciones permiten desarrollar las actividades de enseñanza y de aprendizaje.	3,61	1,085	259
La oferta formativa se ve limitada por los recursos físicos de los que disponemos.	3,17	1,205	259

Estadísticos de los Ítems			
Ítems	Media	Desviación Típica	N
Se necesitan de un mayor número de espacios formativos, sitios de práctica para el desarrollo de las actividades pedagógicas	3,67	1,063	259
Se puede disponer de recursos tecnológicos que apoyen el desarrollo de las actividades pedagógicas.	3,76	1,022	259
Se disponen de suficientes recursos de apoyo docente.	3,25	1,016	259
Existen los mismos recursos educativos con los cuales se ha enseñado a lo largo de los años de creación del programa.	3,17	1,132	259
Cuál cree es la satisfacción que los RESIDENTES tienen de Usted como profesor	4,19	,731	259
Cuál cree es la satisfacción que los PROFESORES Y COLEGAS tienen de Usted como profesor	4,04	,706	259
Cuál cree es la satisfacción que los JEFES Y DIRECTIVOS DE LA FACULTAD tienen de usted como profesor	4,15	,769	259
Formación pedagógica para el desarrollo de su labor docente	3,22	1,165	259
Implicación en las actividades pedagógicas con sus residentes	3,62	1,025	259
Motivación para tutelar a los residentes en su formación	4,12	,937	259
Satisfacción por ejercer la docencia	4,24	,825	259
Equilibrio en el desarrollo de las actividades de docencia- servicio	3,42	1,098	259
Participación en actividades derivadas de la docencia de acuerdo con el estatuto docente	3,44	1,078	259
Trabajo en equipo para el desarrollo de la docencia en el departamento	3,42	1,196	259

Estadísticos de los Ítems			
Ítems	Media	Desviación Típica	N
Dominio de las estrategias didácticas	4,31	,627	259
Apropiación del modelo de formación por competencias profesionales	4,27	,601	259
Técnicas de comunicación asertiva	4,43	,548	259
Tecnologías de la información y la comunicación (T.I.C)	4,31	,765	259
Estrategias de evaluación por competencias	4,39	,680	259
Tutorías y mediaciones pedagógicas	4,27	,588	259
Estrategias para el aprendizaje significativo	4,32	,580	259
Pensamiento complejo	4,14	,767	259
Dinamización de grupos	4,00	,713	259
Investigación formativa	4,13	,986	259
Trabajo en equipo	4,42	,740	259
La ética en el ejercicio de la profesión	4,61	,747	259
Se cuenta con tiempo suficiente para planear las actividades de docencia	2,76	1,213	259
La planeación de la docencia se realiza en equipo con los profesores de la especialidad	2,78	1,236	259

Estadísticos de los Ítems			
Ítems	Media	Desviación Típica	N
Las actividades de docencia se monitorean y evalúan de forma permanente	3,01	1,161	259
Se parte del análisis de las necesidades de los residentes para planear las actividades académicas	3,30	1,158	259
Las actividades que realizan los residentes están interrelacionadas con las competencias a desarrollar	3,68	1,024	259
El clima de trabajo entre los profesores de su dependencia es óptimo para el desempeño	3,77	1,161	259
El clima de trabajo entre los residentes es de cooperación frente al reto de aprendizaje	3,85	,931	259
El clima de trabajo entre los residentes y los profesores es óptimo para la formación	3,86	,859	259
Los residentes están abiertos a participar en diversas estrategias didácticas para el desarrollo de sus competencias profesionales.	3,94	,750	259
Se interesan por indagar más allá de lo que los profesores dan durante el desarrollo de las actividades de docencia	3,87	,860	259
Cuentan con tiempo para el estudio independiente fuera del sitio de práctica	3,95	,934	259
Se preocupan por investigar los casos clínicos con rigor científico	3,71	,939	259
Tienen iniciativa para proponer cambios en el desarrollo de las actividades docentes	3,60	1,038	259
Poseen cualidades humanas favorables en la comunicación asertiva con la comunidad clínica	4,05	,686	259
Se interesan por el trabajo en equipo interdisciplinario	3,89	,917	259

Estadísticos de los Ítems			
Ítems	Media	Desviación Típica	N
Desarrollan con autonomía sus metas de aprendizaje	3,91	,765	259
Tienen iniciativa para proponer cuando se toman decisiones clínicas	3,92	,761	259
Se preocupan por elevar la competencia ética de su profesión	3,86	,930	259
Están dispuestos para apoyarse entre sí (R1-R2-R3-,...) durante las actividades académicas	3,89	,884	259

6.5.13. Anexo 13. Consentimiento Informado

<p style="text-align: center;">Universidad de Antioquia Consentimiento informado para participar en la investigación:</p> <p>Caracterización del modelo basado en competencias profesionales de educación médica desarrollado en doce especializaciones clínicas de la Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia - Colombia. Hacia un nuevo enfoque.</p> <p>Identificación de los investigadores.</p> <p>Leonor Galindo Cárdenas Calle 18 sur 35-56 apto 702. Edificio Bengali 1. Medellín 3114777688 leoangelicaq@gmail.com Profesora Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina</p> <p>María Elena Arango Rave Calle 5C 36B-50. Apto 1003. Medellín 3104497250 marangorave@gmail.com Profesora Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina</p> <p>Isabel Cristina Vallejo Calle 35 D 88-25 Medellín 3014551626 cristy1254@hotmail.com Estudiante de Educación, Universidad de Antioquia</p> <p>Sitio donde se llevará a cabo el estudio: Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina.</p> <p>Entidad que respalda la investigación: Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina.</p> <p>Entidad que patrocina la investigación: Cofinanciada. Facultad de medicina Universidad de Antioquia- Investigadores.</p> <p>Nota: Los instrumentos de recolección de datos van dirigidos a profesores, estudiantes residentes y egresados de las especialidades clínicas y no involucran al paciente.</p> <p>Como investigadoras, deseamos obtener su aprobación para participar de la investigación: "Caracterización del modelo basado en competencias profesionales de educación médica desarrollado en doce especializaciones clínicas de la Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia - Colombia. Hacia un nuevo enfoque." La cual se realizará en la Universidad de Antioquia.</p> <p>Esta investigación tiene como objetivos generales:</p>	<p>COMITE DE BIOETICA IIM.</p> <p>07 FEB 2013</p> <p>APROBADO</p>
--	--

1. Caracterizar el proceso de educación médica basado en competencias profesionales en las residencias clínicas: Patología, Pediatría, Medicina interna, Dermatología, Radiología, Psiquiatría, Neurología, Medicina física y Rehabilitación, Medicina aplicada a la actividad física y al deporte, Toxicología clínica, Medicina de urgencias y Alergología clínica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

2. Elaborar los criterios y fundamentos para un modelo activo de educación médica basado en competencias para los posgrados clínicos.

No existen directrices claras para la formación de los estudiantes de posgrado en educación médica, por lo cual es necesario y pertinente evaluar los modelos actuales con el fin de crear un modelo por competencias coherente con el momento educativo actual.

Los resultados de la investigación permitirán caracterizar el modelo de educación médica actual en posgrados clínicos y proponer criterios y fundamentos que conduzcan a un nuevo enfoque educativo. Los resultados se presentarán en eventos relacionados con el área y se publicarán en revistas de circulación nacional e internacional.

El número estimado de participantes en la investigación es de 400 entre profesores, residentes y egresados, y el tiempo de recolección de datos es de seis meses. Su participación en la investigación se hace necesaria en cuanto hace parte de la formación de especialistas clínicos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

La recolección de los datos se hará mediante técnicas cuantitativas como una encuesta tipo cuestionario de forma anónima y carácter confidencial, en ella se podrá ponderar y valorar las tendencias de la educación médica en posgrados clínicos de acuerdo a opiniones de las diferentes audiencias consultadas. Y técnicas cualitativas como entrevistas, grupos focales, revisión documental y observación de algunas prácticas pedagógicas. La entrevista consistirá en una conversación entre usted y una de las personas que realiza la investigación, con el objetivo de socializar sus vivencias durante su participación en la educación médica de posgrados clínicos.

La observación no participante se refiere a que los investigadores estarán observando algunas de las prácticas pedagógicas, con el objetivo de conocer las actividades y los procesos que se desarrollan, en ningún momento se pretende evaluar su desempeño o su forma de actuar ó interferir en las actividades.

Los participantes se seleccionarán luego de la presentación del proyecto en la unidad académica respectiva y éstos expresen su deseo de participar en la investigación. Se respetará el deseo de abandonar la investigación toda vez que la persona así lo exprese y se comprometa en no divulgar los resultados u otros asuntos propios de la investigación.

Criterios de inclusión en la investigación:

- ✓ Estudiantes de las especialidades clínicas en cualquier de los niveles.
- ✓ Profesores de las especialidades clínicas en cualquiera de los niveles, independiente del tipo de vinculación que tengan con la Universidad, o que sean profesores por convenio.



- ✓ Egresados de las especialidades clínicas en los últimos 10 años.

Criterios de exclusión de la Investigación:

- ✓ Estudiantes de las especialidades clínicas que expresen su deseo de no participar en la investigación.
- ✓ Profesores de las especialidades clínicas que expresen su deseo de no participar en la investigación.
- ✓ Egresados de las especialidades clínicas que expresen su deseo de no participar en la investigación o con más de 10 años de haber estado vinculados con la formación de residentes.



Agradecemos su atención y esperamos que usted acepte participar en este proceso, ya que se busca contribuir a través de la investigación al mejoramiento de los procesos académicos en la Universidad de Antioquia; a los procesos de enseñanza y de aprendizaje en la formación en especialidades clínicas. La información obtenida durante la investigación se utilizará de tal forma que en ningún momento se identificarán los nombres de los participantes que la suministraron, para la divulgación de los resultados se asignarán códigos a cada uno. De otro lado, se espera que al comprometerse con la investigación guardará absoluta discreción sobre cualquier asunto relacionado con la misma.

Desea participar de esta investigación Sí ___ No ___
 Nombre: _____
 Estudiante: ___ Profesor: _____
 Egresado: _____ Año de egreso de la especialidad: ___
 Código: _____
 Teléfono oficina: _____
 Teléfono celular: _____
 Dirección electrónica: _____

 Participante

 Testigo

 Testigo

Fecha: _____

	ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTOS COMITÉ DE BIOÉTICA INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA		FACULTAD DE MEDICINA
	CÓDIGO	BE-IIM	
	VERSIÓN	01	

Acta de aprobación No. 002

Nombre del proyecto: **Caracterización del modelo basado en competencias profesionales de educación médica desarrollado en doce especializaciones clínicas de la Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia - Colombia. Hacia un nuevo enfoque.**

Investigadora Principal: **Leonor Galindo Cárdenas**

Versión No. 1

Enmienda revisada: No aplica

Fecha de aprobación: **07 de febrero de 2013**

El comité de ética del Instituto de investigaciones médicas se constituyó mediante resolución del Consejo de Facultad de fecha 30 de mayo 2008, acta 177 y está regido por los principios éticos vigentes en la Resolución 003480 del 4 de octubre de 1993, la Declaración de Helsinki de 2008, la Asamblea Médica mundial y el Departamento de Salud y servicios humanos del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos de Norteamérica Resolución 2378 del 2008. En ellos se delinear las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en seres humanos.

El Instituto de Investigaciones médicas certifica que:

1. Se revisaron los siguientes documentos en el presente proyecto:
 - a. Resumen del proyecto (No)
 - b. Protocolo de investigación (SI)
 - c. Formato de recolección de datos (SI)
 - d. Formato de consentimiento informado (SI)
 - e. Manual del investigador (NO)
 - f. Evaluaciones de otros comités de ética (NO)
2. El proyecto fue aprobado por los siguientes miembros: Dra. Elsa María Villegas Múnera, Dra. María Eulalia Tamayo Pérez, Dr José Antonio García P., Dr. Gabriel Jaime Montoya Montoya, Bioestadístico Daniel Camilo Aguirre, Dra. Sonia del Pilar Agudelo López.
3. El comité considera que el proyecto no contiene tensiones éticas que vulnere los derechos y el bienestar de los participantes. El riesgo involucrado en el estudio es:
 - a) Sin riesgo (X)
 - b) Riesgo mínimo ()
 - c) Riesgo mayor que el mínimo ()

	ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTOS COMITÉ DE BIOÉTICA INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA		FACULTAD DE MEDICINA	
			CÓDIGO	BE-IIM
			VERSIÓN	01

4. El comité considera que tanto la forma de obtención del consentimiento cuando aplica como las medidas tomadas para proteger el bienestar y los derechos de los participantes son adecuadas.
5. El comité se reserva el derecho de hacer nuevas revisiones del proyecto a solicitud de alguno o algunos de sus miembros o de las directivas institucionales con el fin de revisar lo relacionado con el bienestar y los derechos de los participantes en la investigación.
6. El comité deberá informar a las directivas institucionales correspondientes cualquier evento tocante con faltas de cumplimiento de las obligaciones del investigador en el desarrollo del proyecto, de las solicitudes del comité o suspensiones del proyecto por razones de tipo ético.
7. Se informara a la dirección del Instituto de Investigaciones sobre situaciones como: 1) efectos dañinos que se ocasionen a los participantes de esta investigación; 2) situaciones que signifiquen riesgos para los participantes o para personas independientes; 3) cambios ocurridos en el proyecto que fueran aprobados por el comité; y 4) situaciones distintas que de alguna manera puedan influenciar negativamente el buen desarrollo de la investigación.
8. La aprobación de este proyecto tendrá una duración de un año a partir de la fecha de aprobación; si se debe continuar por más tiempo, deberá someterse a aprobaciones anuales hasta la finalización del mismo. El investigador deberá anexar la documentación pertinente para cada nueva revisión del proyecto por parte del comité.

El investigador deberá informar al comité y al Instituto sobre los siguientes eventos:

- a. Cambios que se realicen en el proyecto, los cuales deberán ser aprobados en una nueva sesión del comité.
- b. Situaciones imprevistas que puedan implicar riesgos para los participantes.
- c. Efectos adversos que ocurran en los participantes, en las 24 horas siguientes a su ocurrencia.
- d. Alteraciones del rumbo de la investigación que alteren la adecuada proporción entre riesgos y beneficios.
- e. Las decisiones tomadas por comités de ética de otras instituciones que participen en el proyecto.
- f. Los informes parciales, finales o de suspensión temporal o permanente del proyecto, con las debidas razones que los justifiquen.

	ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTOS COMITÉ DE BIOÉTICA INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA		FACULTAD DE MEDICINA	
			CÓDIGO	BE-IIM
			VERSIÓN	01

El investigador deberá presentar informes parciales del estudio cada (6) meses.

En este proyecto no se encontraron conflictos de interés por parte de los investigadores.

Sugerencias y comentarios:

Nota: Para efectos de la investigación sólo podrá utilizarse el Consentimiento Informado avalado, con el sello del Comité de Bioética.



GABRIEL JÁIME MONTOYA MONTOYA
 Presidente
 Comité de Bioética

6.5.14. Anexo 14. Transcripciones de los grupos focales**ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA****GRUPO FOCAL: DOCENTES**

- Docente de Psiquiatría facultad de medicina (DP)
- Egresado de Medicina Interna (EMI)
- Docente Médica internista especialista en medicina vascular (DMI)
- Docente de Medicina Física y Rehabilitación, (DMFR)
- Docente, de Neurología (DN)

Desde el rol de profesor, ¿Qué percepción tienen ustedes sobre la especialidad médica en la que ustedes hacen parte del proceso formativo? ¿Con relación a los estudiantes, cómo es la relación?

(DMI) La especialidad de medicina vascular es una especialidad muy joven y por eso no ha tenido la solicitud de cupos que quisiera porque apenas se está conociendo en el mundo, esa es una especialidad que nació en los 90', y la Universidad de Antioquia ha sido pionera porque tiene laboratorio vascular desde 1963 y se realizó un clúster de médicos vasculares no titulados, donde iban rotando y aprendiendo sobre la medicina vascular, se mejoraron los desarrollos con los métodos no invasivos con ecografía en los 80'. Hasta hoy en el resto de Colombia no existen internistas vasculares y se quieren exportar internistas a todas las capitales de los departamentos, es una especialidad muy importante, si se miran enfermedades vasculares son la primera causa de mortalidad acompañado de la violencia y el cáncer. Entonces hay iniciativas de la OMS que pone como los cuatro asesinos silenciosos a la diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares y el cáncer. Entonces tenemos un campo de acción inmenso sobre todo con los

nuevos medicamentos y con las investigaciones medicinales la enfermedades vasculares son más de manejo médico que quirúrgico. Entonces en ese punto que la especialidad de medicina vascular sea gigante en el tiempo, pero en realidad el futuro es promisorio, en cuanto al ejercicio docente en la universidad es muy agradable, tiene su reto, a veces los convenios asistenciales de los docentes con el hospital no permiten mucha docencia, aunque en vascular donde los estudiantes van es a estudiar, donde se tiene una carga académica muy fuerte en cuanto a seminario, clubes de revista, tenemos 4 o 5 sesiones académicas por semana, y muchas veces es todos los días, a veces las sesiones empiezan a las 7 de la mañana y terminan a las 10, de revisión de tema, de datos, de revista, vista de pacientes, de Staff conjunto, etc. El ejercicio de la docencia es interesante, en investigación se están haciendo esfuerzos para crear un grupo de investigación bueno, se están haciendo alianzas con antropología y con genética porque las enfermedades vasculares son multicausales y tiene parte tanto de la genética como del medio ambiente y las condiciones socioculturales.

(EMI)La medicina vascular se desarrolló muy a la par con lo que se está presentando en otros países sobre todo en Norteamérica y en Europa. Nosotros y los recién egresados de este último semestre tenemos grandes expectativas por desarrollar en otras áreas del país, porque hemos visto la gran importancia el aporte que tienen los médicos vasculares, no solamente en cuanto al estudio y al apoyo de los pacientes con enfermedades cardiovasculares sobre todo de enfermedades periféricas sino también en la parte de docencia y en las clínicas de anticoagulación, y este es un punto muy importante y la Universidad ha sido bastante enfática con el grupo de anticoagulación, ha sido líder en el proceso de tratamiento, de educación, de seguimiento de estos pacientes. De hecho en Colombia la única clínica de anticoagulación que tienen datos importantes, que muestra un número importante de pacientes es en la Clínica de

Anticoagulación que fue fundada en el Hospital San Vicente y va de la mano del manejo de los especialistas vasculares. Esto es un poco diferente a lo que pasa en el resto del país en donde la mayoría de las clínicas de anticoagulación son menores y son manejadas casi siempre por hematólogos o en la mayoría de los casos los pacientes no tienen alguien que los siga, sino que simplemente tienen diferentes especialistas como cardiólogos, internistas, neurólogos, pero no hay realmente en Colombia una percepción de la necesidad de la clínica de anticoagulación y los médicos vasculares aquí han sido líderes en mantener este programa. Yo como egresado veo la necesidad de esto definitivamente.

Ya es momento de que el país conozca esta especialidad nueva, es nuestra labor difundir qué hace el médico vascular, cuáles son los beneficios de la medicina vascular, etc. Yo soy egresado de pregrado de medicina y por ese motivo conozco la especialidad y a los profesores, pero yo egresé de medicina interna de la Universidad del Valle. Durante toda mi carrera en medicina interna no hicimos un énfasis en esos pacientes definitivamente, cuando los veía el internista los remitía al cirujano.

(DP) Yo vengo de la parte de psiquiatría. Yo creo que la percepción que hay es que en los últimos años se ha logrado un cambio grande en cuanto a la visión que tiene la gente de la salud mental. Psiquiatría ha cargado durante muchos años con un estigma y hasta hace muy poco no había mucho en cuanto a tratamiento y en los últimos 50-60 años ha aumentado mucho la parte de investigación y el desarrollo de medicamentos y la utilización de nuevas psicoterapias que han hecho un impacto diferente sobre la salud mental. Creo que falta mucho pero también veo que cada vez la gente está más interesada, los médicos generales, y cada vez se presentan más veces. El impacto futuro va a crecer mucho, y la salud mental, la depresión, los trastornos bipolares, la esquizofrenia cada vez están ocupando los primeros lugares en cuanto a morbilidad de los

pacientes, entonces a futuro se va a necesitar mucho más, pero veo que hay un interés mayor de los futuros médicos en esta especialización.

(DMFR) El programa de posgrado de medicina física y rehabilitación o Fisiatría, es una especialidad poco conocida, pero ésta ha ido evolucionando y cada vez se ve más potencialidad para el trabajo no dolo docente, sino también de investigación y practico con pacientes. Cuando yo hice la residencia, al principio no tenían claro cuál era el papel de uno en la atención en salud, a veces me sentía como el intermediario entre el ortopedista y un fisioterapeuta, pero la especialidad fue evolucionando y gracias a la participación que hemos tenido en el pregrado y a que nos hemos dado a conocer en el medio, los pacientes nos tienen en primera instancia a nosotros sobre todo cuando tienen problemas de dolor crónico, que es uno de los ámbitos grandes que estamos trabajando en la actualidad. Antiguamente todos esos problemas los trataba era el ortopedista, pero estos son demasiado enamorados de las cirugías y eso no convence mucho a las personas. Entonces en esa medida fue evolucionando la especialidad y ahora el programa lo que ofrece es una formación básica de 3 años en la cual se hace énfasis por parte de cada cual. Hay egresados que se han dedicado a la rehabilitación cardiaca, otros a la rehabilitación infantil, neurológica, dolor crónico, electro-diagnóstico, entonces es un programa que tiene muchos campos de acción en el medio y que ha ido mejorando. Dentro del programa se logró desarrollar un grupo de investigación que está muy bien escalonado en Colciencias, que es el grupo de Rehabilitación en salud y eso nos permitió obtener la oficina en la SIU, que es bastante complicado nos ha permitido posicionarnos no solamente acá en Colombia sino internacionalmente con las publicaciones que tenemos.

(DN) La especialidad ha permanecido más o menos desde los años 50 y surgió porque uno de los docentes se capacitó afuera y vino a tratar de enseñar esto a otras personas, entonces la parte

de desarrollo de la especialidad ha ido de la mano de quienes se van a formar o profundizar el tema en otros países y vuelven y nos regalan esa oportunidad. Dentro del programa, la Neurología inicialmente estaba unida a la neurocirugía, y ahora las EPS remiten igual neurología y neurocirugía indiferentemente, sin embargo son muy diferentes. Se ha tratado de convencer en el medio a los pacientes y a los que hacen la parte de contratación que se requiere la visión del neurólogo clínico para ciertas enfermedades y que en otras es necesario la mirada de los dos.

El desarrollo del programa en los últimos años ha sido más que todo profundizar más el conocimiento en enfermedades que son más frecuentes en nuestro medio y que cobran gran parte de la calidad de vida y de los recursos como es la epilepsia y hace varios años que se fundó el grupo de investigación en Neurociencias, inicialmente era adherido al programa y después neurociencias sufre una separación arquitectónica, pero ahora que regresa uno de los integrantes de neurociencia a coordinar el programa y ha habido más acercamiento a que esos adelantes que había tenido ese grupo de investigación vuelvan otra vez al programa y vuelva a verse la mejoría de esa parte de investigación en la sección de neurología para de pronto tratar de llegar al punto donde está la especialidad en otras partes del mundo. Lo otro es que era el único programa de posgrado hasta hace 2 años de neurología en una universidad diferente a Bogotá, en este momento está el CES, y sigue siendo la sección de neurología de la Universidad de Antioquia quien forma indirectamente a los del CES, porque el programa de estos es hecho pensado desde los egresados de la Universidad de Antioquia, ya que el coordinador y todos los que trabajan allí son de la Universidad de Antioquia, entonces digamos que es una forma de perpetuar cierto conocimiento de escuela al menos en la ciudad. La ciudad tenía mucho ingreso de neurólogos en otras partes del país y otras partes de mundo, que no muchos estudien los 4 años que estudiamos acá en el país, hay personas que tienen permiso del Ministerio para ejercer la neurología en el

territorio nacional con medio año, 2 años, etc., el Ministerio dijo que sí, pero de todas formas hemos tratado de marcar la diferencia y los pacientes saben que es diferente la visión que les puede dar alguien de afuera o alguien de acá.

En la formación de los especialistas, ¿Cómo es el desarrollo de las competencias profesionales en las especialidades?

(DN)) El proceso de formación en neurología es un proceso que tarda 4 años para adquirir las bases, pero digamos que es un proceso que tiene que continuar toda la vida porque el movimiento de la información y el avance es demasiado rápido y básicamente uno de las competencias principales es aprender a aprender. La competencia de diagnosticar es básica desde el punto de vista del examen físico-neurológico, porque cada uno de los egresados ha visto salir por lo menos 2 o 3 técnicas nuevas de diagnóstico desde su egreso y probablemente los que están ingresando ahora van a saber muchas más técnicas diagnósticas, entonces si bien está la competencia básica del diagnóstico que es aprender a hacer un enfoque integral del paciente. La principal competencia es aprender a aprender, porque el conocimiento se mueve tan rápido que eso es lo único que va a garantizar que el estudiante en un futuro cuando ya sea egresado pueda desempeñarse en el campo laboral.

Los otros componentes de la formación importantes para nosotros, es el componente de la investigación que tratamos de aterrizarlo mucho a la parte clínica, tratamos que se vuelva un ejercicio de investigación más como herramienta que podría usar el clínico y no como finalidad última de que salga un residente con un enfoque de investigador. Dentro de la formación en neurología, las estrategias, la didáctica se ha ido aprendiendo en el camino; ha sido muy incentivo, muy de la mano de lo que se sabe y se piensa en neuro-desarrollo al momento de

enseñar eso se ve plasmado ahí. Pero que haya una conciencia de cuál estrategia usar, cómo usarla, dónde usarla, no es ese el principal argumento que se usa en el momento de la docencia, sin embargo el acompañamiento es lo que ha permitido que avance el programa. El problema es que en la medida en que aumentan el número de estudiantes, ya ese uno a uno no se puede hacer porque no hay el número de docentes para el número de estudiantes actuales del programa para hacer un uno a uno. Lo que dice el reglamento de la Universidad de lo que es docencia directa e indirecta, de esa directa es muy poco, y el problema era que el acompañamiento que era una relación continua uno a uno todo el día del profesor hacia el estudiante ya no se puede por el número, entonces hemos visto dificultades respecto a eso, y es precisamente por esto que los estudiantes muchísimas veces se ven aprendiendo todo lo que pueden por la estrategia de una observación analítica de las personas que trabajan en las instituciones en las que están rotando. Eso era muy bueno cuando solamente había egresados de la universidad, el problema es que ahora con esa avalancha de personas de todas partes empiezan a haber muchos manejos, no porque sea malo ver personas de otra parte, las visiones por ejemplo de otras personas son buenas, muy argumentadas, con otras estrategias, y eso ha beneficiado a los estudiantes. Por ejemplo había una visión muy clara de la escuela de Bogotá en hacer una profundidad mayor en semiología, y eso ha beneficiado los últimos 6 años al programa. Pero hay otras cosas que no son buenas, que no están completamente formados, que son diferentes a los de acá y que a uno le preocupa cuando el estudiante no tiene forma de contrastar entre lo que está viendo ahí con ese egresado de otra parte y lo que debería estar viendo con la escuela donde está inscrito.

Se tiene una competencia que se concertó a raíz del proceso de autoevaluación, de acreditación y de registro calificado hace 3 años entre profesores y residentes, donde se plasma esa idea de la investigación pero es el servicio de formar un pensamiento más crítico desde el

punto de vista de la investigación, como una habilidad para buscar la literatura y leerla con un pensamiento muy crítico y de plantear como fuera necesario una investigación con todo el rigor que se requiere, y saber más donde se podía buscar ayuda.

La otra competencia era la de diagnosticar y hacer un enfoque terapéutico integral del paciente donde la rehabilitación por escuela tiene que cobrar un papel muy importante a diferencia de otros programas de posgrado. Esas eran básicamente las competencias que quedaron plasmadas allí, indirectamente quedo la parte de la docencia, porque igual con esa dificultad de docentes y haciendo caso al reglamento de la Universidad, dice que los residentes de ultimo año pueden ayudar a los de primeros años, los de primeros años a los internos, y en ese orden de ideas, también se procuran que entre ellos mismos también nos vayan ayudando a subsanar las dificultades de docencia.

(EMI) Como el programa lleva pocos egresados, tenemos más o menos una similaridad en formación, desde medicina interna venimos de una formación muy teórica, donde realmente realizamos pocos procedimientos y tiene uno la visión de bastante estudio, de revisión de la semiología del paciente y de la revisión diagnóstica e interpretación de exámenes, entonces uno de los puntos más impactantes es el manejo de los métodos diagnósticos no invasivos, sobre todo de la ultraescanografía arterial y venosa, pero como internistas nunca tuvimos prácticas sobre estos temas, sin embargo la curva es buena, porque comparativamente con los radiólogos y con otros especialistas que hacen este tipo de estudios en la ciudad, tenemos una muy buena formación en el área de ultraescanografía vascular, pero de todos modos es una formación que requiere tiempo. En cuanto a otros métodos diagnósticos se puede mejorar.

Un punto de vista que pienso que va a requerir implementarse es la sucesión entre las ciencias básicas, sobre todos desde la parte de biología molecular en la investigación con respecto a la medicina vascular, ya que esto esta incipiente en otros programas en el mundo, y aunque hay un vínculo, no hay una asociación clara de docencia en esta parte de la medicina molecular sobre todo en la parte terapéutica porque a futuro esto se ve como una formación importante, y los médicos vasculares van a tener un papel importante si nos asociamos a esto.

(DMI) Las competencias actuales son: diagnóstico y manejo de las enfermedades vasculares. Pienso que quedan con una muy buena competencia en el transcurso de los dos años, y una introducción al pensamiento crítico y a la investigación. En el servicio hay varias líneas, por ejemplo nosotros pertenecemos a un grupo de trombosis, se hace la parte de trombo-profilaxis, ha tenido la parte clínica de anticoagulación, y estamos también en la parte de epidemiología de las enfermedades vasculares y los factores de riesgo, entonces ahí se cubre una gran área de trabajo.

¿Cómo es la parte ética y bioética?

(DMI) En la parte ética y bioética, nosotros como médicos internistas vasculares, tenemos esa formación que viene desde el tiempo de medicina interna, esto es un énfasis, esto es una subespecialidad, entonces todos traemos desde la escuela de la universidad, el respeto al derecho al paciente, a contar con él, al consentimiento, a explicarle al paciente qué tiene. Esto es muy importante en vascular porque como en todas las especialidades pero sobre todo en vascular, las enfermedades son muy dependientes del estilo de vida. Estas enfermedades crónicas no son de medicamentos, son más bien de ejercicio, el cual es fundamental, la dieta, el manejo del estilo de vida. Para los anticoagulados por ejemplo, tenemos una formación muy interesante en clínicas de anti-coagulación donde se les imparte, por medio de la enfermera jefe del servicio, conferencias a

todos los pacientes anticoagulados sobre qué está pasando, cómo se siente, qué medicamentos se está tomando, cómo es su actividad física; eso cubre como todo ese aspecto. Entonces en la parte de comunicación y de derechos del paciente y en la parte ética de la especialidad, se tiene una formación adecuada.

(EMI) Yo creo que otro punto en que nosotros también coincidimos con los cirujanos es la realización de los procedimientos mínimamente invasivos, esto ha sido una tendencia no solamente en la medicina vascular sino también en la cardiología invasiva. Los cirujanos cardiovasculares han coincidido en el uso de tratamientos en procedimientos menos invasivos, pero los internistas cada vez están adoptando el tratamiento, no solamente la parte teórica y evaluación de pacientes, sino también tratamiento e intervención. En este punto también hemos tenido una participación activa en el método de hacer realización de infiltración de alguna várice y también está la línea de realizar métodos invasivos como por ejemplo en la Safena. Los profesores de docencia han sido muy enfáticos en que debemos estar actualizándonos y haciendo cursos a la par con los cirujanos. Acá estamos muy de la mano con los cirujanos cardiovasculares que en otras partes del país puede que no sean así, y que la curva de aprendizaje se torne un poco más lenta con respecto a un cirujano.

(DP) En psiquiatría ellos en el primer año aprenden como toda la parte básica de psicopatología, la psiquiatría clínica básica, hacen unas rotaciones inicialmente muy básicas en enfermedades psiquiátricas grandes. Ya a medida que van pasando los años van entrando un poco en las subespecialidades de la psiquiatría, entonces empiezan a rotar un tiempo en psiquiatría infantil, en psiquiatría forense y en la parte de adicciones. Paralelamente a esto, ellos desde primer año van haciendo una práctica que es todos los residentes con un docente, se llama praxis y se evalúan todas las dificultades desde el punto de vista ético que pueda tener con los pacientes

en la práctica cotidiana y también desde el primer año empiezan a adquirir las habilidades en investigación para al final vincularse en algún proyecto de grado y presentar su trabajo. Uno de los trabajos que se ha hecho en el departamento en los últimos años es fomentar las subespecialidades en psiquiatría, entonces por ejemplo ha crecido mucho la psiquiatría infantil, el grupo de terapia de familia, han ido como viendo la necesidad de tener subespecialistas en estas áreas tan importantes, y otra de las preocupaciones del departamento es que la psiquiatría ha empezado a salir mucho del hospital mental y se ha empezado a ingresar en los hospitales generales. Entonces se ha visto la necesidad de que el futuro psiquiatra tenga la capacidad de trabajar en un ambiente médico general, dado el impacto de las enfermedades psiquiátricas en las enfermedades vasculares, en el cáncer, en los infartos, en todas las enfermedades médicas; entonces una de las propuestas es que la especialización de psiquiatría sea de 4 años para hacer más énfasis en psiquiatría en el aspecto médico general.

(DMFR) El programa se estructura en forma progresiva, lo primero que nosotros hacemos con el residente es un curso que se llama introducción a la rehabilitación que no es más que un curso remedial, ya que los médicos generales de ahora tienen unos conocimientos precarios por no decir nulos de cómo examinar un ser humano, y eso es una cosa que uno no solo ve en los estudiantes de otras universidades sino también desafortunadamente de los egresados nuestros, yo hago consulta con los estudiantes de once y le da a uno ganas de llorar, no tienen ni idea de cómo examinar un ser humano, son muy teóricos, pero cuando uno les pone un paciente adelante no tienen ni idea de cómo cogerlo ni como examinarlo. Entonces primero ponemos un curso de nivelación para que sepan para dónde van y luego van en forma progresiva a las rotaciones para formarlos en las distintas competencias. Adicional a eso tenemos una rotación que es opcional que es de 3 meses que le permite al residente que le permite desplazarse a otros países donde hay

algunas unidades de rehabilitación. Donde más suelen ir es a España en el instituto “GoodMan” donde hacen la rotación de dos o tres meses dependiendo de los recursos del residente en atención de personas con lesión medular. Y durante todo el programa de posgrado hay 6 cursos de investigación, ya que nosotros le hacemos mucho énfasis a la investigación, entonces cada semestre que se matricula el residente tiene que cumplir con unos compromisos de investigación y así esperamos formarlos en ese aspecto ya que desafortunadamente cuando egresan, a no ser que se vinculen con la Universidad, es muy difícil que lo pongan en práctica ya que las entidades que los vinculan quieren es que trabajen en atención pero no están muy interesados en desarrollar proyectos de investigación.

(DN) En neurología si bien por ese aprendizaje uno se iba incorporando y teniendo unas posibilidades de discusión, no estaba abierto el tema, ni estaba clara esa competencia dentro del pensum y al hacer comparaciones con otros programas del mundo vimos que eso faltaba y hace aproximadamente un año estamos con el grupo de Bioética aprovechando el Dr. de psiquiatría, la Dra. Elsa María Villegas del grupo de Bioética y otras 4 personas que participan también en el grupo de la facultad y nos han estado apoyando en cómo involucrar esa competencia en neurología. Aun no es visible en la parte de evaluación pero al menos se abrió el espacio un viernes cada mes, para tratar unos temas de atención en bioética en la parte de neurología por ser enfermedades crónicas y muy probablemente por ir mirando la parte legal en los conceptos de la muerte asistida que posiblemente van a enfrentar al neurólogo desde el punto de vista moral y ético a unas decisiones que él debe asumir y más adelante eso lo tiene que exteriorizar, pero aun no es muy visible en el programa.

¿Cómo son las relaciones interpersonales y en qué inciden en la formación de especialistas, entre los residentes, entre los docentes, entre los jefes, docentes-estudiantes?

(DN) En neurología las relaciones entre los estudiantes usualmente son buenas, ellos se adoptan entre sí como hermanos, con la intensidad de las rotaciones lo más probable es que en esos 4 años vean más a sus compañeros de residencia que a su propia familia, entonces digamos que en esta experiencia se mezcla la parte académica y emocional entre los residentes y van aprendiendo las fortalezas y las dificultades de cada uno y empiezan a subsanarse; saben ya cuál es el más adecuado al momento de hablar, quién es de pronto el más diplomático, quién tiene habilidades tecnológicas, y comienzan aprender de los otros y en cada uno de esos años se ve cómo todos se van homogeneizando y al final se ve ese intercambio que va más allá del aprendizaje.

Entre los residentes y los profesores, la relación obviamente por la intensidad de la convivencia tiene sus altos y sus bajos. Es una relación que desde mi punto de vista es horizontal y no necesariamente es vertical y digamos que en ciertos puntos eso dificulta ejercer la figura de autoridad y entender que de todas formas hay unas diferencias y hay unas necesidades de respetar ciertos puntos, pero la mayoría de las veces resulta ser algo benéfico. La relación se vuelve en la sección de neurología como algo que sigue siendo muy familiar, muy local, ya que el fundador del programa el Dr. Carlos Santiago Uribe, todavía nos acompaña en todas las actividades y él es la última palabra desde el punto de vista académico y de convivencia, es la persona a la que siempre acudimos y podemos contar, y ha sabido imprimir a cada uno de los residentes su legado y su visión muy humana y muy humilde de la neurología, su visión respetuosa e íntegra con el paciente se ha tratado de imprimir en cada uno de los estudiantes. Aunque siempre hay diferencias individuales en cada uno, la relación docencia-estudiantes yo la veo horizontal. De todas formas falta poner en claro muchos elementos de reglamento y normatividad por parte de ambos que van a contribuir a mejorar algunas de las dificultades que han tenido. En algunos

momentos la relación horizontal dificulta el proceso en el momento de la evaluación y en el momento de la realimentación. En estos momentos se dificulta el comprender que no es una crítica personal sino una opinión desde una experiencia o un conocimiento que va más allá del que tiene el residente.

(DMFR) Yo pienso que en fisiatría la relación es también horizontal y en parte eso influye en la actitud de los mismos profesores y residentes, y la edad también influye, hay muchos profesores jóvenes y no hay una brecha grande en edad por lo tanto se ven como un par y no como un profesor, sin embargo, en el momento en que hay que centrarlos ellos son capaces de seguir las directrices y por esto no ha habido dificultades entre ellos y el ambiente se torna muy bien entre profesores y estudiantes.

(EMI) En el Departamento Vascular hay buenas relaciones tanto entre residentes como entre docente y residente. Somos pocos residentes (2) y los de otras especialidades tenemos no solo buena relación sino que también hay mucho intercambio en la parte de conocimiento. Con los docentes vemos que el grupo de vascular tiene contacto con todos todo el tiempo y hay muy buena actitud porque hay participación, y esta participación nos la fomentan desde la primera semana del posgrado y es algo que de pronto en medicina interna se ve pero no como grupo, pues cada subespecialista hace énfasis en su punto y es como una pequeña isla dentro de la medicina interna, en cambio aquí se ve mucha participación, en la cual los docentes nos evalúan constantemente y adicionalmente nos permiten la participación. Por otro lado no hemos tenido ningún tipo de problema en las evaluaciones personales, una parte ha sido a la edad de los residentes, ya que la mayoría somos de aproximadamente 30 años con respecto a los especialistas básicos que ahora ingresan a una edad muy temprana, y por lo tanto en esa parte tenemos ya la madurez de tener en cuenta cuándo le dicen a uno que realmente tiene que mejorar en la parte

profesional y eso me parece que ha sido bueno para la especialidad. Y en general la relaciones en cuanto a la parte académica, el grupo tienen algo muy diferente, ya que cada semestre hacemos una evaluación y realmente hay una participación activa en la modificación de la formación del programa.

(DMI) Nosotros tenemos en vascular especialistas en formación, nos llega cada mes un residente de medicina interna, nos llegan los internos, pero el grupo de vascular ya tienen con nosotros una relación muy horizontal, somos los profesores de los muchachos que llegan y con ellos en los seminarios y la visita a pacientes la evaluación vuelve a ser vertical, pero en general en el ejercicio es horizontal. Como es una especialidad que se está conformando, muchas veces no se requiere un ajuste programático, es una relación de doble vía, en la cual si se ve que es pertinente la observación, básicamente la acogemos.

La evaluación hacia los estudiantes y hacia los docentes siempre ha sido buena, lo que si tratamos es de cumplir los objetivos. Los estudiantes de pregrado van unos poquitos días, porque las rotaciones clínicas son una semana en cada área, así uno se dedique en hacerles énfasis en semiología, es demasiado poquito, ya que la formación de semiología básica se está perdiendo, y sobre todo ahora ya los médicos no tienen tiempo, miran por encima y ordenan cincuenta mil exámenes. Yo pienso que la sugerencia es más para el pregrado, que amplíen un poquito más esa formación, porque tenemos los docentes y tenemos la manera de hacerlo y pienso que son competencias que no se están manejando desde el pregrado.

(DP) En psiquiatría tenemos una relación muy buena. Por ejemplo frente a un caso clínico o tema específico, uno ve que cada uno tiene su punto de vista y desde lo que ha trabajado su opinión se ve que hay respeto entre ellos. Entre los residentes, coincido en que tenía el doctor en

cuanto a la edad, a ésta especialidad llegan residentes muy jóvenes, son residentes pegados al reglamento, son poco flexibles, poco asertivos con los docentes, pero no se han presentado problemas grandes en cuando a esto. Y a medida que van pasando los años, sí ve uno que mejora mucho el manejo de los residentes con los docentes, la capacidad que tienen para hablar con ellos, para expresar sus dificultades. Nosotros tenemos mensualmente una reunión, el jefe del Departamento, yo en la parte de coordinación y el jefe de residentes para recoger las dificultades de los compañeros, las quejas, los cambios que quieran hacer, para subsanar estas dificultades.

¿Qué estrategias de intervención educativa realizan para garantizar el desarrollo de las competencias profesionales? ¿Cómo se reflejan en los programas de especialidades?

(DN) En neurología la estrategia básica es la observación uno a uno durante los procesos de ronda, durante la consulta externa. También se hacen revisiones de tema o seminarios que se hacen los martes por parte de los residentes de neurología, y los miércoles con los residentes rotatorios que son de otras 8 especialidades que cruzan por neurología. Otra estrategia es la del club de revista que se hacen los viernes en la cual se hace una lectura crítica de un artículo de investigación y la conclusión de ese artículo siempre es como plantear un artículo similar, subsanando las falencias de ese o qué pregunta de investigación podría surgir de ese mismo estudio. Otra estrategia es la Junta médica, la cual nos permite estar en contacto con los neurólogos de la Clínica León XIII y con cualquiera de los egresados del programa que saben que independientemente de donde estén ejerciendo, vienen a esa reunión y allí el residente tiene la opción de conocer de ese egresado. Otra de las estrategias que se está implantando es la reunión de bioética una vez al mes, otra estrategia es el Neurorradio, es que los estudiantes y los docentes se reúnen a hablar de las otras cosas que no caben, por ejemplo: una tendencia nueva que ha visto uno de los docentes que ha viajado a un curso al extranjero en investigación, en métodos

diagnósticos o en tratamiento con determinado medicamento. Se abren espacios como a la parte de la neurología, a signos semiológicos que no recuerda uno con frecuencia, se discuten a veces cosas del panorama nacional que tienen implicaciones desde la neurología o se discuten dificultades puntuales que se hayan tenido con un paciente que finalmente lo vieron todos los neurólogos de la ciudad y que no se sabe qué tiene. Dentro de las estrategias de consulta externa, hay unas consultas especializadas en cada uno de los temas, entonces cada una tiene su mirada especial y sus requerimientos especiales. Y hay otra estrategia pedagógica que no la tenemos muy estructurada, pero es algo que se hace como el comentario de la bitácora, los estudiantes hace aproximadamente 3 o 4 años, se pensó que era importante que llevaran una bitácora copiando programas de otras partes del mundo y experiencias exitosas acá en la facultad de medicina como en pediatría en la cual los estudiantes tienen que consignar los procedimientos que hacen, los pacientes que ven en cada una de las rotaciones y tienen un docente y tres estudiantes para revisar las bitácoras. Hay otra estrategia del club del libro, en la cual los residentes revisan los libros básicos y se discute en una reunión, esa estrategia se propuso que voluntariamente los residentes que lo pudieran hacer en inglés lo hicieran, entonces hemos tenido en los últimos 2 años mucha acogida y hemos fortalecido la parte del inglés. Otra es que además de la junta médica que es para tomar decisiones, se hacen juntas medicas pero con énfasis académico, entonces lo que se hace es que se presenta un caso típico y se hace es una discusión académica y el residente que lo coordina, va haciéndole preguntas a sus compañeros y a los otros docentes y se va resolviendo con los que más saben en ese tema. Y final se hace una reunión una vez al mes entre docentes y residentes donde se aprovecha para hacer una retroalimentación en forma general pensando en que le puede servir a todos los residentes. Esas son las principales estrategias pedagógicas en neurología.

(DMFR) Yo pienso que son estrategias muy comunes en los posgrados, buscando una práctica entre los estudiantes. Todos los días de 7 a 8 hago una reunión académica, cada una con un nombre distinto y con un énfasis distinto, y de ahí en adelante es pura actividad asistencial, y se programa de esta manera algunos seminarios de acuerdo a los objetivos que se tengan en la rotación, y se tienen creo que una ventaja adicional y es que no somos demasiado endogámicos, es decir, no todo el programa está centrado en el San Vicente, hemos ido trasladando el programa a la IPS y tenemos parte de formación en la Clínica las Américas y en la Clínica Pablo Tobón Uribe para mirar en otros estilos de trabajo para que no se conviertan en unos clones que hacen y dicen y piensan igual que uno.

(EMI) Nosotros tenemos una gran intensidad académica, en cuanto a exposición de tema, revisión de tema, clubes de revista, y nos hacen mucho énfasis en el área docente, porque probablemente vamos a tener esa necesidad de tener que explicar mucho y de generar exposiciones donde tengamos que explicar cuáles son los objetivos de un médico vascular. Durante estos 2 años hice más revisiones con respecto al programa de medicina interna, hice más actividades académicas y eso a uno le genera mucha más seguridad. Adicionalmente, también participamos en actividades conjuntas con los cirujanos vasculares en una Junta vascular, entonces tenemos participación activa en ese espacio, aunque los pacientes que se llevan son más con patologías quirúrgicas y muchas veces nos tienen en cuenta y damos nuestra opinión igual que los docentes. En cuanto a las actividades con medicina interna, también había una actividad todos los viernes de revisión de casos de medicina interna y también nos invitan con frecuencia para dar la opinión con respecto a algún paciente en cuanto al diagnóstico diferencial de una patología diferencial, porque ahí directamente no solamente estamos interactuando con otros

residentes sino también con las especialidades básicas. Y en cuanto al área asistencial tenemos actividades varias veces a la semana de consulta externa y de interconsultas.

(DMI) Las estrategias básicas de docencia están aplicadas todas, una interconsulta es un ABP al igual que una consulta externa, las estrategias ahí se van desarrollando los puntos de profundización que sobre todo son para los especialistas y las cosas se dan también en los seminarios y en los proyectos de investigación.

(DP) Lo más nuevo en psiquiatría ha sido el club de revista. Hay tres líneas de investigación grandes en el departamento y los residentes están trabajando en cada una de estas líneas y van buscando trabajos relacionados con respecto al que están haciendo, artículos que estén nuevos, que les puedan favorecer, o que usaron para hacer su anteproyecto y nos muestran cómo en todas partes del mundo se trabaja lo que ellos están haciendo.

Con relación a la formación de docentes en el área pedagógica y didáctica, ¿Cómo perciben ustedes las competencias de la docencia en el programa?

(DN) Los docentes ingresan desde hace algunos años a la universidad es por concurso de méritos y en por exigencia tienen que garantizar por lo menos doscientas horas de formación en la parte pedagógica, entonces quienes han ingresado bajo esa modalidad tienen al menos esa visión inicial. La facultad de medicina ofrece el diplomado en didáctica en la sección, uno de los docentes lo ha realizado, y esta la opción de la Universidad tanto en Ciudad Universitaria como aquí en la Facultad con actividades que son complementarias que son virtuales o presenciales y con horarios diferentes. Cuando van a otras partes del mundo se trata de rescatar qué estrategias, que otros contenidos, que otras formas tienen de desarrollar de esta estrategia de enseñanza-aprendizaje. Pero realmente la formación es poca.

Desde estas tres competencias pertinencia, interdisciplinaridad y flexibilidad, ¿cómo se vive el programa, cómo lo socializa?

(DN) En la pertinencia son un motivo de preocupación frecuente dado que desde 2004 no se hacía revisión profunda en el área de neurología. En el registro calificado se cambiaron varias cosas desde el 2012, y seguimos trabajando en el documento final que se va considerar. En la parte de flexibilidad se reflejan los programas de curso opcionales que son un total de 6 meses y la opción de suspender el programa para que el estudiante profundice en el área de preferencia, estos seis meses están distribuidos por todo el programa.

La flexibilidad permite hacer el proceso muy individual, en ciertos momentos permite enfrentar el estudiante a pacientes, y permite discutir y comenzar desde cero para obtener respuesta.

En la interdisciplinaridad como docente de los estudiantes entra a jugar personas de otras especialidades, por ejemplo el área de neurociencias tiene contacto con psicología, neuropsicología, básicos de biología para poder involucrar varios elementos, y tenemos la participación de docentes con postdoctorados que colaboran en el área de formación.

(DMFR) Cuando uno se vincula con la U uno tiene que realizar curso de pedagogía una vez en la vida, pero el problema no está ahí, cuando el decano informa unilateral los cupos de los postgrados, él toma como recurso docente las personas que trabajan de forma asistencial en el hospital, y ningún médico especialista del hospital ha tomado curso de pedagogía y entonces él hace las cuentas de que son 20 profesores cuando en verdad son 4, y así es como aumenta los cupos de los postgrados, y no hay forma de cambiarlo.

La pertinencia el currículo se está revisando y se hace una revisión del programa, la flexibilidad es difícil, como uno tiene una forma escalonada de formación es complicado cambiar la estructura, el componente flexible que tenemos es la rotación opcional, y en cuanto a la interdisciplinariedad nosotros siempre trabajamos con grupos interdisciplinarios trabajando con especialista de otras áreas

(DMI) En el proceso de formación en los docentes en medicina, la mayoría de los docentes vinculados a la Universidad son de medio tiempo, entonces no hay la posibilidad de hablar académicamente, hay estrategias virtuales pero no es lo mismo. En cuanto a la flexibilidad el programa depende del estudiante y del docente y no se da en las rotaciones externas, como se va a trabajar y a investigar. La pertinencia es clara para el programa, se ha ido creciendo académicamente, y en cuanto a la interdisciplinariedad se esta trabajando en un servicio más de interconsulta que tratante y somos interdisciplinarios por definición, nosotros estaremos conjuntos con otra áreas de cirugía vascular y radiología.

(DP) En cuanto a la parte de formación docente hemos visto las facilidades con los docentes de asistir a estos cursos y es más difícil con los docentes externos. En cuanto a pertinencia es una necesidad de ampliar un año más en psiquiatría, también recibimos especialistas de otras áreas los cuales nos aportan de neurología, endocrinología, toxicología, psicología.

En cuanto a flexibilidad tenemos un semestre opcional donde pueden hacer una rotación electiva.

Al finalizar qué proceso de seguimiento se realiza al proceso de formación en los residentes?

(DMI) se hace una evaluación que se hace con el formato de la facultad que está en cambios, y la mayoría se pasan con muchas observaciones. Convencer a los estudiantes que el proceso de evaluación es más importante que la nota es difícil y hasta convencer al docente que lo realiza es difícil por disponibilidad de tiempos y de horarios, y que el número de docentes es poco. Hay rotaciones de meses de 2 meses, 6 meses, y más largas y al final de cada año con el proceso de las bitácoras se vuelve un poco más personalizado, se ha pensado en hacer examen escrito, algún cambio en la residencia, casi nadie pierde la residencia.

(DMFR) La evaluación es diaria, cuando se hace consulta, interconsulta, algún procedimiento uno ve como adquiere competencias el residente, pero existe un proceso administrativo de colocarle nota, es importante poder aplicar la encuesta porque se evalúan muchos aspectos.

(DP) Se establece una evaluación diaria, y al principio es duro para un internista el manejo de áreas y con el tiempo se iba fortaleciendo los conocimientos en el día a día. Y al poco tiempo el docente se va enterando de lo que se estudió y adquiere una idea de una u otra cosa para el internista, la nota es más un requisito.

(DN) La evaluación es, más un día a día, y es que adquirimos un aspectos más profesional que como individuo, y esas oportunidades no se tiene con la gente de pregrado pero con postgrado nos modelamos en el camino. En cuanto a retroalimentación nos reunimos cada semestre con los residentes y ellos nos evalúan.

(DP) La evaluación depende mucho de los docentes, se ve que existe el formato pero los docentes adquieren un formato más estrecho, les hablas de las dificultades de las fortalezas, pero hay otros que no lo hacen, hay docentes que colocan 5, existen dificultades y se esta trabajando en eso, para uniformarlo.

(DN) Hemos tenido estudiantes de 46 años a esa edad es difícil por cuestiones de responsabilidad o entendimiento y la posibilidad de éxito se reduce desde la neurobiología, pero hay que hacer el intento y es difícil plasmar la formación integral o ese alcance en la evaluación, al definir el criterio de evaluación es muy difícil que sea objetivo y con los cursos que lo hemos logrado hacer lo discutimos con el profesor que va a dictar la materia y el residente que va a estar allí, y frecuentemente uno no ve acogidos estos criterios.

(EMI) En cuanto a las estrategias de docencia creo que hay más necesidad de vincular las estrategias de comunicación actual y de herramientas virtuales ya que son muy útiles. Hoy en día uno puede ser formado en muchas partes y ser mucho más integral en esa parte. Acá en medicina interna y medicina vascular se ha logrado obtener charlas de videoconferencias de otras universidades pero hace falta explorarlo un poco más acá en la universidad.

(DN) Los residentes de neurología hicieron una página de residentes con mucha dificultad desde el punto de vista legal por los riesgos que esto implica desde autoría intelectual, derechos de autor, porque publican allí cosas que no tienen el permiso correcto. Ellos constantemente están intercambiando información con compañeros de otras partes del mundo con acceso a información diferente y con profesionales diferentes, y digamos que eso ha ocurrido al margen de los docentes.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

GRUPO FOCAL: EGRESADOS

- Especialidad de Alergología Clínica (A)
- Especialidad de Dermatología (D)

Fecha: Mayo 16 de 2013

Hora de inicio: 5:30 p.m. **Hora de finalización:** 6:30 p.m.

Lugar: Parque de la Vida 3 piso Aula 210

Objetivos:

Analizar las percepciones de los egresados de los 12 programas de las especialidades clínicas en relación con el impacto de la educación médica recibida durante su residencia clínica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Diagnosticar el impacto de la formación del modelo actual de educación médica en los egresados de las especialidades clínicas.

Preguntas Orientadoras:

¿Cómo se desarrolló el proceso de educación médica durante su formación como especialista clínico?

(A) Por medio del método de observación y después de validación que consiste –como es una especialidad clínica- en ver como hacían la atención nuestros docentes y posteriormente teniendo en cuenta el manejo que ellos ofrecían: los métodos, tratamientos y diagnósticos que ellos

sugerían, validar si eso era lo que se seguía en las guías y en los diferentes libros de la especialidad.

Otra forma fue el autoaprendizaje, que es lo que impera en este tipo de especialidades porque ya es una formación de posgrado, por tanto es buena parte lo que uno busca y lo que uno estudia, lo que lleva a que uno sepa del tema; y después la validación de lo que uno leía con los docentes mediante temas de discusión, grupos de reunión, una vez por lo menos a la semana, donde se realizaba una comparación de lo que se hacía y lo que se decía en la literatura y lo que uno pensaba al respecto.

(D) [...] Las actividades asistenciales, el método de aprendizaje que ya había dicho el doctor; a través de la observación en la atención de los pacientes y en la realización de procedimientos inherentes a la especialidad, allí se observaba el método de atención, cómo se llegaba al diagnóstico, cómo se hacía el plan de tratamiento y ocasionalmente con algunos docentes –pero no con todos- se discutían los planes de manejo y de diagnóstico.

El otro tipo de actividades que son las académicas, en dermatología consistían en la preparación de unos seminarios por semestre, la realización y presentación de casos conjuntos con otras especialidades. Por ejemplo, dermatología con cirugía plástica, algunos casos de dermatología combinados con reumatología y la preparación de pacientes para eventos académicos, como congresos, simposios, etc. En estos casos en particular, se escogían los pacientes, algunos casos determinados y se hacía una revisión por parte del residente sobre la bibliografía, la exponía a los profesores y se hacía una evaluación y corrección. Gran parte del entrenamiento- aprendizaje se basaba en la capacidad autodidáctica del residente, de llegar a estudiar a los pacientes y preparar los temas. Las actividades asistenciales, de procedimientos,

algunos son de observar con algunos docentes, pero la mayoría –cuándo se ha pasado un periodo de entrenamiento mínimo; después de pasar el primer año de la residencia- empiezan a hacer procedimientos quirúrgico son procedimientos de otro tipo.

¿Cómo caracteriza la relación con los profesores durante su formación? ¿En qué incidió dicha relación para el desarrollo de sus competencias profesionales?

(A) En nuestro servicio, en términos generales, imperaba una relación de respeto; por ser grupos cerrados por lo general, siempre hay una buena relación; pero igualmente, por ser un grupo cerrado siempre se prestaba para discusiones y todo, pero esos sucesos son normales en cualquier proceso. En general, si hay una buena relación con los docentes e incluso con las mismas personas en el grupo y los intereses personales nunca imperaban o maltrataban esta relación. Claro que si hubo dificultades, pero el ambiente que generaban los docentes se prestaba para que uno aprendiera, entonces eso facilitaba ese proceso. Fuera de las opiniones personales que uno pudiera tener en la parte académica siempre imperó el deseo del aprendizaje en sí y no de superponer una posición o un pensamiento sobre lo que se decía a nivel de la literatura o lo que se dijera sobre un tema.

(D) Todavía se ven muchos profesores que llevan mucho tiempo trabajando y todavía se observa mucho, una relación jerárquica con los residentes, donde el profesor tiene una figura de saber, un estatus mayor de conocimientos y se mira con respeto. Donde el acercamiento desde un punto más personal, que pueda hacer más fácil las rotaciones y el aprendizaje, se hace a veces un poco más difícil. Yo creo, que el hecho de que estén entrando profesores más joven responsabiliza –de pronto- tener una relación más de pares o algo más de proceso, en donde hay uno que va más adelante en éste que otro hace que sea a veces un poquito más fácil que el hecho

de discutir sobre los pacientes, entrar y analizar la información y sea cómo más fácil el desempeño. Esto creo que hace parte del relevo generacional en algunas de estas especialidades.

Qué aspectos positivos y negativos para su desempeño profesional puede resaltar del proceso de educación médica frente a:

La enseñanza ofrecida

El aprendizaje alcanzado

La evaluación aplicada

Las competencias desarrolladas

(D) En mi caso, gran parte de las competencias ya se habían desarrollado durante el pregrado y durante la residencia o posgrado. En este último, la visión era un poco más analítica en cuanto a la forma de actuar y proceder por parte de los profesores. Se veían diferentes tipos de personas: como aquellos que tenían muy buenas capacidades humanas y capacidad de entregarse al paciente; de labor social. Y otros, que por el contrario, eran más académicos, mucho más distantes. Pero, ya la edad del egresado las experiencias en la formación, le permiten a él ser más objetivo frente al comportamiento que debe seguir; cómo validar esos comportamientos.

(A) Una persona que es docente lo es porque lleva más tiempo en esa área y uno debe aprender de éste tanto lo que se debe como lo que no se debe hacer. Uno en algunos aspectos, está es como observador. Hay unas cosas que uno toma y otras cosas que no, no solamente en qué le voy a dar al paciente, sino en cómo se lo voy a decir al paciente, como voy a recomendar algo y eso. Y yo creo, que es en parte una ventaja que hay esas diferencias en la forma de pensar y

todo. Incluso hay personas que pueden tener el mismo tiempo de desarrollo, pero manejan diferente las situaciones y eso a mí me parece bueno porque es de las diferencias que uno aprende. Por ejemplo, como dice Oscar, uno no está y aprende como caballo cochero sino que uno analiza y toma, cada quien toma y aprende lo que quiere y eso también hace la variedad, esto interfiere en la forma en cómo nosotros percibimos el conocimiento. Hay una variedad, hay cosas en las que yo puedo estar de acuerdo y otras en las que no. Pero justamente, también es bueno por eso, esa experiencia y esa forma diferente de hacer las cosas. No siempre uno está de acuerdo con esa forma pero, es bueno verla, porque o nos reafirma o nos hace cambiar la forma en como nosotros actuamos y tomamos ya decisiones a futuro. Y creo que en la parte de lo de la imprenta que deja la universidad a la sociedad creo que esa imprenta se gana con el día a día, tanto de la parte de los docentes como de la parte administrativa.

Mi contacto, por ejemplo, con la universidad de Antioquia ha sido por medio de la especialidad y he de reconocer que no sólo he contado con el apoyo y el servicio en la parte administrativa, en la IPS, aquí en la universidad, en todo sentido, se genera esta imprenta, entonces porque el capital humano así lo permite.

Hay un gran número de residentes que creen que hay competencias que son necesarias de cumplir como enfrentarse a un grupo grande de pacientes, un gran número de procedimientos a realizar, la habilidad, entre otros. Ustedes ¿Qué piensan de esto?

(A) Bueno, yo diría que realmente entre más mejor, pero hay que tener un buen parámetro de referencia para poder hacer eso mejor. Y también depende de qué tipo de procedimiento estamos hablando; hay cosas que uno las hace una vez y no se van a olvidar, no es necesario la repetición

constante pero hay otras que aunque parezcan sencillas es necesario repetir para coger habilidad porque o sino caemos en errores en los que tal vez no caímos la primera vez, pero después por no haberlo hecho caemos. Por eso en alergología, hacemos algunos procedimientos que no son invasivos pero son de mucho cálculo, que aunque parezca tontería hay que hacerlo, lo cual se ha evidenciado con lo que pasa a veces y eso ha demostrado que es necesario, lo que pasa es que hay parámetros que uno no puede decir que sea mayor número-. No es que tienen que ser miles pero si por lo menos cinco bien hechos y acompañados; no es sólo dejar a la persona sola, sino brindarle un acompañamiento de quién se supone debe saber esto, en este caso son los docentes y vigilando el procedimiento.

¿Cuáles son aquellas capacidades que requieren de una mayor repetición para poder decir que realmente se tiene un nivel de competencia y otros que no? ¿Eso está claro en la formación de ustedes?

(A) No, realmente en alergología no hay un número para determinado procedimiento. Te voy a poner un ejemplo: Yo hice un entrenamiento de pruebas de respiración pulmonar, uno supondría que el médico general sabe de esos procedimientos, pero con todo el respeto, la mayoría de los médicos no sabe leer ni siquiera una es pirometría y cuándo la leen no tienen el mismo nivel que el de un especialista. Entonces, a nosotros nos hacen un seminario al respecto, pero cuando vamos al día a día, cuando estoy con los residentes uno se da cuenta que ellos no son capaces de manejar todas los procedimientos y ellos si tienen que saberse todos éstos parámetros. Pero eso ocurre porque creen que con el seminario ya eso es suficiente, pero hay cosas que si necesitan de repetición porque no todos los pacientes son iguales. Entonces algún paciente aporta un cambio y eso es muy relevante porque nos hace pensar que hay que hacerlo de otra manera.

¿Esas repeticiones se podrían hacer con estrategias de intervención simuladas o requieren directamente de un paciente?

(A) Si, es que por ejemplo, yo me siento con los residentes y llevo 10 historias clínicas que son hipotéticas pero no cogen el día a día. Por ejemplo, yo atendí a una paciente y me tocó cambiarle un medicamento pero sé que a ella no le va a gustar eso, esto no está dicho en ninguna parte pero como yo sé que este paciente es un caso particular yo sé que esa señora no me va a responder con eso, porque ella ya tiene ese contra, esa indisposición. Entonces, es necesario ver al paciente, eso no me lo dice un computador, no me lo dice ninguna maquina sino éste.

(D) En dermatología gran parte de los procedimientos que uno aprende a realizar uno los aprende en los sitios de práctica con el paciente que llega día a día, esto hace que sea muy aleatorio el procedimiento que uno deba aprender, se necesita de un tiempo, chequeo y un seguimiento para aprender a manejar esas competencias. Entonces esto hace, que algunos residentes adquieran ciertas competencias en algunos procedimientos porque tuvieron más suerte de que llegaron pacientes con estas característica en ese momento, y otro no. Por el contrario, hay algunos que aprendieron mucho de una cosa y otros que no. Entonces debido a la gran variedad de procedimientos que hay si se hace necesario hacer un chequeo frente a éstos y hay algunos que sí podrían tener algunos métodos de aprendizaje y que no tienen que estar en contacto directo necesariamente con un paciente, técnicas muy simples como suturar, aplicar un relleno y otras. **Pero si debería haber unos momentos en los que se evalúe la competencia, que eso tampoco existe.**

Otra de las dificultades es que, en dermatología se están desarrollando cada vez más subespecialidades, que en especial en nuestro programa existe una carencia de personal docente que esté capacitado en estas subespecialidades y ya el medio las está exigiendo. Entonces hay muchas habilidades y procedimientos que están utilizando en otras partes y ya nosotros no aprendemos a realizar, porque falta personal con esa capacidad para enseñar. Por ejemplo, cirugía oncológica; en dermatología necesitamos un dermatólogo que estudie cirugía dermatológica que se forme en operar, foto dermatología, laser y otras cosas. Uno ve de los profesores que han trabajado con eso, pero falta la formación académica por fuera, porque acá no la tenemos.

La incorporación de los **nuevos aprendizajes** se da por iniciativa de los estudiantes, por ejemplo “yo quiero aprender estética”, entonces le dice al profesor que lo deje hacer en el último año un mesecito de eso. Y en ese mes uno intenta aprender lo que más puede y eso es lo que hace afuera. En dermatología hay una carencia importante y es que existe una resistencia grande entre el grupo de profesores clínicos que ven la estética como algo que no es tan académico pero que es una necesidad del medio, que exige que el que aplique la estética sea un personal bien formado y que tenga un buen respaldo universitario, pero falta formación en esto. Los profesores más viejos dicen que no, es que no les queremos enseñar estética entonces a uno le toca en estas rotaciones conseguir estas competencias solo. **Esto debería ofrecerse.**

Y ¿En el ámbito laboral sienten que sus competencias tienen mayor fortaleza que la de otros colegas, egresados de otras universidades?

(A) En alergología nosotros nos tenemos que comparar con gente de otros países porque aquí la única que ofrece a nivel nacional alergología es la universidad de Antioquia. Yo he tenido la

oportunidad de trabajar con gente de Estados Unidos y en Singapur y también con gente de España y yo creo que el modelo académico que se maneja aquí en la universidad es excelente para formar a la persona para ser por lo menos iguales a los de cualquier facultad por fuera, incluso yo en este momento estoy intentando montar una especialidad en la universidad de Cartagena. Y el modelo que prima no es el Español ni siquiera en Estados Unidos, sino el de acá con unas pequeñas modificaciones, porque es muy bueno especialmente el modelo curricular con el que yo me formé. Esto lo demuestra la evidencia, de ver esa interacción con congresos; no tenemos que decir que somos menos que ellos.

(D) Aquí en Medellín si hay tres escuelas de Dermatología. Una en el CES, otra en la Bolivariana y en la de Antioquia, entonces sí se puede comparar aunque eso es muy maluco. La capacidad académica de los estudiantes que ingresan al programa de dermatología es muy buena y el gran número de patologías que se observan durante la formación es una gran fortaleza que no tienen otras universidades. Acá llegan patologías que no llegan a otras partes, el número, la variedad y la interacción con los pacientes hacen que la universidad tenga una gran ventaja. Pero hay una debilidad y es que en otras universidades intentan tener mayores competencias pedagógicas, mayores herramientas tipos seminarios, talleres, seguimiento de las competencias por parte de los estudiantes, seguimiento de la adquisición del conocimiento con los instrumentos, exámenes, cosas que parecieran para algunos ser escueleras, pero esto posibilita observar que el grupo que sale de estas universidades es muy homogéneo en la adquisición de conocimientos teóricos. En la universidad como da la posibilidad de que el estudiante sea más autodidacta, le da la oportunidad para que sea más independiente. Entonces como hay estudiantes muy buenos hay otros que nunca leen y nunca estudian o lo hacen muy poco, lo que hace al grupo más heterogéneo. Entonces ahí se presenta una gran debilidad y es una responsabilidad de

la universidad que el egresado haya adquirido todos los conocimientos correspondientes y lo haya aprendido bien.

¿Qué tanta formación pedagógica tenían los profesores?

(D) En el caso por ejemplo, de Dermatología hay grandes ventajas o existe una gran capacidad académica de los docentes, sin embargo la carencia fundamental si es la capacidad pedagógica. No sé si se han formado o no en eso y las competencias si se sienten por ejemplo, la forma en cómo entregan el conocimiento, los recursos que utilizan, muchas veces no son los más óptimos. Eso es una de las grandes carencias que existen. Sin embargo, es la forma en cómo se aprendió y de alguna forma lo hicimos y así se ha hecho.

(A) Yo creo lo mismo. Casi todos los docentes tienen una excelente intención de brindar su conocimiento, pero tal vez las herramientas que utilizan para hacerlo, no siempre son las más adecuadas y a parte, no han tenido una formación formal cómo docentes. A veces, se presenta la reticencia de hacer el cambio, de pasar de un modelo con el que ellos aprendieron a un nuevo modelo que probablemente puede generar ventajas, hace difícil eso. En general, si se ve la buena intención, pero si falta trabajar en la forma, del paso de esa buena intención al hecho.

En cuanto a la **evaluación** se puede decir que existe gente que estudia mucho como otra que no tanto, pero ambos se gradúan. Pero por el bien de esa persona y por el del paciente que atenderá es necesario poner puntos de corte para que se superen. La evaluación no solo debe partir del residente, tiene que partir también del docente. Si nosotros tenemos un docente que no es apto para hacer docencia no podemos esperar que el residente tenga un buen aprendizaje.

No creo que haya una medida de evaluación que sea perfecta, pero si tiene que haber puntos de corte mínimo, para que todos tengamos un proyecto mínimo necesario para que el día de mañana podamos desempeñar bien nuestra labor. Igualmente, esto se le debe exigir a los docentes, en otros países se le hacen evaluaciones a ellos para ver sus capacitaciones, para mostrar sus acreditaciones porque no podemos decir que este residente es malo si quien lo dice no tiene la capacidad necesaria para evaluar.

¿Cuáles estrategias didácticas privilegiaron el desarrollo de las competencias profesionales?

(A) Lo que pasa con alergología es que todas las actividades que se usaban deben desaparecer todas y renacer mejor dicho. Porque, por ejemplo: “Lectura del libro”. Esto es un evento que uno dice: “debe existir la lectura del libro”. Sin embargo, la forma en qué se hacía no era la más adecuada: Los residentes leíamos –estaban los docentes; los cuáles no opinaban- sin decir nombres, por la cara que hacían los docentes se notaba que ellos no se habían leído ese capítulo, lo que nos invitaba a leer. Y esto hace que sea difícil la interacción porque como se va a aportar sobre algo que no se ha leído, entonces el libro hay que leerlo, por ejemplo el libro “x”, pero es necesario cambiar esa forma.

Otra forma es por ejemplo, en las presentaciones. Yo hice la especialidad acá pero yo soy también Inmunólogo, y donde yo hice la inmunología todos los docentes tenían que hacer una exposición semanal porque uno aprendía exponiendo, pero el docente viéndolo a uno exponer; uno aprendía de la forma en cómo estaba la exposición. Cuando yo propuse eso en el servicio y es más, hice una tabla de contenido y lo que se podía presentar, no fue muy bien visto en ese instante. Pero el modelo de las presentaciones es necesario, más sin embargo creo que tiene que

ser algo interactivo y no puede ser a partir de lo que dicen los residentes porque uno también aprende viendo a los profesores, y ese ver es también ver como se expresa uno, la forma de pronunciar un discurso, cuándo lo está haciendo, es decir, hay muchas cosas que son necesarias y que no parten solo del hacer sino del ver también al otro hacer. Entonces, creo que todo sirve pero puede ser replanteado porque todo puede mejorar y creo que es un proceso que es normal en todo servicio o en todas partes.

(D) En dermatología, vemos una ventaja, ya que hay un espacio académico formal que se ha preservado por el tiempo y son una reunión académica todos los días de 7 a 9 am. Es un espacio muy importante y eso es una gran ventaja. Sin embargo, habría que evaluar las actividades que se hacen en este espacio. Hay algunas que son muy importantes, por ejemplo: El análisis de casos clínicos de pacientes difíciles que llegan al San Vicente en staff, esas son actividades de las que yo aprendí muchísimo porque en dermatología hay muchas enfermedades raras y con muy baja frecuencia que si acaso se ven uno o dos en la vida y que acá llegan por ser un hospital de referencia y que permite que uno conozca sus casos. Entonces, ésta es una de las principales actividades académicas. Hay otras actividades que son poco frecuentes pero que a mí me parecen que son muy importantes, que son la presentación y discusión por parte de uno de los docentes que prepara un tema con los residentes, lo analizan y todos lo explican y hacen una actividad formal, pero allí el profesor tiene una gran participación en el manejo de la información y el cómo la presenta, mientras va mostrando su experiencia. Estas actividades son muy poquitas, son una cada mes y son de las actividades que más valoran los residentes porque permite manejar temas y discutirlos de una forma muy concienzuda.

Las otras actividades que son las más frecuentes, son la preparación de pacientes y casos clínicos. Estas son actividades reiterativas que una vez se aprende, se realiza otra similar que

genera un gran desgaste en el residente, y que aparte de esto, a pesar de que a veces se estudian unos casos muy afondo, no permite que se abarquen temas que pueden ser a veces más generales y más fundamentales para el desarrollo profesional. A veces son muy específicos y muy complejos y no ofrecen lo otro que es con lo que uno se encuentra en el área laboral; cuando uno ve pacientes de enfermedades más o menos frecuentes y de éstas, muchas veces, no se llegó a hacer un seminario bien hecho con uno de los docentes; a veces se ahonda en temas muy específicos dejando otros por fuera. Entonces, yo creo que estas actividades reiterativas de estar presentando de una forma muy bien hecha un caso clínico, donde te corrigen la forma en como presentas, como expones, yo creo que sobra. Después de que se haga una o dos veces ya es suficiente.

¿Qué aspectos relacionados con las relaciones interpersonales, los tiempos, los recursos, los espacios utilizados para las actividades académicas durante la residencia marcaron huella en su formación?

(A) Bueno, yo creo que dependiendo del área a tratar la respuesta es que hay en alergología un buen volumen de pacientes. Pero hay dos áreas defectuosas, por ejemplo con pruebas que si hay en otros países y esto porque hay gente que piensa que aquí no es necesario. Un ejemplo, aquí hay una sección de aprendizaje que se llama alergias ocupacionales donde se tiene interacción básica con pruebas, en las formas en cómo se prepara etc. Pero esto tiene un costo. La otra parte, es que en investigación la formación es muy pobre. Por ejemplo, yo dije que soy inmunólogo y tengo una fundación en donde se trabaja con la investigación con la universidad de Cartagena y de acá. Pero hay una lucha de intereses y no se asesora como se debe hacer esto. **Investigar no es hacer lo que el profesor me ordenó, los residentes consideran esto como trabajo extra a su hacer y aprendizaje cotidiano.** Terminaban cogiéndole fobia a algo que para mí es muy bonito.

¿Cómo influye en su formación la tendencia de que hay que incursionar en campos específicos y no generales en la medicina, ejemplo en preferir más las especialidades que la medicina general y las subespecialidades que las especialidades clínicas?

(A) Aquí en Colombia hay un déficit de más del 50 % de médicos generales que se necesitan y más del 60 % de los especialistas que se necesitan. Eso lo dice el gobierno, entonces promociona que se habrá más cupos de especialidades e incluso obliga, no siempre estando las universidades preparadas para dar estos cupos y no se mejoran las condiciones para que la persona desee ser médico general o especialista. Esto es un caso muy claro. Por ejemplo, el médico general cuando se gradúa tiene que trabajar una cantidad de horas X para conseguir un salario básico, que le permita mantener lo que él quiere. Por eso se obliga, no tanto por deseo o amor a optar por una especialidad para mejorar su calidad de vida. Si se va entonces tiene que trasladarse, si no es a una ciudad sino a una zona roja donde tampoco le prestan las mejores condiciones como para que sea llamativo eso. Ahora estábamos, haciendo un estudio de porqué hay poca migración de los médicos a ciertas zonas y es porque no le prestan las condiciones para hacer atractivo esto, entonces lamentablemente un aspecto importante es el dinero. Y el especialista desea ser subespecialista tal vez por gusto y también porque se está haciendo énfasis en la situación cada vez más difícil, por ejemplo con lo que aparece en la televisión sobre la reforma de salud que hacen que necesariamente uno se tenga que subespecializar para tener una situación económica estable.

Ese no es el caso de todo el mundo ni es lo que más prima pero, si es lo más frecuente del médico general al especialista y eso se ve en cifras aunque el reporte del ministerio de protección social hoy quiera presentarlo de otra manera, pero ¿por qué motivo por ejemplo en el Valle del Cauca el médico general es mayor en proporción que el médico especialista? porque las

condiciones de pago al médico general allá son mejores y permite que se desplace a los municipios que están en las zonas y de esta manera presten su servicio. Diferente a otras zonas del país, en donde si me quiero quedar, donde me he desarrollado toda mi vida por ejemplo en Bogotá entonces uno no se quiere ir para otra zona. Pero ¿qué me queda hacer? subespecializarme para eso. Ese no es el único motivo para estas situaciones pero, lamentablemente es muy importante. Las condiciones sociales que estamos viviendo en este momento obligan a ciertos intereses particulares de una zona u otro.

Médicos generales hasta hace 20 años se quedaban como tales, porque en primer lugar, podía ser el médico del pueblo o de su comunidad y hacía una buena interacción y se podía capacitar sin tener que hacer una especialidad y segundo porque tampoco tenía buen acceso a eso. Estamos en un silogismo porque el gobierno quiere obligar a que haya más cupos porque realmente hacen falta pero no da las condiciones para que la gente quiera quedarse en estos. Entonces siempre buscan a otro y otro para intentar esto; obligan a que haya cupos en las especialidades. Mal obligado, porque lo hacen a través de un decreto sin haber hecho la capacitación previa, es decir, haber toda la estructura que esto requiere y después se quejan. Por ejemplo en Alergología hubo un intento de abrir cupos, pero eso se echó para atrás porque literalmente colapsó el servicio, fue una situación terrible, los propios residentes querían retirarse. Esto se debe a la situación económica que estamos viviendo actualmente en el país y segundo a la misma obligación que lleva el creer que el médico general no sirve y que entonces hay que ver o recurrir es a un especialista porque el otro no va a hacer nada.

(D) Yo creo que si se ve una tendencia global a la subespecialización, sin embargo en dermatología las subespecialidades son escasas. Aunque esta tendencia llega a convertirse en una necesidad y como no tenemos esta competencia entonces perdemos mucho. Existe también una

resistencia a incorporar el aprendizaje de procedimientos estéticos, también porque existen para algunas personas la necesidad de recibir una formación o un soporte a través de un diploma para poder hacer estética. Los profesores se resisten a formar a alguien en clínica, en labor social, en atender a la población, para que ellos salgan a ganar solo dinero. Pero hay que llegar a un punto medio, para que la universidad sepa hacia dónde va y ofrecerlo bien.

¿Desarrollaron la competencia del trabajo en equipo?

(D) El trabajo en equipo en dermatología es muy fuerte, con el tipo de actividades académicas que nosotros hacemos y cómo nos forman tenemos que estar todos los días con el cirujano plástico, con el reumatólogo, entre otros, todos los días presentando casos, poniéndonos al nivel con ellos para sacar adelante a un paciente. Entonces eso lo hacemos muy bien y desde el pregrado también se fortalece.

(A) La universidad de Antioquia tiene una gran ventaja, realmente surtir diferentes especialidades permite contar con la ayuda de los diversos profesionales. Incluso dentro del mismo, uno puede tener la discusión que uno quiera. Por ejemplo, en el San Vicente nosotros de alergología mantenemos mucho en contacto con el Dermatólogo, oftalmólogo, incluso hay eventos que nosotros hacemos intentando integrar esto, los residentes rotan con ellos, entonces si existen un muy buen trabajo en equipo

¿Qué haría y que no haría dentro de su función como profesor si usted estuviera vinculado en la docencia del programa para fortalecer el logro de las competencias profesionales en los actuales residentes clínicos?

(D) Hay cierta resistencia por parte de los profesores de dermatología hacia la investigación y otros que quieren impulsarla pero no reciben mucho apoyo. Entonces se debe sensibilizar en cuanto a la importancia de la investigación.

Para mejorar el proceso de enseñanza, gran parte de lo que uno es lo adquiere en la formación de los primeros años, sin embargo el acompañamiento de la universidad es fundamental, a veces uno ve personas que tienen ciertas dificultades y que son los docentes de uno y eso a veces es muy maluco. Lo otro, es mirar de qué forma la universidad le ofrece a los docentes facilidades por ejemplo, para la subespecialización y la adquisición de las nuevas tecnologías y avances que se están dando para que se puedan incorporar a los programas de una forma más dinámica.

Y la formación pedagógica es importante, no sé cómo intentar para mejor la forma en cómo enseñan los profesionales e incorporar las nuevas tecnologías, porque uno a veces tiene como esas dificultades en el manejo de los recursos tecnológicos, internet, las bases de datos y esas cosas. Hay docentes que les da muy duro y es el residente quien hace todo eso. Entonces eso hay que evaluarlo (el recurso humano, pedagógico y la incorporación de las nuevas tecnologías y saberes de las subespecialidades en la formación).

ENTREVISTA**GRUPO FOCAL: JEFES**

Fecha: Junio 18 de 2013

- Jefe de la especialidad de Medicina Interna y Patología Clínica. (JMIP)
- Jefe de Psiquiatra (JP)
- Docente de Psiquiatra (DP)

¿Qué elementos comunes y diferenciadores encuentran ustedes en su formación como especialistas y la que actualmente reciben sus estudiantes?

(JMIP) Yo soy Juan Carlos Restrepo Gutiérrez, soy especialista en medicina interna y patología clínica y soy el coordinador del posgrado de Patología clínica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Elementos comunes, tendría que hablar desde el punto de vista de medicina interna, tenemos la parte de que la formación es básica, en especialidades clínicas son más o menos las estandarizadas, y lo que más diferencia hoy en día tanto en las especialidades como en las subespecialidades es que se está haciendo un poco más de énfasis en la investigación aplicada. Las actividades académicas fundamentalmente son similares, es decir seminarios, discusión de casos clínicos, staff, revisiones de temas, es un formato más o menos similar. Algo importante es que se está haciendo un poco más de énfasis en lo que se llama la lectura crítica. Hay unos clubes de revista con características diferentes que permiten hacer la evaluación según las guías internacionales de la calidad del artículo que se está revisando.

(JP) Yo soy Antonio, médico psiquiatra, coordinador del Posgrado de Psiquiatría de la Universidad de Antioquia.

En psiquiatría también es similar, se parece a la estructura básica en la parte de psicopatología, la parte de las rotaciones clínicas es muy similar. De pronto hay algunas rotaciones en un nivel más avanzado en los residentes que veo que tiene la Universidad de Antioquia y que a mí no me tocaron, y la parte de investigación en este momento es más fuerte, más importante y los estudiantes tienen más apoyo, más tiempo y presentan trabajos de investigación de un nivel superior. Las actividades académicas son parecidas. Aquí hay un poco más de actividades académicas pero es el mismo formato, los clubes de revista y análisis de artículos es algo también relativamente nuevo.

¿Específicamente qué competencias se pretenden formar en estas dos especialidades? ¿A qué competencias le apuntan a la formación de sus especialistas?

(JMIP) Un patólogo tiene que estar en la capacidad de identificar las enfermedades que comprometen el hígado, las vías biliares en el paciente con fallo hepático, que sean susceptibles al manejo médico y aquellos que sean susceptibles al manejo quirúrgico. Que sea capaz de dar el tratamiento adecuado a estas enfermedades que comprometen el hígado y la vía biliar en el paciente trasplantado y no trasplantado, y tercero que sea capaz de construir conocimiento, de investigar en relación a todas aquellas enfermedades que comprometen el hígado, las vías biliares y aquellos con o sin trasplante de hígado, o sea identificar, recomendar el tratamiento adecuado e investigar sobre este tipo de patologías.

¿Cómo manejan la comunicación?

(JMIP) Ese tipo de cosas se van profundizando y fortaleciendo en la ronda clínica de pacientes hospitalizados, en la atención en los servicios de urgencias y de consulta externa, ya sea de patología general o de paciente trasplantado. Es en el momento en el cual uno apoya al

estudiante de posgrado y trata de irle enseñando cual es la posición que tiene que tener como médico sobre todo cuando está trabajando en un entorno en un paciente que necesita un trasplante de hígado.

(JP) Ellos empiezan primero aprendiendo la psicopatología básica, cómo es todo el componente de las manifestaciones de los diferentes signos y síntomas de la enfermedad mental y luego aprenden a diagnosticar y a identificar los diferentes trastornos psiquiátricos y el adecuado tratamiento de estos ya sea farmacológico, psicoterapéutico o terapia familiar en el caso que se requiera; y de acuerdo a lo que el paciente presente, escoger la terapia adecuada para eso. Ellos durante toda la residencia reciben un seminario todos los residentes juntos sobre todas la dificultades que se van presentando con pacientes, con familias, dificultades en la comunicación, dificultades en el punto de vista ético, todo eso se comenta en estos casos y se trabaja sobre todas estas dificultades que van teniendo. Y a medida que va avanzando el programa ya van viendo las subespecialidades que hay dentro del programa, entonces ya aprenden a diagnosticar el tratamiento en los niños y adolescentes que tienen algún trastorno mental, las farmacodependencias, el psiquiatra en el ambiente hospitalario en general, el psiquiatra en la comunidad, etc. Ellos reciben unos seminarios básicos y técnicos en la entrevista, pero también reciben un seminario denominado Praxis, que es como trabajar todas las dificultades que se van presentando en diferentes puntos de vista, lo hacen una vez a la semana todos los residentes y también trabajan mucho lo que va apareciendo en los medios de comunicación, en la prensa, todo lo que tenga que ver con la psiquiatría, el impacto que esto pueda tener y la discuten con el profesor.

¿Cómo evalúan el manejo del tiempo de educación de los residentes para la formación?

(JMIP) Existe una limitación grande y seguirá siendo grande en el estudiante de posgrado. Todos son hombres o mujeres que tienen responsabilidades familiares adquiridas y que tienen que seguir cumpliendo porque ellos no tienen la posibilidad de una financiación, entonces ellos tienen que trabajar así que el manejo adecuado de el tiempo de muchos de ellos es como va a lograr combinar toda la parte asistencial y de investigación y como lograr sacar tiempo para atender sus obligaciones familiares, sociales, etc. Entonces uno trata de que él combine todo para que pueda rendir en todo lo asistencial, pueda cumplir con sus compromisos de investigación, lo académico, y a la vez pueda seguir con sus compromisos familiares.

¿Cómo son los recursos disponibles para la docencia?

(JMIP) los recursos son muy adecuados, tanto las actividades que hacen ellos, tienen salones, tienen video beam, internet, bibliografía en medios electrónicos, es decir, no tienen carencias de recursos pedagógicos para desarrollar todas estas cosas.

(JP) En cuanto al tiempo cuando están en psiquiatría de pronto están un poco más jóvenes que cuando están en patología, pero obviamente tenemos residentes con este tipo de dificultades, con familia, hijos, pero no es tanto el número. En cuanto al tiempo se hizo una propuesta en el departamento que fue ampliar el tiempo de la especialización a 4 años sobre todo viendo la importancia de la psiquiatría en las diferentes áreas médicas, como que tengan un poco más de capacitación en otras áreas médicas. Entonces estamos en ese trabajo de aumentar el programa de esta especialización.

En cuanto a los recursos pienso que son adecuados también, la mayoría de las rotaciones las hacen en el Hospital Mental, en el HUSVF, en medicina legal, en la sede de Almacentro del Hospital Mental, pero en general los recursos son adecuados, tienen acceso a mucha

información. Hay un buen grupo de profesores para el programa, en el hospital tienen espacios adecuados, hace poco los residentes fueron a un congreso y nos contaron que los residentes de otras Universidades tienen adecuado espacio de descanso, tienen computadores en la sala, tienen sus bloques, etc.

(DP) Yo soy Jenny García, soy psiquiatra y tengo una maestría y un doctorado en epidemiología, trabajo en la Facultad en el departamento de Psiquiatría y en la coordinación de investigación de residentes. Hay varias razones por las cuales escogí Investigación como especialidad: está dentro del reglamento de la Universidad y está dentro de la apuesta que tiene la universidad de ser investigadora, pero por otra parte está como desde el convencimiento de que la investigación en la clínica surge de la práctica diaria, y teniendo en cuenta esto, es importante que ellos tengan formación en la investigación. En la medida en que uno tiene formación en la investigación tiene más capacidad de hacerse preguntas en la práctica y tener como ciertas herramientas para lograr eso.

Hay unos a quienes les gusta más y siguen su carrera por el lado de la investigación, y hay otros a quienes les gusta menos y que no lo siguen utilizando, pero lo que vieron les va a servir para tener una visión crítica de conocimiento que se genere desde su especialidad.

E: no se escucha muy bien la pregunta

(JMIP) Nos unimos a la reglamentación de la Facultad de Medicina y a las variaciones que se van dando de acuerdo a las cohortes. Nuestros estudiantes como están mayor tiempo en el Pablo Tobón, se han logrado hacer cierta adecuación... (Es difícil escuchar esta parte)

(DP) ellos en primer año hacen el curso de investigación, y durante ese primer año hacen el proyecto de investigación en el que van a participar durante el resto de la residencia y que van a

presentar en su trabajo de grado. Como hay líneas de investigación ya formadas en el departamento, desde el primer semestre deben escoger con quien van a trabajar y deben plantear la pregunta de investigación sobre la cual van trabajar el proyecto. A veces trabajan en proyectos que ya van en curso, entonces toman una parte de ese proyecto que va a ser el trabajo de grado, pero deben hacer un proyecto para que adquieran la competencia en la elaboración de propuestas. Al finalizar el primer año, ellos entregan el proyecto de investigación, y el comité de programa lo evalúa y lo aprueba y ya los residentes comienzan su investigación en el 2° año y la terminan en 3° año. Ya en 4° año, ellos deben tener terminada la parte de recolección y análisis de dato sal principio del último semestre.

(JMIP) Es diferente el abordaje de investigación cuando es una subespecialidad desde patología a cuando es una especialidad médica que son de 3 o 4 años y la influencia de una persona que está preparada en el grupo de investigación de psiquiatría porque finalmente ese es más o menos el mismo derrotero que siguen todas las subespecialidades, pero por ejemplo yo veo que es bueno y que es diferente que están haciendo ya un curso de escritura para publicar, como todas las otras especialidades, escriben el artículo y lo publican. Cuando los residentes terminan empiezan a ser docentes innatamente al otro día de haber terminado, sin haber tenido un curso de pedagogía antes. Es como la preparación influye para que los residentes tengan otros elementos que les permitan culminar mejor la investigación.

(DP) Nosotros hemos observado que donde hay personas con formación en investigación, bien sea con un posgrado en epidemiología, en ciencias clínicas, etc., hay mucha más posibilidad de implementar la parte de la investigación en los residentes porque se puede hacer un seguimiento durante todo el tiempo. Se está tratando de implementar en toda la facultad y en todos los posgrados que haya un profesor con formación en investigación que permita hacer el

seguimiento hasta el final. En las subespecialidades tenemos que trabajar mucho porque no podemos utilizar exactamente el mismo modelo que en las especialidades. Hay un problema grande de tiempo de cuando es 2 años o 1 año. Lo que nosotros estamos tratando de hacer es que los residentes de las subespecialidades traten de hacer el proyecto de investigación desde el primer semestre para que alcancen a terminar la investigación. Y lo otro es tratar de que los proyectos con los que se compromete el residente los alcance a desarrollar en los dos años, que no se meta en cosas muy ambiciosas que no van a alcanzar.

En pediatría se ha estado presentando un problema, ya que hay muchos epidemiólogos y la mayoría en comisiones de toda clase; entonces aparentemente había mucha gente pero en realidad no hay tanta, y los profesores que hay en estos momentos disponibles son de medio tiempo; para este próximo año vamos a poner una profesora que se va a ocupar de toda esta parte, y la idea es que los residentes desde el principio tengan contacto con ella y que no estén solos durante el proceso.

¿Cómo son las relacionados interpersonales entre residente –residente, residente-profesor, profesor-profesor y en qué inciden en la formación de especialistas?

(JMIP) Es inevitable que el tipo de relaciones interpersonales influyan y se procura que los conflictos se puedan resolver desde el principio.

(JP) En general en el tiempo que he estado en psiquiatría he observado que las relaciones interpersonales son muy buenas, no he visto que se haya presentado dificultades grandes. Hay una reunión mensual con el jefe del departamento, con la jefe de residentes y conmigo y nos manifiestan las dificultades que se han presentado, problemas que han tenido en las rotaciones o con los profesores, pero por lo general se solucionan fáciles esos problemas. Pero

independientemente de esas reuniones, los residentes tienen un contacto directo con nosotros y con todos los profesores para resolver este tipo de dificultades, siempre tratamos de aprovechar ese espacio.

¿Existen criterios para la evaluación de los residentes? ¿Cómo se divulgan en la comunidad académica?

(JP) El tema de la evaluación depende la rotación que ellos estén llevando, se hace una evaluación por parte del médico o de los médicos que participaron en esta rotación. Hay profesores que en mitad de la rotación les hace una evaluación, les cometa algunas dificultades, fortalezas, hay profesores que los evalúa de una manera muy detenida, se toman el tiempo para evaluar, para hablar con él. Pero en general ve uno que reciben buenas evaluaciones, buenos aportes, aspectos a mejorar y se manejan los formatos de la Facultad que deben entregar.

(DP) Los formatos veo que deberíamos modificarlos para facilitar la evaluación de los residentes, porque digamos que hemos tenido experiencias difíciles cuando los residentes son muy malos, cuando hay que evaluar a algún residente a veces es muy complicado, porque los aspectos que aparecen para evaluarles es difícil, por ejemplo que se pueda escribir que el residente tuvo un mal desempeño porque hay una cantidad de cosas que son difíciles de aplicar, a nosotros se nos ha presentado este tipo de dificultades y los profesores mencionan que tenemos residentes cuyo desempeño es tan malo que no deberían pasar la rotación, pero la pasan porque es muy complicado hacer así la evaluación. En la parte de investigación cambiamos el formato, porque no aplicaba lo que estaban preguntando.

Las investigaciones que se hacen en relación con la evaluación, casi siempre se hacen según el modelo con el cual fue evaluado, utiliza las mismas estrategias, los mismos recursos.

No sé ustedes cómo evalúan esos términos de la formación pedagógica de sus profesores, ¿se está trabajando con interés en la parte pedagógica? ¿Están sacando tiempo para asistir a estos cursos?

(JMIP) Esto es un poco complicado, fundamentalmente en el posgrado los profesores éramos el Dr. Gonzalo Corres y yo, los profesores de la universidad y los otros profesores eran del convenio docencia-asistencial. El Dr. Correa tenía cierta calificación desde el punto de vista de lo pedagógico pero él ya no está, ahora estamos tratando de vincular y reorganizar estos profesores y meterlos dentro del cuanto de la pedagogía, pues no todo el que conoce disciplinalmente una cosa es un profesor, la motivación, el estilo, etc. es otra cosa. Uno trata de poner la experiencia de uno y trata de modular los comportamientos de unas personas que no tienen formación pedagógica para que la relación con el residente vaya adquiriendo unas características diferentes.

(JP) Yo pienso que hay mucha necesidad, pero también es muy difícil con los profesores que no están cercanos a la facultad. Muchos profesores, por ejemplo en el primer año, están en el Hospital mental y están allá todo el día y para ellos es muy difícil asistir a algún curso de pedagogía o así sea online, yo creo que es cuestión de tiempo o motivación, no la tienen. Uno nota que a los residentes les gusta mucho ciertas rotaciones y eso depende del profesor, hay profesores escueleros y muy exigentes con unas cosas que pueden ser difíciles para los residentes, con los desplazamientos, con el estudio, con las dificultades familiares, y uno nota que los residentes no disfrutaban tanto estas rotaciones porque ven que los profesores manejan eso como si fueran todavía niños. Por ejemplo al realizar exámenes o al realizar actividades hay dificultades con los docentes en la formulación de preguntas, para entregar algunas evaluaciones de los residentes. Entonces veo que sí hace falta más formación en esta parte. A algunos les gusta mucho pero a otros no les gusta la capacitación en docencia. Yo el año pasado terminé mi

diplomado y me ha servido bastante en mi práctica en el día a día tanto con los estudiantes de pregrado como de posgrado.

(DP) Yo siento que a mí me falta bastante por formación pedagógica, y ha sido más por falta de tiempo. Tuve un diplomado inicial y luego 2 o 3 cursos, pero no he vuelto a eso. Pero creo que ha sido más por falta de tiempo que por falta de interés, porque si creo que hay una cantidad de cosas que debo mejorar.

¿Qué aspectos mantendría y cuáles eliminaría para fortalecer la formación por competencias en los actuales residentes en procura del perfil profesional de los programas?

(JMIP) Yo creo que insistiría y trataría de motivar, sensibilizar, estimular, convencer, que el componente de investigación es muy importante, que no se les vuelva una cátedra aburridora, presionados a que tengan que hacer un proyecto, tratando de crear un buena ambiente y motivación para que el proyecto siga adelante. Lo demás yo creo que ellos tienen lo que necesitan y en la parte de investigación es donde toca profundizar un poquito más.

(JP) Yo creo que la psiquiatría en general, de los trastornos, del hospital psiquiátrico la tienen bien. La psiquiatría ha avanzado mucho y cada vez se están metiendo más en el papel del psiquiatra, en las enfermedades médicas, y la parte de psiquiatría infantil me gustaría que fuera más tiempo y a futuro creo que uno de los problemas más grandes que vamos a tener es la parte de la farmacodependencia.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA- GRUPO FOCAL

PATOLOGIA DOCENTE Y RESIDENTE

Número de participantes: 2

Fecha: 12 Junio de 2013

Hora de inicio: 9:00 a.m. **Hora de finalización:** 11:00 a.m.

Lugar: Salón de juntas de Patología segundo piso Bloque Rojo

E: Entrevistador

DP: Docente Patólogo

RP: Residente de Patología

E: *Doctor háblenos acerca de su formación, el tiempo que lleva vinculado a la universidad y específicamente a esta especialidad.*

DP: Yo soy profesor de tiempo completo, me vincule a la universidad en Septiembre de 1993, tengo un pregrado en medicina, luego hice un posgrado en patología, luego me presente a convocatoria en la Universidad en Neuropatología y pase en el 1993, en 1997 fui a hacer un doctorado en neuropatología, regrese y estoy haciendo actualmente una maestría en epidemiología. Entre el 2002 y 2004 estuve haciendo en Escocia una pasantía forense.

E: *De acuerdo a como fue su formación en el tiempo de la residencia de patología a lo que es hoy que diferencias notorias encuentra usted en su formación como especialista y la que*

actualmente imparte a sus residentes? Que fortalezas tenía su programa en ese momento que no las ve hoy o que probablemente si las ve?

DP: La primera diferencia que uno encuentra es que actualmente se tienen más ayudas diagnosticas como las pruebas de inmunohistoquímica; son pruebas que las empezamos en el 93, que esto fue una diferencia grande pues en mi tiempo estos eran temas nuevos y ahora las pruebas, los aspirados de masas son de todos los días. Extraño de mi residencia que los profesores eran personas con muchísima experiencia, eran reconocidos de manera nacional e internacionalmente muchos de ellos. Teníamos muchos más casos, teníamos una cantidad de casos que casi triplican los que tenemos actualmente. Teníamos un número mayor en necropsias, nosotros cuando éramos residentes teníamos que hacer aproximadamente 200 necropsias por año en el Departamento de Patología, ahora el número de necropsias es reducido, el número de casos quirúrgicos ha disminuido, el sistema de salud cambio y debido a esto la formación o la enseñanza de la patología ha tenido que modificarse.

Otro punto importante en los últimos tiempos es que se ha visto la importancia de las subespecialidades, y hay profesores subespecialistas en este momento y hay profesores formados para hacer investigación. Actualmente en el departamento estamos en capacidad de hacer investigación básica.

E: *Vanessa como ha sido la enseñanza que hacen tus profesores para que ustedes puedan lograr el aprendizaje? Qué estrategias utilizan, qué actividades académicas?*

RP: Bueno, a nosotros nos entregan los casos por lo menos el día anterior al cual el profesor los va a revisar, y uno los tienen que estudiar completamente, que implica cada caso y es sentarse uno a uno o uno a dos con el profesor, entonces digamos que la mayor parte de la enseñanza es

muy personalizada y eso es de lo que yo mas destaco acá, y no sucede como en otras subespecialidades en las cuales se tienen que hacer unas ondas súper grandes o seminarios más amplias. Aquí la parte asistencial uno a uno es muy importante. Realizamos seminarios según el momento por el cual estemos rotando o según los casos que nos lleguen, si se trata de un caso interesante que necesita de un estudio profundo. Aquí lo básico que hacemos los residentes es que nos encargamos desde el primer año de las necropsias tanto entre semana como en fines de semana, nos encargamos del procesamiento del para que llegue al laboratorio.

DP: El residente tiene que adquirir habilidades, entonces por ejemplo no es lo mismo examinar un cerebro, que examinar el corazón, son órganos diferentes que requieren de una técnica especial para que el examen sea adecuado. El residente se empara de la manera como se deben examinar los órganos, procesan el numero de muestras necesario para llegar al diagnostico o para estudiar completamente el órgano o el caso en particular.

E: *¿Doctor y ellos cómo aprenden esa habilidad, es decir cómo se la enseñan?*

RP: El doctor llega y empieza a hacer una necropsia y le muestra a ellos como se hace, va haciendo y diciendo.

DP: Hoy por ejemplo estábamos cortando un cerebro que ella lo examino y yo estaba mirando, le iba diciendo si estaba bien, si estaba mal, que lo hiciera de esta manera. Uno como profesor va supervisando al estudiante, el estudiante puede preguntar, elegir la herramienta adecuada.

E: *Si hablamos en términos de competencias, ¿Cuáles competencias tienen que desarrollar el residente para formarse como un patólogo con el perfil de la Facultad de Medicina?*

RP: Tenia que desarrollar tanto el procesamiento del examen macroscópico, el poder hacer completamente una necropsia académica, la lectura y reporte de casos clínicos, llevar a cabo casos de investigación. Patología quirúrgica, citología y necropsias, mas la competencia investigativa.

E: *¿Cómo manejan las competencias que tienen que ver con el componente ético, bioética, si se pueden desarrollar aquí en el programa, o si no amerita?*

DP: Hay varios aspectos éticos que la ética tiene un tema bastante amplio, pero en términos generales el estudiante tiene que ser lo suficientemente integro para estudiar a cabalidad cada caso, que sepa que si es un tumor y que no alcanzo a hacer el diagnostico, el estudiante tiene que ir y cortar mas, a pedir cortes seriados para estar seguros del diagnostico antes de firmar. Esa es una parte que nosotros como profesores les pedimos a los estudiantes, que tengan la suficiente entereza como para volver al caso y así se demore más lograr un diagnóstico adecuado. Hacer investigaciones pertinentes, útiles, que respeten la confidencialidad del paciente, también se los enseñamos. Lo mismo con los especímenes quirúrgicos y de necropsias, sabemos que son cosas muy confidenciales y que nosotros no podemos estar hablando de asuntos privados de los pacientes, sino de que nosotros somos conscientes de tener cierta confidencialidad con los casos, los reportes no nos los llevamos para la casa. Aspectos como la capacidad de crítica y la evaluación de la realidad, hace parte de cada individuo. La crítica se debe hacer con cierta altura de manera que esta pueda ser útil para el mejoramiento de la institución.

E:*En este mismo sentido de que todos los individuos son distintos como pudiéramos nosotros valorar esas relaciones interpersonales que se dan entre profesores y residentes,*

residente mayor- residente menor y viceversa, residente-residente, profesores-profesores, y que ustedes consideran que han sido relevantes para la formación del especialista en patología.

RP: Uno observa la batalla de egos que tienen otras especialidades, uno aquí es de muy bajo perfil en realidad. Si uno va a criticar al compañero lo hace más bien de frente que hablar mal del otro, ósea es mejor decirle a la otra persona que se equivocó en este caso, que le faltó en esto, por la misma buena relación que hay, aunque siempre van a haber rencillas que es usual de los humanos. Pero todo se le dice al compañero y al profesor incluso, por lo general tendemos a acostumbrarnos que desde chiquitos cuando hay algún problema lo hablamos con la persona que es, y esto me parece que ha ayudado mucho a que el ambiente acá sacando pues algunas peleas personales que no tienen nada que ver con lo académico han sido digamos un ambiente laboral y de estudio.

DP: En general siempre hay problemitas pues por ahí que no faltan y probablemente es por un peso de la tradición del programa. Este programa tiene aproximadamente 65 años.

E: *¿Para el desarrollo de las competencias profesionales propias de la especialidad, que percepción tienen en cuanto al manejo de tiempos académicos para la formación, los recursos disponibles para la docencia, las estrategias o actividades didácticas que el profesor realiza?*

DP: A mí me parece que los recursos que nosotros tenemos son limitados, hay limitaciones importantes en el departamento, particularmente relacionados con la bioseguridad, hay equipos mucho más modernos que protegen al profesor, al residente o al empleado de enfermedades biológicas, o enfermedades profesionales, pues nosotros manejamos aquí mucho químico, entonces esos químicos hay que manejarlos con cierta seguridad para evitar que afecten la gente; eso por un lado. Académicamente hablando pues también nos gustaría que por ejemplo un acceso

mucho más amplio a publicación, la Universidad de Antioquia particularmente tiene una limitación grande con la publicación a la cual muchas veces no se puede acceder, y esto es un problema comparado con otras universidades que prácticamente todas las revistas y todos los artículos están disponibles, y que uno puede bajar mucha información de la red sin problema, sin limitantes. Por lo demás nosotros tenemos reuniones académicas que permiten interactuar con otras especialidades. Algunos laboratorios se encuentran limitados, hay algunos edificios que no se pueden cambiar porque son patrimonio histórico, que también nos crea ciertas dificultades. No se pueden instalar más laboratorios y tenemos que buscar en otras áreas y que sean adecuados a los requerimientos que necesitamos, buenas ventilación, buenas ventilación, que cumpla con la reglamentación básica.

RP: Las estrategias de enseñanza varía de profesor a profesor, cada uno lo hace a su manera, estudiamos los casos, hacemos la correlación clínica. Eso depende de la personalidad de cada profesor.

DP: Lo bueno es que los profesores tienen muchas especialidades y de diferentes países: España, Italia, Reino Unido, Canadá, entonces la pluralidad de métodos a los cuales el residente está expuesta le ayuda mucho en la formación al residente.

E: *Ayer que pude tener la oportunidad de observar la actividad académica que ustedes estaban realizando, uno alcanza a darse cuenta de las diferencias en el manejo de conceptos o en las precisiones de los datos, o de los hallazgos, y el profesor focalizaba mucho esa mirada como para ayudarle a los estudiantes a centrar. ¿Cómo se hace ese seguimiento o evaluación, si se hace inmediatamente o después?*

DP: Eso es lo más difícil de la enseñanza, pues al momento de evaluar uno tiene que ver a quién va a evaluar. Por ejemplo lo que uno quiere con el residente de cirugía, es que el vea que es lo que nosotros hacemos, porque es necesario que el nos mande las muestras bien, para que nosotros hagamos un trabajo bien hecho y que le ayude a el mismo. Entonces yo no lo puedo evaluar, yo lo que necesito es que el vea que es lo que hacemos y que el vea que lo hacemos con cierto rigor y que necesitamos un tejido bueno. En la medida en que él se involucre con nosotros, que se mezcle con los patólogos, que entienda la mirada del patólogo hacia el tejido, eso es una ganancia muy grande, yo lo evaluaría con 5.0, si el logra hacerse amigo de nosotros y logra ver las cosas como nosotros aunque sea por un mes. Hay otros que ven las cosas ahí por encima y se van, entonces yo ahí no tengo nada que evaluar, entonces yo simplemente les digo que perdieron la rotación de patología, entonces este residente probablemente no nos va a remitir bien los tejidos, es un caso perdido.

Pero estos muchachos por ejemplo están motivados.

Por ejemplo ya Vanessa tiene la habilidad para reconocer células, tejidos y diferencias. Yo no le puedo decir si aprendió 5.0, 4.0 o 3.0, yo a ella le puedo evaluar la disponibilidad, si tiene ganas de aprender, si se estudia las cosas que tiene que estudiar, si mínimamente sabe distinguir los tumores. Cada persona tienen su inclinación hacia un tema en particular, si la persona hace su esfuerzo y hace un trabajo bien, seguramente tendrá una buena calificación. Es muy difícil calificar, yo no puedo decir que perdió una rotación porque sí.

E: *Cuando yo ayer observe su práctica, yo veía como su evaluación era ahí, porque al preguntarle, al contra preguntarle, al indagarle, a que recuerden. Ahí mismo estaba haciéndoles el seguimiento que no seque tan consciente sea o con que intencionalidad lo*

hagan. Pero yo de lejos observaba que era una muy buena práctica evaluativa en el sitio, en el momento, ahí.

DP: Lo que nosotros intentamos hacer es precisamente eso, decirle al residente qué observan, qué piensan, qué preguntas tienen, qué dudas tienen. Pero además ahí están los libros.

E: *Usted les recomendó tres textos, que observarían fotografías, etc.*

RP: Por lo general acá la evaluación es diaria, sea que está mirando el apéndice más sencillo o un tumor complejo que ni los profes saben que es, la evaluación es continua. Uno no está constantemente realizando exámenes con preguntas como tal, pero si demostrando que miro y estudio el caso y que al menos pensó en algunos diagnósticos diferenciales, y esto es diario. En la rotación que este, sea pues viendo material general cualquiera, o los tumores más complejos uno está continuamente evaluado, en los staff, en las reuniones académicas. En estas últimas los profesores nos asesoran, pero por lo general hay un residente que encargarse de organizar el caso y el tema de las reuniones, entonces aquí es otra evaluación que nos están haciendo, de cómo manejo el concepto para la exposición, cómo se le explico a clínicos que pueden que no vayan a verlo de la misma manera porque es patología. Y con los residentes que rotan por acá de especialidades externas, digamos que con los que más queremos contar son con los de cirugía, pero digamos otros como clínicos, medicina interna, ellos también deben correlacionar de que esos síntomas que ellos están viendo, que esos exámenes de laboratorio que están evaluando, tienen una razón en esa plaquita rosada y por lo menos con los de cirugía deben extraer muy bien el tejido ya que así ellos sabrán si su paciente quedó bien operado.

E: *¿Cuál es el distintivo de ustedes en formación con relación a las otras especialidades que tenemos aquí en la Facultad?*

RP: Por la parte clínica uno debe tener correlación clínica, que le está pasando al paciente, pero que pasa en el 80% de las veces no saben porque no estamos viendo directamente al paciente. Entonces debemos confiar en lo que él escribe en la orden, si nos mando solo la descripción operatoria y qué tornillo usaron no estamos haciendo nada y tenemos que confiar completamente en lo que estamos viendo.

DP: Nosotros a diferencia del resto nos basamos en el microscopio, tenemos que es lo que tiene un paciente de acuerdo a lo que uno ve en el microscopio y eso es una cosa nueva y eso a ningún estudiante de medicina le muestra eso. Entonces cuando a un residente de medicina le muestran eso, algo sabe, el que llega a cirugía algo ha visto. El residente de patología se demora casi un año para empezar a ver cosas. Uno ve punticos azules y rojos, y uno mucho tiempo es mostrándoles lo mismo y lo mismo hasta que un día ya lo reconoce y lo diferencian de lo demás.

E: *¿Considera que la formación pedagógica es importante, no la necesitan, cómo la han desarrollado?*

DP: Cuando uno ingresa a la universidad nos exigen cursos de capacitación en pedagogía. En el caso mío estuve en el grupo de currículo, entonces tuve la oportunidad de conocer a mucha gente experta en educación médica, estuve en congresos mundiales de educación médica en el 95. La formación en pedagogía la considero muy importante. La formación continua es importante siempre.

RP: Cada profesor tiene sus estrategias con la enseñanza, pero digamos que la formación pedagógica de cada profesor no tenemos como asegurarlo y la educación médica es un animal de cambios y hay que actualizarnos.

E: ¿Qué aspectos mantendría y cuáles eliminaría para fortalecer la formación por competencias en los actuales residentes en procura del perfil profesional de los programas?

DP: Nosotros vemos los estudiantes como colegas. De hecho cuando a uno le preguntan que cuantos años de experiencia tiene el área uno cuenta desde que empezó la residencia, entonces el trato es muy diferente cuando usted habla con un colega que cuando habla con un residente. En otras residencias se maltrata los residentes. Yo le pondría más metodología.

GRUPO FOCAL EGRESADO

E: Entrevistadora

J1 y J2: Anestesiólogos cardiovasculares

E: El objetivo de esta entrevista es identificar aquellos aspectos que caracterizan la educación en el servicio de anestesiología cardíaca. Cómo es el proceso, cómo es el seguimiento, qué hacen con los residentes cuando llegan al servicio, qué oportunidades de aprendizaje tienen estos residentes, con qué estrategias de aprendizaje ustedes cuentan, qué dificultades están teniendo.

J1: El departamento de anestesia toda la vida ha tenido vinculado estudiantes. A la fecha en este momento hay 6 universidades vinculadas en el convenio docencia- servicio, de ellas 5 mandan estudiantes para hacer su tercer año de anestesia general; ellos tienen que hacer una rotación de 2 meses en anestesia cardiovascular; y desde hace 6 años para acá se inició la especialización de Anestesia Cardiovascular Torácica con la Universidad del Bosque. Los estudiantes de anestesia general como tienen que hacer una rotación tienen un programa académico el cual se les entrega el primer día que ingresan a la institución el cual toca con todos los temas que tengan que ver con patologías cardiovasculares. Ese programa está hecho para que los estudiantes lo revisen en su tiempo, tienen que hacer una conferencia a la semana, la cual se realiza de 6:15 a 7:15 de la mañana y permite reforzar temas con el estudiante y los días viernes es de temas cardiovasculares ya específicos, ellos tienen 4 días de la semana para realizar esta actividad, luego de esto, pasan a salas de cirugía y aquí ya se inicia la parte asistencial. Ese residente desde el día anterior conoce la programación, los pacientes, les hace su valoración física y deben de preparar el caso con el especialista del día siguiente, le hace preguntas sobre el tema,

observa cómo trabaja y además está desarrollando las habilidades técnicas como entubar, colocar catéteres, monitoreo, interpretación de la información, manejo de la historia clínica. Esto es básicamente lo que hace en el trabajo durante el día.

Estos residentes tienen que hacer asistencia, estar pendientes de las interconsultas de otros servicios. Nunca un estudiante de anestesiología está solo y toma decisiones sobre los pacientes, todo está montado de tal forma de que no necesitemos de los estudiantes para que estemos laborando.

Durante cada caso siempre les estamos haciendo una evaluación, mirando si sí estudió, que nos cuente cuál es la patología más importante para determinado paciente, qué le van a hacer, qué implicaciones tiene la actividad quirúrgica para la anestesia, qué espera el residente, cuál es la incidencia, cuál es la mortalidad, etc. Así que siempre hay un ciclo de educación con cada paciente, se está aprendiendo constantemente del profesor, le ponemos retos, se tiene que aprovechar cada situación, no son estudiantes pasivos, son muy activos y tienen que rendir. Ellos son los que ponen el ritmo de estudio y el modo de aprendizaje.

La universidad con la que estamos más cercanos es la Universidad del Bosque, de ella obtenemos muchos beneficios como la biblioteca, obtenemos todos los registros, hay algunos descuentos para algunos estudiantes, tienen todo el soporte técnico.

En esta residencia se evidencia la jerarquía, hay que respetar, ellos deben seguir instrucciones. A veces hay desacuerdos, pero considero que somos un grupo sólido que llevamos mucho tiempo trabajando juntos, unos hemos sido profesores y a la vez otros eran profesores de uno. Nos respaldamos en las decisiones.

E: ¿Qué elementos comunes y diferenciadores encuentra en su formación como especialista y la que actualmente imparte a sus residentes?

J1: Yo creo que la facilidad de llegar al conocimiento, tener información de primera mano, en esto las generaciones nuevas nos cogen ventaja. Hoy aparecen cursos online, hace que hoy sea más fácil la autoeducación, ya que antes estaba basada en un tutor. Otro aspecto diferente es el desarrollo de la tecnología en el momento del peri-operatorio, ya que hace 27 años esto era básico y hoy en día contamos con unas herramientas fundamentales. Ahora hay muchos laboratorios que nos dan información continuamente en tiempo real y con pacientes reales.

E: Cómo se da el proceso de desarrollo de las competencias profesionales en esta especialidad, cómo es la comunicación?

J2: Ya sea el paciente programado o de urgencias se hace la consulta, se buscan los factores de riesgo, cuáles son prevenibles, cuáles se pueden optimizar, se les informa de las posibles complicaciones, se hace siempre un espacio para las preguntas y el acercamiento al paciente generando tranquilidad en el paciente. El manejo del paciente tiene que ser muy diplomático y con mucha discreción, no debemos de salirnos de nuestra área. Parte de las condiciones que le inculcamos a los estudiantes es esa habilidad de saberse expresar y saber llegar al paciente, pero es una habilidad que ellos mismo las deben reforzar. Otro aspecto importante que tratamos de transmitirles es la seguridad, que tengan pleno conocimiento del paciente con el cual van a estar, que se presenten, que les pregunten si tienen alguna duda y ya posterior a esto dirigirlo al quirófano.

E: En otro tipo de entrevistas nos dicen mucho que es importante y que hace falta tener un tiempo protegido para la docencia, Ustedes cómo se sienten en relación esos tiempos?

J2: Yo creo que el tiempo protegido que tenemos, que es un escenario que es destinado solo a la docencia es en el periodo de la mañana de 6:30 a 7:30. También se ha procurado generar la reunión que se hace dentro de la sala con un especialista, y en grupos pequeños ya que dentro del quirófano no es permitido, pero esos tipos de espacios se aprovechan en educación.

E: ¿Qué estrategias de intervención educativa y didáctica quisieran mejorar para garantizar el desarrollo de las competencias profesionales en esta especialidad?

J1: En eso hemos estado trabajando fuertemente en los 2 últimos años, ya hemos realizado varias publicaciones, ya se ha llevado internacionalmente un poster de nuestro grupo. Cada residente hace un trabajo de investigación.

E: siendo ustedes parte de una generación donde no habían tantos avances, Cómo logran ahora actualizarse?

J2: En todas las especialidades todo lo nuevo que aparece en cuanto a tecnología se quieren acoger a ello, igualmente nosotros queremos aplicarlo porque las circunstancias no lo piden y todo tiene una razón de ser. Considero que actualmente hay suficiente tecnología para hacer diagnósticos y tratamientos de patologías.

E: ustedes con la experiencia, el conocimiento, la tecnología, han pensado en formar grupos como extensión para actualización de médicos del país en el área, seminarios?

J1: si deberíamos hacer curso, una actividad académica regular. Tenemos un proyecto para este año a finales de diciembre, la idea es que realicemos el primero y creo que ese es el objetivo que debe tener cualquier especialidad. La idea es hacer un curso anual aunque por muchas circunstancias no se ha podido llevar a cabo.

GRUPO FOCAL: JEFES

- Entrevistadora (E)
- Anestesiólogos cardiovasculares (J1) y (J2)

(E) El objetivo de esta entrevista es identificar aquellos aspectos que caracterizan la educación en el servicio de anestesiología cardíaca. ¿Cómo es el proceso, el seguimiento, qué hacen con los residentes cuando llegan al servicio, qué oportunidades de aprendizaje tienen estos residentes, con qué estrategias de aprendizaje ustedes cuentan, qué dificultades están teniendo?

(J1) El departamento de anestesia toda la vida ha tenido vinculados estudiantes. A la fecha en este momento hay 6 universidades vinculadas en el convenio docencia- servicio, de ellas 5 mandan estudiantes para hacer su tercer año de anestesia general; ellos tienen que hacer una rotación de 2 meses en anestesia cardiovascular; y desde hace 6 años para acá se inició la especialización de Anestesia Cardiovascular Torácica con la Universidad del Bosque. Los estudiantes de anestesia general, como tienen que hacer una rotación, tienen un programa académico el cual se les entrega el primer día que ingresan a la institución el cual toca todos los temas que tengan que ver con patologías cardiovasculares. Ese programa está hecho para que los estudiantes lo revisen en su tiempo, tienen que hacer una conferencia a la semana, que se realiza de 6:15 a 7:15 de la mañana y permite reforzar temas con el estudiante y los días viernes es de temas cardiovasculares ya específicos, ellos tienen 4 días de la semana para realizar esta actividad, luego de esto, pasan a salas de cirugía y aquí ya se inicia la parte asistencial. Ese residente desde el día anterior conoce la programación, los pacientes, les hace su valoración física y deben de preparar el caso con el especialista del día siguiente, le hace preguntas sobre el tema,

observa cómo trabaja y además está desarrollando las habilidades técnicas como intubar, colocar catéteres, monitoreo, interpretación de la información, manejo de la historia clínica. Esto es básicamente lo que hace en el trabajo durante el día.

Estos residentes tienen que hacer asistencia, estar pendientes de las interconsultas de otros servicios. Nunca un estudiante de anestesiología está solo ni toma decisiones sobre los pacientes, todo está montado de tal forma de que no necesitemos de los estudiantes para que estemos laborando.

Durante cada caso siempre les estamos haciendo una evaluación, mirando si sí estudió, que nos cuente cuál es la patología más importante para determinado paciente, qué le van a hacer, qué implicaciones tiene la actividad quirúrgica para la anestesia, qué espera el residente, cuál es la incidencia, cuál es la mortalidad, etc. Así que siempre hay un ciclo de educación con cada paciente, se está aprendiendo constantemente del profesor, le ponemos retos, se tiene que aprovechar cada situación, no son estudiantes pasivos, son muy activos y tienen que rendir. Ellos son los que ponen el ritmo de estudio y el modo de aprendizaje.

La universidad con la que estamos más cercanos es la Universidad del Bosque, de ella obtenemos muchos beneficios como la biblioteca, obtenemos todos los registros, hay algunos descuentos para algunos estudiantes y tienen todo el soporte técnico.

En esta residencia se evidencia la jerarquía, hay que respetar, ellos deben seguir instrucciones. A veces hay desacuerdos, pero considero que somos un grupo sólido que llevamos mucho tiempo trabajando juntos, unos hemos sido profesores y a la vez otros eran profesores de uno. Nos respaldamos en las decisiones.

(E) ¿Qué elementos comunes y diferenciadores encuentra en su formación como especialista y la que actualmente imparte a sus residentes?

(J1) Yo creo que la facilidad de llegar al conocimiento, tener información de primera mano, en esto las generaciones nuevas nos cogen ventaja. Hoy aparecen cursos online, hace que hoy sea más fácil la autoeducación, ya que antes estaba basada en un tutor. Otro aspecto diferente es el desarrollo de la tecnología en el momento del peri-operatorio, ya que hace 27 años esto era básico y hoy en día contamos con unas herramientas fundamentales. Ahora hay muchos laboratorios que nos dan información continuamente en tiempo real y con pacientes reales.

(E) ¿Cómo se da el proceso de desarrollo de las competencias profesionales en esta especialidad, cómo es la comunicación?

(J2) Ya sea el paciente programado o de urgencias se hace la consulta, se buscan los factores de riesgo, cuáles son prevenibles, cuáles se pueden optimizar, se les informa de las posibles complicaciones, se hace siempre un espacio para las preguntas y el acercamiento al paciente generando tranquilidad en el paciente. El manejo del paciente tiene que ser muy diplomático y con mucha discreción, no debemos de salirnos de nuestra área. Parte de las condiciones que le inculcamos a los estudiantes es esa habilidad de saberse expresar y saber llegar al paciente, pero es una habilidad que ellos mismos deben reforzar. Otro aspecto importante que tratamos de transmitirles es la seguridad, que tengan pleno conocimiento del paciente con el cual van a estar, que se presenten, que les pregunten si tienen alguna duda y ya posterior a esto dirigirlo al quirófano.

(E) En otro tipo de entrevistas nos dicen mucho que es importante y que hace falta tener un tiempo protegido para la docencia ¿Ustedes cómo se sienten en relación esos tiempos?

(J2) Yo creo que el tiempo protegido que tenemos, que es un escenario destinado solo a la docencia es en el periodo de la mañana de 6:30 a 7:30. También se ha procurado generar la reunión que se hace dentro de la sala con un especialista, y en grupos pequeños ya que dentro del quirófano no es permitido, pero esos tipos de espacios se aprovechan en educación.

(E) ¿Qué estrategias de intervención educativa y didáctica quisieran mejorar para garantizar el desarrollo de las competencias profesionales en esta especialidad?

(J1) En eso hemos estado trabajando fuertemente en los 2 últimos años, ya hemos realizado varias publicaciones, ya se ha llevado internacionalmente un poster de nuestro grupo. Cada residente hace un trabajo de investigación.

(E) siendo ustedes parte de una generación donde no habían tantos avances ¿cómo logran ahora actualizarse?

(J2) En todas las especialidades todo lo nuevo que aparece en cuanto a tecnología se quieren acoger a ello, igualmente nosotros queremos aplicarlo porque las circunstancias nos lo piden y todo tiene una razón de ser. Considero que actualmente hay suficiente tecnología para hacer diagnósticos y tratamientos de patologías.

(E) Ustedes con la experiencia, el conocimiento, la tecnología, ¿han pensado en formar grupos como extensión para actualización de médicos del país en el área, seminarios?

(J1) Si, deberíamos hacer un curso, una actividad académica regular. Tenemos un proyecto para este año a finales de diciembre, la idea es que realicemos el primero y creo que ese es el objetivo que debe tener cualquier especialidad. La idea es hacer un curso anual aunque por muchas circunstancias no se ha podido llevar a cabo.

GRUPO FOCAL DE DOCENTE Y JEFES**IDENTIFICACIÓN**

Especialidad: Medicina Deportiva, Rehabilitación

Fecha realización: 18 mayo 2013

Lugar: Segundo piso Manuel Uribe Ángel. Facultad de Medicina

Entrevistador: Leonor Galindo C

Entrevistados:

- ✓ **(DMAAFD)** Docente de Medicina Aplicada Actividad Física y al Deporte
- ✓ **(JMAAFD)** Jefe de Medicina Aplicada Actividad Física y al Deporte
- ✓ **(DMFR)** Docente de Medicina Física y Rehabilitación

(DMAAFD): En relación al trabajo en las residencias, a mí me toca en quinto grado, tengo algunas asignaturas como trauma deportivo, área de rehabilitación, también asignación deportiva, fisiología del ejercicio, las electivas. Nosotros tenemos una carga académica distribuida en todo el pensum y hacemos una labor siempre acá con en el componente flexible y entrenamiento de médicos internos que rotan con nosotros.

(JMAAFD): Nosotros los tres tenemos de alguna manera libertad en el sistema pedagógico, seguimos cada uno un estilo buscando obviamente cumplir los objetivos finales con cada uno de los residentes. En mi caso en particular, trabajo mucho lo que es el aprendizaje basado en problemas y haciendo énfasis en el diagnóstico diferencial. Mi enseñanza es más de tipo activo y

vivencial con el paciente a bordo, donde a través de convenios que tenemos con atlético nacional o aquí con la gente de la universidad adoptamos un caso y vamos viendo todas las temáticas relacionadas con este paciente, hacemos el seguimiento y eso nos da el resultado final.

Los residentes van a algún sitio en particular a hacer esta práctica. Nosotros hacemos 2 tipos de actividades básicamente: una que es la asistencia a los equipos de futbol lo que sería atlético nacional, deportivo independiente Medellín, además de muchos otros convenios que existen, donde hay docencia a mis compañeros y algunas otras actividades de tipo académico aquí en la facultad de medicina.

(DMFR): La enseñanza básicamente es la misma enseñanza que siempre implementamos en medicina, donde tenemos desde las clases magistrales, los seminarios preparados por los estudiantes y lo que llamamos prácticas que básicamente es donde nosotros aprendemos todos los elementos basados en responder problemas, solucionar problemas en ABP. Lo que pasa es que para nosotros es mucho más sencillo porque ya lo aprendimos a diferencia de otros trabajos, otros estudios. Siempre tenemos al paciente al que le tenemos que resolverle el problema. Básicamente esa metodología la hemos implementado de toda la vida y lo que ha cambiado es la posibilidad de utilizar ciertos recursos tecnológicos o no.

Nosotros no tenemos hospital, nosotros tenemos canchas de juego, tenemos coliseos, tenemos los sitios donde la gente hace la actividad física, ese es nuestro hospital y nuestros pacientes son los deportistas y las personas que hacen ejercicio, en primera instancia. Básicamente nosotros trabajamos entre comillas con pacientes aliviados porque así sean pacientes que vengan de una enfermedad cardiovascular por ejemplo, lo tenemos que tener controlado con algún tipo de ejercicio, entonces no tenemos el elemento muerto o el elemento sangre metidos en nuestro

aprendizaje, es más, el elemento desarrollo del individuo. Esto es más placentero pero el escenario o sea hablar de que no sea una sala de hospital, pero entonces hablar que es un hotel donde tenemos todos nuestros deportistas controlados es básicamente lo mismo; nosotros tenemos que hacer cuidados de dieta, nosotros hacemos controles de sus funciones, nosotros hacemos que tengan cierta etapa de descanso, hacemos practicas por ejemplo como la fisioterapia en esos sitios de concentración o en el mismo estadio en donde están entrenando en la misma cancha, entonces para nosotros los hospitales son simplemente los escenarios deportivos en el caso de lo que nosotros hacemos relacionado con deporte que lo que hacemos ya relacionado con salud si tiene más elementos hospitalarios. Tenemos los centros de rehabilitación cardiaca o los hospitales en donde nosotros vemos esos pacientes.

El centro de estudio de la especialidad se centra en el ejercicio, nosotros somos especialistas en el ejercicio aplicado al ser humano. Los beneficios o daños que puede causar o sea nuestra herramienta fundamental y todo nuestro aprendizaje se relaciona con el ejercicio.

El tiempo de duración de la formación son seis semestres, tres años. Hablamos de semestres porque aquí todo esta semestralizado por el pregrado pero básicamente son tres años.

Leonor: Y los tienen alternamente r1, r2, r3 haciendo ¿Que los diferencia un r1, de un r2 y de un r3? ¿Además del año en el que están que los diferencia?

NR: Nuestro programa está construido de tal manera que el individuo en los tres primeros semestres, en el primer año y medio, adquiere las habilidades básicas para ejercer la especialidad entonces, ahí hablamos casi que lo que es las materias básicas que debes de manejar donde está desde la fisiología del ejercicio, tanto ciganometría hasta el trauma deportivo, ortopedia y

rehabilitación y el año y medio final especialmente el último año, el individuo puede hacer énfasis en lo que él quiere desde el punto de vista de la aplicación de lo que aprendió, es decir escoge un área que sea actividad física y salud o que sea actividad física y rendimiento deportivo o puede mezclar las dos pero hace énfasis en alguna de ellas. El último semestre es totalmente electivo, el último año tiene parte lectiva del quinto semestre de unas obligaciones de ciertas áreas pero también puede tener las electivas de tal manera que digamos que el individuo tiene una posibilidad de ubicarse desde el punto de vista de conocimiento y bienestar y desde el punto de vista laboral también donde se quiere ubicar.

Leonor: La cobertura ¿Que tan provocativa es la especialidad para la fundación de médicos que se quieran especializar? ¿Cómo ven ese campo?

(DMAAFD): Hasta hace unos años más o menos, se presentaban alrededor de 10 o 12 personas pero este año por ejemplo fueron 18 y en este momento pienso que ha ido creciendo el número de médicos que quieren hacer la especialidad muchos ya inclusive se han presentado pues varias veces. Son muchachos que han rotado como en pueblos que uno sabe que desde el pregrado quieren ser especialistas pero no han podido pasar el examen en algunos casos, pues, pero yo pienso que el conocimiento que se tiene hoy en día de la especialidad en el medio médico ha crecido y que hay la posibilidad de que siga aumentando el número de aspirantes.

(DMFR): Hay dos elementos que dependen del por qué un médico se presenta a esta especialización o a otra. La primera es la presencia de este tipo de conocimiento y posibilidades en pregrado lo que hace de alguna manera tu formación en pregrado te lleve a hacerla y la segunda que es por lo menos desde el punto de vista personal, considero que es primordial la posibilidad económica de esa especialidad en este caso las quirúrgicas. Hoy en día son las que mandan la parada porque desde el punto de vista de rentabilidad económica es ya mucho mayor las clínicas en ese sentido han perdido presencia en el pensamiento del médico recién graduado, de todas maneras existe algo que es como el incentivo que tiene el tipo en pregrado. En el fondo cuando vos haces pregrado mas hoy en día el estudiante está pensando no ejercer la medicina general si no yo quiero ser ortopedista o quiero hacer medicina deportiva, digamos que todavía está esa parte de la sensación de que yo nací para esto, entonces en ese sentido el posgrado y la presencia de la actividad física del ejercicio y la formación de pregrado no existían. Nuestro currículo en la facultad de medicina implica que el estudiante conoce las bondades y los beneficios del ejercicio y conoce lo que nosotros hacemos en este currículo nuevo desde los primeros años, entonces tiene la posibilidad de interactuar con la especialidad y eso hace que al mismo tiempo comiencen a presentarse más candidatos a hacer la especialidad. En otras universidades no existe eso, los otros pregrados no contemplan esa presencia activa del área de actividad física y del ejercicio en el ser humano, eso es una desventaja pero la oferta laboral ha ido creciendo, la actividad física y salud es un componente muy grande hoy en día desde el punto de vista intercelular de las personas en salud y eso hace entonces que empiecen a participar más candidatos a ser especialistas.

Leonor: Como la idea en la actualidad es la formación por competencias en todas las áreas de especialidades y a nivel universitario la tendencia es esa ¿Ha influido o ustedes tienen en cuenta en la educación médica de esta especialidad el desarrollo de competencias como la investigativa, la ética, la bioética, la comunicativa, el trabajo en equipo?

(JMAAFD): Desde luego, que en el trabajo con los residentes en investigación tenemos tres líneas una de ellas es trauma deportivo, otra actividad física en salud y la otra es de alto rendimiento entonces a los residentes desde el primer semestre pues los vinculamos a una de esas líneas y les mostramos lo que estamos desarrollando para darles las oportunidades de formarse y tener experiencia en investigación

(DMFR): Yo pienso que hay otro aspecto muy importante en el pregrado que es el mantener todas esas reuniones académicas, y recuerdo esas reuniones académicas de las 7 de la mañana los miércoles y viernes donde se ve entonces la actividad física y salud, los miércoles es alto rendimiento y los viernes es trauma deportivo, entonces dan el mismo sentido a partir de la investigación que tenemos y desarrollamos actividades que nos permiten fortalecer lo que es la lectura crítica, metodología de la investigación, club de revistas, revisiones sistemáticas. Nos han permitido complementar esa producción que eso se hace durante los tres años de la especialidad.

JO: Yo complemento lo que dice Jaime, las competencias están descritas y se le entregan a cada uno de los residentes cuando ingresan, están delineadas por año, en pensum que se le entrega a cada uno en un CD y deben ser respetadas para el cambio de año es determinante el

que tenga cierta capacidad tanto teórica como practica para poder avanzar, además las conversaciones que se han numerado: la comunicativa, la del ser, la del estar, la del lenguaje, todo ese tipo de cosas se manda por escrito a cada uno de los centros de rotación y se les pide que respeten mucho eso en las salas adicionales.

(NR): En la práctica los estudiantes desde el punto de vista de investigación tienen gran oportunidad. En este grupo de investigación de medicina deportiva ha hecho que ellos tengan oferta y posibilidades de desarrollo en la investigación, de hecho no hemos tenido problemas con ningún residente para que termine su proyecto de investigación como lo exige el currículo, desde el punto de vista de trabajo en equipo. Lo que hacemos nosotros en la práctica es trabajar en equipo; cuando se aborda un individuo desde el punto de vista presencial del ejercicio vos tenes que intervencionar el campo de deporte con los entrenadores, con los preparadores físicos, con los jugadores, entonces nosotros nos hemos relacionado con otros especialistas constantemente con endocrino, con ortopedia, de hecho nuestras reuniones académicas las hacemos el viernes. Para no perder trabajo van ortopedistas van fisioterapeutas y vamos los de medicina deportiva y el intercambio se hace así, tenemos también unas reuniones en este momento con el grupo de endocrino infantil, nos vemos una vez al mes porque el ejercicio al parecer es una herramienta tanto medica como terapéutica, entonces esas especialidades quieren conocer más de esto y nosotros somos abiertos. En ese sentido, hemos tenido digamos que el problema desde el punto de vista de formación bioética, yo creo que nosotros no tenemos realmente especificado lo que el individuo tiene que reaprende o mantener de su formación de pregrado, yo creo que confiamos mucho en la formación de pregrado para que el individuo permanezca dentro de esos límites pero realmente no lo tenemos como competencia, digamos marcada con ellos.

Leonor: Pudiéramos mirar como aspectos fuertes en un aspecto que ustedes tienen o es una fortaleza del programa en términos de como enseñan y de cómo aprenden nuestros residentes y si tienen alguna debilidad marcada en algunos aspectos de la enseñanza y del aprendizaje de la especialidad... porque si bien es cierto es una especialidad que históricamente ¿Estamos hablando de más o menos cuantos años?

NR: El inicio fue en 1990 y en los tiempos de medicina antigua son realmente la medicina deportiva dentro de un Mundo de medicina occidental, América y Norteamericana no existe. Existe en el mundo europeo lo que llamábamos detrás de la cortina de hierro y un poquito del centro de Europa y aquí llegó a través de Cuba y a través de Alemania, entonces la disciplina como tal no existe en este lado del mundo.

Y solamente en el mundo comenzó hablarse de medicina deportiva más o menos en 1930 pero diríamos que solamente a finales del siglo pasado, hacia los 80 el ejercicio en la práctica médica comenzó cuando empezó a tener respaldo científico porque nosotros no teníamos investigación ni nada que nos soportara a través de lo que decíamos, eso se ha ido fortaleciendo después de los 80 y a partir de este siglo. Digamos que la última década ha sido revolucionaria con respecto al fundamento científico del ejercicio en términos de salud.

Leonor: ¿El referente de ustedes para la creación del programa sería con base en o fue la universidad de Antioquia la que creo...?

JO: Fue la primera en el país y una de las primeras en América en formalizar un estudio paramédico, Cuba lo tenía por influencia de la unión soviética y con miras al rendimiento deportivo básicamente en la preparación de los deportistas no tanto como actividad física, no

actividad física y salud. Hay un convenio colombo-alemán se dice que dio origen a la digamos a la quinta parte de medicina deportiva con fines de salud y al mismo tiempo de rendimiento. Un acuerdo con la universidad de Polonia hizo que se gestara aquí ese pensamiento pero como te decía no es un pensamiento universal, no nos rodea, por eso la especialidad a pesar de que está aquí a partir del 90, es relativamente joven. Desde el punto de vista conocimiento si es muy nuevo.

Leonor: ¿...en Colombia tenemos otras universidades que ofrezcan este programa?

JO: En el 91 la universidad del bosque en Bogotá abrió el programa y unos 5 o 6 años después la universidad pontificia bolivariana de Medellín lo abrió, actualmente existe otra universidad en Bogotá que lo tiene que es la FUCS (la fundación universitaria ciencias de la salud) y la universidad nacional del poblado. Entonces mira nuestro currículo oficial fue simplemente una copia del pensamiento de unas personas, unos médicos que estuvieron en Alemania uno, otro que era un ginecólogo que sabía de administración de programas y diseñaron un currículo, un currículo que nunca se cumplió porque los primeros residentes que estuvimos en el programa, yo soy de los cinco residentes primero que salimos de allí, yo soy egresado del 93, yo soy la primera cohorte que salió del programa, nuestro currículo cambió con nosotros como estudiantes.

Cuando arrancamos básicamente lo que nos estaban enseñando era la repetición del pregrado en el área de fisiología y en el área de nutrición y antropometría y teníamos otras, por ejemplo diseñadas en urgencias, en policlínica eso no cabía y el área de entrenamiento deportivo y trauma deportivo no existían, lo mismo que el control de entrenamiento entonces los estudiantes de esa época tuvimos que diseñar las rotaciones que queríamos hacer en eso, dar la lucha administrativa y terminamos en una fractura importante con nuestros profesores, terminamos peliando y

terminamos administrando el posgrado en el último año, básicamente nosotros hicimos el último modelo, como lo hicimos, pero por enseñanza de una profesora cubana que por casualidad estuvo trabajando con nosotros y ella manejo el posgrado en cuba durante muchos años entonces ella nos enseñó lo que ellos tenían de control del entrenamiento deportivo, así fue como pudimos digamos darle la orientación hacia eso, después comenzamos a administrar el programa. Yo lo administro desde el 94, digamos un año después de que murió ella, era el jefe de posgrado y comenzamos a hacer reformas curriculares que eran casi que anuales, cada año nosotros simplemente casi que por ensayo y error comenzamos a modificar el currículo y a modificar el contenido de las áreas, eso hizo que el consejo de facultad como a los dos años de estar administrándolo nos llamara a preguntarnos “¿porque hay tantos cambios de programa en esa especialidad? ¿Esto para donde va? Y digamos que se dio el sustento y se comenzaron a hacer los currículos definitivos antes del 2000 y después del 2000, hemos tenido reformas o sea nosotros hemos tenido que ir cambiando el currículo para poder llegar a responder a lo que realmente se necesita, pero ha sido básicamente un proceso de ensayo error en los primeros 10 años del programa.

Leonor: entonces los primeros profesores en este caso tú fuiste estudiante luego profesor y jefe, ¿la formación de los nuevos profesores como ha sido doctor Ciro como llega al grupo de profesores?

(JMAAFD): A nosotros nos tocó en la época de los 90s de alguna manera los nuevos que nos en carretaràn para que estudiáramos para enseñar y nos hacían una oferta aquí que era voluntaria pero que digamos que uno como nuevo le llamaba mucho la atención entonces, hacemos cursos acerca del mundo de la pedagogía y como enseñar, eran unos cursos que tenían un par de profesores. Aquí uno simplemente se inscribía en el año, le hacia la oferta y uno iba buscando

digamos o aleatoriamente o por intuición que tengo que estudiar. Hoy en día el profesor que pase tiene que hacer todo el curso, hacer que sepa de pedagogía para poder enseñar. En el caso de nosotros el profesor Jaime gallo, Jaime Alberto, el cómo egresado trabajó con nosotros pero en otra universidad, después aplicó para venir a trabajar. Él hizo estudios en epidemiología clínica y entonces se convirtió en el desarrollador del elemento de investigación de todo el programa y al mismo tiempo el profesor nuevo, el profesor que si recibió formación para ser profesor que es obligación ya para la vinculación.

Nelson es producto de un intermedio, de lo que fuimos los de antes y lo que es Jaime ahora entonces le tocó más a través del elemento practico ser el docente entonces es nuestro docente en la cancha, él es el que a través de la rutina practica como lo hace el cirujano su estudiante va aprendiendo esas habilidades que tiene que desarrollar para atender a los pacientes en los campos de práctica, trabajo de campo básicamente; él es el experto en el trabajo practico y el referente para nuestros estudiantes, nosotros no tenemos muchos profesores asignados de hecho somos todos tres. Lo que ustedes ven aquí es el cuerpo preliminar nombrado para el posgrado un profesor de tiempo completo, un profesor de medio tiempo ocasional y un hibrido medio tiempo de planta medio tiempo ocasional que soy yo este es el cuerpo profesoral de base. Nosotros utilizamos cátedra y utilizamos profesores de otras especialidades, por ejemplo en el caso de fisiatría los profesores son los profesores de fisiatría del departamento

Por ejemplo, él trabaja en el atlético nacional como médico, entonces en el convenio que tenemos de docencia, él obviamente hay muchas horas que a través del convenio dedica a nuestros estudiantes. Yo trabajo en el Medellín por ejemplo y hacíamos eso hoy en día, tenemos dos egresados trabajando en el Medellín, uno de ellos es profesor de cátedra y el otro simplemente por el convenio se convierte en profesor de nuestros estudiantes en el campo

entonces, utilizamos los convenios para poder tener esos docentes pero indudablemente tenemos déficit de docentes y de horas que cada que pasamos a la administración eso nos da risa porque les ponemos un ejemplo, de cómo tan poquitos producimos pero somos la piedra en el zapato para muchos, pero con un tratamiento de alguna manera injusto. De hecho ahora para lograr la acreditación por el CNA como nosotros somos administrativamente los posgrados de medicina, somos iguales a las maestrías, quienes vienen a evaluarnos como maestrías donde el componente formativo es el 70 o 80% de investigación y el 20% lo otro y nosotros somos al revés entonces nos exigen producción investigativa cuando nuestra referentes **clínica nuestro objetivo es aplicar el conocimiento no crearlo** lo podemos crear también, pero nos juzgan bajo parámetros que no son los de nosotros, eso fue una lucha lograr esa acreditación por tres años, pero es una lucha que uno la considera casi que estéril que hacerle entender al otro con otra formación, lo que es un clínico es muy difícil y obviamente los puntos bajos del posgrado son la cantidad de docentes, la asignación de tiempo real para la investigación y escribir. De hecho, ya tenemos un libro que se está haciendo, ya hay publicaciones internacionales y eso mucho más por él en carrete del profesor más que por el tiempo que pueda dedicar a eso dentro de su vinculación con la universidad, en ese sentido nosotros digamos que somos pares para la asignación de recursos y lo otro es que nosotros crecimos en la universidad actual, en donde vos tienes que producir para poder tenerlo todo, entonces nosotros a través de la orden de extensión hemos como logrado recursos para poder pagar ciertos profesores o adquirir materiales, cosas así , entonces nos ponen de ejemplo mire como si son capaces pero realmente no somos los de mostrar en ese sentido porque debemos ser vistos con la jerarquía con la que ven a cirugía o a derma, o a pediatría no como los toderos que todo lo resolvemos. Si nos tocó, nos tocó no tener espacio en la facultad, conseguir un escritorio en educación médica, después tener antes de haber reformado este edificio una cosa que fue el laboratorio de bioquímica, hacer tumbar los pollos y las posetas para

poder tener el área. El decano nos conoce ahí y nos dice que tan verraquitos, aquí hacen todas las practicas académicas, vemos pacientes hacen esto es utilizar bien un espacio, no necesariamente. Una cosa es que nosotros lo resolvamos y otra cosa es que sea lo ideal.

Leonor: O sea que en cuanto a los recursos de que disponen para la docencia...?

NR: Tenemos ya un espacio físico que hemos ido cambiando por las reformas y tenemos digamos una serie de unidades que hemos conseguido nosotros. La facultad nos dio un computador, nosotros compramos otro. El video Beam lo conseguimos nosotros, casi que hemos ido dotando las plataformas, de resto las compramos nosotros o sea nosotros hemos producido dinero y con este hemos comprado cosas para dotar el posgrado, que nos ha dado la universidad que la facultad el espacio y los nombramientos de los profesores y las horas cátedra que obviamente por política cada vez son menores.

Leonor: Entonces los recursos para la docencia consideran ustedes que es un punto digamos que débil en el sentido de lo que se tiene es mínimo y se podría tener mas

NR: Para el caso de nosotros Para el caso de nosotros si consideramos que si.

(DMFR): Tenemos una oficina, un espacio del grupo de investigación acá en este bloque en el tercer piso y el espacio que tenemos al lado de la biblioteca que es la oficina, el espacio de residentes el área para las reuniones académicas todo, básicamente espacios físicos, nuestros directamente esos dos.

(JMAAFD): De hecho pues como anécdota teníamos un espaciecito en el tercer piso tan chiquitico y debido al calor era insoportable, entonces logramos comprar un aire acondicionado y hacerlo instalar. Al año nos quitaron el espacio el aire, lo tiene el salón, es imposible ponerlo entonces seguimos nosotros pero eso es anecdótico y creo que de alguna manera se ha convertido en fortaleza del programa porque ha sido capaz de buscar sus propios recursos e irse desarrollando. Lo que pasa es que hay momentos en que ya la institución tiene que dar el impulso o sea ya hay momentos en que digamos que esas herramientas se van agotando y vos necesitas una base fuerte, nosotros como universidad tenemos una base fuerte de respaldo, no podemos decir que lo que tenemos en biblioteca médica no es una cosa difícilmente, yo puedo tener a mi estudiante en una universidad así sea privada, lo que tenemos de bienestar a nivel de la universidad como tal la infraestructura de la universidad es muy grande y digamos que es apoyo para lo que nosotros hacemos, es lo que nos respalda, pero en el caso específico de una especialidad como tal, si le faltan muchos recursos inicialmente de control, de horas profesor para poder seguir siendo vigentes. Si nosotros no seguimos ni investigando, si nosotros no seguimos publicando vamos a perder vigencia y eso es lo que nos mantiene de alguna manera vivos en el mundo de la medicina actual.

Leonor: ¿Con lo que hacen actualmente en el proceso de enseñanza los residentes logran las competencias?

(JMAAFD): Si. Nosotros tenemos test estandarizado determinado con ellos, donde hicimos el proceso de autoevaluación. Le preguntamos a la mayoría de los 48 egresados que iban hasta ese momento y todos daban como satisfactoria su formación obviamente habían unos que se notaban inconformes diciendo que le faltaban algunas cosas que nos ayudaran o complementaran lo que de alguna manera nosotros ya habíamos detectado y nos han manifestado lo que nosotros

estábamos hablando ahora, la falta de espacio, la posibilidad de ampliar muchas veces los horizontes y tal vez la inconformidad mayor desde el punto de vista de ellos es la posibilidad de hacer rotaciones en el extranjero, eso es algo que en la actividad curricular todavía no está y tenemos que mejorar mucho desde el punto de vista formativo, eso es tal vez la inconformidad mayor, pero como tal es cuando en lo que está escrito, en lo que nosotros le prometemos a los estudiantes no figura o sea que nosotros no consideramos que estemos incumpliendo alguna promesa sino que simplemente es un deseo que la misma universidad de todas maneras trata de mantener a sus estudiantes

(NR): Yo pienso que sí, pero con muchas limitaciones, sobre todo si para los docentes es claro porque, el acompañamiento que tenemos de los residentes, los espacios de los docente asistenciales que tenemos, han ido aumentando pero yo pienso que ese punto es clave, los docentes vinculados puedan desarrollar o continuar desarrollando ciertas áreas de la especialidad, en el tiempo es fundamental.

Leonor: Como manejan el tema de la evaluación de los aprendizajes. Yo les comparto porque algunos profesores nos decían en otras oportunidades vea aquí es suficiente que pasen a la residencia y si pasan a la residencia ya son especialistas pareciera como si en ese recorrido no se pudiera hacer mucho o al contrario se hace mucho que no se requiere de mayor regulación que opinan ustedes como les va con ese proceso de evaluación de los aprendizajes.

(JMAAFD): Yo pienso que eso es muy particular en el reglamento de posgrado, eso es demasiado grande ya se rige por la normatividad de cualquier tipo posgrado de la universidad y eso permite que que el estudiante sea conformista donde pueda aplazar la investigación donde le termina quitando a un compañero quitando recurso a un compañero que si lo podrían aprovechar

mejor en nuestro caso en particular estamos supeditados a pasar una evaluación por cada rotación tenemos dos formatos uno que evalúa básicamente materias teóricas como lo serían por ejemplo bioquímica la misma nutrición deportiva o psicología y otro formato que evalúa los elementos teorico-practicos como trauma deportivo medicina física y rehabilitación las electivas esos formatos evalúan aspectos como manejo de historia clínica, la elaboración de métodos adecuados, pero nosotros preferimos además de tener notas finales el evaluar el día a día o sea el comportamiento del estudiante día a día y obviamente recalco eso, que nos vemos supeditados a que la evaluación no sea lo más real posible por un, digamos un decreto o por un reglamento que tiene la universidad con su status educacional

(DMFR): ¿Vos crees que debíamos tener evaluación semestral o anual de las competencias para el individuo?

JG: yo creo que sí, los estudiantes debían demostrar de manera escrita y practica a través de un examen para poder pasar de año a año.

JO: Yo pienso que por un lado están las competencias, pero en sí, la estrategia de evaluación que tenemos, los formatos que utilizamos no van como en esa dimensión. Pienso que hay como una brecha entre lo que queremos en última instancia y otra en lo que realmente se hace o se ejecuta. Yo pienso que una debilidad nuestra y de todos los programas está en esa forma como se evalúa. Nosotros le damos mucho valor al día a día por tener nuevos residentes y el tener contacto directo con ellos. Nosotros permanentemente los estamos evaluando, estamos interactuando con ellos y diciéndole realmente qué les falta, qué deben mejorar, igualmente existe una retroalimentación permanente, pero realmente es algo más subjetivo pero no hay algo real o desde el punto de vista metodológico que se siga realmente no lo tenemos.

NR: Yo creo que hay dos cosas. Hay unas evaluaciones que no son las de la hojita con retroalimentación directa del estudiante, cuando lo hacemos completo en los seminarios donde todos los profesores opinan y dan sugerencias al individuo para que mejore e implementamos por ejemplo, tenemos un estudiante que tiene poca habilidad para exponer en grupo, para transmitir el conocimiento, lo que se ha hecho es simplemente, acéptelo pero ponerle un profesor que le ayude y por ejemplo con los estudiantes de pregrado con los internos que pasan por el posgrado el interno recibe acompañamiento directo de uno de los residentes para que lo que vaya a exponer en contenidos como lo vaya a hacer sea adecuado, entonces si hay una evaluación constante y como tenemos interacción día a día podemos evaluar la habilidad del individuo y eso pero nuestro gran problema y vuelvo y lo repito lo que dije en la reunión pasada es que la mayoría de los residentes son buenos y van adquiriendo las habilidades y cumplen con los requisitos que les dan, pero el que no lo hace digamos el digamos entre comillas malo, nosotros no tenemos o herramientas certeras o algo que efectivamente ponga en evidencia que el individuo no los tiene cuando hemos tenido residentes que en un área especialmente de las que controlamos nosotros totalmente no funciona, el gran problema es poder evidenciar que el individuo no está apto para seguir o que porque siempre existe una ambigüedad en cuanto. ellos se defienden con la aptitud del profesor o sea existe siempre la respuesta para yo no hacer esto, el profesor por ejemplo el año pasado puso en evidencia lo que ocurre con los residentes, él no tiene adquirido los conocimientos de las habilidades de médico general como yo hago con él, era una pregunta que el hacía que hacemos con un individuo que no sabe ejercer la medicina, entonces yo tengo que corregir eso y no lo puedo poner a perder porque pobrecito y nuestro problema con las áreas que nosotros no controlamos es que normalmente los profesores de esa área le ponen la nota mínima al individuo para que pase para no tener el desagrado de volverlo a tener que recibir en la rotación entonces simplemente se pasa para salir del problema no realmente porque la

evaluación diga eso, hay donde uno dice si efectivamente se necesitaría otro sistema evaluativo que estuviera por encima de esto y poder decir por lo menos tiene la habilidad y las competencias para que sea un médico que pueda ejercer en la comunidad

JO: Dos situaciones que armaron el problema: uno es el grupal a nivel de posgrado es muy delicado cuando un estudiante se queda repitiendo o sea cuando un estudiante no termina los tres años eso da de alguna manera un factor negativo para cuando uno está postulando algo por ejemplo la acreditación ante el centro nacional de acreditación, ellos insisten mucho en eso cuantos se gradúan en los tres años, cuantos se demoran más tiempo e inclusive dentro de la misma facultad uno lo siente porque le preguntan a uno cuando uno está haciendo la autoevaluación para la facultad o un test, es eso cuantos están haciendo investigación y cuantos se han colgado entonces muchas veces cuando uno deja perder un estudiante uno mismo como docente para posgrado es el que termina siendo castigado y la otra está el factor digamos social y económico ya para los residentes por ejemplo cuándo uno los pone a perder entonces eso tiene un perjuicio directo para ellos porque no aplican para una beca crédito, el ICETEX se fija mucho en el promedio entonces eso los castiga en posgrado

(NR): Y tiene un poder administrativo es el crear currículos alternos si un estudiante se queda en un área y esa área vos la tienes programada anual entonces te queda ya tienes que implementar la solución administrativa para obtener el currículo y poder que el individuo vuelva a ver esa área cuando tengas el otro grupo de residentes en ella porque si no tendrías que montar el profesor para eso y la carga económica para la facultad se aumentaría, entonces eso trae

problemas tantos y por no mencionar uno que siempre está latente: el estudiante va a recurrir a la justicia ordinaria para asegurar que está siendo perseguido porque ya tuvimos ese caso y que los profesores de alguna manera están en contra de él y utilizan los derechos de petición las tutelas y un profesor en esta universidad cuando le muestran la posibilidad de entonces de no meter una investigación administrativa una investigación disciplinaria como te dije eso el profesor dice no no de alguna manera se siente solo porque cuando aparecen esas quejas digamos que desde arriba desde los administradores de la facultad comienza la mirada de si o si no, entonces el profesor se siente muy solitario en ese sentido dicen que el profesor Nelson ha sido sufridor de esa situación y él es enfático en decir que nosotros tenemos que evaluar muy diferente y de alguna manera tenemos que tener una rigurosidad mayor y una rigidez mayor en esa calificación de los estudiantes de posgrado que digamos que entre nosotros siempre hemos tenido esa pregunta tanto en pregrado como en posgrado como hacer que el individuo en el caso de un interno que lleva seis años en la facultad y vos decís no califica para ser médico entonces como haces para que el individuo no llegue a ese nivel.

Leonor: Es una responsabilidad social que va más allá de obtener un título y es un cuello de botella que tenemos en todas las especialidades ustedes ya abiertamente no lo han expresado acá esto es lo que están pensando todos lo que pasa es que difícilmente lo pueden decir pero eso es una realidad que tenemos que enfrentar. Finalmente quisiera que nos compartieran un poco las relaciones interpersonales de ustedes residentes contra residentes, residentes internos residentes profesores y el equipo de profesores como son esas relaciones interpersonales y hasta qué punto inciden en el proceso de formación integral del futuro especialista del área?

JO: Yo pienso la formación de nosotros es excelente, hemos tenido algunas dudas por la administración por el acompañamiento que hemos tenido pero siempre hemos podido salir adelante gracias al apoyo mutuo que nos hemos dado los tres, eso hace que uno de verdad quiera dar un poquito más del medio tiempo que uno tiene o sea si uno se sometiera hacer las 20 horas que tenemos aquí es muy poco los procesos que nosotros hemos podido hacer nosotros en conjunto hemos graduado grandes proyectos como el grupo de investigación la publicación de los artículos internacionales, la solicitud del registro calificado que había testigo de la lucha, el proceso de acreditación, los libros que hemos editado los cursos que hemos empezado a hacer básicamente eso. si la plaza de nosotros no fuera buena nos agruparíamos con el banco de la pereza entre todos entonces eso hace que nos ayude mucho ya la relación de nosotros con los residentes es muy cordial, yo diría que la gran mayoría de nosotros nos queremos mucho como pares tutelares aparte de acompañarlos hay unos que se dejan hay otros que no se dejan hay otros que como toda la vida desde el primer momento se abren nosotros siempre fomentamos algo de otro posgrado y esa es la característica nuestra que se llama flexibilidad es algo de lo que nosotros nos sentimos orgullosos queremos que el residente pida cosas pero así como las pide las da, las tiene que dar entonces cuando esa relación funciona así es perfecta cuando es pidiendo no más como el mismo adolescente que solo pide y pide y no da nada, pues las cosas van a funcionar inadecuadamente, en su mayoría la relación es buena.

NR: Nosotros como de alguna manera terminamos siendo muy amigos tenemos una muy buena relación esa relación sobrepasa esto las relaciones de nosotros con los diferentes estamentos de la facultad es muy buena con los diferentes departamentos nos hemos caracterizado porque excepcionalmente cuando una especialidad por ejemplo el caso de fisiatría los vemos como posibles oponentes a su trabajo entonces ha habido cierta no pelea pero si cierta fijación de

límites y cierta mirada sobre todo una especialidad como la fisiatría que viene mucho antes de nosotros y nosotros comenzamos a robar un espacio entre comillas robar ocupar un espacio que probablemente ellos lo pudieron haber hecho pero no lo hicieron y digamos que en el tiempo hemos ido llegando a un acuerdo funcional pero en general la relación de nosotros en el área es bastante buena o sea no existen los celos de esos profesores que son los dueños de un espacio los dueños del otro todavía no tenemos esos pecados, hacia afuera hay un área por ejemplo el área del deporte donde se hizo entre comillas medicina deportiva y nosotros aparecimos como unos advenedizos y de hecho históricamente el posgrado se hizo para que esos médicos que trabajaban allá se especializaran y obtuvieran el título pero ellos nunca pudieron entrar porque nunca pasaron el examen, entonces eso creo una división como un muro que lo hemos ido superando en la medida en nosotros y nuestros egresados han llegado allá, en la medida que nuestros egresados han comenzado a trabajar y a direccionar entonces el flujo fue mucho más fácil y esos muros se fueron tumbando la relación con los estudiantes es absolutamente buena y yo lo digo con el conocimiento de causa en el sentido de como pasa en otras especialidades nuestra relación es muy horizontal existe la jerarquía y existe el jefe de todas maneras el trato diario es un trato más de colegas que del subalterno al que manda en las reuniones formales ya de los comités en las reuniones ya profesor alumno es otro cuento pero en la vida diaria, en nuestro que hacer somos muy iguales que a veces hasta nuestros hijos se pasan de la raya y les tenemos que decir que paren un poquito porque tampoco y entre los residentes hay una cosa que uno ha visto que ha cambiado antes la relación era residente mayor residente que sigue y el que llegaba nuevo no cierto como respete la fila hoy en día o por lo menos en las cohortes de nosotros la relación es más horizontal entre los de cada año y menos relación entre los de arriba y los de abajo o sea se forman grupos casi como si fueran personas entonces los residentes mayores tienen digamos su interrelación mucho mayor que tener un Residente mayor con un residente de abajo pero yo

diría que esas relaciones se van creando a través del mismo que hacer y para nosotros el grupo de investigación que ahora está haciendo el segundo proyecto libre, ha hecho que esa relación se vuelva mucho mejor mucho más fluida porque por ejemplo en el libro se asignan capítulos con profesores, residente y la interacción continua hace que la convivencia sea mucho mejor, no tenemos problemas de pelear por un sitio de trabajo todavía no, no tenemos que pensar que nuestro estudiante nos va a quitar el puesto, entonces no tenemos esos celos. uno los conoció por ejemplo cuando nosotros estábamos en ortopedia el profesor de ortopedia nos llevaba a nosotros a la artroscopia en su sitio particular al residente de ortopedia no lo llevaban es que el residente de ortopedia era un competidor del mercado nosotros no nosotros somos proveedores de pacientes entonces a nosotros nos contemplan o sea ese tipo de cosas van a parecer un día que de alguna manera la especialidad de pronto tenga también el espacio en donde el profesor sienta que le van a quitar el trabajo o que el estudiante diga esto es mío, por ahora como no los tenemos todavía un insuficiente campo donde la gente llega y todavía la especialidad tampoco es la que da mayor dinero del mundo o da el puesto que sea el que mayor dinero da excepto el futbol y eso ya está establecido pues que se dice como se llega entonces no tenemos los problemas de la lucha por el mercado todavía no.

Leonor: Los procesos de registro calificado del que hablábamos hoy, de autoevaluación han servido para el mejoramiento de la docencia en la especialidad o no?

JG: De la docencia más o menos. no es que nosotros si tenemos siempre como esa dualidad nosotros vivimos los tres procesos que fomenta la universidad la docencia la extensión y la investigación cuando vinieron los pares los pares académicos a evaluarnos pues nosotros presentamos una carpeta que teníamos muchas cosas para comentarles a ellos pero ellos nos abrieron los ojos sobre ciertas cosas sobre ese tipo de falencias que les hemos comentado, ellos

decían pero tres profesores para tanta cosa muy difícil, tres profesores para investigación es difícil entonces todo ese tipo de situaciones nos han ayudado lo de la acreditación y lo del registro calificado nos ha servido también para ser más organizados , nosotros de alguna manera dentro del proceso de ser autosuficientes pues tenemos un costo humano y es que no tenemos secretaria entonces nosotros tenemos que dedicar tiempo a archivar nuestros papeles a llevar un registro a organizar ciertas cosas entonces a veces ese tipo de procesos nos han servido precisamente volver a identificar la crisis organizacional

NR: pero nosotros todo eso si nos ha servido inmensamente porque lo que nos plantean nosotros lo estamos haciendo o sea a partir de ahí por ejemplo empieza a aparecer Jaime, esta área no la estamos desarrollando como es no la estamos trabajando completa de pronto los profesores que nos están ayudando no son, tenemos entonces que recapitular esto hay que pues cuantas veces hemos modificado el programa por ejemplo de fisioterapia, el ejercicio, nosotros tenemos una retroalimentación inmediata que le exigimos al residente y funciona y es que mientras está en la rotación si hay si hay cosas que de alguna manera no llena la expectativa no está funcionando lo comunique inmediatamente porque teníamos el vicio al año o cuando iban a salir le decían a uno es que tal rotación tal cosa entonces nosotros casi que les pedimos obligatoriamente que no y cuando tienen algún reclamo lo primero que les decimos nosotros es cuanto hace que esta esa situación, pero la sometemos a un análisis donde nosotros como profesores tenemos un peso importante pero el residente especialmente los residentes casi alguien del último año también tiene mucho que aportar nuestros residentes en las discusiones participen, no son seres que no pueden opinar ni que reciben castigo por no estar de acuerdo con el profesor y eso todavía funciona en el posgrado y es una de nuestras grandes ventajas por los procesos de autoevaluación

y el proceso de acreditación en estos procesos que hemos tenido que hacer si se ha revertido tenemos mejoramiento de lo que nosotros hacemos.

Leonor: si nos pusiéramos a observar que vemos es muy valioso para trabajar la investigación hacer la observación de campo, de las actividades académicas, adonde debemos ir, que quisiera que viéramos

JG: Las reuniones académicas me parece que es un ejercicio

NR: Las reuniones académicas tanto en con cualquiera de las tres que se realizan de 7 a 8 eso ese es en la biblioteca, al lado de la biblioteca, Cuarto piso al lado de la biblioteca.

Leonor: Como la semana entrante o esta semana pudiéramos ir mañana y pasado mañana

JG: El viernes podemos

Leonor: El viernes podremos cuadrar una allá y otra en el hospital y las actividades del profesor Nelson

JG: Nosotros por ejemplo tenemos que estar en pregrado, podemos mañana a la 1pm en el salón aquí. Tenemos seminario con los R1 de trauma deportivo, posibilidad de que vayan no pero es que ahorita no pueden en deportes, pero esta semana no.

Leonor: No necesariamente esta semana en estos días la otra semana

NR: El se va para un mundial, con la selección Colombia entonces, el hombre va para Turquía con la universidad

Leonor: y cuando vuelve doctor

JG: el 13 de julio

JO: yo creo que el trabajo en el campo o sea es como ese trabajo un hospital en una cancha o en un camerino esa vivencia o sea eso lo tiene que ver porque es una forma de comprobar lo que decimos.

JG: un centro de orientación cardiaca, martes y jueves Desde las 7 y media hasta las 5 y media. Es en el Centro automotriz allá en el poblado hay Por la loma de san Julián, con Carlos...

N: Hay un programa aquí que es prosa que es con los trabajadores de la universidad donde uno de los egresados es nuestro docente allá ahora tenemos residente allá. En ciudad universitaria en bienestar con Carlos Ospina que es nuestro egresado, contacto. Zaira habla con Carlos y fijan que día pueden ir 301 516 80 34 y 321 700 88 39

Porque hay una práctica hospitalaria que es en ortopedia que es en la clínica de las Américas.

JO: Lo que pasa es que primero, uno es un quirófano muy cerrado y lo otro es como la consulta privada de él, también es un espacio muy cerrado...

...estamos desarrollando una estrategia y es crecer para dentro, comenzamos con un proyecto que es atreves de la IPS para comenzar a controlar ejercicio y a controlar unas cosas que tiene la universidad desde el punto de vista ejercicio para nosotros y así podamos crear un espacio donde podamos tener procesos troncados... Lograr un medio tiempo, eso es una lucha de dos años, así de sencillo es. UNA HORA Y 7 MIN

Nosotros hemos tenido la fortuna con la administración central tanto de facultad como el rector tener mucha empatía y ser amigos entonces nos han ayudado nos han ayudado en el sentido en que no nos ponen problemas para las cosas pero no porque se nos de lo que es jajajay sobretodo que en la universidad de Antioquia... hay espacios que por tiempos la gente se ha ido

adueñando de ellos y cuando vos quieres entrar ahí sos una amenaza entonces eso lo he aprendido con el espacio porque se pega unas estrelladas muy bravas aquí y aquí utilizan el elemento gremial en ciertas cosas entonces forzar situaciones nosotros deberíamos tener acceso a cierta tecnología pero es que algunos que dicen es que esto es mío. Anécdotas con eso, hay profesores que tienen una bicicleta endométrica esa es mía eso es de una investigación que yo hice oíste eso es de la universidad o es tuyo es mío o sea no conciben... si vos por ejemplo realizas una investigación y conseguís un aparato, ese es tuyo y solamente vos lo podés usar, el que se quiera meter ahí quien se quiera meter ahí tiene que pasar por el profesor y así están las cosas y hay programas que llevan tantos años que pelear con eso de entrada es morir como ustedes ven cuando están hablando con ciertas áreas donde eso es “no se metan” es que no tienen nada que hacer y lo que están haciendo causa sonrisa pero igual si no lo hacemos no avanzamos y que hacemos.

Leonor: Horrible es una labor muy linda de ustedes en un campo de trabajo espectacular. Hoy por hoy ya no se niega la necesidad del ejercicio ya todo parte de nuestras expresiones clínicas en todas las áreas en todas para todos los del equipo de patologías que se tengan.

JG: Nosotros creemos que efectivamente estamos curubito y que estamos en el momento justo donde nos quieren entonces nos abren puertas

NR: De las cosas que luchamos aquí es que no tenemos espacio para actividades. El argumento de nosotros es no es posible que los médicos sean sedentarios entonces nosotros tenemos que hacer ejercicio y una observación que hicimos se mostró como el residente en la medida que avanzaba en años se volvió más sedentario entonces a ofrecer un espacio que lo tuvimos hasta en los corredores. En la primera propuesta de reforma de la facultad cuando administraba el doctor

Uribe de decano se contemplo que aquí iba a ver toda un área para medicina deportiva y actividad física. Pero si eso pasa va pasando el tiempo y comienzan a sacarlo entonces después nos dijeron que allí en el parque de la vida íbamos a tener nuestro espacio, no se ha visto ese espacio, entonces a veces uno se siente que no es especial igual si no lo hacemos...

Leonor: Es la primera vez que estamos mirando las especialidades clínicas y quirúrgicas, caracterizar la educación médica a ese nivel para no seguir guardando como tan un genio de pregrado y de posgrado porque cada vez que yo voy a una entrevista, cada vez que hago una observación veo la gran diferencia entre la educación médica de pregrado a la de posgrado identificar eso, revisar que factores pueden incidir el mejoramiento de ello hacer unos lineamientos, criterios para la facultad en torno a la educación médica de las especialidades y proponer a la administración ya algunas mejoras pero que ya no dependen de la investigación si no de la intervención que pueda hacer el que este a la mano de la administración

NR: Hay un elemento que no se si está contemplado que es lo administrativo esta facultad los posgrados se rigen por pregrado administrativamente esto es pregrado y no tienen la concepción en ninguna parte de los posgrados y en toda la universidad. Los planes de trabajo, las contrataciones de los profesores, todo es bajo el régimen de pregrado y el posgrado es muy diferente. Entonces nosotros tenemos el problema horrible de que nos entiendan de que esto es diferente nosotros no podemos seguir trabajando administrativamente en posgrado como si fuéramos en pregrado, aquí no consienten el reporte de horas de los profesores eso es increíble que un profesor de cátedra te va a dictar un curso que dura un mes y son 30 horas , administrativamente al profesor le pagan durante todo el semestre cuatro horitas para poder cumplir con la parte administrativa a un profesor para que le sirva que le paguen \$80.000 cada mes en vez de pagarle su contrato como debe ser...

Leonor: porque tenemos que matricular semestralmente si esto es anual si los estudiantes son de primer año no del primer semestre

NR: Nosotros ahora no les pensamos hacer anuales.

Leonor: No pero no anuales; sigue siendo en la universidad semestrales, no es coherente.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**GRUPO FOCAL: RESIDENTES**

Nombre de la especialidad: Cirugía General – Cirugía Plástica

Residente de tercer año.

Fecha: Julio 19 de 2013

Lugar: Educación Médica

Objetivos:

- Analizar las percepciones de los profesores y residentes de los 12 programas de las especialidades clínicas en relación con el impacto de la educación médica recibida durante su residencia clínica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.
- Diagnosticar el impacto de la formación del modelo actual de educación médica en los egresados de las especialidades clínicas.

Preguntas Orientadoras:

- ✓ **¿Qué competencias específicas (propias de la especialidad) y genéricas (trabajo en equipo, comunicación, ética, investigación, incorporación de la tecnología de la información) pudo desarrollar durante la formación como especialistas?**

Se trabajan las competencias académicas y humanas como el trato con los pacientes, la mayoría de los profesores aportan a estas competencias. No se analizan casos referidos con la bioética. Las relaciones interpersonales las dejan a cada residente.

- ✓ **¿Cuáles competencias considera que le faltó desarrollar o fortalecer durante su formación como especialista, para su ejercicio profesional?**

Más desarrollo en el manejo de cirugía laparoscópica.

✓ **Identifique aspectos positivos y por mejorar de la educación médica durante su residencia:**

✓ **Categorías de educación médica:** La enseñanza ofrecida

Aspectos Positivos: La experiencia

El aprendizaje alcanzado

Aspectos Positivos Se abarca lo esencial

✓ **Categorías de educación médica:** La evaluación aplicada

Aspectos Positivos

Abierta

Hay un residente que hace parte del comité de posgrado que comunica el proceso.

El seguimiento es personalizado. Todos son abiertos al diálogo. En cirugía general falta un poco la retroalimentación.

Por ejemplo a veces dan opiniones muy lacónicas, poco precisas y no se identifican los aspectos claros de mejorar.

Aspectos por mejorar

En el proceso de evaluación lo relacionado con la retroalimentación en cirugía

✓ **Categorías de educación médica:** Las competencias desarrolladas

Aspectos por mejorar: Buscar más rotaciones.

Categorías de educación médica Las relaciones interpersonales entre profesores- residentes

Aspectos Positivos: Es muy amigable. Se llevan a cabo objetivos puntuales con buenas relaciones interpersonales

El trato entre profesores y residentes es muy personal.

La dificultad que se presenta es por el hospital. Las programaciones que se dan, para pasar la ronda. Hay mucho volumen de pacientes y no se alcanza a cubrir porque se cubre con el servicio de los residentes.

La experiencia de profesores son buenas, hay cirujanos profesores y otros por convenio pero no son directamente docentes de la Universidad. Son dos residentes de cirugía pediátrica. Deberían ubicar a los residentes con los profesores de la Universidad y así se estaría más cercano al docente. Se podría aprovechar más a los profesores inscritos de la Universidad.

- ✓ **Categorías de educación médica** Las relaciones interpersonales entre residentes- residentes
- ✓ **Categorías de educación médica** Las relaciones interpersonales entre residentes personal paramédico

Aspectos Positivos Las relaciones entre residentes es distinta a lo que pasa en el resto del país. Casi siempre las tensiones se resuelven entre ellos, y si no se hace el conducto regular.

- ✓ **Categorías de educación médica** Recursos educativos disponibles para el desarrollo de las competencias

Aspectos por mejorar Falta más entrenamiento laparoscópica y endoscopia falta la sala y es un entrenamiento para habilidades manuales.

Faltan espacios para las actividades académicas. Faltan espacios de descanso y de computadores para el trabajo.

✓ **Categorías de educación médica** Estrategias didácticas utilizadas por los profesores para favorecer el aprendizaje significativo

✓ **Categorías de educación médica** Manejo de tiempos para el desarrollo académico de la especialidad.

Aspectos Positivos: Adecuadas, con acompañamiento, Hay algo de toma y dame, son abiertos a otras experiencias.

✓ **Categorías de educación médica** Formación pedagógica de los profesores

Aspectos Positivos: Los que están adscritos a la Universidad muy bien a los otros por convenio les falta más.

✓ **Categorías de educación médica** Formación disciplinar de los profesores

Aspectos Positivos Muy buenos

✓ **Categorías de educación médica** Tiempo de dedicación

Aspectos Positivos: El tiempo que se hace de turno se pierde la cirugía electiva. Uno hacia turno de 24 horas, ahora hay que partirse dos turnos.

Por norma no se debe quedar pos turno, pero algunas veces nos quedamos. Porque las normas deben ser más flexibles.

Hay cierto grado de autonomía para quedarse o irse. No hay más horas se pueden organizar mejor.

¿Qué MODIFICARÍA del programa con el fin de desarrollar mejores competencias para el ejercicio de la especialidad?

- ✓ Apoyos económicos a los residentes.
- ✓ Definir las líneas claras de investigación para hacer más expedito el trabajo de grado.

En términos generales califique la formación de especialistas

Muy buena. Un hospital de alta complejidad que las cirugías nuestras no van hacer tan grandes.

Se recomienda buscar una rotación de cirugía básica de niños, de lo cotidiano que no se logró desarrollar aquí por los pacientes que llegan. Rotación de cirugía menor, un segundo nivel. , el general.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

GRUPO FOCAL: RESIDENTES

Nombre de la especialidad: Residente de Cirugía Plástica (1), Anestesia (2), Psiquiatría (3) y Radiología (4)

Fecha: Mayo 31 de 2013

Hora de Inicio: 6:30 a.m.

Hora de finalización: 8:30 a.m.

Lugar: Parque de la vida 3 piso aula 209.

Número de Participantes: 5

Objetivos:

- Analizar las percepciones de los profesores y residentes de los 12 programas de las especialidades clínicas en relación con el impacto de la educación médica recibida durante su residencia clínica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.
- Diagnosticar el impacto de la formación del modelo actual de educación médica en los egresados de las especialidades clínicas.
- **Identifique aspectos positivos y por mejorar de la educación médica durante su residencia:**
- ✓ **Categorías de educación médica:** La enseñanza ofrecida

Aspectos Positivos:

Residente (1): El servicio en cirugía plástica tiene dos componentes. Tiene un componente teórico-práctico que se realiza con los docentes que son vinculados con la Universidad de Antioquia, el cual tiene una intensidad bastante importante. Nos reunimos 4 de los 5 días de la semana de 7 a 8 am con diferentes objetivos o áreas que debemos de manejar. Esto hace que la

revisión teórica sea bastante buena. Básicamente, se trabajan casos clínicos de pacientes en vivo; que se traen a estas reuniones.

Se hace una ronda académica con los pacientes del hospital los días lunes y esto se va a discutir a un salón. No es simplemente una ronda asistencial sino que se evalúan algunos pacientes complejos (“staff”) que se conocen desde el fin de semana y hay un responsable para hacer una discusión académica. Entonces se revisa prácticamente el tema, esto es bastante nutritivo para nosotros. De igual manera se tiene una actividad teórica sin pacientes que también lo conocemos con anterioridad.

Los días martes pasamos a otra área del cuerpo, la mano; también se lleva un paciente en vivo. Aquí los diferentes especialistas mandan pacientes de la ciudad y se ve un solo paciente cada semana.

Los miércoles tenemos reuniones conjuntas con otras especialidades: Patología, Dermatología... lo que hace que sea más integral, también se ven pacientes. Un modelo diferente pero se trata de tener multidisciplinarios en esta reunión. Luego estamos libres los jueves y los viernes, tenemos dos actividades diferentes. Una a las 7 am que cambia según la semana del mes, donde una semana lo que se hace es complicaciones de todos los residentes. Igualmente éstas se discuten académicamente. No es simplemente hacer una crítica de porqué paso eso, sino que vamos a hacer para que esto no nos vaya a fallar, hay que hacer revisión de tema, revisión de que hay en la literatura al respecto, cómo disminuir la presentación de esto. Otro viernes hacemos es el club de revistas que se trata de hacer en Inglés por las políticas de la Universidad, entonces tenemos que presentar los artículos en Inglés. Y los otros dos viernes del mes a las 7 am se hace una presentación por parte de los residentes, que lo llamamos seminario: Es una revisión de temas y

para esto no sólo se debe hacer la exposición sino que hay que hacer una **monografía** y esto lo conocemos desde el principio del semestre, entonces eso hace que uno esté pendiente en este periodo de preparar su tema, lo cual es **bastante estresante para nosotros** porque son muy críticos los profesores, desde el contenido hasta como pusiste las letras, de qué color es, cómo está la bibliografía, si el contenido presentado fue suficiente, casos propios, casos de la literatura; es bastante rigurosa esa presentación y posteriormente de 8 a 10 am se hace un “staff”, entonces llega un paciente y se discute ese caso; se revisa todo el tema: La historia, la enfermedad, la anatomía, embriología hasta el tratamiento.

Residente (2): Somos un referente nacional para las diferentes facultades que ofrecen nuestro programa y eso ya nos pone en un sitio muy alto pero al mismo tiempo, nos pone un reto y una responsabilidad muy importante de mejorarnos. Las actividades académicas para nosotros son de un valor importante dentro de nuestro currículo. Tenemos también encuentros de 6 a 7 am todos los días, las únicas veces que uno se las pierde es cuándo está en rotaciones extramurales (por fuera del hospital) pero incluso se intenta mantener la asistencia los días martes y viernes que son los días de las charlas grandes e importantes. Esas charlas están divididas entre clubes de revistas, charlas magistrales, prácticas de vía aérea, prácticas de dolor, exposiciones del grupo de dolor, de trabajos de investigación, complicaciones –una de las más importantes para mí porque se abre ese dialogo entre docentes, entre residentes y se logra llegar como a conclusiones importantes-.

Las reuniones de los viernes es una fortaleza del programa, se discuten temas administrativos, de las rotaciones, de reuniones, asistencias a congresos, trabajos de investigaciones y puede ser modelo para otras especializaciones que no la tienen.

Residente (3): El programa de psiquiatría es muy parecido al de anestesia, es líder en el país. Integra satisfactoriamente investigación y enseñanza, es uno de los programas que más investigación realiza y que más integra a los residentes en su formación. **Siente uno que la participación del residente es de alguna manera esencial para que el proceso se cumpla.**

Los contenidos están pensados para darle a uno los conocimientos básicos. Viendo lo en relación con lo más frecuente para que uno se encuentre con una comunidad de una manera satisfactoria. Son aspectos menores, por ejemplo que uno quisiera más seminarios de psicoterapia y hay solo 6 meses y no quisiera un año o que uno a veces quisiera rotar un poco más por un servicio clínico y no por enlace (servicio más hospitalario). **Pero se nota que los profesores se sentaron a pensar los contenidos y las competencias.**

Ahora la actividad de grupo puede ir dirigida a responder dos objetivos o responder a los contenidos a profundidad, por ejemplo hablar del tema de diagnóstico o tratamiento o rehabilitación o presentación de un caso. Aunque la tradición del departamento no se hace la presentación de un caso presencial “staff” sino que se hace una revisión a profundidad de toda la historia y una presentación académica del abordaje del paciente. Si hay un caso en donde un paciente presento una patología extraña se hace un revisión del tema de acuerdo al diagnóstico que tenía ese paciente, es cómo la metodología que usamos. Esto, no está diseñado como para resolver una necesidad clínica del departamento sino una profundización de un tema.

En psiquiatría siempre ha sido más un aprendizaje uno a uno que una cuestión más grupal. Sin descuidar el trabajo interdisciplinario. Otra ventaja es que es una residencia que no requiere de muchos convenios, yo a veces veo que mis compañeros de otras residencias necesitan muchos convenios que dividen la capacidad de tener una supervisión continua. Nosotros en realidad

tenemos tres centros, es San Vicente de Paul, la clínica león XIII y el hospital mental de Antioquia.

Residente (4). Es uno de los departamentos que más reuniones académicas tiene porque tiene trabajo interdisciplinario con muchas especialidades. Todos los días nos vemos de 7 a 8 am y de 1 a 2pm. Los lunes tenemos la reunión académica de neuro radiología que está a cargo del profesor de neuro radiología, **es una clase magistral que es una ventaja, porque es una persona que tiene mucha experiencia** en el tema y él tiene organizado su programa para todo el año entonces, los residentes en los diferentes años que están en el San Vicente tienen la oportunidad de estar en las clases que él dicta (El Dr Vargas). En las tardes de los lunes tenemos la reunión de resonancia magnética, en donde se muestran casos y algunas veces también son clases magistrales en donde se da la participación de los residentes. Él saca casos y el residente hace la lectura del caso específico. Los martes en la mañana tenemos las reuniones de intervencionismo, y los que están rotando por este hacen una revisión de un tema específico de alguna duda que haya salido en la rotación y nos expone a los presentes ese tema. En la tarde hacemos una reunión de casos interesantes con otra profesora, en donde los residentes llevamos casos con dificultades o errores en el diagnóstico, y sacamos a los compañeros para hacer la lectura radiológica. Los miércoles está la actividades de mamá y de tórax entonces el residente de éstos expone un tema a los compañeros y en la tarde los miércoles tenemos un staff con los de trasplantes y des pues una profesora de cuerpo hace una clase de éstos. El residente sale y describe los hallazgos de las imágenes que ella lleve. Los jueves en la mañana tenemos staff de cirugía vascular, se revisan pacientes del San Vicente para resolver dudas para el tratamiento del residente y en la tarde tenemos reunión de pediatría, puede ser o una clase magistral por la docente de radiología pediátrica o también por el residente que este rotando en esta área por ese

momento. Los viernes en la mañana tenemos la actividad en el servicio de cirugía donde se llevan casos y se hace la correlación con los hallazgos quirúrgicos y patológicos, haciendo la correlación con las imágenes. Y en la tarde tenemos club de revistas que la dirige un residente, para esto hay un calendario para los que rotan en el San Vicente. Fuera de estas reuniones académicas tenemos unos seminarios con los docentes con los que estamos rotando ese mes, hay algunas rotaciones en las que tenemos seminarios todos los días otras donde pueden ser dos o tres veces a la semana, depende del tema. Si tenemos muchos espacios para esto.

✓ **Aspectos por mejorar:**

Residente (1): Tiene la desventaja de que muchas veces uno está estudiando estética pero por ejemplo todo lo que uno está viendo es reconstrucción entonces tienes que dedicarte toda la semana a estudiar reconstrucción asíestés rotando en estética.

No posibilidad de los objetivos –nosotros no manejamos tanto el concepto de competencias- más son objetivos que se pueden trasladar a lo que es una competencia. Pero que en lo teórico en muchos momentos, no podemos sentarnos a estudiar esos objetivos o competencias para cada rotación puesto que **si yo estoy en una rotación que es con la infancia y todo lo que veo acá en hospital son adultos, entonces durante todas esas reuniones no lo estoy discutiendo** , que en algún momento puede llegar un niño pero no se prioriza en ese estudio y cuándo vamos al sitio de práctica pues lo que veo ya si es el paciente niño, pero no estoy revisando esos temas, entonces tiene como esa desventaja.

Al final del recorrido, después de cuatro años uno tiene una visión global porque también estás en adultos y llegó un niño a la reunión, entonces no es que ese niño no lo voy a estudiar porque yo

no estoy en infantil. Eso es difícil decir que uno solamente va a trabajar o a ver una población. Eso es una desventaja.

No creo que tenga una gran habilidad quirúrgica en el momento, pero tengo las bases y lo que sigue es residencia de quinto y sexto donde se pueden desarrollar.

Creo en la necesidad de sub-especializarnos. Incluso el curso está en desarrollo.

Otro limitante es la forma en cómo el modelo está hecho, hace que los objetivos no se puedan desarrollar porque no coinciden con lo que los residentes van y no hay un espacio real para revisar los temas teóricos, aunque en lo práctico si se trata de correlacionar, pero no tiene tanta relación con lo teórico.

Residente (2): El currículo en anestesia es paquidérmico, reticente al cambio, el cuál ha sido muy difícil que los profesores entiendan esas nuevas actitudes y aptitudes que son necesarias en el anesthesiólogo actual y que no se ofrecen algunos importantes como es la anestesia regional dentro del currículo de nosotros. Se han hecho sugerencias pero ha faltado escucha por parte de los docentes.

La investigación para nosotros es casi una utopía, para la mayoría de los residentes es un compromiso y una obligación que tenemos para graduarnos, no pasa de ser eso. No pasa tampoco por parte de la Universidad de ser una investigadores con gente que le colabore a uno, que le enseñe a uno a investigar, es prácticamente uno tratando de sacar la investigación a tiempo para poder cumplir con ese requisito de grado. **Y en el caso específico de anestesia, no contamos con asesores metodológicos, es uno supuestamente omnipotente, me refiero a temas científicos y metodológicos.** Es una anesthesióloga que se graduó en epidemiología y ella para 22 residentes que somos se queda corta. Entonces es un problema grave, porque ella en la

parte clínica, no tiene porqué sabérsela todas, entonces ese es un tema en el que hemos estado pensando bastante, en los últimos meses.

Es así como uno se mantiene de pronto muy conforme con las oportunidades que le ofrecen a uno la universidad, pero también es responsabilidad de uno volverse un poquito crítico y tratar de que las cosas mejoren.

Residente (4).

También tenemos poquitos docentes, porque somos en total 15 residentes y 5 profesores, somos 20 en total. (La relación es buena pero a veces se juntan varios en la misma rotación y más de uno es un problema de docencia). **Los radiólogos que trabajan en el san Vicente que ellos noson docentes de la universidad y se prestan para darle a uno academia: Ellos pueden darle a uno seminarios, clases magistrales, recibirle a uno el seminario.**

✓ **Categorías de educación médica: El aprendizaje alcanzado**

Aspecto positivo:

Residente (3): La ventaja que tiene el programa es que los procesos de aprendizaje por ejemplo de asistencia no requieren el nivel de complejidad que lo requiere una especialidad quirúrgica, lo que hace que siempre contemos con los elementos necesarios.

Aspecto por mejorar:

Residente (1):Falta mucho por aprender porque es demasiado extenso. En la práctica hay limitantes porque hay cirugías procedimientos a los que no se puede asistir, por el modelo de

seguridad social en salud, por intereses económicos, porque es difícil llegar a centros donde esto sea difícil de realizar.

Lo otro es que me sigue preocupando que el aprendizaje sea tan vertical sabiendo que el profesor es muy amable pero la metodología sigue siendo muy vertical.

✓ **Categorías de educación médica La evaluación aplicada**

Aspecto positivo:

Residente (4): Uno está siendo evaluado también, cada vez que uno hace una lectura de una imagen el docente lo está corrigiendo. En radiología es un espacio muy tranquilo que se presta para buscar con el profesor sobre los casos difíciles, por si los dos tienen dudas, y esto retroalimenta todos los días.

Aspecto por mejorar

Residente (1): Somos víctimas de la crisis evaluativa que vivimos en el momento en la facultad. Porque el proceso evaluativo tuvimos grandes dificultades, por fortuna la gente es buena. No es coherente, no evalúa muchos aspectos, no tiene encuentro a los docentes externos de una forma clara y no se han establecido cuáles el papel en juego de la mayoría de las personas con las cuáles estamos en asistencial, quién no están con nosotros en lo teórico y los teóricos dónde estamos en lo académico, en lo cotidiano, no están en lo asistencial, y estas políticas de juego no están claras en el proceso evaluativo, generando muchas dificultades.

Residente (2): Sólo hay un formato de evaluación que casi siempre es positiva pero no porque sea una forma objetiva de evaluación. Solamente porque le ponen a uno una nota

alta uno no se queda. Por eso no se hace realmente una evaluación, tampoco está escrito cuál es la mejor manera de evaluar a los estudiantes.

Residente (3): Se asume que todo mundo es bueno. Y uno sabe que si hace buena fama el primer año, ya tiene ganado el resto.

Si un residente tiene un desempeño francamente deficiente no hay forma de evaluarlo negativamente porque el sistema es tan laxo que si se le evalúa negativamente igual le va muy bien. Eso es un problema a veces real porque hay gente que no se esfuerza y pasa.

No es por la estructura sino por la tradición.

El filtro no se cumple en todas las especialidades.

✓ **Categorías de educación médica Las competencias desarrolladas**

Aspecto positivo

Residente (1): Las competencias del anesthesiologo son más o menos un 80 o 85% de saber y 20 o 30 % de hacer.

Las competencias están estructuradas desde el principio, uno sabe que debe hacer. Y las actividades teórico- practicas están diseñadas para cumplirlos.

A veces falta ver cosas, pero en general ve los asuntos globales. Pero también hay muchos grupos gracias a la tecnología para seguir estudiando.

Residente (2): En lo que lee uno si se nota que estamos bien de acuerdo a las exigencias del medio y estándares internacionales.

Residente (2): Siempre nos han hablado de competencias cognitivas, emocionales y motoras que es la misma división del examen mental que hacemos nosotros.

Incluso tenemos un curso virtual donde aparecen todas las competencias y objetivas. Son claras porque son pocas y uno las va poniendo en ejecución. No son las típicas saber hacer, saber pensar y saber ser.

Una ventaja es el filtro que hace el examen para ingresar a posgrado. Saca algunas ovejas negras.

Aspecto por mejorar:

Residente (2): Nosotros tenemos rotaciones que no tienen definidas las competencias. Tampoco los nombres de las rotaciones estén correspondiéndose con los contenidos, tal vez por la falta de renovación del pensum. No nos dicen cuáles son los objetivos en el ser, hacer y saber.

Como no soy pedagogo se me hace difícil saber cuáles competencias y objetivos se están alcanzando.

Residente (3): Lo de las competencias es algo muy nuevo ahora, qué estrategias se privilegian no sé... **no se sabe nada explícito. Eso depende del profesor en específico con el que uno este, algunos amplían esta información. La forma de enseñar de los profesores es cómo le enseñaron.**

Se hacen cambios metodológicos o de estructura pequeños pero dependen más del profesor. A mí me toca es preguntarles a los compañeros grandes, porque uno no sabe aquí que... El primer año es muy borroso los objetivos y todo.

✓ **Categorías de educación médica** Las relaciones interpersonales entre profesores-residentes

Aspecto positivo

Residente (1): En este momento tenemos solo tres docentes y van todos los docentes a esas actividades que son con pacientes. Algunas son distribuidas entre los docentes dónde va una sola: Los seminarios y los que versan en presentar un tema que es lo que hacemos los lunes. La actividad que hacemos con los patólogos y los dermatólogos prácticamente solo va un solo docente al servicio; se reparten pero los casos clínicos se evalúan con todos los tres profesores que tenemos.

En algunos momentos tenemos cuatro docentes pero en general son poquitos y ya después vamos es al sitio de práctica y lo que se hace es trabajar que es prácticamente la parte asistencial. Esto permite que se combine ampliamente lo teórico con lo práctico y **en las rotaciones prácticas realmente uno no revisa mucho los temas; entonces es más la cotidianidad y la mayoría no son docentes de la Universidad.** Si yo estoy rotando en la IPS Universitaria yo voy es a trabajar, a cooperar: Ronda, consulta, ronda, consulta, cirugía y no se hacen actividades académicas, todo está centralizado acá.

Residente (3): Y otra fortaleza es que la relación docente- residente es casi de uno y eso es un aprendizaje personalizado que permite evaluar individualmente el tema de las competencias. Uno nota que en otros programas del país que esa supervisión es muy intensa en el aprendizaje, yo creo que en el primero y segundo año yo no vi actividades que no fueran supervisadas, casi todo el tiempo están ahí., lo que permite desempeñarse de manera autónoma pero poder tener un límite y una retroalimentación del proceso real que uno va llevando

El tercer año, por el delego de responsabilidades uno no deja de estar supervisado. Eso es bastante positivo.

Residente (4): Algo positivo es el convenio con el san Vicente. Muchas veces los especialistas son egresados de la universidad y enseñan en otras universidades, entonces es algo positivo. Los pacientes que llegan acá no llegan a otra parte. También se da el aprendizaje personalizado, estamos siendo supervisados. **Siempre los profesores están validándonos, cada actividad debe estar firmada por el docente de turno, y ahí no estamos solos.** Tenemos reuniones de residentes cada dos meses con el jefe del departamento donde hablamos de las incomodidades y de congresos o actividades a realizar

Aspecto por mejorar:

Residente (2): También vemos muchos los profesores fantasmas, esos que están ahí pero que tampoco hacen un acompañamiento de los residentes durante su formación y vemos como **la docencia la terminan haciendo son los anestesiólogos del hospital y de los diferentes sitios de la ciudad que no son ni docentes, ni reciben ninguna remuneración por eso, entonces yo diría que un 80 o 85% es impartida por estos anestesiólogos que de manera altruista o por un compromiso social o gremial lo acompañan y la mayoría de una buena manera.** Pero, me parece que ese porcentaje debería aumentar para que existiera más representatividad de los docentes como tal.

✓ **Categorías de educación** Las relaciones interpersonales entre residentes- residentes

Aspecto positivo

Residente (1): Uno con los residentes mayores identifica cuáles son los objetivos que se deben desarrollar. La comparación se establece el último año, donde se nota las diferencias de conocimiento en cuánto a contenido.

- ✓ **Categorías de educación** Las relaciones interpersonales entre residentes personal paramédico

Aspecto positivo

Residente (3): La relación es horizontal, nadie se impone a nadie, somos muy cooperativos. Eso ayuda a apreciar diferentes perspectivas en el proceso de formación.

El aspecto más positivo es la integración, de la relación docente y residente y equipo de trabajo con pacientes, e incluso equipo interdisciplinario involucrando diferentes disciplinas, eso es bandera en el programa. El trato en el departamento es respetuoso (trabajadores sociales, residentes etc).

Residente 4: La relación es muy horizontal. Uno recibe un apoyo emocional porque uno viene de otra parte y es muy difícil trabajar en posgrado. Esto es importante.

Residente (1): Los problemas con el personal de apoyo en el hospital son mínimos. Y las relaciones son muy buenas con los profesores y residencias.

- ✓ **Categorías de educación** Recursos educativos disponibles para el desarrollo de las competencias

Aspecto positivo

Residente (2): El hospital es una ventaja para todos porque tenemos todas o muchas de las posibilidades para el tratamiento, diagnóstico de los pacientes, para llevar a cabo una buena labor como médico.

Residente (3): En aspectos de disposición de equipos también es muy bueno.

Residente 1: En cuanto a los **sitios de práctica** todos los residentes optan por plásticaindependientemente de dónde estén rotando en la ciudad, van a esas reuniones y luego vamos a los sitios de práctica que

Puede ser en San Vicente o en cualquier sitio de práctica: Clínica las Américas, los que están haciendo estética en las clínicas de cirugía estética, pero todos nos concentramos a estudiar esos temas. Tienes la **ventaja de que durante todo el proceso de la residencia estás con una carga académica importante**

Aspecto por mejorar:

Residente (1): Y la otra desventaja es que tenemos un número reducido de docentes entonces no permite hacer otras actividades que se podrían pero que no tenemos cómo ejecutarlas, tipo prácticas en medicina legal, prácticas de laboratorio, talleres de microcirugía con ciertos recursos tecnológicos que hay en el momento porque no tenemos forma de hacerlo porque no hay docentes que nos acompañen y no hay espacios establecidos.

Residente Radiología (4). El espacio físico es muy pequeño. En la sala de lectura había 5 residentes con dos computadores para leer las ecografías.

Residente (2): En cuanto a sitios de práctica, también a veces nos sentimos un poco cortos, sobretodo porque hay ocasiones en las que tienen que entrar dos residentes por quirófano, en algunos sitios de práctica y esto ya lo deja a uno sin muchas herramientas y sin muchas actividades que se podrían hacer y quedarían mucho mejor, pero al mismo tiempo esas propuestas de nuevos sitios de práctica son dificultosas y sobre todo, por parte de la universidad, y hemos visto varias ocasiones en los que la universidad pone barricadas para que se logren cumplir esos convenios docente-asistenciales que está muy bien que tengan sus normativas y todo pero

también la universidad, un caso concreto, que fue la clínica del campestre, faltó cierto compromiso para diligenciar y entregar los documentos que la clínica requería y se perdió lastimosamente ese sitio de práctica, eso como para poner un ejemplo.

La ampliación de los cupos en la residencia es preocupante. Nosotros estamos a la expectativa de que pase con anestesiología, hay 7 residentes por año, entonces cuándo hay más de uno o dos residentes en la rotaciones, la participación es muy reducida en el hospital porque los espacios son muy pequeños. Se necesitan más espacios, más estrategias de telemedicina, simulación. Se trata de cumplir con la necesidad de formar profesionales idóneos para la sociedad. Ya tuvimos un foro de discusión al respecto, pero han salido diferentes concepciones.

- ✓ **Categorías de educación** Estrategias didácticas utilizadas por los profesores para favorecer el aprendizaje significativo. (Esta categoría se desarrolla en gran parte en la categoría de Enseñanza)

Aspecto por mejorar:

Residente (2): La anestesia actualmentese enfoca mucho a escenarios de simulación.

La mayoría de sitios en el mundo y facultades importantes están utilizando los escenarios de simulación y eso nos hace falta. El centro desimulación está, pero lo que falta es un interés de los docentes para plantearse ese tipo de estrategias o metodología de enseñanza.

Específicamente la parte de vida área si cuenta con ese apoyo pero el resto de las áreas y competencias que se pueden hacer en este tipo de escenarios no.

Residente (3): Hemos fallado un poco como departamento en las estrategias de telemedicina, que si se abrieron cerca de un año y medio no la presentaron, y habíamos quedado de implementar estrategias pedagógicas de atención por telemedicina y no se ha hecho. Es un aspecto que se ha ido relegando en el tiempo y que se podría aprovechar ya que es una estrategia innovadora.

✓ **Categorías de educación:** Manejo de tiempos para el desarrollo académico de la especialidad.

Aspectos positivos:

Residente (4): También tenemos vacaciones dos veces al año, entonces cada seis meses está ese espacio de descanso y con el tiempo hemos debemos realizar cuatro turnos al mes. Se nos respeta el pre turno y el pos turno que es algo que se ha ganado porque antes no se hacía.

Aspectos por mejorar:

Residente (1): Igualmente, hemos tenido dificultades con el tiempo real para investigar, puesto que teóricamente tenemos unos espacios, tenemos un curso matriculado. Todos tienen el interés teórico de investigar, pero realmente **se pasan las semanas, los meses, los semestres, los años y el proceso investigativo es bastante deficiente.** Entonces no hay un sistema claro para podernos dedicarnos de verdad a hacer cosas productivas desde el punto de vista investigativo. Muchas preguntas, pero las respuestas. Son muy chiquitas

Si hay aportes del servicio de la facultad, pero realmente es lo teórico, en el sentido de que debemos matricular investigación, hacer la reunión de investigación, **pero no hay un espacio real dónde yo cada semana tenga un proceso de reconstrucción investigativa,** dónde podamos realizar una retroalimentación.

Todos sabemos que hay que hacerlo, pero la vida práctica no permite que se ejecute como debería de ser, pero **porque no están los espacios, porque no están los docentes con la disponibilidad, porque de pronto no tenemos la suficiente conciencia** aun cuándo siempre se habla del tema pues en teoría está el espacio, los recursos pero en la vida real es que no se ejecuta.

Residente Radiología (4). Falta de tiempo, ya ampliaron a 4 años radiología a partir de este año, eso da oportunidades para ver resonancia.

Residente (3): Nosotros tenemos dos actividades a la semana que son lunes y miércoles y una los viernes que es el club de revistas. Pero la mayor parte del tiempo es en esa relación uno a uno con el docente en los seminarios, **por eso se da una necesidad de tener más tiempo porque lo que uno si nota es que se abarcan todos los contenidos pero la carga académica es muy alta.** Por ejemplo en el primer año uno tiene 6 o 7 seminarios a la semana y eso era casi imposible de llevar. Y uno veía que todos los seminarios respondían a una situación real, no era que uno dijera que eran rellenos, era muy difícil llevar la carga académica entonces, por eso la necesidad de más tiempo.

El tiempo que pasamos con supervisión de docentes de los convenios es poca, tal vez en el San Vicente durante seis meses tiene una supervisión parcial entre los docentes del hospital y del programa. De resto uno mantiene con estos últimos, lo que facilita el acompañamiento.

Otro de los aspectos negativos, que se perciben en el tiempo, es que la psiquiatría es un área que ha crecido mucho en las últimas décadas y obliga a ver una gran cantidad de contenidos en un tiempo propio lo que interfiere en la profundidad de los contenidos relevantes, ya que uno no tiene la oportunidad de verlos nuevamente en la residencia y tal vez si nos vamos a enfrentar

como profesionales a ellas. Entonces, una de las necesidades es buscar más tiempo. Una de las propuestas es ampliar el tiempo de la residencia.

Residente (2): También tenemos un problema con las vacaciones, tenemos un mes al terminar, luego de los seminarios básicos de anestesia y el otro mes es el último después de terminar la residencia, entonces nos dan 2 meses por todos los tres años de residencia, ahí ya nos están cabeceando.

Supuestamente deberían ser 45 días hábiles y eso no da con dos meses, nunca. Yo llevé un año y medio sin vacaciones, me falta otro año y medio más sin vacaciones y ya me siento cansado. Esperemos que lo arreglen para los nuevos residentes.

✓ **Categorías de educación Formación pedagógica de los profesores**

Aspecto positivo:

Residente (3): El acompañamiento del docente es intenso.

Aspecto por mejorar:

Residente (2) No hay profesores pedagogos, la universidad se jarta diciendo que un 80 % son magísteres o doctores pero pienso que poner a una persona clínica a dar un conocimiento eso requiere de unas actitudes y aptitudes determinadas para ser profesor, las cuáles no se tienen en cuenta. No se trata solo de que sea un profesor licenciado en educación sino que la universidad debe darles las estrategias a ellos de capacitarlos en la parte pedagógica.

Residente (2): Las actividades académicas son llevadas a cabo solamente por nosotros los residentes y es algo frente a lo que nos sentimos muy huérfanos porque es obvio que el docente siendo un docente, siendo también un profesor debe de estar a cargo no de todas pero si

de algunas de las actividades mensuales académicas que se realizan en el servicio. Ellos no pueden estar sentados en una silla simplemente escuchando lo que dice el residente porque ahí no hay retroalimentación; no hay nada. **Y se deben aprovechar esos puntos de vista fuertes que tienen los profesores para que lo compartan.** Y no sé comparten esos conocimientos y esos fuertes que tienen cada profesor con los residentes me parece a mí.

✓ **Categorías de educación** Formación disciplinar de los profesores

Aspecto positivo:

Residente (3): El conocimiento científico es de calidad. Los docentes son líderes en conocimiento a nivel nacional e internacional.

Y cada vez llegan muchos profesores con una formación muy completa en este campo, en áreas de investigación, terapéuticas, en general. El balance es muy positivo, el departamento es muy solido

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA- GRUPO FOCAL PROFESORES

Número de participantes:

1. **Alergología Clínica**
2. **Dermatología**
3. **Ginecología y O**
4. **Ginecología y O**
5. **Oftalmología**
6. **Ortopedia**
7. **Patología**
8. **Medicina de Urgencias**
9. **Otorrino**
10. **Pediatría**
11. **Medicina Deportiva**

Fecha: mayo 9

Hora de inicio: 6:30 a.m. **Hora de finalización:** 7:30 p.m.

Lugar: Parque de la vida

Objetivos:

- ✓ Analizar las percepciones de los PROFESORES de los programas de las especialidades en relación con la educación médica impartida en este nivel de formación.
- ✓ Caracterizar el proceso de adquisición de competencias profesionales en las especialidades.

Preguntas Orientadoras:

Desde su rol de profesor:

- ✓ **¿Qué elementos comunes y diferenciadores encuentra en su formación como especialista y la que actualmente imparte a sus residentes?**

Existe una diferencia entre la formación que recibimos y la que hoy reciben los residentes y es en el aspecto tecnológico, hoy se cuentan con más apoyos diagnósticos que favorecen los aprendizajes.

Antes había más posibilidades de hacer práctica directa con el paciente, se contaba con un buen volumen para ello y con pocas restricciones, hoy hay mas limitaciones para ello, hay más regulación y se práctica con menos pacientes. Aunque hoy se cuentan con otros recursos como los simuladores, estos nunca reemplazan la práctica directa.

Antes había menos bibliografía y no se contaba con acceso a internet, hoy todos están conectados y pueden acceder a más bibliografía y literatura, estudios de casos, etc.

- ✓ **¿Qué opinión le merecen los siguientes aspectos para la formación de competencias de los futuros especialistas clínicos y quirúrgicos?**

Manejo de tiempos:

Los residentes algunos se quejan del exceso de actividades asistenciales y académicas.

Algunas especialidades complementan los avances de la especialidad con las sub-especialidades, dado que los contenidos que se desarrollan en la especialidad a veces se quedan cortos para el interés y los avances en estas áreas.

Recursos disponibles:

Se cuenta con los recursos de apoyo para la docencia que ofrecen los sitios de práctica, pero se carecen de recursos básicos que podrían adquirir la Facultad.

Estrategias didácticas utilizadas:

Se manejan diversas estrategias didácticas, la mayoría que han sido tradicionales en la educación médica y otras referidas con el uso de recursos tecnológicos.

Espacios.

En algunos servicios son muy limitados y esto bloquea las actividades de docencia. Existen espacios amplios en otros, pero no es estandarizados para todos.

✓ **¿Cómo son las relaciones interpersonales y en qué inciden en la formación de especialistas?**

Residente mayor – menor- Residentes- profesor. Profesor- profesor. Jefes- residentes. Personal de apoyo- residentes

Se procura llevar relaciones interpersonales cordiales y de cooperación. Se han presentado algunas situaciones que vulneran pero eso no es lo cotidiano. En oportunidades las dificultades se dan más por falta de comunicación y en casos aislados el grado de empatía influye en la relación profesor- residente.

✓ **¿Qué competencias aspiran a potenciar en los residentes y futuros egresados de los programas?**

Competencias disciplinares específicas propias de la especialidad, actuaciones éticas y dominio comunicativo que le permita al profesional comunicarse acertadamente no solo con el paciente, sino en la comunidad científica.

➤ **¿Cómo se da el proceso de desarrollo de las competencias profesionales en las especialidades clínicas?**

Los residentes van desarrollando paulatinamente mayor confianza y seguridad en sus capacidades y habilidades clínicas. En los programas es claro los alcances de un R1 al de un R2 o R3... así como de un interno. Pero el desarrollo de las competencias depende mucho del interés del residente por practicar, profundizar y afianzar habilidades. Aquellos más dispuestos logran mejores desarrollos así no cuenten con bases suficientes. El interés y la búsqueda de estrategias de autorregulación permiten equiparar lo faltante y superarlo.

➤ **Desde el ejercicio de la docencia ¿Cómo se evidencian en la formación de competencias profesionales los principios rectores: pertinencia, Interdisciplinariedad y flexibilidad?**

La Facultad a través de sus programas procura mantener un contacto directo con el medio, indagar acerca de nuevos descubrimientos clínicos e innovaciones tecnológicas que puedan aportar a una mejor ejercicio profesional, esto nos ayuda a mantener la pertinencia. La interdisciplinariedad se desarrolla mediante el análisis de casos clínicos interdisciplinarios, en los Staff médicos, CCP.

En las rondas clínicas a veces se encuentran interferencias entre lo que prescribe un médico tratante y los otros que apoyan la recuperación del paciente (anestesiólogos, dolor...) incluso en que algunos procedimientos no se hacen rápidamente por el volumen de camas, se busca en estos casos hablar entre los colegas, pero a veces eso se hace sólo canalizando inquietudes con la enfermera jefe para que ella pueda transmitir a los otros. Los espacios de encuentros son muy escasos cada uno está cumpliendo con sus obligaciones dentro del hospital.

La flexibilidad es muy compleja, cada vez las leyes exigen menos tiempo de permanencia en el hospital y esto reduce el ritmo de trabajo educativo de los residentes. Algunos por deseo propio se quedan a observar o apoyar ciertos casos, otros dan sólo lo mínimo.

➤ **Desde su experiencia docente:**

¿Qué aspectos comunes y diferenciadores se encuentran en la aplicación de estrategias didácticas en las 12 especialidades clínicas y las 9 quirúrgicas?

La única diferencia es que en las quirúrgicas se entra en contacto con el quirófano y allí se requieren desarrollar mayores habilidades manuales, dominio del espacio quirúrgico y de los implementos, estar más expuestos a la toma de decisiones rápidas y en estado de estrés. Además autocontrol para dirigir, focalizar e intervenir al paciente. Las demás estrategias que se aplican en la clínica son desarrolladas en las quirúrgicas.

¿Cuál estrategias didácticas privilegian en sus actividades de docencia para el desarrollo de las competencias?

La ronda clínica, los análisis de casos, el club de revistas, la revisión de temas, los casos críticos, Staff, la consulta externa, la observación.

En oftalmología se requieren de algunos equipos especializados para el desarrollo de algunas actividades.

¿Qué mejoras propondría al programa y desde su función como profesor para fortalecer el logro de las competencias profesionales en los actuales residentes?

En principio dar mayor espacio para que los residentes puedan practicar algunas habilidades básicas de las especialidades sobre todo quirúrgicas.

Delimitar las competencias en algunos programas porque el tiempo de formación es muy reducido

¿Qué seguimiento se hace al proceso de formación de los residentes?

El seguimiento es muy personalizado, se cuenta con algunos criterios generales que se evalúan en equipo de docentes pero estos e da al final. De pende de la actitud de algunos profesores durante la rotación se hacen conversaciones con los residentes acerca de los aspectos claves y de mejora, pero esto no es una tarea que todos cumplimos.

¿Qué se hace y cómo se estimula la formación pedagógica de los profesores?

La Universidad brinda planes de capacitación pero tenemos poco tiempo para poder participar como deberíamos.

¿Qué aspectos mantendría y cuáles eliminaría para fortalecer la formación por competencias en los actuales residentes en procura del perfil profesional de los programas?

Mantendría el contacto directo con los pacientes, las exigencias académicas

Mejoraría los espacios reales y protegidos para la docencia, los recursos para la docencia, el nombramiento de más profesores que por relevo generacional van quedando por fuera de la U, la evaluación docente y la evaluación académica.

6.5.15. Anexo 15. Transcripciones de las Entrevistas Individuales**ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA: JEFES**

- Entrevistador (E)
- Jefe de Educación Médica

JEM Doctor, profesor vinculado de la facultad de medicina U de A en el ejercicio comisión administrativa en el departamento de educación médica, como jefe del departamento.

(E) ¿También fue jefe de oftalmología?

JEM Estuve como coordinador del departamento de oftalmología en el área de cirugía.

(E) **¿Qué cosas diferenciadoras o similares vio en la formación que usted recibió en la Universidad y la formación de sus residentes en esta facultad?**

JEM. La formación acá es menos estructurada, más de la mano de los profesores y de los campos de práctica de manera que es una formación itinerante, es una formación dependiente de los elementos externos, ajenos al programa y por lo tanto la calidad va sujeta a elementos como si hay recursos, cirugías, el residente en general viaja mucho al lado del profesor a donde se encuentre la cacería de las oportunidades.

(E) Cosas que en su formación no notó:

JEM. Normalmente en la formación había una infraestructura pendiente de las formaciones externas habían procesos que soportaban la formación, procesos paralelos donde estaba el aspecto teórico y los elementos formales de asistencia a simulación, a otra serie de estrategias didácticas

que permitiera el fortalecimiento de otras habilidades y otras destrezas específicas de la formación.

(E) Fundamentalmente en el programa de oftalmología, ¿hacia qué competencias aquí en la formación de los especialistas de esta facultad apunta?, ¿cuáles son las competencias de formación del programa?

JEM. En realidad se forma por competencias, pero la práctica no está escrita dentro de un proceso formal, lo que es cierto es que hay profesionales en un perfil identificado, competencias profesionales hacia el ámbito del diagnóstico, del tratamiento, de la rehabilitación, poco en temas de prevención y promoción, y poco en paliación (en oftalmología no hay mucho al respecto), desde el punto de vista de formación por competencias, si bien es una formación empírica por competencias no está escrita en un programa y como no existe un lineamiento, cualquier cosa es válida. Las competencias se forman en la medida en que se somete al estudiante a la práctica, y como la práctica es lo más cercano a la realidad, se tiene que dar por fuerza las competencias formativas pero de manera no homogénea, no uniforme, no hay una apuesta de aspectos de profesionalismo específicos, no hay aspectos como la manera de hacer procedimiento, por eso cada docente aporta su experiencia sin deslumbrarse un ejercicio de una escuela y eso va de la mano de que si se forma por competencias de forma empírica no hay una evaluación específica de las competencias si no que se dan por sentadas y se evalúa específicamente aspectos teóricos, o algunos elementos de la competencia que no dan evidencia de la competencia en total.

(E) Y en ese mismo aparte que está dando el doctor en relación con la evaluación, ¿qué otra percepción le amerita este compromiso pedagógico?

JEM. Las evaluaciones son propias de la mayoría, en nuestro medio tiene que ver con instrumentos muy primitivos, con muy pocos elementos de análisis para dar cuenta de un proceso formativo y terminan dando cuenta de la calidad de formación entre profesor y estudiante mas que la calidad propia del estudiante en términos de aprendizaje.

(E) ¿Qué posición tiene usted sobre la formación pedagógica?

JEM. La formación pedagógica no es formación pedagógica, hace parte de un criterio que se ha manejado en el sentido de que enseñamos como nos enseñaron, aprendimos de manera indirecta sobre un currículo de cómo se hace la docencia , replicamos una serie de costumbres formativas, no hay un cuestionamiento real frente al aspecto didáctico si no también a elementos más técnicos de estrategias donde no hay un cuestionamiento en el proceso de formación de los adultos, sobre cómo se aborda el tipo de enseñanza, cómo es la mejor manera de abordar la enseñanza al lado de un paciente, un caso, una cirugía o técnica especial, el modelo es tradicional, un modelo de enseñanza por tradición al someter al estudiante a un proceso autónomo es equivalente a ponerlo a ejercer la consulta a medida que va leyendo algunos temas y ese modelo es el tradicional en la mayoría de los centros educativos que conozco.

(E) En el tema de las relaciones interpersonales, ¿cómo inciden en la formación los casos que usted atiende?

JEM. Indican notablemente porque existen relaciones interpersonales muy fuertes. Pienso que en general inciden positivamente porque hay un acompañamiento uno a uno en la mayoría de los casos, sin embargo hay un sesgo desde el punto de vista de aprendizaje en el sentido que se supone que el profesor está enseñando y el estudiante supone que está aprendiendo, pero no de una manera muy clara y programada sino de un poco mas aleatoria y al vaivén de las

circunstancias que le genera. Eso es importante en los juzgados porque va un acompañamiento personal donde se ejerce una labor de subordinación, donde el estudiante tiene que responder a las necesidades del profesor en términos de asistencia, en desarrollo de ciertas obligaciones del profesor que se descargan en el estudiante, que no son relacionadas con el aprendizaje, pero que se les ha arrojado la posibilidad de que esas actividades son formativas, llevar la historia clínica, o hacer las rutas del profesional, esa relación de subordinación se ve relacionada con una relación horizontal, emocional, y establece unos puentes de chantaje mutuo, donde usted me ayuda en la nota y yo le acompaño.

(E) ¿Cómo valora desde la experiencia y en la docencia el manejo del tiempo y recursos disponibles para la docencia?

JEM. En la medida en que se tiene contemplado que la única forma de aprender es estar sometidos a la existencia, los tiempos se vuelcan casi en su mayoría a la existencia, no hay una preparación previa del proceso de aprendizaje ni por el profesor ni por el estudiante, y no hay una valoración de todo el proceso de aprendizaje a posterior, tampoco se destinan tiempos a labores de capacitación mas técnica o otros elementos de manera que se ve reflejado en los contenidos de alto contenido, y de unos créditos muy elevados que no dan cuenta real de un proceso integral de formación si no específicamente relacionado con la disciplina, eso hace que el tiempo no rinda, lo que adolece es una programación previa de la distribución de tiempos y la falta de confianza de los docentes en términos de decir que la formación no es necesariamente el 100% de la asistencia.

(E) ¿Tienen sentido otras estrategias o actividades académicas? ¿Pareciera como muy enfocado en la atención directa del paciente o asistencia al paciente? Y, ¿qué actividades académicas han sido desplazadas en un segundo plano?

JEM. Cuando se habla de un postgrado es casi la justificación de que se está dando docencia sin deslumbrar, como la estrategia principal pueda aprovecharse de una mejor manera sin extenderse. Parte del esquema de los postgrados es la preminencia por la estrategia existencial a expensas de otros tiempos y otras alternativas.

(E) En una entrevista que tuve con un grupo de residentes de oftalmología, ellos argumentaban que hacían falta recursos valiosos para determinados procedimientos, apoyos tecnológicos, no tenían como practicar y que en muchos procedimientos no se podía ver y que los residentes se sentían muy inseguros del procedimiento, ¿Qué opina?

(D) Absolutamente de acuerdo, pero no porque falten los recursos, sino porque no se les permite su utilización, son dos cosas diferentes. Cuando usted tiene un programa de oftalmología que tiene 5 o 6 convenios vigentes con la clínicas mas importantes de oftalmología, que está ocurriendo dentro de esas oftalmologías, tiene todos los recursos, tiene toda la tecnología, todas las posibilidades, ocurre que el plan de formación no ha sido un plan concertado con esas instituciones, entonces en esas instituciones son convenios unipersonales, no permite la utilización de esos recursos ni la optimización de los recursos que hay en la parte tecnológica o los pacientes. Y el otro elemento que se ha desarrollado es que les ha puesto muchos recursos de simulación, no hay utilización por parte del profesor donde él dice que la única forma de aprender es haciendo las cirugías, entonces se desvirtúa la utilización de la simulación, eso hágalo usted porque eso le va ayudar, porque no hay un guía, porque eso le va ayudar, y por lo tanto la percepción final es legítima.

(E) ¿El referente que ellos tienen de modelo a seguir es muy marcante en oftalmología?

JEM. En todos los programas de posgrado el estudiante termina muy igual al profesor, y generalmente los docentes andan a las carreras, hacen sus pacientes, el estudiante termina manejando el mismo criterio e incorpora sus competencias en el ejercicio profesional.

(E) Esas otras competencias del acto médico tan propias del acto médico que están relacionadas más con la parte comunicativa de manejos de procedimientos, ese diálogo y comunicación, ¿eso en la formación se desarrolla como componentes curriculares, se deja como a criterio del profesor o se hace intencionalmente?

JEM. No se hace intencionalmente, porque se recibe a un excelente docente que no le interese ese aspecto pero si sea replicado por el estudiante, como no se hace intencionalmente no se evalúa intencionalmente ni al docente ni al estudiante, y por es razón encontramos variadas exposiciones de atenciones a los pacientes de formas de comunicación, que haya una cosa clara que no sea profesor-dependiente, el día que cambia de profesor cambia de actitud hacia el paciente, eso no tiene sentido para un institución.

(E) En cuanto a la educación médica en general de las especialidades clínicas y quirúrgicas, ¿qué mantendría, qué diría usted, esto no se puede quitar y qué podría ser modificado?

JEM. En las especialidades clínicas o quirúrgicas, yo pienso que gran parte de lo que se puede dejar es el reconocimiento de la problemática social específica de las enfermedades, la vía de acceso que se tiene hacia la problemática social, hacia los temas específicos de salud de cada una de las disciplinas. Se mantiene un conocer a nivel global para poder actuar con reconocimiento de las patologías de lo local. Es decir se está enseñando bien o mal para que pueda dar un ejercicio de impacto en la comunidad.

(E) Y ¿qué podría erradicar?

JEM. La falta de programación

(E) ¿Alguna diferencia significativa entre la formación de un especialista clínico y un especialista quirúrgico?

JEM. No

(E) ¿En términos de competencias?

JEM. Lo único que aborda el quirúrgico adicional es una serie de técnicas pero son técnicas que van de la mano con habilidades manuales

(E) ¿Podemos afirmar que está en riesgo la autonomía de los especialistas?

JEM. No, yo creo que no está en riesgo la autonomía pero la amenaza principal sería la anarquía al respecto, porque al final se desarrolla las coherencias entre la forma de ser del estudiante y la obtención de los elementos que mas le gusta o que les atrae desde el punto de vista psicológico van actuar hacia el futuro de esa manera, aunque se promulgue una autonomía del aprendizaje termina desarrollándose islitas anárquicas de desarrollo muy tradicional al criterio de cada uno, entonces desde la autonomía propiamente dicha en términos de ejercicio profesional escojo lo que quiero, entonces la crisis esta en la institucionalidad en la medida en que yo estoy en la institución pero no pertenezco a la institución.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

PROFESORES

IDENTIFICACIÓN

Entrevistado: cardiólogo

Especialidad: cardiología

Entrevistador: Leonor Galindo Cárdenas

Fecha de Realización: miércoles 22 de abril de 2013

Lugar: Sala de junta

Hora de inicio: 10:00 a.m. **Hora de finalización:** 11:30 a.m.

Acerca de la educación médica en especialidades

Proyecto Ruta M. Revisar una alianza

La tecnología y la formación médica en las especialidades:

El médico se va volviendo metódico y no procura mirar más allá. Se vuelven muy mecanismos y olvida la indagación, la problematización...

Una observación de tecnología aplicada a la medicina.

El médico sale con bases tecnológicas mínimas. Más bien optimizan los pocos recursos que tienen para hacer diagnóstico.

Pasantía de 2 meses en cardiología.

Modelo:

Tecnología enfocada a la práctica médica venir a un escenario en la práctica de cómo se permea la profesión.

Pro Antioquia- se lideran muchos procesos en salud y vale la pena que se indague acerca de esa parte. Educación y salud, como una meta para desarrollar.

Cómo crear el semillero de formación tecnológica e investigativa: qué vean, que alcancen a ver la importancia de esto en el ejercicio de la medicina a futuro.

Los perfiles totalmente asistencia no alcanzan a ver los desarrollos del área, porque tienen clara su interés para trabajar con los pacientes y no hacer desarrollos.

Estrategia sería: Rotación de un mes, como producto un artículo que ofrezca la perspectiva de la tecnología en su área.

Congreso de bioingeniería que se dio en Medellín, unos excelentes productos.

JB: Universidad Bolivariana, hacer el contacto

LA: ¿??

Cuál es la estructura de la rotación:

Observar que se hace

Identificar nuevos materiales, por ejemplo para sensores: sistemas o electrodos que se ponen en el paciente por ejemplo para visualizar parámetros de química sanguínea.

Otro sensor en el que se coloca en un dedo para sacar cómo está oxigenando el paciente?

Es un poco crudo cuando uno dice sensores. Sistemas por ejemplo para ver cómo está funcionando el sistema pulmonar, como está ventilando los pulmones, sistemas sensores hasta donde sea posible no invasivos, que se puedan poner externos.

Temperatura, por ejemplo lo importante que es para la mujer su tiempo de fertilidad desde su temperatura y que lo pueda ver desde su celular.

De sensores hay que pasar a la interfase: los diferentes cambios se conviertan en un sistema digital el cual va a un computador, un celular, una tablet y aquí entra el ingeniero de sistemas para que nos muestre cómo se registra en el celular.

Esto va también al cuidado de la tercera edad, que esa persona tenga desde su celular un sensor para que avise por ejemplo una taquicardia y a su vez al médico tratante y al residente si está hospitalizado.

La base son sensores, interfaces y eso conectado a diferentes dispositivos.

¿Cómo romper la brecha para aceptar esto en la formación?

La idea es hacer una cuestión de investigación inicial y que se vuelva un modelo, no solo a nivel de la clínica, sino internacional.

Si el doctor líder del servicio da línea para incluir estas competencias, se hace y si no se abandona.

Por ejemplo para la investigación deben incluirse en investigaciones que ya van en curso y que logre una producción desde allí.

Esto es una necesidad, quieran o no investigar y usar la tecnología debe hacerlo, el medico no va a perder la condición de que sea el que diagnostica, pronostica y trata, pero la cantidad de herramientas tecnológicas se van a superar en el ejercicio médico lo tecnológico, el que no entre en esto no podrá ejercer con dominio si se niega a usar estos recursos. No es cuestión de habilidad, es de necesidad formativa.

Hace unos años los radiólogos a nivel mundial estuvieron en contra de la escenografía, y hoy todos la usan y se está mejorando de manera tridimensional

El médico residente debe provocarse a usar la tecnología, el docente debe ser el provocador de la inducción de las nuevas tecnologías existentes que viene de muchas partes de la imagen electrónica, mecánica, de los sistemas, de la imagenología e incluirlo en la docencia para que esos mismos médicos puedan expresarse no solo con el vocabulario medico, sino tecnológico para enseñarles a sus residentes. Es interdisciplinario o multidisciplinar, que interactúe con otras disciplinas.

Se tienen una obligación absoluta de compartir con las nuevas generaciones lo que se aprendió inicialmente y toda la experiencia que ha adquirido a lo largo de la vida, hacer la transferencia directa al pie del residente, lo está inducción, le está mostrando. El residente del modelo conductista, que es estar haciendo, no se siente cómodo en el rol de observador, porque siempre se le ha inducido a la práctica.

El cirujano se vuelve un experto en su práctica quirúrgica pero comienza a apartarse de la medicina interna en la que en cada momento debe estarse preguntándose cómo se está comportando en paciente interviniendo y esto como puede influir en lo que se está haciendo, prácticamente el anestesiólogo y el cirujano no hay interconexión, pensar en equipo, con sinergia en pro de la salud del paciente, sino que cada uno por separado hace su mejor trabajo.

Hay que pensar en el residente como una persona que también puede aportar a crear unas nuevas maneras o mejorar las existentes formas de enseñar y de aprender.

El médico en su acto médico habla en términos técnicos. Ejemplo le haré un baipás coronario.

En el medio médico hay una comunicación disociada, cada quien maneja unos códigos por aparte, ajenos a la realidad del otro y esto no repercute en la calidad de vida. Cómo desde la educación se puede lograr eso?

La interdisciplinariedad puede que no lo practique, pero si lo entiende, porque sabe que todos los elementos para el diagnóstico y para el tratamiento vienen de otras disciplinas como las ingenierías

Son ambas cosas es también viendo la proyección de la tecnología, pero también como se debe comenzar a pensar a interactuar interdisciplinariamente.

La simulación: en la medida en que la persona se vea en un espejo, repensar cosas y replantearse comportamientos.

Asistentes

D: Biólogo Marino

SA- Comunicadora

DA

Todavía hay que buscar las vías más expeditas para que entienda la interdisciplinariedad, ya no es rara esta palabra, ya no se siente agredido por estar metiéndose en su campo, ahora es crear las vías para la interdisciplinariedad.

Que tanto ha cambiado el estereotipo de medico en los últimos 10 años

Había el dicho zapatero a tus zapatos, nadie podía meterse en el área del otro. El médico si ha venido cambiando paulatinamente. En Colombia ha sido excepcional que el Dr. R sea aceptado en la academia de medicina.

Nota adicional: IE. Fue otra persona que entró dentro de la medicina dos años después del Dr. R Ya está publicado en RENATA.

Hace falta mayor producción escrita de la necesidad de investigar y de aplicar la tecnología, con el fin de que sea consultada por los residentes y vean allí una provocación a esta formación.

RF. El inventor del baipás médico argentino que se entrenó en los estados unidos y creo el baipás. Cuando estaba en lo mejor se volvió para argentina y creo la Clínica Favarot del corazón, la tuvo a un nivel muy alto. Vio que no podía resolver esto y se suicido. Su principal situación fue que ya debían un mes de sueldo de todo.

Preguntas Orientadoras:**¿Cuáles son los lineamientos pedagógicos que sustentas las prácticas docentes en la educación médica de las especialidades clínicas? Neurología**

Rta: Se apuesta por la formación integral y el desarrollo de competencias investigativas en las ciencias neurológicas.

Se procura con el ejemplo desde la docencia modelar habilidades y actitudes en los residentes creando conciencia de su labor clínica y del manejo integral del paciente.

¿Cómo se da el proceso de desarrollo de las competencias profesionales en las especialidades clínicas?

Desde el primer año de la rotación se plantean las actividades pedagógicas que se van a desarrollar y el camino a seguir en el plan de estudio.

El primer mes de ingreso al programa se ofrece un curso de inducción de Semiología Neurológica, éste se finaliza con la valoración de un paciente para evaluar examen clínico.

Luego pasan a rotar por diversas actividades académicas

Cada rotación genera una evaluación del residente

El último año puede hacer rotaciones opcionales, incluso fuera del país.

¿Qué competencias aspiran a potenciar en los residentes y futuros egresados de los programas?

- ✓ Atender a pacientes con trastornos en el sistema nervioso central y periférico.
- ✓ Formación integral del neurólogo desde la fundamentación científica de su profesión, como en el trato con el paciente en las relaciones médico- paciente y médico equipo de trabajo.
- ✓ Manejo de la Bioética para una intervención más humanística de la profesión

- ✓ Aprender a aprender permanentemente para mantener actualizado los conocimientos y avances en las ciencias neurológicas.

¿Qué estrategias didácticas realizan para garantizar el desarrollo de las competencias profesionales? ¿Qué competencias se desarrollan?

Rondas Clínicas:

- Participan el profesor, el residente, los residentes rotatorios (que pertenecen a otra especialidad pero rotan por neurología), los internos de Medicina y algunos estudiantes de pregrado de medicina.
- Los residentes participan de las ronda clínicas acompañados por un profesor médico Neurólogo, quien es el encargado de firmar la historia clínica de cada paciente asistido en la ronda
- El residente de la sala valora los pacientes y organiza la información según el formato destinado para tal fin. Además puede proponer al residente rotatorio que asuma un paciente para que lidere su historia clínica y evolución médica del caso.
- En el encuentro el residente presenta al profesor toda la historia del paciente, su tratamiento, evolución y posible diagnóstico o plan a seguir, ofreciendo así su impresión diagnóstica.
- El profesor verifica la valoración del residente, re interroga al paciente, examina y corrobora si los signos encontrados son correctos, se verifica y realimenta inmediatamente. Se discuten los argumentos, confirma el diagnóstico o ofrece preguntas para animar a que todo el grupo repiense el caso.
- Se pide revisar literatura de un tema específico que pudo generar dudas y al día siguiente se pregunta y se discute al respecto de la revisión.

Reunión de Neurología:

- Tiempo: Se realiza cada mes.
- Participan: Profesores, otros neurólogos de la ciudad, residentes
- Competencias: ¿??
- Se seleccionan un tema el profesor y el residente

- El residente presenta el tema que debe preparar y liderar el residente
- Se abre un espacio para preguntas y discusión del tema

Revisión de tema:

- Tiempo: cada 8 días, los martes de 7:00 a 8:00 a.m.
- Participan: profesores y los residentes del área exclusivamente.
- Competencias ¿?
- Se hace la revisión de un tema del área por parte de un residente
- Los demás participantes pueden ofrecer aportes y contribuir a la revisión

Seminarios:

- Tiempo: cada 8 días, los miércoles de 7:00 a 8:00 a.m.
- Participan: profesores, los residentes del área, los residentes rotatorios.
- Competencias ¿?

Consulta externa especializada:

- Tiempo: ¿?
- Participan: médico tratante, residente del área, residente rotatorio
- Competencias ¿?

Staff:

- Tiempo: ¿???
- Participan: Residente mayor quien lidera la actividad, profesores del área.
- Competencias ¿?

- El residente prepara y presenta un caso de un paciente con diagnóstico complejo o no claro, con patología de rara ocurrencia.
- Se realiza una amplia discusión por parte de los participantes
- Al finalizar se levanta un acta de la junta médica con firma de los asistentes.

Club de revista:

- Tiempo: ¿??
- Participan: ???
- Competencias ¿?
- Previamente se asigna a cada residente artículos para que sean analizados y evaluados por el residente de acuerdo con los parámetros establecidos para tal fin.
- La profesora que acompaña, revisa previamente el análisis del artículo para valorarlo y validar su metodología aplicada.
- Se hace la presentación del artículo, se argumenta y se discute.

¿Cómo se da la evaluación de los aprendizajes?

Se aplica el formato de evaluación institucional, que se da desde Educación de posgrados, pero somos conscientes que éste instrumento se debe rediseñar para que cubran todos los aspectos esenciales de la formación en la especialidad.

Los criterios que se contemplan para la evaluación son:

- ✓ Médico- personal en sala
- ✓ Relación médico-paciente
- ✓ Relación residente - estudiantes de pregrado
- ✓ Habilidades para el interrogatorio y el examen clínico neurológica que tiene una duración estimada de una hora por su nivel de complejidad.
- ✓ Capacidad para la interpretación de exámenes paraclínicos de apoyo.

Al final de cada rotación se hace una reunión de profesores para evaluar al residente y de acuerdo con el consenso del equipo docente se da una nota cuantitativa.

¿Se cuentan con recursos suficientes para el desarrollo de las actividades de docencia?

- ✓ No son buenos, son regulares.
- ✓ Los mismos residentes por cohortes hacen un simposio liderado por ellos y el dinero recaudado adquieren apoyos para la docencia.
- ✓ Se carece de algunas ayudas tecnológicas y adelantos modernos que se utiliza en la práctica clínica de la neurología.
- ✓ La dotación de material docente es poca, la mayoría de las adquisiciones son de los profesores que las ofrecen para el Departamento.
- ✓ Los espacios físicos son reducidos para las actividades académicas.

Fortalezas y debilidades de la relación médico profesor- residentes

¿Qué seguimiento se hace al proceso de educación médica desarrollado por los profesores?

¿Los procesos de autoevaluación, registro calificado han incidido en el mejoramiento de la docencia en las especialidades clínicas?

¿Qué se hace y cómo se estimula la formación pedagógica de los profesores?

¿Qué aspectos mantendría y cuáles eliminaría para fortalecer la formación por competencias en los actuales residentes clínicos en procura del perfil profesional de los programas?

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

PROFESORES

IDENTIFICACIÓN

Entrevistado: Fundador programa de Neurología

Especialidad: Medicina Interna

Entrevistador: Leonor Galindo Cárdenas

Fecha de Realización: Lunes 8 de abril de 2013

Lugar: Sala de Neurología Hospital San Vicente de Paúl.

Hora de inicio: 6:00 a.m. **Hora de finalización:** 7:00 a.m.

Preguntas Orientadoras:

¿Cuáles son los lineamientos pedagógicos que sustentas las prácticas docentes en la educación médica de las especialidades clínicas? Neurología

Rta: Se apuesta por la formación integral y el desarrollo de competencias investigativas en las ciencias neurológicas.

Se procura con el ejemplo desde la docencia modelar habilidades y actitudes en los residentes creando conciencia de su labor clínica y del manejo integral del paciente.

¿Cómo se da el proceso de desarrollo de las competencias profesionales en las especialidades clínicas?

Desde el primer año de la rotación se plantean las actividades pedagógicas que se van a desarrollar y el camino a seguir en el plan de estudio.

El primer mes de ingreso al programa se ofrece un curso de inducción de Semiología Neurológica, éste se finaliza con la valoración de un paciente para evaluar examen clínico.

Luego pasan a rotar por diversas actividades académicas

Cada rotación genera una evaluación del residente

El último año puede hacer rotaciones opcionales, incluso fuera del país.

¿Qué competencias aspiran a potenciar en los residentes y futuros egresados de los programas?

- ✓ Atender a pacientes con trastornos en el sistema nervioso central y periférico.
- ✓ Formación integral del neurólogo desde la fundamentación científica de su profesión, como en el trato con el paciente en las relaciones médico- paciente y médico equipo de trabajo.
- ✓ Manejo de la Bioética para una intervención más humanística de la profesión
- ✓ Aprender a aprender permanentemente para mantener actualizado los conocimientos y avances en las ciencias neurológicas.

¿Qué estrategias didácticas realizan para garantizar el desarrollo de las competencias profesionales? ¿Qué competencias se desarrollan?

Rondas Clínicas:

- Participan el profesor, el residente, los residentes rotatorios (que pertenecen a otra especialidad pero rotan por neurología), los internos de Medicina y algunos estudiantes de pregrado de medicina.
- Los residentes participan de las ronda clínicas acompañados por un profesor médico Neurólogo, quien es el encargado de firmar la historia clínica de cada paciente asistido en la ronda
- El residente de la sala valora los pacientes y organiza la información según el formato destinado para tal fin. Además puede proponer al residente rotatorio que asuma un paciente para que lidere su historia clínica y evolución médica del caso.
- En el encuentro el residente presenta al profesor toda la historia del paciente, su tratamiento, evolución y posible diagnostico o plan a seguir, ofreciendo así su impresión diagnóstica.
- El profesor verifica la valoración del residente, re interroga al paciente, examina y corrobora si los signos encontrados son correctos, se verifica y realimenta

inmediatamente. Se discuten los argumentos, confirma el diagnóstico o ofrece preguntas para animar a que todo el grupo repiense el caso.

- Se pide revisar literatura de un tema específico que pudo generar dudas y al día siguiente se pregunta y se discute al respecto de la revisión.

Reunión de Neurología:

- Tiempo: Se realiza cada mes.
- Participan: Profesores, otros neurólogos de la ciudad, residentes
- Competencias: ¿??
- Se seleccionan un tema el profesor y el residente
- El residente presenta el tema que debe preparar y liderar el residente
- Se abre un espacio para preguntas y discusión del tema

Revisión de tema:

- Tiempo: cada 8 días, los martes de 7:00 a 8:00 a.m.
- Participan: profesores y los residentes del área exclusivamente.
- Competencias ¿?
- Se hace la revisión de un tema del área por parte de un residente
- Los demás participantes pueden ofrecer aportes y contribuir a la revisión

Seminarios:

- Tiempo: cada 8 días, los miércoles de 7:00 a 8:00 a.m.
- Participan: profesores, los residentes del área, los residentes rotatorios.
- Competencias ¿?

Consulta externa especializada:

- Tiempo: ¿?
- Participan: médico tratante, residente del área, residente rotatorio
- Competencias ¿?

Staff:

- Tiempo: ¿???
- Participan: Residente mayor quien lidera la actividad, profesores del área.
- Competencias ¿?
- El residente prepara y presenta un caso de un paciente con diagnóstico complejo o no claro, con patología de rara ocurrencia.
- Se realiza una amplia discusión por parte de los participantes
- Al finalizar se levanta un acta de la junta médica con firma de los asistentes.

Club de revista:

- Tiempo: ¿??
- Participan:???
- Competencias ¿?
- Previamente se asigna a cada residente artículos para que sean analizados y evaluados por el residente de acuerdo con los parámetros establecidos para tal fin.
- La profesora que acompaña, revisa previamente el análisis del artículo para valorarlo y validar su metodología aplicada.
- Se hace la presentación del artículo, se argumenta y se discute.

¿Cómo se da la evaluación de los aprendizajes?

Se aplica el formato de evaluación institucional, que se da desde Educación de posgrados, pero somos conscientes que éste instrumento se debe rediseñar para que cubran todos los aspectos esenciales de la formación en la especialidad.

Los criterios que se contemplan para la evaluación son:

- ✓ Médico- personal en sala
- ✓ Relación médico-paciente
- ✓ Relación residente - estudiantes de pregrado
- ✓ Habilidades para el interrogatorio y el examen clínico neurológica que tiene una duración estimada de una hora por su nivel de complejidad.
- ✓ Capacidad para la interpretación de exámenes paraclínicos de apoyo.

Al final de cada rotación se hace una reunión de profesores para evaluar al residente y de acuerdo con el consenso del equipo docente se da una nota cuantitativa.

¿Se cuentan con recursos suficientes para el desarrollo de las actividades de docencia?

- ✓ No son buenos, son regulares.
- ✓ Los mismos residentes por cohortes hacen un simposio liderado por ellos y el dinero recaudado adquieren apoyos para la docencia.
- ✓ Se carece de algunas ayudas tecnológicas y adelantos modernos que se utiliza en la práctica clínica de la neurología.
- ✓ La dotación de material docente es poca, la mayoría de las adquisiciones son de los profesores que las ofrecen para el Departamento.
- ✓ Los espacios físicos son reducidos para las actividades académicas.

Fortalezas y debilidades de la relación médico profesor- residentes

¿Qué seguimiento se hace al proceso de educación médica desarrollado por los profesores?

¿Los procesos de autoevaluación, registro calificado han incidido en el mejoramiento de la docencia en las especialidades clínicas?

¿Qué se hace y cómo se estimula la formación pedagógica de los profesores?

¿Qué aspectos mantendría y cuáles eliminaría para fortalecer la formación por competencias en los actuales residentes clínicos en procura del perfil profesional de los programas?

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**PROFESORES****IDENTIFICACIÓN**

Entrevistado: Profesor adscrito al programa desde 1984

Especialidad: Neurología

Entrevistador: Leonor Galindo Cárdenas

Fecha de Realización: Lunes 22 de abril de 2013

Lugar: Sala de Neurología Hospital San Vicente de Paúl.

Hora de inicio: 8:00 a.m. **Hora de finalización:** 9:00 a.m.

Preguntas Orientadoras:

¿Cuáles son los lineamientos pedagógicos que sustentas las prácticas docentes en la educación médica de las especialidades clínicas? Neurología

Formación de neurólogos clínicos, desde una perspectiva de la responsabilidad social y de lo público, con ética en su actuar clínico.

¿Qué competencias aspiran a potenciar en los residentes y futuros egresados de los programas? Cómo se da el proceso de desarrollo de las competencias profesionales en las especialidades clínicas?

Aspiramos a formar en los residentes y futuros profesionales competencias clínicas como el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades neurológicas con una gran responsabilidad social y desde una perspectiva ética y bioética. Además de competencias investigativas que les permitan articular con el quehacer cotidiano de la neurología y aportar a los avances en el área.

Para el desarrollo de estas competencias se cuentan con espacios de formación en los cuales se desarrollan actividades teóricas y prácticas que se articulan durante todo el programa a las

distintas responsabilidades académicas del residente de acuerdo con su rotación y nivel de formación.

¿Cómo se evidencian en la formación de competencias profesionales los principios rectores: pertinencia, Interdisciplinariedad y flexibilidad?

¿Qué estrategias didácticas realizan para garantizar el desarrollo de las competencias profesionales? ¿Qué competencias desarrollan estas estrategias?

La principal actividad es el aprendizaje tutorial, cuyo contenido se desarrolla desde el seguimiento del modelo, del ejemplo.

Podríamos decir que contamos con dos grupos de estrategias, las primeras conducen a un **aprendizaje práctico o técnico como.**

✓ **Rondas clínicas:** hacer que el residente asuma un papel de neurólogo orientado por el docente, y a partir de la interacción con el docente hacer las discusiones para corregir posibles errores.

El residente inicia su proceso de formación **por la ronda al** paciente en cama, concomitantemente ve el paciente en **consulta externa**, luego aparece el paciente de **interconsulta:** aquí se busca aprender la relación con profesionales de otras especialidades para realizar un ejercicio de diálogo ético desde diversas especialidades. Es un espacio que permite respetar la opinión de otro, el diálogo argumentado.

Lo considero como uno de los elementos más valiosos que se construye en el posgrado de neurología, un currículo oculto que forma parte del aprendizaje por modelo, la actitud de la mayoría de los neurólogos de la escuela, el respeto de interacción con el otro.

La interconsulta o rotación por periférico inicia en el segundo semestre. El residente va a otra sala a contestar una duda neurológica que tiene otro especialista.

Asistencia a los procedimientos específicos de la especialidad, como prácticas específicas en simulación y luego con el paciente con acompañamiento y luego de manera independiente., desde el primer año.

Asistencia a consulta externa, la capacidad de hacer diagnóstico neurológico y tratamiento en el paciente neurológico, distinta al que está hospitalizado. Se toma decisión más pensada. Con cita previa

Urgencias: Atienden al paciente que llega

Junta médica o staff es una actividad mixta porque es académica y clínica por la toma de decisiones y esta actividad es coordinada por uno de los residentes en compañía del docente de la sala. Es una de las más demandantes porque se supone que en esta actividad se discuten casos muy difíciles en donde se requiere compartir la responsabilidad social y clínica de las decisiones con respecto al paciente.

Aprendizaje Teórico

Seminarios, club de revista, revisión de tema que es a manera de conferencia que hace el residente con la orientación de un docente.

Conferencias, simposios coordinador y organizados por los residentes

Las actividades que tiene que ver con la práctica clínica desarrollan más competencias profesionales, la parte práctica es lo más relevante, con un elemento esencial que no se trasmite en la teoría y es la actitud clínica, que es muy difícil de definir y que uno evaluaría esa competencia en la satisfacción o en el bienestar que siente el paciente después de la interacción con el profesional. Esto depende un poco del talento de cada persona, así como una propensión a aprender del referente, de su profesor. Si no hay nada de actitud en su formación estructural de su personalidad es muy difícil que lo logre en su formación.

Aquí se han tenido profesor comprometidos, responsables, exigentes, alta capacidad científica pero en el momento de transmitir su habilidad clínica es un desastre, porque aún frente a los residentes maltratan al paciente, no le saben comunicar, maltratan al familiar. Es una competencia absolutamente necesaria en la práctica clínica y de lo contrario es mejor enfocarse exclusivamente hacia la investigación del campo, pero no a la práctica.

Puede que la persona tenga una buena relación teórica, alta responsabilidad pero su carece de habilidad clínica la persona no va hacer un buen neurólogo.

Posiblemente si la escuela se hubiera formado con otras personas no seríamos así, tan llamados a hacer un ejercicio receptivo y no conflictivo de la neurología en Medellín.

¿Cómo se da la evaluación de los aprendizajes?

Debería existir una manera de evaluar ese tipo de habilidades previas al ingreso, pero se carece de una herramienta suficientemente objetiva para valorar esto, pero es una situación muy subjetiva. Este es un reto de formación que es muy difícil de implementar. Se dan este tipo de discusiones con el grupo médico, no es fácil, el problema es que quien carece de esta habilidad es muy difícil

que lo procese. Por fortuna esta situación es una minoría en esta área, son más notorias en quirúrgicas.

Nosotros si bien hay un formato de evaluación que tiene unos ítems de cuantificación establecido, nosotros tenemos un comité de programa 15 días y allí se discuten otros aspectos cualitativos frente a la relación y actitudes de los residentes, frente a situaciones que no entendemos y nos confunden, que no nos explicamos y hemos descubierto cosas interesantes a nivel personal que después de hablarse y hacer seguimiento modifican dramáticamente al residente, en favor a su proceso formativo. Buscamos indicarles ayudas adicionales, en bienestar, ayuda terapéutica, pedagógica.

La formación tiene que ser integral y esto no es un slogan, es una realidad porque no puede ser solo academia, de habilidades y destrezas.

Los residentes tenían implícito el saber los metas de formación de cada rotación, en este momento se procura dejar constancia de esta de forma explícita para garantizar un seguimiento en todas las actividades, es volver visible y cociente estos elementos. Las evidencias y los procesos de mejoramiento se deben dar de forma explícita, no dejarlo a supuestos.

Se hace una reunión administrativa y formativa con todas las personas residentes, profesores, secretaria, una vez al mes para discutir sobre asuntos cotidianos, problemas del día a día, tensiones con algunas rotaciones, con interacciones personales para irlo canalizando.

¿Se cuentan con recursos suficientes para el desarrollo de las actividades de docencia?

Estos otro aprendizaje que transmitimos y que tiene que ver con el compromiso social y compromiso con lo público y con la optimización de los escasos recursos con que contamos. Los residentes y los profesores aprendemos a hacer creativos de tal manera que hagamos las cosas

bien aunque nos hagan falta recursos. Aprendemos a disfrutar lo que tenemos, ni nos escudamos de las carencias para evadir responsabilidades. Se buscan los recursos de otras fuentes.

Se reitera sobre las necesidades y si no se logra se busca otras vías, pero se busca lo que se necesita y se van resolviendo proactivamente de acuerdo con las posibilidades del área, a través de eventos académicos como simposios y con respaldos de laboratorios farmacéuticos, que apoyen con recursos para el servicio.

Fortalezas y debilidades de la relación médico profesor- residentes

Fortalezas: actitud de interacción horizontal, desprovista de toda soberbia y de engreimiento por parte de los docentes en general con muy pocas excepciones a lo largo de la historia del posgrado, donde se puede asegurar que la actitud es de una relación de aprendizaje interactuando, toma de conciencia de que se está aprendiendo en el ejercicio de la enseñanza y que así como estar aquí es lo que le garantiza a uno ese aprendizaje permanente y esto facilita la relación con el residente. Yo el enseñe esto y usted me enseña lo que usted tenga y vamos intercambiando cosas. Y dentro de esto se tiene la conciencia de que la persona que más conocimiento tiene de determinado tipo de teoría es el residente que hizo la última revisión del tema. Es un aprendizaje delegado.

Debilidades: Hay una minoría de docentes y residentes que no se ajusta a este estilo y lo asumimos como eso, nada es perfecto, hay porcentaje mínimo de lo que no funciona, lo aceptamos y no lo volvemos un conflicto, sin aislarlos.

A todos los egresados se les envía la programación de las actividades, es una relación recíproca.

¿Qué seguimiento se hace al proceso de educación médica desarrollado por los profesores?

Se hacía a título personal hasta 2002- 2003, pero hoy se busca que haya más compromiso con lo pedagógico y ya es una obligación, forma parte de la evaluación del primer año del docente que ingresa. Por ejemplo la Dra. María Isabel Montes termina el curso y formaliza el requisito en su primer año.

Lo oferta que se hace desde educación médica en pedagogía; a veces la limitación es el tiempo, pero se procura apoyar para que puedan participar. Hay unos más interesados que otros.

La capacitación en segunda lengua es muy complicada, sobre todo en profesores más antiguos.

¿Qué aspectos mantendría y cuáles eliminaría para fortalecer la formación por competencias en los actuales residentes clínicos en procura del perfil profesional de los programas?

Mantendría: La actitud de aprendizaje de lo clínico, de fortalecimiento de actitud y aptitudes clínicas del residente

Fortalecería: la parte de la investigación porque a veces quien tiene esta actitud clínica marcada, tiende a pensar que no requiere las competencias investigativas y que no forma parte de la formación hay que mantener un razonable equilibrio. Es prioritario lo clínico pero no puede evadir y evitar el compromiso investigativo.

Se requiere aumentar la formación de residentes porque la demanda es muy alta, pero hay limitación por el número de profesores del programa. Actualmente profesores de tiempo completo es uno (Dr. Pineda) los demás están de medio tiempo pero trabajan como de tiempo completo. Es muy difícil mejorar este aspecto. Hay cinco profesores adscritos al programa de medio tiempo, tres de medio tiempo permanente y dos ocasionales. En conclusiones son tres docentes de TC, se requieren dos docentes más para poder recibir dos residentes más que es lo que se necesita para en cinco años equilibrar el déficit de Neurólogos que tiene la región.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

PROFESOR

- Medica de la Universidad del Bosque. Patóloga. Tiene una maestría en trasplante de órganos de la Universidad de Barcelona. Profesora asistente de la universidad el bosque desde hace 16 años en la facultad de medicina, odontología y cuidado crítico de la Universidad de la Sabana. Jefe hace 6 años.(DP)
- Profesora del Colegio Mayor (P)

Experiencia del acompañamiento que hacen a los estudiantes

(P) Nosotros tenemos un programa de inducción sobre la parte documental y sección por sección se explicita el paso a paso que debe tener cada una de las rotaciones. Hay unas horas que ellos deben cumplir y que son estipuladas por la Universidad. Se les hace un examen el día que van a comenzar, de conocimientos, para ver como llegan. En el transcurso del tiempo, a ellos se les asigna la revisión de ciertos casos, hacen presentación para todo el personal de laboratorio que quiera asistir en las sesiones que tienen en ese momento. Se hace revisión tanto de artículo como de caso clínico. Nosotros cogemos un paciente y se los damos como caso. Ellos tienen que investigar y llegar a un diagnóstico y decir en qué se basaron para eso. Están todo el tiempo supervisados por la bacterióloga, se trata más de acompañamiento, de ver cómo se hace. La bacterióloga es completamente la responsable de todo lo que sucede. Entonces los casos raros que van apareciendo, los residentes los van identificando pero se encargan más de la parte académica que de la responsabilidad de intervenir.

Competencias genéricas

(P) Las competencias relacionadas con el componente ético no están estipuladas. En la inducción en el laboratorio y en la clínica se habla de la parte ética. **El programa, no se ha enmarcado en unas competencias éticas sino en las competencias académicas y asistenciales**, entonces no se hace énfasis o clara la formación ética en los estudiantes a lo largo de la residencia.

La acreditación y el reglamento hacen que tengamos que ser muy rigurosos. Si los estudiantes cometen un error entonces uno es el que asume las consecuencias. Hemos hecho énfasis en este semestre en qué el estudiante adquiera conocimientos de calidad y seguridad para el paciente. Hay una asignatura que se está haciendo de forma virtual.

(DP) Yo que vengo de la universidad tengo muy claro eso del aprendizaje significativo, aprendizaje por competencias. Ahorita estamos haciendo una técnica para los ECAES y los procesos de acreditación que son tan complejos, porque yo creo en la necesidad de que existan los estándares. Hay una coordinadora que viene cada mes y conversa con los estudiantes para mirar qué dificultades han tenido en las rotaciones, qué problemas se evidencian. Se hace retroalimentación. Estamos pidiendo más personal clínico por esto, a los residentes les van a tocar más difíciles las rotaciones, por tanto tendrán que ser más creativos en cuanto a su aprendizaje. En cuanto al plan de rotación esta escrito, cada doctor supervisa. Y yo junto a otra profesora revisamos las notas internas de cada rotación en donde consideramos ciertas variables que pueden modificar la nota del estudiante. En estos días hicimos una retroalimentación con un estudiante que le fue muy mal porque no mostraba interés en el conocimiento. Nuestras oficinas son abiertas y permitimos siempre una constante retroalimentación. Una vez a la semana siempre estamos pendientes de lo que necesitan. También permitimos que los estudiantes opten por la rotación que ellos prefieren y consideran más adecuada. Nosotros somos muy flexibles con eso porque creemos que cuando ellos participan se puede tener un mejor aprendizaje. Con los

seminarios nosotros podemos identificar su nivel de lenguaje, de comunicaciones y hacer una recomendación pertinente en este sentido.

No se evidencia mucho la interdisciplinariedad. Las rotaciones son específicamente en el laboratorio, hay interrelación con los pacientes en consulta externa y en la toma de muestras afuera. Nosotros dejamos que los residentes interactúen con los pacientes y que a veces tomen algunas muestras con supervisión, pero igual uno le pide permiso al paciente para que puedan ser tomadas. Aquí subimos un plan piloto pero no nos funcionó porque tenemos pacientes con enfermedades complejas. Hemos tenido dificultades ahí pero igual siempre hemos tenido a alguien que lo acompañe. Si hay alguna complicación en la atención, yo asumo la responsabilidad, yo soy la que hablo con el paciente, para ofrecerles cada vez un mejor servicio.

Ahí tenemos una falencia, y es que la cultura institucional no permite que el estudiante pueda practicar. No es lo mismo, por ejemplo, que si yo voya simón bolívar, le paso la ronda al paciente, y no se dice nada. Aquí aunque el modelo de atención exige un nivel alto de práctica, comunicación, experiencia, hemos buscado, tratado de reforzar esta falencia y aumentar la intervención de ellos, en la investigación y lectura de otro idioma que es lo que pasa hoy en día. Otra falencia es que aquí no viene ningún patólogo a rotar ni tampoco a laboratorio clínica.

¿Qué diferencias encuentra entre la formación en patología que usted recibió y la actual?

Cuándo yo estaba en la residencia, yo venía de docente en el bosque, de hecho de anatomía. Y ser docente es algo que me gusta mucho porque yo aprendo de los estudiantes. En la rotación yo leía y me supervisaban la gestión. Después me dijeron que podía estar en el banco de sangre aquí y en la cruz roja. Allá hice mi sub-especialización en hematología banco de sangre. Y me dijeron que

si yo quería ser algún día jefe tenía que pasar por todas las secciones. Siempre he dictado conferencias. También me ha gustado mucho la investigación.

En la actualidad no veo una estructura académica como yo la tenía, fundamentada en competencias de la rotación. No sé si las tengan, por lo menos no las he visto, no las conozco pero yo creo que **hace falta el seguimiento personalizado**. Yo veo muchos huecos.

No sé hacia donde llega la supervisión. Al interior de la institución veo que están muy sueltos y no necesariamente por los docentes. En el sentido de bagaje y la capacitación, falta un líder interno de residente que hable el mismo lenguaje. **No hay lineamientos de evaluación, es solo suficiente con ingresar. El tema de las competencias es muy bueno pero se quedan en la forma, sin estrategias.**

La experiencia y el gusto fortalecen mi formación pedagógica. Se trata de conocer y dar un direccionamiento a los residentes para que sean buenas personas, seres integrales, para enseñarles valores etc. yo hago que los estudiantes se esfuercen y eso ellos lo valoran

Doctor: Nosotros queremos ahorita, documentar algunas prácticas docentes para que sean publicadas y otros aprendan de estas experiencias.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

PROFESORES

IDENTIFICACIÓN

Entrevistado: Dr. Especializado en Radiología

Especialidad: Radiólogo

Entrevistador: Leonor Galindo Cárdenas

Fecha de Realización: viernes 19 de abril de 2013

Lugar: Hospital San Vicente- Radiología

Hora de inicio: 7:00 a.m. **Hora de finalización:** 8:00 p.m.

Preguntas Orientadoras:

¿Cuáles son los lineamientos pedagógicos que sustentas las prácticas docentes en la educación médica de las especialidades clínicas?

El programa de radiología apuesta por la formación integral, el compromiso social, la ética y la investigación (esta última se viene desarrollando desde el aporte de la investigación a la formación. Ser parte del reconocimiento de la experiencia de profesores, los conocimientos específicos de la radiología, los referentes históricos del programa y los principios que rigen a la Universidad de Antioquia.

¿Cómo se evidencian en la formación de competencias profesionales los principios rectores: pertinencia, Interdisciplinariedad y flexibilidad?

El programa busca la formación de un profesional “Radiólogo General” con un conocimiento de la experticia en su campo disciplinar y una sólida formación ética y de compromiso social.

Para la pertinencia académica hemos realizado mejoras a contenidos y técnicas actuales del área de manera que se van actualizando los conocimientos y la práctica clínica.

La interdisciplinariedad se logra con los espacios académicos en los cuales se presentan casos para analizarlos desde diferentes especialidades en los cuales la valoración del radiólogo es esencial en el diagnóstico.

La flexibilidad del programa se puede reflejar en el manejo de conocimientos básicos propios del Radiólogo general y se ofrecen sub- especialidades que le permiten al profesional avanzar en conocimientos más específicos de acuerdo con su propio interés.

¿Qué competencias aspiran a potenciar en los residentes y futuros egresados de los programas? Y ¿Cómo se da el proceso de desarrollo de las competencias profesionales en las especialidades clínicas?

Competencias clínicas para el desempeño como Radiólogo General: Competencias Interpretativas, analíticas, argumentativas para focalizar diagnósticos

Competencias Tecnológicas para el desarrollo de destrezas y habilidades en el uso de recursos tecnológicos propios de la radiología.

La competencia investigativa no se logra desarrollar al nivel que se espera, los residentes ven la investigación como referente o consumo de la literatura propio del área, peor falta la toma de conciencia y el desarrollo investigación de producción científica.

Competencias personales desde la formación integral y el ejercicio ético de su profesión. **¿Qué estrategias didácticas realizan para garantizar el desarrollo de las competencias profesionales? ¿Qué competencias se desarrollan en cada una de ellas?**

Se realizan seminarios, club de revistas, reunión de casos, complicaciones, presentación de temas. En cada uno de estos espacios se pretende que el residente asuma con criterio clínico desde la radiología mejores elementos, tanto teóricos como prácticos del ejercicio de su profesión.

¿Cómo se da la evaluación de los aprendizajes?

Cada vez que termina una rotación se aplica el formato de evaluación, pero éste no es suficiente. Somos conscientes que la evaluación sigue siendo muy deficiente, sigue primando la percepción de quien evalúa. Se hacen intentos por mejorarla pero en este aspecto falta avanzar.

Cada mes se hace una reunión del comité de profesores para hacer una evaluación colectiva al jefe y hablar de cada residente en términos de fortalezas, debilidades y mejoras.

Los residentes conocen los contenidos a apropiar y las actividades académicas que implican cada rotación, pero no hay seguimiento de su apropiación, sino sólo al final la rotación se evalúa.

¿Se cuentan con recursos suficientes para el desarrollo de las actividades de docencia?

Si, aunque los recursos tecnológicos son de las instituciones de salud, pero éstas se ofrecen a la comunidad académica de la facultad de Medicina para realizar allí sus prácticas.

Recientemente se dotó el espacio físico en donde funciona el servicio dentro del hospital, con algunos computadores y adecuación del espacio para un mejor ambiente de trabajo académico.

Vale mencionar que los recursos bibliográficos son escasos, al parecer cuando la Facultad decidió ubicar una biblioteca central, esto condujo a que los libros ya no estuvieran al alcance del residente y del profesor, sino que exige el desplazamiento hacia otro lugar, distante del espacio de docencia.

Otro aspecto a considerar es el reducido número de docentes. En 1992 se contaba con 9 profesores de TC que cubrían 3 residentes del programa, hoy en el 2013 no hay ningún profesor de TC, son 9 de MT que atienden 15 residentes y 5 fellows.

Fortalezas y debilidades de la relación médico profesor- residentes

Es una relación muy buena y enriquecida desde la experiencia de unos y otros. Hemos evidenciado que cuando el grupo de residentes lo componen sólo mujeres, se hace muy conflictivo y cuando lo constituyen solo hombres se baja la producción académica, se hace más lenta, por eso lo ideal es un grupo mixto que equilibre.

¿Qué seguimiento se hace al proceso de educación médica desarrollado por los profesores?

¿Los procesos de autoevaluación, registro calificado han incidido en el mejoramiento de la docencia en las especialidades clínicas?

¿Qué se hace y cómo se estimula la formación pedagógica de los profesores?

¿Qué aspectos mantendría y cuáles eliminaría para fortalecer la formación por competencias en los actuales residentes clínicos en procura del perfil profesional de los programas?

Qué mantendría

Que eliminaría

Otros comentarios:

El programa de Radiología se inició entre 1995 y 1997, a la fecha se cuenta con el mismo programa, salvo algunas modificaciones que se han realizado.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

PROFESORES

Número de participantes: 1

Doctora Jefe del servicio de cirugía pediátrica.

Fecha: 10 julio de 2013

Hora de inicio: 9:30 a.m. Hora de finalización: 11:30 a.m.

Lugar: facultad de Medicina ofc. 202

Objetivos:

- ✓ Analizar las percepciones de los PROFESORES de los programas de las especialidades en relación con la educación médica impartida en este nivel de formación.
- ✓ Caracterizar el proceso de adquisición de competencias profesionales en las especialidades.

Preguntas Orientadoras:

Desde su rol de profesor:

Contexto: Experiencia y formación médica

Mi formación en la universidad ha sido total. Fui estudiante de pregrado, después fui residente de cirugía y cirujana de la Universidad de Antioquia, también hice cirugía pediátrica la U de A. Salí en 1993 y desde ahí he estado vinculada a la docencia, inicialmente en cirugía general y cuando terminé cirugía pediátrica, trabajé en esto. Son 20 años con la Universidad, dos como profesora

de cátedra y 18 como profesora vinculada. Desde pequeña estudiaba acá violín y quería ser profesora. Entonces pude combinar la parte de docencia que me gusta más o tanto como ser médica.

✓ **¿Qué elementos comunes y diferenciadores encuentra en su formación como especialista y la que actualmente imparte a sus residentes?**

Yo pienso que en este momento apenas aparecen elementos diferenciadores, ya que realmente mi formación fue casi igual a la de mis profesores. No había mujeres haciendo cirugía Pediátrica, ni general. Todos aprendimos de una manera tutorial; los profesores nos acompañaban en los diferentes procedimientos. Ahora encontramos muchachos que tienen una conexión mejor con el mundo: El advenimiento del internet, no sólo ayuda a comprender sobre las consultas médicas sino lo que se está haciendo en todas partes; lo que hace que esto acerque más a los residentes y ayude a que sean más críticos. También, ellos empiezan a tener más derechos: Se empiezan a limitar sus horas de trabajo porque la Facultad piensa que ellos son personas con familia.

Los elementos diferenciares se dan entonces, desde los siguientes puntos de vista:

- 1) Humano
- 2) Comunicativo
- 3) Formación Integral

La Facultad se preocupa por estos elementos, para que la formación vaya más allá del enfoque disciplinar; antes no se consideraban los elementos contextuales que estaban por fuera del contenido.

✓ **¿Qué competencias aspiran a potenciar en los residentes y futuros egresados de los programas?**

Nosotros queremos una formación más integral para que las competencias sean las de un buen ciudadano, alguien que se forme para aportar a la sociedad. Es decir, competencia de ciudadanía, comunicativa que son indispensables en la vida. Las subespecialidades necesitan un componente autónomo para considerar que los estudiantes tienen criterios para elegir, comparar y decidir. Otras competencias fundamentales son la ética, bioética y las disciplinares que se establecen de acuerdo a las rotaciones. En esta última, está el estado del arte de cada uno de los temas que tienen que ver; que es lo que hay en el momento. También se está desarrollando habilidades de investigación y docencia.

Los residentes vienen con el pensamiento dirigido a las competencias disciplinares y creen que ya los otros temas los saben, por ejemplo el de la ética. Pero tenemos claro que la formación no es sólo para los residentes, sino para el servicio de cirugía pediátrica, es decir, todos aprendemos, crecemos, mejoramos nuestras competencias; hay unos mínimos a los que el residente debe llegar, pero el profesor está cambiando permanentemente en la medida en que acompaña al residente en su formación.

Existe también otra competencia, que es la colaborativa. Está demostrado en el mundo, que trabajamos mejor de manera colaborativa. Si nosotros sabemos que necesita el patólogo le damos los elementos que requiere. Pero sin las especificaciones técnicas se van a dar dificultades en la interpretación. Esta competencia es necesaria en nuestro medio. Nadie trabaja solo. No solo se habla de una interdisciplinariedad sino transdisciplinariedad. Y esto se debe tener en cuenta en el aprendizaje.

- ✓ **¿Qué opinión le merecen los siguientes aspectos para la formación de competencias de los futuros especialistas clínicos y quirúrgicos?**
 - Manejo de tiempos

- Recursos disponibles
- Estrategias didácticas utilizadas
- Espacios

Las cosas han mejorado porque los muchachos son muy tecnológicos, entonces no necesito un computador porque ellos ya lo tienen. Hacer todos esos pedidos por la universidad es difícil porque los recursos son muy limitados. En cirugía, que se necesitan otras tecnologías como la laparoscopia, son cosas que se pueden adquirir por ejemplo por la investigación. Entonces los muchachos tienen que aprender, se vuelve un círculo vicioso: investigar para conseguir recursos.

El apoyo con los hospitales ayuda a que tengamos más cosas, pero es más por los convenios, por ejemplo, las instalaciones de cirugía pediátrica en el quinto piso son horribles, el calor es insoportable y no deja funcionar a la gente; escribir, investigar es difícil. Por eso todos quieren hacer el trabajo en otra parte.

✓ **¿Cómo son las relaciones interpersonales y en qué inciden en la formación de especialistas?.**

Yo pienso que las relaciones interpersonales son un reflejo de lo que las personas son. Me queda fácil porque tenemos máximo 4 residentes propios. Estas relaciones son muy buenas porque son cirujanos generales ya listos. Tratan a los otros de manera crítica pero respetuosa. Posibilitan el crecimiento entre ellos mismos y los profesores. Pero también, tenemos otro tipo de residentes, los más chiquitos o los internos que están en cirugía pediátrica, el programa se encarga de acompañarlos, ayudarlos a crecer. Todos los profesores de esta área, son muy cercanos a este tipo de tratamiento, hacen que la gente se sienta cómoda. Por eso, la impresión de los residentes en cirugía pediátrica se da en un ambiente muy rico, muy tranquilo porque no hay una presión exagerada. Todos funcionan porque quieren aprender y porque se ven estimulados cuando se les dice que estuvo bien en el seminario o que hizo bien su trabajo. **Uno está acostumbrado a**

escuchar que las evaluaciones se hacen en lo negativo, es decir, en el “a usted le faltó esto”. Diferente a decir, usted hizo una buena revisión, de pronto le faltó profundizar en este aspecto y mirar esto otro. Esto ayuda a fortalecer su autoestima seguridad y rendimiento.

Es el granito de arena que los profesores aportan al desarrollo académico, anímico y personal. **La residencia es muy dura, no sé si a los profesores se les olvida.** Uno cree que ya está listo y mentiras que siempre le falta. **Yo en mi formación estuve con profesores muy humanos, y esto me ayudó y creo que la forma en cómo a uno le enseñan contribuye al trato que después uno establece con los residentes; el que es golpeado en la residencia, sale muy diferente al que ha sido bien tratado.**

Desde su experiencia docente:

¿Qué aspectos comunes y diferenciadores se encuentran en la aplicación de estrategias didácticas en las 12 especialidades clínicas y las 9 quirúrgicas?

Desarrollo de competencias relacionado con la enseñanza y evaluación. Aspectos por mejorar

Para la subespecialidad en la que estoy es más sencillo porque hay pocos estudiantes. El proceso de enseñanza está orientado a la tutoría, en el acompañamiento. Pero esto es gradual, porque a medida que éstos adquieren sus competencias van siendo más autónomos. Esto en el área de lo quirúrgico. **Lo que plantea una diferencia con las clínicas. Éstas primeras tienen un “además” que es como la parte técnica: las decisiones para los procedimientos, el manejo de las complicaciones, de lo que se hace con el paciente en el quirófano. Y cómo eso tiene un fundamento técnico muy importante, entonces tiene que ser acompañado, porque estamos tratando con siempre pacientes.**

La facultad tiene también estrategias que permiten adquirir habilidades como el centro de simulación. Pero, los residentes llegan con ganas de tratar con los pacientes, y no quieren quedarse en el proceso de formación con la simulación para después aplicarlo con éstos, entonces eso es a veces una preocupación y una angustia para ellos que a veces nosotros no entendemos, pero el profesor está acompañándolos. Aunque es muy importante mirar el apoyo que hay en otras estrategias, que es lo que se está haciendo en el mundo.

Las estrategias didácticas que se utilizan en las clínicas como quirúrgicas: Los seminarios, talleres, clubes de revista y demás son absolutamente iguales porque la parte clínica es igual pero “el además” de la quirúrgica es el escenario de intervención donde están los procedimientos quirúrgicos que los clínicos no hacen.

¿Qué se hace y cómo se estimula la formación pedagógica de los profesores?

Los profesores de cirugía pediátrica no tenemos ninguna formación pedagógica. Por lo menos al ingreso como profesores. En este momento la universidad tienen cursos pero pienso que estos son anacrónicos, es decir les enseñan un montón de cosas al principio y ellos tienen que centrarlo al trabajo con estudiantes, y los que al principio no tenían sentido, después lo adquieren cuándo están en las actividades.

Sin embargo, en la facultad con el diplomado de pedagogía ha dado una oportunidad muy importante a los profesores, algunos han hecho algunos cursos. Pero la parte clínica y quirúrgica en el hospital, más la extensión en el hospital, no les permite tampoco hacer los cursos y uno no puede cancelar las consultas porque a veces es gente que viene de muy lejos y que son programaciones muy estrechas. Entonces ellos prefieren las actividades asistenciales a la de formación pedagógica. Uno podría hacer algún sacrificio pero no se hace.

¿Qué aspectos mantendría y cuáles eliminaría para fortalecer la formación por competencias en los actuales residentes en procura del perfil profesional de los programas?

Hay dos cosas para fortalecer o mantener:

- 1) **Formación Tutorial:** Se mantiene una relación muy cercana, en dónde se conoce mucho la parte personal del estudiante. Es una forma de integración de la enseñanza y aprendizaje que hace de la gente mejores personas.
- 2) **Investigación:** Mejorarla porque aparece como problema que es tan cortica (son 2 años al ser una sola especialidad) entonces los estudiantes la toman más como un requisito y no alcanzan a profundizarla.

Yo no quitaría nada, pienso que cada cosa que se hace es necesaria. Mejoraría la evaluación y la formación de los profesores y haría un trabajo muy grande con los egresados, ellos se van y no vuelven a la universidad. También miraría los recursos para la docencia, porque los espacios deberían ser más agradables. En estos sitios uno no puede estar porque el ambiente de calor es muy difícil. Un profesor prefiere pasar ronda que tener tiempo libre allá.

En la evaluación que es un elemento de enseñanza y aprendizaje, creo que tiene que sufrir un análisis profundo y una transformación en todos los pregrados para que se vuelva más coherente con la forma en cómo se está enseñando en la universidad. Entonces, si hay que hacer una transformación muy grande con ella.

Autoevaluación

Los documentos de autoevaluación aportan. El registro calificado ayuda a mirar en que se puede mejorar. Por ejemplo, nosotros no hacíamos reuniones constantes de ética, pero los requisitos del registro calificado decían que nos hacían falta más, entonces se empezaron a realizar con mayor frecuencia.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**PROFESORES****IDENTIFICACIÓN****Entrevistado:****Especialidad:** Neurología**Entrevistador:** Leonor Galindo Cárdenas**Fecha de Realización:** miércoles 10 – miércoles 17 de abril de 2013**Lugar:** Educación Médica. Facultad de Medicina**Hora de inicio:** 10:00 a.m. **Hora de finalización:** 2:00 p.m.**Preguntas Orientadoras:**

¿Cuáles son los lineamientos pedagógicos que sustentas las prácticas docentes en la educación médica de las especialidades clínicas? ¿Cómo se evidencian en la formación de competencias profesionales los principios rectores: pertinencia, Interdisciplinariedad y flexibilidad?

Neurología

Rta: Existen varios componentes que se identifican en la medida que se está en el programa, el único explícito en el programa es el de **formación integral**.

Los otros son implícitos como la **flexibilidad:** espacios académicos de libre elección sin límite administrativo, para hacer cursos opcionales durante 6 meses en los cuatro años, divididos en el programa, pero el estudiante los puede reagrupar como quiera. El estudiante mismo hace la propuesta académica, sus competencias a desarrollar, sus alcances y éste es aprobado por el equipo de profesores.

Las actividades de las diferentes rotaciones, aunque tienen una planeación predeterminada, hay posibilidades de modificar los temas si los estudiantes muestran interés en otro y argumentan. Igual sucede con los sitios de rotación o práctica si no es el más adecuado los estudiantes pueden proponer y argumentar cambios, lo importante es que se logre los mínimos de la rotación.

Interdisciplinariedad, no se expresa en los documentos, pero en todos los años de residencia, los residentes están acompañados con residentes rotatorios, es decir de otras especialidades y pueden analizar los casos clínicos en equipo.

Existen dos rotaciones en las cuales se desarrolla la transdisciplinariedad como lo son en la rotación de Neurociencia (neuropsicología dentro del programa), está un trabajador social, ingeniero, fonoaudiólogo, psicóloga, Neuropsicóloga, residente de Neurología tratando temas de investigación del área pero vista transdisciplinariamente.

En radiología es la otra rotación transdisciplinaria, no se está dando de momento.

El proceso de **aprendizaje es activo**, auto-gestionado. Los residentes deben hacer un trabajo de regulación permanente. Pareciera incluso en el imaginario de algunos residentes es que no cuentan con docencia, pues en su imaginario ésta se da si hay clase magistral. Los profesores orientan pero es el residente el que tiene que buscar por su cuenta. “Yo no identifique todas estas estrategias didácticas que apliqué, sólo cuando empecé a leerlas y aprender desde lo pedagógico, entendí que si me dieron docencia, antes creía que no había tenido acompañamiento directo”

La formación en investigación, atraviesa todo el proceso de formación y es una competencia transversal.

¿Qué competencias aspiran a potenciar en los residentes y futuros egresados de los programas? Y ¿Cómo se da el proceso de desarrollo de las competencias profesionales en las especialidades clínicas?

Desde el ingreso en el plan de estudios e discrimina por años y cuando ingresan se les recuerda los créditos a desarrollar.

Las rotaciones son de uno a dos meses, con programa, contenidos, competencias, actividades.

Los estudiantes las conocen con antelación.

La formación en investigación, atraviesa todo el proceso de formación y es una competencia transversal. Subcompetencias: Consumo y producción de la investigación. Para el desarrollo del consumo se ofrece un espacio denominado lectura crítica y diseño de investigación (investigación 1) aquí se recuerdan conocimientos previos y se ofrecen otros que son aplicables durante toda la residencia, esto se hace explícito en el club de revistas y discusión en las rondas clínicas que se confrontan saberes argumentados teóricamente.

La producción investigativa, se hace mediante la revisión de un tema para el diseño de un proyecto. Durante el primer año deben tener listo el proyecto. A partir del segundo año lo ejecutan. Se debe generar un artículo para publicar como producto de la investigación.

Debe desarrollar una competencia: **diagnostico y tratamiento** de enfermedades neurológicas.

Desarrollo de la competencia de **acompañamiento**, pues hay pacientes que requieren cuidado paliativo, pues no hay tratamiento que conduzca a una mejoría. Dr Uribe: “Deben aprender a diagnosticar, a tratar cuando se pueda y acompañar siempre”.

Aprender a aprender como competencia esencial para sobrevivir en el complejo mundo de la Neurología y sus avances científicos y tecnológicos.

Administrar un servicio de hospitalización en Neurología. Esta competencia se está desdibujando en los últimos años de formación neurológica. Es un aprendizaje indirecto que se va desarrollando y que se requiere para la gestión de los pacientes hospitalizados. Y se transfiere cuando se tiene la práctica privada de forma que aprenda a gestionar sus pacientes y desarrollar las actividades y estrategias de administración que apoya al paciente a administrar también su situación de salud. Desde la parte humana.

Competencia pedagógica: para acompañar a educar a los pacientes y a sus familias a prevenir y manejar la enfermedad, sus cuidados y precauciones.

¿Qué estrategias didácticas realizan para garantizar el desarrollo de las competencias profesionales? ¿Qué competencias se desarrollan en cada una de ellas?

Rondas Clínicas:

Estrategia predominante. (Aunque debería ser la consulta externa dado que en el ejercicio profesional lo mayor parte es en consulta externa)

- **Objetivo:** Verificar que el aprendizaje teórico si está siendo aplicado por el estudiante
- **Competencia.** capacidades de diagnosticar, tratar, comunicar. Por el volumen de estudiantes a veces el profesor no está en todas las fases del proceso.
- **Participan** el profesor o los profesores de varias especialidades, el residente, la enfermera jefe, los residentes rotatorios (que pertenecen a otra especialidad pero rotan por neurología), los internos de Medicina y algunos estudiantes de pregrado de medicina.

Fase Inicial:

- ✓ Mes de semiología
- ✓ Se explica a los residentes de qué se trata la ronda, los pacientes con diagnóstico neurológico que están en la sala deben: hacer la historia clínica y el examen clínico, revisa exámenes y se entera de toda la situación del paciente. Y hace una propuesta diagnóstica.

Fase de desarrollo:

- ✓ Es muy variada, si en la ronda periférica es paciente por paciente, el profe ve un paciente y el residente otro, se ven algunos casos complejos entre los dos y se discuten después de revisados todos los criterios.
- ✓ La ronda en sala, por el número de residentes e internos el residente de la sala administrar y asigna el paciente a revisar de acuerdo con la cercanía en la especialidad del residente. Aquí el residente rotatorio le presenta al residente de la sala el paciente valorado, de modo que debe conocer de todos los pacientes y revisar el trabajo del otro residente. (es un espacio de aprendizaje mutuo y de integración de saberes).
- ✓ El residente presenta el resumen de la historia del paciente que se está visitando en la ronda y el profesor- doctor pregunta, indaga, problematiza si algún hallazgo que se presente lo considera que está errado y encausa al residente (consumo de literatura, estudio independiente, relación teoría-práctica).

- ✓ El profesor también indaga y pregunta a los otros residentes rotatorios y los internos. Se dan discusiones y argumentos fundamentados en la teorías y en las investigaciones acerca del tema

Fase final:

- ✓ Si se cuenta con el recurso a la mano se escribe todo lo que se discutió en la historia clínica del paciente (documento legal, implicaciones éticas y legales)
- ✓ Se asignan las tareas referidas con aclaraciones conceptuales del caso y los procedimientos clínicos a seguir por parte de los residentes.
- ✓ La evaluación no es explícita, sino que el residente sabe si le fue bien o mal de acuerdo con los comentarios que se hicieron durante la ronda.

Reunión de Neurología:

- **Objetivo:** Demostrar la suficiencia de un caso que motiva un tema
- **Competencia.** Desarrollo de competencia investigativa- capacidad crítica, análisis y argumentación- comunicación.
- **Participan.** Profesores del área, egresados del programa y otros Neurólogos reconocidos en el campo.
- **Tiempo:** Se realiza cada mes. El residente le corresponde hacerlo tres veces durante los cuatro años.

Fase previa:

- ✓ El tema lo escoge un profesor y el residente.
- ✓ Se presenta en cartelera del programa y vía virtual el tema del encuentro
- ✓ Todos los participantes leen y profundizan acerca del tema.

Fase desarrollo

- ✓ El residente presenta el tema que debe preparar y liderar el residente
- ✓ Se abre un espacio para preguntas y discusión del tema.

Fase final:

- ✓ El neurólogo más experimentado del tema da unas conclusiones generales desde diversos puntos de vista y genera provocaciones para continuar avanzando en el tema.

Revisión de tema o Seminarios:

- **Objetivo:** Profundizar en los conocimientos teóricos de un tema
- **Competencia:** Consumo de literatura, análisis, síntesis, argumentativo.
- **Participan** profesores, los residentes del área, los residentes rotatorios.
- **Tiempo:** cada 8 días, los martes y miércoles de 7:00 a 8:00 a.m

Fase de preparación:

- ✓ El profesor y el coordinador de residentes deciden los temas a tratar, son temas por bloques según el núcleo principal.

- ✓ Los temas se entregan a cada residente de acuerdo con la rotación en que se encuentra.
- ✓ Se ofrecen las normas mínimas. 45 para presentar, 15 para discusión. Tomar la bibliografía básica que muchas veces la ofrece el mismo profesor o ellos la buscan, a veces se orienta en el énfasis a dar (diagnóstico, tratamiento, pronóstico), normas de presentación bibliográfica.

Fase de revisión:

- ✓ Casi no se hace por falta de personal experto disponible o de tiempo.
- ✓ El residente busca al profesor más experto en el tema
- ✓ Le presenta la bibliografía y le muestra el desarrollo que dará al tema
- ✓ El experto recomienda mejorar, bibliografía más actualizada, enfoque, etc.

Fase de desarrollo:

- ✓ El residente presenta el tema
- ✓ Los profesores dan sus opiniones y percepciones evaluativas al residente
- ✓ Se aporta a la discusión y se reafirman conclusiones
- ✓ Se plantean incluso opciones de investigaciones.

Consulta externa especializada:

- **Objetivo:** Poner en acción las capacidades y los conocimientos

- **Competencia:** Integrar, argumentar, comunicar, diagnosticar, proponer estrategias para que el paciente siga con el tratamiento, tratar, orientar.
- **Participan** profesores- medico tratante, los residentes del área, los residentes rotatorios o internos, paciente y cuidador.
- **Tiempo:** todas las semanas en diferentes momentos, algunas especializadas y otras generales.

Descripción:

- ✓ Se espera al paciente en el consultorio
- ✓ Se hace la atención. Elaboración de la historia clínica, elaboración examen físico neurológico, decisión diagnóstica.
- ✓ El médico- profesor enfoca al paciente y da participación al residente para que lidere el proceso.
- ✓ Cuando termina la hora de consulta se realimenta el manejo que se dio a los pacientes y se refuerzan las actitudes del residente como su capacidad clínica.

Staff- Junta médica:

- **Objetivo:**
 - Definir la conducta médica de un paciente que tiene una condición infrecuente o características especiales que hace difícil la toma de decisiones.
 - Ejemplificar una condición por lo típica o lo atípica que se requiere describir para que sirvan de referente en el aprendizaje de su manejo.

- **Participan** Todos los residentes de Neurología y todos los profesores de las instituciones, algunos egresados del programa, a veces participan los internos si rotan por allí. La actividad la lidera un residente de primer año y el profesor – médico tratante.
- **Tiempo:** 1 hora los viernes de 7:00 a 8:00 a.m. ciertos casos que requieren 2 y 6 horas de preparación
- **Competencias:** Diagnóstico, definición de enfoque terapéutico, comunicación, capacidad de síntesis, de argumentación, la capacidad de concertar porque debe tomar todos los puntos de vista y alcanzar una concertación que concluya en el paso a seguir.

Fase de preparación:

- Decisión del caso a presentar por parte del residente y médico (un caso de un paciente con diagnóstico complejo o no claro, con patología de rara ocurrencia).
- Elaboración del resumen del caso a presentar y se envía a todos los participantes.

Fase de Desarrollo:

- Se presenta el caso, por parte del residente de primer año.
- Se hace la discusión, aportes y el residente modera y concluye
- Al finalizar se levanta un resumen de toda la discusión de la junta médica, se generan las conclusiones que redacta el residente, revisan los presentes y todos proceden a firmar.
Este es un documento de respaldo a las decisiones tomadas.

Fase de realimentación:

- El médico o l residente cita al paciente para informarle los resultados y conclusiones de la junta médica (esta fase no siempre se hace, depende del criterio de quien lidere)

Club de revista: pregunta clínica

- **Objetivo.** Desarrollar la lectura crítica en el estudiante
- **Tiempo:** 1 hora, los viernes de 8 a 9
- **Participan:** todos los residentes, 3 o 4 profesores de Neurología
- **Competencias:** aprender a aprender mediante la búsqueda planificada de literatura médica, análisis crítico, argumentación, síntesis, capacidad de generar preguntas, investigación.

Fase de preparación:

- A veces se asigna el artículo determinado y se da al residente. Otras veces de busca resolver una pregunta clínica y documentarlo desde la búsqueda en la literatura.
- Cuando se define el artículo se envía a todos los participantes.
- Se asigna a un residente rotatorio o de la especialidad. Él hace lectura del artículo, se reúne con la profesora experta en epidemiología para concretar los puntos más importantes de la argumentación de la lectura crítica del artículo, fundamentada en la guía de lectura

Fase de desarrollo:

- El residente hace la presentación, a veces la envía previamente a la profesora y otras veces no.

- Hay un espacio para preguntas dirigidas por el profesor-asesor, se precisan algunos aspectos más relevantes de la interpretación crítica y los demás asistentes hacen comentarios y sugerencias.

Fase final

- Se hace realimentación inmediata para fortalecer procesos, determinando si las debilidades son reiteradas.
- Se analiza la pregunta de la pertinencia o no de hacer esa misma investigación en el medio

Reuniones de Bioética:

- **Objetivo:** Incorporar el elemento de la ética a la formación del residente.
- **Tiempo:** 1 hora, mensual.
- **Participan:** Residentes, profesores y apoyo grupo bioética
- **Competencias:** bioética- ética- comunicación. Argumentación.

Fase preparación:

Entre el grupo de residentes se escoge el tema

Se envía a todos los asistentes

Cada uno se documenta del tema

Fase de desarrollo

Se lee el tema y el caso

Empieza la discusión, puntos de vista desde la bioética

Al final un integrante de bioética hace una síntesis de principios de bioética a manera de conclusión

Neuroraneos:

- **Objetivo:** abrir u espacio para la discusión de temas relacionadas con la neurología, el ejercicio profesional y no necesariamente académico
- **Tiempo:** 1 hora, mensual.
- **Participan:** Residentes, profesores
- **Competencias:** comunicación. Argumentación,

Fases

Preparación

- Cada persona selecciona un tema que quiera: noticia, programa de seminarios, comentarios sobre eventos académicos, experiencias, ejercicio de la neurología, etc.

Desarrollo

- Cada uno expone su interés
- Los demás comentan al rededor del tema

¿Cómo se da la evaluación de los aprendizajes?

Se aplica el formato de evaluación institucional, que se da desde Educación de posgrados, pero somos conscientes que éste instrumento se debe rediseñar para que cubran todos los aspectos esenciales de la formación en la especialidad.

La nota cuantitativa se genera en los comités de programa

Se pregunta por todas las actividades realizadas y se socializan las percepciones de los profesores, se opina y se asigna una nota. En la hoja están los criterios, pero ésta no es suficiente.

El problema de la evaluación es que el estudiante no sabe los resultados sino al final, lo que se les da una apreciación general de las actividades pero sin metodología y se da muy informal.

A los estudiantes se les entregan los criterios por ronda, pero ellos no los apropian.

Los criterios que se contemplan para la evaluación son:

- ✓ Médico- personal en sala
- ✓ Relación médico-paciente
- ✓ Relación residente - estudiantes de pregrado
- ✓ Habilidades para el interrogatorio y el examen clínico neurológica que tiene una duración estimada de una hora por su nivel de complejidad.
- ✓ Capacidad para la interpretación de exámenes paraclínicos de apoyo.
- ✓ Capacidad de comunicación entre los diferentes estamentos
- ✓ Capacidad de búsqueda de información para soportar sus argumentos.
- ✓ Iniciativa para proceder y aportar a las soluciones que se presentan

Al final de cada rotación se hace una reunión de profesores para evaluar al residente y de acuerdo con el consenso del equipo docente se da una nota cuantitativa.

¿Se cuentan con recursos suficientes para el desarrollo de las actividades de docencia?

- ✓ No son buenos, son regulares.
- ✓ Los mismos residentes por cohortes hacen un simposio liderado por ellos y el dinero recaudado adquieren apoyos para la docencia.
- ✓ Se carece de algunas ayudas tecnológicas y adelantos modernos que se utiliza en la práctica clínica de la neurología.
- ✓ La dotación de material docente es poca, la mayoría de las adquisiciones son de los profesores que las ofrecen para el Departamento.
- ✓ Los espacios físicos son reducidos para las actividades académicas.
- ✓ Se cuenta con acceso al centro de simulación de la facultad para punción lumbar pero hay otros procedimientos que nos e tienen simulador como punción ventricular, alteración de conciencia y otros muy pertinentes para la enseñanza. A veces hay que recurrir a los egresados para apoyos logísticos y no siempre ellos alcanzan a solucionarlo,
- ✓ Los convenidos docencia- servicio, hay equipos pero están centralizados en los servicios, pero son restringidos porque no están dispuestos para la docencia, La Universidad podría negociar en el convenio el uso educativo de los recursos tecnológicos, porque la materialización al mismo es compleja y a veces no se logra.

- ✓ El recurso para actividades lúdicas hay recurso pero no hay acuerdos con horarios. Podría haber una política más clara para el respeto a los tiempos libres de modo que se puedan utilizar.

¿Qué se hace y cómo se estimula la formación pedagógica de los profesores?

Se invitan y convocan a cursos y programa, desde ciudad universitaria. No hay una regulación del cumplimiento, se busca que quien vaya compartan en alguna forma.

Es más del interés de cada profesor que un plan del programa.

Fortalezas y debilidades de la relación médico profesor- residentes

- ✓ Asesorías de investigación,
- ✓ Preguntas aisladas pasillo
- ✓ Los espacios informales, como el tinto
- ✓ Fortalece el proceso de auto aprendizaje
- ✓ La enseñanza del trato con el paciente, de la humanidad para con el otro, el respeto por el paciente, la humildad.

Debilidades:

- ✓ La invisibilidad de los criterios de seguimiento y evaluación
- ✓ Se asumen que se saben los derechos y deberes y no están claros y esto puede generar la vulnerabilidad de su cumplimiento o no.

- ✓ La falta de iniciativa de algunos residentes por su propio proceso de auto aprendizaje y regulación de conducta, así como su iniciativa para ir más allá de los compromisos académicos establecidos.

¿Qué aspectos mantendría y cuáles eliminaría para fortalecer la formación por competencias en los actuales residentes clínicos en procura del perfil profesional de los programas?

Qué mantendría

- ✓ Las estrategias vigentes,
- ✓ relación con los egresados y
- ✓ estudiantes de otras universidades, con convenios y se aumentarías: docencia- servicio.
- ✓ Curso que ofrecen los residentes a los médicos generales por su aporte a la formación
- ✓ La alta interacción de los residentes con estudiantes de otros programas
- ✓ Los Casos clínicos patológicos que se hacen en conjunto con otras especialidades, incluso los aumentaría.
- ✓ El acceso a las redes sociales electrónicas que son medio informales, pero se activa comunicación entre residentes de diferentes niveles y egresados.
- ✓ El espíritu del doctor Uribe como guía y mentor del proceso. Mantener el legado.
- ✓ La relación de profesores y estudiantes por que le permite centrar el conocimiento y definir si aprendió o no.

- ✓ A la mayoría de docentes mantiene una buena relación horizontal, más respetuosa y de enseñar al otro desde un espíritu de colaboración, lejos del juzgar y limitar. Esto se podría generalizar y hacerlo más consciente y constante.

Que eliminaría

- ✓ La presión asistencial con el residente por parte del médico del convenio docencia.- servicio en algunas instituciones y también por los médicos profesores de otras y especialidades.
- ✓ La evaluación para volverla visible, metódica, en varias fases, incluir la realimentación.
- ✓ Modificar, actualizar el documento oficial del programa concertarlo y precisar allí la visión del programa actual.
- ✓ Hacer visibles a los estudiantes las estrategias didácticas, su real intencionalidad.
- ✓ El acceso a los recursos físicos, tecnológicos. pedagógicos

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA**JEFES- PROFESORES**

- Entrevistadora (E)
- Jefe de Cardiología (C)

(E) La idea de esta entrevista es compartir un poco con el doctor en relación con todo lo que es la educación quirúrgica en el servicio que usted acompaña, la experiencia que tiene en el acompañamiento de internos y residentes, ¿qué programa tienen para ellos? ¿Cómo manejan ese proceso?

(C) Lo que tenemos organizado en el departamento de cardiología clínica tiene 3 tipos de estudiantes: los estudiantes de pregrado, los internos y los residentes. En este momento solo estamos encargados de los internos y los residentes. La manera que nos distribuimos la educación es que nos envían un grupo de internos de aproximadamente 12 internos y realizamos actividades académica con ellos. Nombramos una coordinadora que es la Dra. C J. Hay charlas magistrales y generalmente hay 2 modalidades: decirle al interno un tema y son ellos quienes la presentan y otra es dictarle nosotros la charla a ellos, es una modalidad bastante tradicional en el modelo de enseñanza. Por ejemplo con el Doctor B. se reúnen de 6 a 7 am. También está la revista médica, se les da un espacio para que ellos estudien su lectura clínica, el paciente, su medicación, el diagnóstico y luego viene el docente al cual le realizan la exposición del caso clínico y de acuerdo a un nuevo interrogatorio se puede cambiar o modificar el método de enseñanza.

En cuanto a la asistencia hay pacientes que se quejan y prefieren que los procedimientos los realice el profesor y no los estudiantes y así su rotación se vuelve ineficiente para ellos. Tienen

que tener fortaleza con la lectura del electro, monitoreo de la presión arterial. Se crea un espacio donde los integramos, generalmente todos los viernes de 12:30 pm a 1:00 pm en el cual participamos todos los residentes y profesores.

(E)¿En cuanto a su formación como cardiólogo y la formación que hoy en día lleva a cabo, alcanza a ver algunas diferencias en su proceso de formación?

(C) Yo creo que ahora ellos tienen más posibilidades de interactuar con los profesores, tienen más seminarios y eventos de lo que tuve yo. Siempre va estar el proceso de autoformación, pero uno está pendiente de lo que están leyendo, de lo que están investigando, mientras que en esa época no. Los residentes vienen de diferentes universidades y ocurren diferentes fenómenos: uno, el que terminó hace tiempo, trabajó y vuelve a retomar el estudio; el que acaba de terminar pero tienen que trabajar en otro sitio y no le da tiempo, otro son los que vienen de otras universidades de otras ciudades y tienen más desventajas de los que estudiaron acá.

(E)¿Entre los residentes y los internos hay cooperación, hay jerarquía para el desarrollo de actividades?

(C) Los residentes son compañeros de los internos y reciben un trato igual por parte de los profesores. El interno tiene 3 pacientes y el residente 2. Acá la jerarquía y el maltrato se ven. Todos tienen que marcar un liderazgo y tienen que responder por su trabajo.

(E)Hemos visto en algunas reuniones que hay algunos residentes demasiado atentos, muy atentos en lo que exponen, como hay otros muy perdidos, como si estuvieran en otro mundo. ¿Ustedes que seguimiento hacen con respecto a esto?

(C) Generalmente lo que hacemos en la reunión posterior es una revisión del paciente, si mejoró, es un proceso de comunicación, y que es la obligación de cada uno de ellos estar revisando al paciente constantemente y muchos de ellos no lo hacen. Lo importante es que ellos sigan al paciente y estén pendientes de ellos, que sean cardiólogos integrales.

(E) ¿Cuáles son los aspectos a mejorar en esta especialización?

(C) Dentro de las cosas que debemos mejorar es en la parte de evaluación que creo que estamos siendo bastante sugestivos y en la parte investigativa tenemos un potencial grandísimo pero hace falta explotarlo más. Los estudiantes ahora tienen tantas ayudas audiovisuales pero no saben utilizarlas y tienen dificultades y muchas veces no tienen argumentos para resolver determinadas situaciones.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

JEFES DE DERMATOLOGIA

- Jefe de Dermatología (JD)
- Entrevistador (E)

Lugar: Segundo piso Manuel Uribe Ángel. Facultad de Medicina

(E) Nos encontramos con la Doctora Margarita del Departamento de Dermatología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. ¿Dra. Desde cuándo está en este servicio? ¿Cuál es su función o su cargo en esta dependencia?

(JD) Bueno yo empecé en el servicio como residente en el año de 1997, y terminé la especialización en el año 2000, posteriormente a mi graduación inicié aquí como docente ocasional para el año 2001, y ya para el año 2002 empecé como docente vinculada medio tiempo, y como jefe del servicio a partir de febrero del año 2010, ósea que llevo 3 años como jefe del servicio y el tiempo anterior como profesora vinculada.

(E) Como usted ha sido formada dentro de la especialidad de este mismo programa que usted dirige, ¿qué elementos comunes y diferenciadores usted puede identificar en su formación como especialista y la que actualmente imparte a sus residentes?

(JD) La enseñanza en dermatología es una enseñanza muy visual y de excursión, de ver muchos pacientes, entonces el esquema en que tenemos es una ronda conjunta en la cual todos vemos los pacientes, hacemos una discusión clínica primero, luego vemos las placas histológicas para comprobar cómo fue ese diagnóstico clínico, si corresponde al diagnóstico histológico y luego una discusión sobre los aspectos que serían relacionados con el seguimiento del paciente; esto es

un elemento común desde mi época de formación hasta la actual. Es uno de los ejercicios más valiosos y que se enriquecen con ayudas adicionales.

Pero el esquema básico de evaluar de ver la patología y posteriormente hacer la discusión del tratamiento es un elemento común. También es común y que para nosotros es muy valioso en el esquema en general son las reuniones académicas de 7 a 9 de la mañana todos los días, a no ser de que un residente este en una rotación extramural o este en otro sitio de rotación lejana, etc. Con respecto a estas reuniones, las hemos diversificado para que tengamos un espacio de presentación de los informes y avances de investigación, de reuniones multidisciplinarias, por ejemplo el Melanoma, que también es un espacio nuevo en el que tienes un profesor de Cirugía oncológica que comparte con nosotros ese espacio específico para la evaluación de pacientes. Entonces digamos que hemos diversificado las reuniones académicas con otras temáticas que nos hacían falta, siendo los residentes muy participativos en todas ellas, no son espectadores pasivos, sino que ellos participan y tienen la libertad de preguntar y de opinar, ya que ese es un espacio que yo resalto que es muy valioso.

Otro elemento diferenciador en los últimos años son las reuniones de reumatología y dermatología que no las teníamos antes. Antes hacíamos reuniones solo de dermatología y en algunos momentos coincidíamos como discusión de algunos pacientes con ambas patologías. Esto con respecto a las actividades académicas.

Con respecto a las actividades prácticas, realmente nuestro principal centro de prácticas desde que yo era residente a la fecha ha sido el Hospital San Vicente de Paul. Ahora tenemos como elemento diferenciador es que nos hemos abierto a otros centros de práctica, tenemos residentes en la IPS Universitaria y tenemos residentes que están rotando en otros centros. Anteriormente

teníamos solo HSVP y unas pocas actividades en la Clínica Noel y en Metrosalud, esos eran los centros básicos. Ahora tenemos IPS, Comfenalco, San Juan de Dios en Rionegro, electivas en otros centros como Clínica Medellín. Esto es una oportunidad importante para que los residentes conozcan otra modalidad de profesores, de enseñanza, otros centros de prácticas y otro tipo de pacientes.

En los últimos años hemos implementado que los residentes en cada semestre deben escribir uno de sus seminarios grandes y someterlo a publicación como parte de sus requisitos y de sus competencias, eso le ha permitido al residente no solamente revisar un tema sino ir adquiriendo competencias en la escritura de textos científicos, acompañado con los profesores de la sección a aumentar la productividad académica porque para nosotros era muy claro que teníamos mucha experiencia en algunos temas, que nos gustaba unos temas en particular que desarrollábamos más, pero ponerlo en letra y ser un material publicable ya es un requisito que está como tal para los residentes, y que ya saben que por lo menos cada semestre deben someter un material para publicación.

(E) Esa es como con la intención de desarrollar pensamiento investigativo, competencias investigativas que no estaban antes al menos explícitas en el programa.

(JD) La investigación en el programa es transcurricular y todos sus semestres hacen una investigación, hacen elementos de lectura crítica, hacen su trabajo de investigación. Pero que tuvieran la disciplina de sentarse a escribir un texto científico esporádico, como parte de su requisito, eso no estaba, y se ha estado implementando en los últimos 3 o 4 años y ha sido muy provechoso. Aunque para el residente es muy difícil corregir, volver a pasar, esperar la corrección del docente, ya cuando ellos ven su material publicado se sienten muy satisfechos, tienen su hoja

de vida con estas publicaciones y así los reconocen con ese perfil generador de conocimientos. Aunque el perfil es de luego ir a hacer una asistencia de pacientes que al menos ellos tengan unos elementos de ser más críticos y de revisar y de desarrollar como esas competencias.

(E) *¿Además de las competencias propias de la disciplina, de la especialidad y de la competencia investigativa, apuntan hacia otras competencias mucho más genéricas en la formación? Por ejemplo como la comunicación, el trabajo interdisciplinario, el trabajo en equipo, la ética y la bioética.*

(JD) Para nosotros el trabajo en general del dermatólogo formado aquí es un trabajo multidisciplinario, porque viendo la complejidad de los pacientes, necesitamos entre varios, pensarlo, estudiarlo, discutir, y ya de ahí recurrir al toxicólogo, inmunólogo, pediatra, entonces eso se mantiene y se ha fortalecido.

Poco a poco hemos integrando más a los residentes a la docencia de pregrado, porque ellos siempre han sido docentes con sus compañeros, por ejemplo con el Residente mayor, R2, etc. Pero ya cuando hay que hacer una actividad con los adolescentes, ellos van hacen su actividad determinada, porque es parte inclusive de su evaluación el desarrollo de competencias docentes y comunicativas. Ellos poco a poco se han ido integrando en algunos grupos de pacientes, pero eso no es una cosa que tienen que desarrollar sino que es libre. Si por ejemplo residentes están en línea de “linfoma cutáneo” y conformamos un grupo de pacientes de Linfoma cutáneo, el residente que está en esa línea de investigación, sin interés va y participa en esa reunión de pacientes. Pero esto se trata de voluntad del paciente; por ejemplo dar charlas a pacientes de psoriasis y siempre hemos tenido esa proyección a la comunidad, ahora vamos a tener las jornadas de detección de cáncer de piel, todos estamos ahí: pacientes, residentes, profesores,

internos, el grupo de estudiantes, pregrado. Esa proyección a la comunidad se ha ido fortaleciendo con los años y es parte integral de los residentes. A lo que yo me refiero que es voluntario es un trabajo mas comprometido con estos grupos de pacientes y a largo plazo.

(E) *¿Cuáles son las estrategias didácticas y académicas que ustedes realizan?*

(JD) Las estrategias que nosotros tenemos es básicamente así: la de los lunes el RCP (Reunión claudico-patológica). Desde el viernes anterior nos mandan un resumen breve de los casos para que cada uno de nosotros, profesores y residentes estudien qué puede ser o estar asociado a esa descripción técnica del paciente. Esa reunión es muy importante porque los residentes llegan ya con una serie de posibles diagnósticos, yo les pregunto y ellos miran de la lista que estudiaron cual se parece a lo que acabaron de ver. Posteriormente hacemos la discusión de los diagnósticos clínicos siempre empezamos por los residentes, siempre les pedimos la descripción clínica porque para nosotros esa parte es básica, es importante que ellos sepan describir, que si uno cierra los ojos y escucha como le están describiendo las lesiones ya se estén imaginando para así mismo consignarla en una historia clínica.

(E) *¿Usted escoge voluntariamente a quien le dice?*

(JD) No, yo tengo 9 residentes de dermatología y tengo 1 o 2 rotantes externos, que saben que todos tienen que estudiar todo, y es un ambiente en el que todos los compañeros se escuchan porque es algún momento yo les digo: ¿usted esta de acuerdo?, ¿les gusto la descripción clínica?, ¿en que le puede aportar? Entonces es muy importante porque todos van preparados. Y luego ya se hace la descripción histológica de las placas con los profesores de patología junto con los residentes de patología, y entre todos discuten sobre esta placa. Posteriormente se hace la discusión sobre el tratamiento y se le entrega al paciente una hoja con las preguntas, discusiones,

conclusiones y recomendaciones. Esa hoja también es nueva, antes no se les daba, nos quedábamos hasta un ejercicio clínico y le explicábamos al médico tratante y este seguía según las indicaciones que se le dieron. Pero ahora la hoja es firmada por los profesores asistentes y se les da a los pacientes como una guía. Entonces esa metodología es en dermatología la más importante. Cuando nosotros no tenemos al paciente, tenemos la foto, ósea, ver al paciente, tocar la lesión, verlo de lado, si tiene atrofia, si brilla, si tiene cambios de color, es decir la foto es dermatología nos ayuda mucho, pero realmente el contacto presencial con el paciente es muy importante, porque así esa sensación factible es muy importante. Estas son básicamente las estrategias presenciales.

En el seminario cada residente tiene una programación, las cuales las asigno yo, y yo hago finalizando el mes anterior. Yo me siento con el jefe de residentes y hacemos la programación y cada quien sabe a quienes les toca seminario o club de revista, y hay un orden establecido que permite a los residentes irse preparando en determinada fecha y no les coge de sorpresa. Y en ese seminario, ellos tienen según su pensum unos temas de 1° año, de 2° y otros de 3° que ellos escogen. Pero por ejemplo hay un residente de 1° año que quiere un tema de 2°, se discute y se mira si es conveniente. Pero de acuerdo a los temas hay unos que corresponden a cada nivel, es decir hay unos temas que los guían, pero si el residente quiere otro tema que no sea de su año y discutiendo conmigo y con la Dra. Andrea que me ayuda en la coordinación de las actividades de docencia, si vemos que es pertinente que el residente lo haga, prepara su tema de interés, es decir el tema es libre.

(E) ¿Cuál es el objetivo fundamental del seminario?

(JD) El seminario es que el residente profundice en un tema, aprenda a presentarlo en público, de toda la literatura que hay, sepa discernir cuál es la mas pertinente, que adquiera esa competencia de transmitir conocimiento, de elaborar unas diapositivas, de ceñirse a un tiempo mas o menos 50 minutos, máximo 1 hora. Al final del seminario cualquiera le puede hacer preguntas y normalmente lo que tratamos de hacer es algunas sugerencias puntuales que no sean en forma pública. Entonces el objetivo es revisar un tema a profundidad y aprenderlo a transmitir, y de esos que ellos presenten es sobre los cuales deben escribir, el que ellos escojan.

El club de revistas también los vamos rotando entre los residentes de patología, toxicología, dermatología, etc. El tema es libre, lo que el presidente desee, que no repitan los temas que se van presentando gradualmente, normalmente se presentan dos artículos y se les pide que en el momento que lo presente, presente no solamente los resultados o la discusión, sino que muestren cómo fue hecho el estudio, la parte epidemiológica, la parte estadística, metodológica para ir aprendiendo aspectos de lectura critica de los artículos.

(E) *¿Cuáles son los 2 tipos de ronda?*

(JD) La ronda conjunta los martes: los pacientes hospitalizados los traemos al bloque y los vemos entre todos, todos los otros días tenemos un residente y un profesor yendo a la salas y evaluando las interconsultas de los pacientes hospitalizados por otras especialidades y que tienen algo de clínica. Entonces diariamente hay un docente, con un residente y con un interno en las salas de hospitalización. Entonces todos los días yo tengo que tener un docente cubriendo consulta, en consulta externa tenemos un residente, el residente rotatorio de medicina interna, el interno y en un espacio adicional aparte un profesor con los estudiantes de pregrado, entonces ahí ya tengo 2 profesores en actividad, y puedo tener otro profesor cubriendo el procedimiento, ya que no se

permite que los residentes estén solos en ninguna actividad. Tengo otro profesor que está cubriendo las interconsultas y las rondas, tengo los profesores que están en patología, etc. Entonces en cada uno de esos puntos, siempre está el profesor, con sus residentes, sus internos y con sus estudiantes. Y si tenemos en pregrado grupos entonces tenemos un profesor con cada grupo que son los de adultez.

(E)*En relación con la evaluación. ¿Estos seminarios, talleres, club de revistas, rondas, ustedes cuentan con una guía de observación o los residentes saben qué es lo que me van a evaluar aquí en esta actividad, eso se infiere, o ustedes lo aprendieron de sus profesores?*

(JD) Con respecto a la evaluación, somos conscientes que esa evaluación la tenemos que mejorar porque realmente es un proceso que no es el óptimo. ¿Qué hacemos nosotros con el residente? Procuramos hacer como una evaluación diaria y cuando no lo hacemos el residente ya la esta pidiendo. Terminamos la consulta y si tenemos el espacio conversamos, hablamos de los pacientes, proponemos, corregimos. Eso se ha ido implementado y creo que debemos mejorarlo más esa evaluación del día a día. En los seminarios y las actividades académicas nosotros no tenemos una guía de evaluación, sino que al finalizar el semestre hacemos una reunión de profesores solamente, se le entrega a cada profesor la hoja de evaluación donde se consigno todos los residentes con los porcentajes de acuerdo a lo que este estipulado por normatividad de la evaluación actual del posgrado, y cada profesor le evalúa al residente y se hace una socialización y ellos me hacen observaciones, dicen en qué están fallando los residentes, etc., y yo anoto todo eso. Hacemos una evaluación numérica, la tabulo y la paso al sistema y cada residente trae una evaluación de su sitio de práctica de determinado mes y luego se hace una evaluación conjunta de todos los meses. Aunque cuando el residente esta presentando el seminario, tenemos una guía

determinada para esa actividad porque nos permite objetivar mucho más y que sea mas productivo.

Después de esas evaluaciones los reúno y les digo, y me pasa muchas veces que los profesores me les ponen 5.0, pero las observaciones son largas y las socializa conmigo y yo luego les digo a ellos y ya ellos protestan. En general son muy juiciosos, las observaciones son cosas no muy sustanciales pero que a ellos como son tan perfeccionistas ayudan a retroalimentar y mejorar. A veces llamar la atención al residente genera inconvenientes. La evaluación de cada seminario es muy interesante ya que ellos se esfuerzan mucho y vale la pena

(E) ¿Cómo son las relaciones interpersonales? ¿Cómo esta incidiendo dentro del proceso de formación de los residentes, las relaciones interpersonales, de mayores y menores, con los profesores, profesores entre si, jefes-residentes?

(JD) Yo pienso que las relaciones interpersonales son muy importantes, y si uno no tiene un ambiente tranquilo, el trabajo de compañerismo eso afecta. De las recomendaciones que yo les hago cuando empiezan inducción en ese primer mes de dermatología, yo les digo que sean buenos compañeros, ustedes no tienen que ser amigos, si son así muy bueno, pero si que se ayuden, colabórense, en servicio hay muchos puntos que cubrir y si están en rotaciones mucho más.

En mi tiempo éramos 2 residentes por año, y el que terminaba la consulta se dirigía para procedimientos y decía: ¿Para qué soy bueno? Y dejábamos todo listo.

¿Qué he detectado yo en los residentes? Hemos tenido una época en que hay algunos residentes que generan más conflicto y eso los afecta, y vienen aquí y me dicen que no quieren hacer la rotación con tal persona, etc. Entonces trata uno de mediar y afortunadamente cuando ellos se

abren a nosotros uno puede intervenir y yo los reúno, les hablo y ellos recapacitan. El grupo de compañeras que están ahora se la llevan muy bien y cuando tienen que arreglar algo o hacer algo, yo les doy el permiso pero ellas mismas resuelven quién cubre a quien y qué servicios, y entre ellas mismas se organizan. En general pienso que es un ambiente adecuado, son muy unidos y que en las diferencias median y llegan a un acuerdo; y cuando veo que no hay un acuerdo lo hago yo y mágicamente resulta la solución.

La relación de los profesores con los residentes me parece que es una relación muy cordial, muy buena, y cualquier residente le puede decir a cualquier profesor cualquier duda, cualquier inquietud o pregunta que se considere. Tenemos algunos profesores que son fuertes en su expresión, en su forma de decir las cosas pero los mismos residentes ya saben que su profesor es así y se lo gozany se aprenden a manejar en un ambiente de respeto. ¿Qué me preocupa a mí? A veces cuando tenemos una reunión, están los profesores y residentes, yo como jefe estoy explicando algún tema, entonces algunos de los profesores que son muy groseros, me saltan a mí y me gritan y me dicen que hay que hacer las cosas así, entonces a mí me da pena que mis residentes escuchen esos conflictos o se den cuenta que al jefe lo tratan así. Afortunadamente no ha vuelto a suceder, pero sí ha sucedido, y es algo en que yo me quedo callada, no armo candela, después me tranquilizo y vuelvo, les digo y continuo con el mensaje y entre todos conciliamos. Lo bueno es que yo no tengo que andar detrás de los docentes para que den una clase, sino que antes él me está peleando porque no tiene tiempo para dar las clases, porque tiene una carga administrativa muy fuerte en el hospital, que el sistema los tiene cansados, la consulta no rinde y entonces no les rinde la clase. Entonces yo tengo que ver que es por algo bueno. Siempre que yo les pido una colaboración es sin inconvenientes y la relación en general es muy buena.

(E) *Yo alcancé a percibir en la observación que hice como una tendencia generacional en el equipo de profesores, unos tradicionales en la Facultad y otros novatos. ¿Cómo se da esa relación entre ellos, si los de tradición mayor acogen a los nuevos o vienen con paradigmas totalmente distintos?*

(JD) Esa transmisión me parece que ha sido muy bonita y de mucho respeto. Hay unos casos en los que uno si dice “esto se lo tenemos que presentar a estos profes para que ellos nos desenreden” porque tienen un ojo clínico, una visión, entonces ellos siempre están incluidos como parte central de los que es ese conocimiento que nos transmitieron y que nos siguen ayudando, y cuando nosotros llegamos con una guía nueva, con un artículo nuevo ellos también los revisan. Entonces no ha sido que los más jóvenes los que se la saben todas. La relación ha sido muy bonita.

Pienso que la universidad tiene que ser más creativa e instrumento de servicios. Acá en el hospital ninguno de nosotros los profesores recibimos por lo que hacemos, entonces la universidad debería visionar eso y acompañarnos porque nosotros solos no ha dado fruto.

(E) *¿Cuáles son las fortalezas y los aspectos de docencia por mejorar?*

(JD) Bueno, fortaleza es que nosotros tenemos un archivo de bloques y de placas histológicas desde que el laboratorio se conformó hasta la fecha, es decir, desde 1976. Entonces si un residente o un estudiante de pregrado quieren hacer alguna investigación en por ejemplo cómo son los pulmones neuroendocrinos, buscan en los libros, sacan las placas y estudian. Entonces esto es un recurso valioso y además como están los bloques en parafina para hacer todo lo que sea molecular. Tenemos archivos de fotografía que nos sirven mucho para hacer actividades, especialmente con los estudiantes de pregrado con los cuales hacemos discusión con las fotos.

¿Qué queremos hacer nosotros a futuro? Y que ya empezamos a trabajar por eso con el equipo de video-informática para sistematizar todo el archivo, ya que todos los informes de histopatología están en papel, y si los sistematizamos desde el inicio hasta la fecha, que son casi 50.000 informes, vamos a tener mayor insumos para la investigación. Y queremos montar Telepatología, es decir, pueden estar viendo las placas y compartiéndolas con docentes de otros sitios, para placas difíciles o prestar los servicios. Inclusive en la reunión de los lunes hacer telemedicina, en la que tengamos pacientes de otras partes y que con la imagen nos podamos ayudar mucho. Esta es una de las cosas a futuro que queremos implementar, y la conformación de programa de derma-patología, la subespecialidad, estamos considerando que sea mas fácil una maestría de profundización en Inmunodermatología, donde tengamos pues ese programa. Este es pues uno de los sueños y de las necesidades que tiene el servicio y el medio. Los mismos patólogos saben que no se les miden a una biopsia de tejidos de piel, interpretar una biopsia de piel para luego atender a un paciente, si la biopsia no está bien leída se afecta esa atención, entonces se necesitan dermato-patólogos.

(E) Dra. En la entrevista que hicimos con un egresado del programa, nos planteaba su necesidad en el medio después de ser egresado, que el decía que la parte de dermatológica estética, el medio la pide mucho y durante su formación esta parte no fue tan enfática, que en el momento de ejercicio profesional comienza a ser un elemento competitivo. ¿Qué opinas de esto?

(JD) Si, y esto es un problema mundial, esto no solamente es acá y ha tenido reflexiones y conferencias en congresos internacionales. La dermatología como dermatología clínica esta desapareciendo para que ya se convierta en dermatología estética, y eso tampoco puede ser así. Entonces resulta que las lesiones en piel de pacientes con lupus ya no llaman al dermatólogo sino

que llaman al reumatólogo, en un paciente con VIH con lesiones en piel ya no llaman al dermatólogo sino al infectólogo, entonces es un llamado a mantener la dermatología clínica. Nuestro objeto de conocimiento es dermatología clínica, porque así son nuestros centros de práctica, pero conocedores de esto, hemos hecho esfuerzos de que nuestros residentes asistan a talleres y a seminarios de dermatología cosmética. No la tenemos como pensum o como una materia, sin embargo se puede considerar luego una de las opcionales. Pero qué tenemos nosotros ahorita en la unidad de Fotodermatología: la sección de dermatología tiene dos unidades, la que funciona aquí en hospital y la unidad de fotodermatología que está dentro de la IPS pero que es de la misma sección, y allí tienen equipo de láser, microdermoaurador, electropurador, etc., con esos equipos ellos están iniciando esa formación, ya la parte láser con su docente es de acompañamiento, pero estos elementos ya los están teniendo y se han ido apropiando a través de ellos. A finales de éste mes, van a tener un curso en colaboración con la Universidad CES, que ellos lo coordinan y que invitan a los residentes de las tres escuelas de dermatología donde tienen 3 o 4 días que son sólo dermacosmética. Entonces son esfuerzos que antes no teníamos y que ahora se están haciendo. La semana pasada tuvimos talleres de relleno, donde simula la parte cosmética y la parte funcional en una paciente que tenía un defecto en cara con atrofia, entonces vimos también que los rellenos tienen usos clínicos. Entonces quizá lo que nos faltaría sería, pues si nosotros lo consideramos que quisiéramos modificar, o sino ya sabemos que son esos talleres y esas cosas ellos adquieren algunos elementos y si es de su interés que se capaciten al terminar. Pero esa no es la meta de formación, y si tenemos una alerta en el mundo de que esta desapareciendo la dermatología clínica por esta parte, no tenemos a quien dejarle lo clínico; pues si las tres escuelas se vuelven cosméticas a quien vamos a dejarle la dermatología clínica, o sea se puede reforzar sí, pero ese no es nuestro objetivo.

Alrededor del 30% de las consultas al médico general son de dermatología, cáncer de piel y enfermedades autoinmunes en aumento, entonces me parece que hay que conservar el enfoque del programa y desde esta apariencia darle unos elementos para que lo que hagan bien, y realmente esa parte es muy técnica, tienen unos elementos básicos y esa parte técnica la adquieren en su parte profesional.

(E) *¿La autoevaluación, el registro calificado han incidido en el mejoramiento de la docencia de la especialidad?*

(JD) Nosotros hicimos la renovación del registro calificado el año pasado. Pienso que es mucho como repensarse y ahorita con la visita que tuvimos de acreditación del programa de pares del Consejo Nacional de Acreditaciones, estamos a la espera del informe final. Ellos en el informe final que hacen en la visita de auditoria los comentarios fueron muy positivos, les gustaba que los residentes tenían diferentes tipos de ambientes para hacer su residencia, la riqueza que tienen en investigación, la riqueza que tiene en apoyo docente en diferentes áreas y la potencialidad que tienen el programa que para ellos algunas de esas están subutilizadas, entonces estamos a la espera de ese informe para empezar a aplicar las sugerencias que ellos nos hagan. Definitivamente esos procesos nos tienen que ayudar, pero no se pueden quedar en el papel, no solamente que hicimos este documento y que nos dieron el registro calificado, sino que ya con esta acreditación nosotros accedamos a la acreditación o los comentarios que nos den, aplicarlos. También estamos empeñados en la implementación del sistema de gestión de calidad de los servicios y estamos preparando para auditoria interna de calidad en agosto; entonces todo esto nos dice que tenemos que tener calidad en docencia, calidad en asistencia, en investigación aunque nuestro sistema universitario esta muy bien normatizado para esto, entonces pensamos que estamos cumpliendo con estos estándares. Ya cuando a uno le dan normas en calidad o

acreditación se sabe que es la mejora continua y que no es que nos digan que estamos bien y que nos felicitan, sino cómo vamos a hacer para mejorar y cuáles son los aspectos que debemos mejorar.

Para nosotros es muy importante la satisfacción de profesores, el relevo generacional, es importante ir de la mano con los estudiantes de pregrado, porque residentes nos reciben en cualquier parte y felices en un centro de práctica. Entonces esos retos son los que tenemos que afrontar y yo el pregrado lo defiendo mucho y lo tenemos que estar fortaleciendo.

(E) Doctora, si bien es cierto que la formación científica es muy importante, ustedes se están actualizando constantemente del tema, en las investigaciones de junta, pero ¿el tema pedagógico como lo enfocan?

(JD) A nosotros nos llega cada semestre el cuadernillo en la oferta de los cursos y dice rectoría de docencia, cada semana me llegan unos cursos súper lindos acerca de inscribirse en la plataforma Moodle para los talleres, y yo pienso que más adelante. Es decir si vemos lo que tenemos en los profesores de la carga que tienen académica y asistencial no me ha dado para que ellos se programen. Si un profesor me dice, yo me quiero meter a ese curso, con todo el sacrificio del mundo, yo muevo la programación yo digo listo y miramos como lo cubrimos. Pero yo no puedo promover estos cursos a los profesores, aunque sería buena una estrategia en programas, un día sin actividades académicas porque todos estamos en este curso, y yo puedo jugar con ese espacio. Pero ahora yo pienso que realmente los espacios en los que nos escriben y nos invitan lo pueden aprovechar dos de los docentes o quizás tres y yo hecho unos poquitos, pero con mucho sacrificio por la carga que tenemos. Entonces esa parte de preparación es poca, porque además esa parte virtual es dificultosa, se bloque la pagina, entonces de pronto una estrategia sería

capacitar a los profesores y yo mover agenda. Si yo estoy concentrada en lo que tengo que hacer del día a día, no me queda tiempo y realmente me da tristeza pero sinceramente no me da.

(E) *¿Qué eliminaría o mantendría para fortalecer la formación de sus residentes?*

(JD) No me gusta que me quiten las actividades académicas, me cuestionan que por qué todos los días de 7 a 9, tanto tiempo, a mí no me pueden quitar eso porque eso es el principal elemento diferenciador, ya que en otras partes se hace solo una reunión académica, una hora y los residentes puede que estudien que sepan mucho, pero eso hace parte de seguimiento. La sola cohesión del ambiente académico que hemos logrado tener acá es satisfactorio.

Poder abrir espacios en otros sitios, por ejemplo en dermatología pediátrica que ahora esta tan bajito acá. Abriría más la parte opcional en el exterior, que los residentes tuvieran la posibilidad de irse sus dos meses de opcionales y con un apoyo de la Universidad, ya que hay muchos que no tienen medios económicos. No quitaría nada, antes implementaría: telemedicina, tele-dermatología, potenciar mas este servicio, que tenemos mucho que ofrecerle.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

JEFE DE POSGRADO

- Jefe de Posgrado Facultad de Medicina (J)
- Entrevistador (E)

Fecha: Mayo 9 de 2013

Hora de inicio: 8:30 a.m **Hora de finalización:** 10:00 a.m

Lugar: Sala de Educación Médica Facultad de Medicina

Objetivos:

- ✓ Analizarlas percepciones de los jefes y directivos de los 12 programas de las especialidades clínicas en relación con la educación médica impartida en este nivel de formación.
- ✓ Caracterizar el proceso de adquisición de competencias profesionales en las especialidades Clínicas

(E) Nosotros tenemos diferentes tipos de recolección de la información de la investigación de posgrados de la educación médica en especialidades clínicas y quirúrgicas. Esta entrevista la denominamos una entrevista de profundidad porque es pregunta-respuesta, en la que tú como jefe de posgrado nos puedes dar mucha luz en relación con este tema.

El objetivo de la entrevista es analizar las percepciones que tengas como jefe de los posgrados en relación con la educación medica impartida en ese nivel de formación.

Partamos de aquellos elementos que tu consideras que son comunes o diferenciadores en la formación que tuviste tu como especialista a la que tienen hoy los estudiantes de la facultad.

(J) Yo no sé qué tan comparativo pueda ser porque mi especialización no la hice aquí. Mi formación la realice en una universidad publica en Chile y soy egresado de medicina general de una Universidad privada que es la Universidad Pontificia Bolivariana.

Visto desde esa experiencia personal, la apertura a la discusión, a la critica, a la posibilidad de cuestionamiento que puede tener el estudiante de posgrado frente a los procesos mas abierta que en la universidad privada, desde el punto de vista académico e inclusive desde el punto de vista administrativo, de poder recolectar la información desde varios escenarios o puntos de vista diferentes, frente a la universidad privada que por su orientación filosófica impregna en alguna forma sus quehaceres curriculares. Sin duda alguna tanto en la universidad pública y privada ha habido cambios en el sentido de las estrategias didácticas que puede haber.

Cada vez veo menos las clases magistrales inclusive en posgrado, veo mucha mas dedicación hacia la autoformación que estaba presente pero no tanto como ahora, veo mucha más acceso y facilidad a la información (las TICS) la información está a disposición de todo mundo y no como antes que solo tenían acceso determinado grupo de personas y no más. Un cambio significativo es el tema relacionado con investigación, estamos entrando en que el médico debe ser un investigador, una persona critica de toda la información que le llega y no solamente un replicador de conocimientos. Diría que ahí estaría la gran mayoría de cambios en relación con la formación anterior.

(E) ¿Cuáles son los lineamientos de orden pedagógico que sustenten la educación médica en las especialidades en la facultad? Debido a que ustedes están en proceso de registro calificado, acreditaciones, ¿han tenido que hacer una serie de documentos que formalizan las especialidades tanto clínicas como quirúrgicas? ¿Cuáles son esos lineamientos específicos?

(J) Los lineamientos diría yo están muy bien escritos pero no muy bien realizados en la práctica diaria. Pienso que nosotros seguimos una estructura empírica en la formación, es decir de ésta determinada forma me educaron a mi y de ésta forma voy a seguir enseñando a los demás, y que necesitamos una reestructuración del quehacer profesoral en posgrados, de que fuera una carrera específicamente diseñada y profesional explícitamente, y no que un día me acosté como especialista y al día siguiente amanecí como profesor; porque precisamente todos los lineamientos y las bases pedagógicas y didácticas no se están impregnando en los profesores de una forma muy explícita sino muy por cursos, eventualmente y muy dependientes del interés de cada uno. Hay un interés progresivo entre los profesores universitarios y específicamente en el caso mío de posgrados tengan una orientación de fundamentación pedagógica y de estrategias pedagógicas que pudiera favorecer y permear todo el proceso de enseñanza-aprendizaje, pero no es un común denominador para todos, y estamos diría que en una fase inicial al respecto. Si le preguntáramos a los profesores: ¿Cuáles son los lineamientos pedagógicos que sigue su programa? Yo diría que muchos no tienen conocimiento explícito de eso, pero si tienen una participación o un quehacer innato de esto, por lo que han visto y han participado de su propia experiencia, pero no son conscientes claramente de eso. Lo cual es preferible en la programación, en el seguimiento y en el tipo de evaluación de lo que se pretende conscientemente hacer desde el punto de vista pedagógico.

(E) En ese mismo orden de lo que están presentando de cómo los profesores justamente lo que a veces hacen no es tan explícito, es inconsciente o más por su experiencia que lo que se prescribe en un currículo oficial, en este mismo sentido hablemos de las competencias. **¿Es posible decir que tenemos prescritas unas competencias de formación que nos digan que los profesionales que egresan de estos programas están competentes para ejercer? ¿Esto corresponde a un perfil, a un planteamiento que se hace directamente de la administración a tu cargo o es un consenso de un grupo de profesores o ellos tienen a cargo cuáles son esas competencias que pretenden contribuir a formar en los residentes?**

(J) Yo creo que ellos lo tienen claro de una manera inconsciente y no como competencias explícitas. Se ha trabajado en programas con objetivos y con contenidos los cuales se deben ir cumpliendo. Pero realmente hasta hace muy poco tiempo se viene hablando de competencias claramente explícitas, se había trabajado era en la parte de objetivos y contenidos específicamente. Ha habido una necesidad de formación en lo que significan las competencias, cómo se construyen, cómo se evalúan las mismas y cómo se pueden ir transmitiendo las competencias en los diferentes niveles acorde a los planes de legación. Eso está muy bien escrito como requisito de los registros calificados por ejemplo; pero inclusive para eso tocó ilustrar bastante a los profesores en ese sentido. Pienso que estamos como en una fase de transición, creo que nuestros profesores sí logran trabajar las competencias, los estudiantes logran adquirirlas pero no de una manera claramente consciente, explícita y evaluable en ese sentido. Entonces hacia allá vamos, pero no lo tenemos oficializado y consciente.

(E) Por el perfil del profesional que se aspira a egresar de estos programas de la Facultad de Medicina y específicamente de la Universidad de Antioquia que tiene unos principios sociales muy determinantes, en la formación de especialistas, **¿Cómo hacen para garantizar que tengan ese referente, que sea la impronta de la Universidad en la formación de las competencias?**

(J) Con respecto a la parte de responsabilidad social, creo que nos estamos limitando específicamente a que estamos trabajando en escenarios de práctica que beneficia la población que no tiene toda la parte de estructuración económicamente más alta y vemos que el sentido de trabajar en nuestros hospitales universitarios con muchas personas que vienen de estratos socioeconómicos bajos. Hay una especie de ruptura en el concepto de responsabilidad social en la formación de posgrados. Somos la única facultad de medicina en el país que no cobra los posgrados y mientras eso ese presente, lo público de la Universidad de Antioquia, es muy interesante, muy atractivo y como estudiante me benefició, ya que una vez me gradué, es una cuestión donde lo público pasa a un segundo plano y es el esfuerzo personal que hice para beneficio propio con el cual me usufructo de mi formación. Creo que hay una faltante o un vacío gigantesco en lo que tiene que ver con la formación de responsabilidad social, el sentido de corresponsabilidad, de contraprestación, en el aspecto de que mi formación a través de recursos públicos me permitió el ascenso, el estatus social y que realmente no logro contraprestar, sino como lo usufructo de una manera muy personal. Es el rompimiento, de que siendo una universidad de mucho prestigio nacional, líderes en muchos aspectos de investigación, de gestión y de reflexión frente a los asuntos académicos, nuestros egresados sienten poca pertenencia al salir, y no vemos la contribución de ellos a la misma universidad posteriormente como desearíamos que fuera.

(E) ¿Cómo es la competencia ética?

(J) Con relación a la competencia ética, pienso que hay una formación en muchos de los programas que es claramente explícita con una formación de bioética en varios de ellos, y que permiten de manera transcurricular en todo los programas tomar e impregnar al estudiante de tomar parte en los grupos de reflexión con los pacientes que tienen situaciones difíciles o los pacientes comunes y corrientes que no las tienen. No logramos, en algunos programas, hacerlo de manera explícita, pero si logramos hacerlo en la toma de decisiones relacionadas con comunicación directa como ser un editor del paciente, un editor de su familia, un editor explícito de saber ponderar qué es lo que cada paciente o cada familia esté necesitando acorde a su enfermedad. Creo que en ese sentido hay una buena formación del estudiante de posgrado. Pienso que puede fortalecerse más, ir mucho más allá. Ha habido algunos cuestionamientos tanto de estudiantes, como de profesores y del sector externo, que la parte bioética es una parte que se adquiere en pregrado o una parte que se adquiere nada más en el colegio y en la casa, y que de pronto no debería tener una cabida necesariamente en la formación de posgrados. Nosotros y un grupo amplio de profesores, considera que es un área fundamental en la formación y que debe verse profundamente durante la formación médica.

(E) Si miramos aspectos en cuanto a la enseñanza que se está ofreciendo en las especialidades, **¿Qué fortaleza y qué debilidad encontramos?**

(J) Yo creo que hay varias fortalezas. Hay una fortaleza de un profesional médico profesor universitario altamente calificado. Tenemos un recurso humano profesoral muchas veces con un sentido de pertenencia importante con la universidad. Y la otra fortaleza grande que tenemos es el

énfasis que se hace en investigación y la parte de sitios de práctica de altísima calidad y complejidad. Diría que son fortalezas relevantes desde la enseñanza que garantizan una adecuada formación en los posgrados.

La debilidad, diría yo, es el dezmero de la formación integral, somos excesivamente disciplinares, y el resto de situaciones que ocurren en nuestra sociedad no las tenemos en cuenta, es la poca consciencia de ser ciudadanos activos, y que podemos hacer transformaciones grandes porque no nos vemos mas allá de las cuatro paredes del hospital. Y la parte de soberbia, diría yo, nos encontramos como una elite que difícilmente logra comunicarse y abrirse con otros sectores, tenemos que trabajar muchísimo más en los aspectos interdisciplinarios y transdisciplinarios en grupos mas abiertos.

(E) ¿En relación con el aprendizaje, qué fortalezas y que debilidades encuentras?

(J) En muchos profesores veo que hay un trabajo muy tutorial y de motivación a que todo su quehacer sea bien hecho, tratan de motivar a sus estudiantes en todos los aspectos y de fortalecer sus capacidades y competencias. Veo como debilidad el poder que ejerce sobre los estudiantes transgrediendo muchas veces sus posibles derechos, sus labores, el poder que se percibe desde yo soy el que evalúa y usted debe hacer estas y estas condiciones, veo como debilidad la falta de búsqueda de alternativas de formación, que si detecto debilidades en el estudiante a veces no vemos como solucionarlas, y si vemos algunas fortalezas a veces no las motivo para que se desarrollan más. Esto disminuye la formación profesoral.

(E) Dime una fortaleza de la evaluación.

(J) Pienso que la evaluación es psíquica y numérica, pero creo que la evaluación es uno de los puntos más críticos que tenemos nosotros en posgrados. Le veo más debilidades a la evaluación como está actualmente, que fortalezas. Tal vez la fortaleza de la evaluación actualmente es que hay que hacerla y que debe tener un número específico, pero no le veo una capacidad mayor de tipo formativo, de tipo orientador para el estudiante.

(E) Es decir, la única fortaleza que tú observas de la evaluación es que ésta no se puede eludir, hay que hacerla.

En cuanto a los recursos disponibles para la docencia, ¿qué tanto son suficientes para que los profesores y residentes puedan cumplir con la meta de formación?

(J) Yo pienso que somos una universidad muy privilegiada en comparación de muchas otras universidades del país y fuera del país. Creo que tenemos unos recursos bastos para una excelente formación, que parte desde los escenarios de práctica, desde las posibilidades adquisición de todas las herramientas de tecnología de la información, desde posibilidades de poder hacer muchos aspectos de simulación y de poder abrir las posibilidades de cómo enfocar un problema desde diferentes puntos de vista. Las posibilidades están, tenemos una universidad en general, documentando muy bien un proyecto de formación diferente, alternativa, que rompe paradigmas, se puede conseguir todos los materiales que uno quisiera. Hay que hacer la sustentación de un proyecto de estos, y existe y hay la forma y necesitamos una apertura gigantesca en ese sentido. No podría decir que tuviéramos una limitación en la adquisición de muchas posibilidades de infraestructura material y física para la formación, puede haber falencias en algunas áreas, pero

esas falencias dependen en gran parte en la gestión administrativa de estas diferentes áreas. Si no hay un proyecto de estos nos quedan limitados algunos de los programas, pero la disposición de la universidad y de la administración es dar una apertura a esta adquisición de todos los medios físicos.

(E) En entrevistas que hemos hecho con profesores de diferentes especialidades, ellos dicen se preocupan por la falta de personal, ellos ven que hay un profesor que se jubila, es un profesor que no se reemplaza. Que a diferencia de los años anteriores hablan de su pasado, veían que había una proporción de 3 residentes y 7 profesores de la mano de esos residentes. Hoy por ejemplo se puede decir que hay 12 residentes en alguna especialidad con 3 profesores. Y estamos hablando de profesores vinculados a la facultad, porque ellos reconocen que los médicos de los hospitales o los centros de practicas, cuentan con que el convenio docencia-servicio con este apoyo, pero no directamente desde la facultad. **¿Qué opinas en relación con esto? Porque esto también tiene que ver con los recursos.**

(J) Sin duda alguna, y tiene que ver con los recursos la remuneración que estamos recibiendo los profesores universitarios comparados con las demás universidades públicas, es relativamente bajo. Estamos entre los últimos puestos en comparación con las demás universidades públicas a pesar de ser de los primeros en investigación, en generación de conocimientos y líderes en la proyección académica; esto es cierto. Los salarios no son competitivos en comparación al egresado que va a ejercer su profesión como especialista, o sea que puede ser 3 o 4 veces más alta. Pero también pienso que hay un desinterés gigantesco sobre la parte de docencia que cada vez se vuelve más exigente, que no es una formación netamente de lo que a mí me parece, sino que debe seguir unos lineamientos.

Creo que también hay una serie de desconocimiento de las posibilidades que tiene uno como profesor universitario de ir mejorando su ingreso salarial. Hay cosas que comparativamente con otras empresas, nosotros no nos beneficiamos de manera gigante, sin embargo doy varios ejemplos: ésta universidad nos permite ir subiendo en el escalafón docente, y eso es un incentivo pero que depende de cada uno de los profesores; tú vas aumentando tu ingreso salarial por ese escalafón docente, con la parte de publicaciones e investigación. Muchos tal vez no lo hacen o no tienen la iniciativa para esto. Tienen la posibilidad de ir a muchos de los congresos y de las reuniones científicas varias veces al año, y todo el tiempo que llevo en la universidad, no conozco el primer caso de que hayan negado una salida de estas, que pienso que en el sector privado no se da ni en los hospitales de diferentes niveles. Tienes la posibilidad de estudiar en la universidad, de estudiar un posgrado de maestría o doctorado sin cobro alguno. Tienes derecho a dos vacaciones al año que no lo da ninguna otra empresa en el país. Son una serie de beneficios que realmente creo que en cierta forma también compensan mucho esa baja remuneración. Es una opción de vida, es una opción de decidirse. Es una preocupación gigantesca que estamos en una sociedad paradigma de enriquecimiento fácil y rápido, y donde la responsabilidad social se ve pequeñita en ese sentido. Uno quisiera que nuestros egresados estuvieran motivados a seguir con la universidad, fueran profesores, investigadores o estuvieran pues en esta parte, pero los paradigmas de nuestra sociedad son paradigmas monetarios diferentes.

(E)Hace un poco hablabas de que las relaciones entre profesores y estudiantes eran muy verticales. Hablemos un poco de eso, pero abrámonos: residente menor-residente mayor, jefes- profesores, profesores-residentes, profesores-profesores, es decir, todas aquellas interrelaciones a nivel personal que se establecen en una practica docente y, que desde tu perspectiva, cómo esto puede estar influyendo en la formación de los residentes.

(J) Yo creo que está influyendo de manera positiva y muy activa. De manera positiva porque tenemos profesores que independientemente del cargo que estén ostentando y del título profesoral que tengan, deben trabajar de manera horizontal tanto con los estudiantes de posgrado como con los profesores que tienen una apertura personal y mental de poder trabajar y motivar a los estudiantes en el conocimiento.

Veo en los estudiantes también unos que trabajan como equipo conjunto y se relacionan bien entre ellos independientemente del nivel, y hay algunos de nivel superior que encuentran una motivación de acompañamiento y seguimiento de sus residentes y estudiantes de internado y pregrado. Pero también encontramos lo contrario: la verticalidad, se hace lo que yo diga y lo demás probablemente no existe.

En asuntos profesoriales con respecto a los residentes: el desconocimiento a veces de la norma, en los horarios permitidos para estar en los centros hospitalarios, los momentos que deben tener los residentes para descansar, la oportunidad en que se deben entregar las notas o informes, en la parte que tiene que ver con el posible maltrato verbal en las comunicaciones o de manera escrita, la restricción al acceso de información por otras fuentes. Esto es una crisis e interfiere sin duda alguna en la formación y se adquiere también como un modelo para los demás estudiantes a futuro o para el manejo con los pacientes, cuando existe un tipo de formación de estas, realmente no se ejerce un factor educativo con el paciente, sino que solo el médico dice tenga y el paciente obedece. Y algo parecido, esta sucediendo acá, el profesor indica y el estudiante obedece y se le cierra la oportunidad de cuestionar, a reflexionar, a ser autocrítico. Estos aspectos son asuntos que hay que entrar a hablar.

Entre los mismos residentes cuando se presentan estas dificultades puede haber inclusive quiebres, entonces los residentes de último año no se atreven a tratar de solucionar estas

situaciones porque consideran que pueden alterarse, no su formación, sino su grado y su resultado. Los de primer año no se atreven porque van a estar en un ambiente completamente desfavorable en todos los siguientes. Y los de la mitad no saben para donde coger. Entonces no existe una unidad de criterio en algunos de los residentes apesar de poder estar todos perjudicados, y no existe tampoco una unidad de criterio entre los profesores. En este sentido hay unos que pueden sentirse opacados por la posición dominante de los profesores y que no luchan por su autonomía desde el punto de vista personal con respecto a la formación.

Entre los jefes y directivos de la facultad se dan las mismas situaciones. Jefes muy abiertos, con mente amplia y dispuestos a escuchar las diferentes opciones y buscar de manera consensuada en las soluciones a los diversos problemas y derroteros a seguir, como debería ser en una universidad pública, poder escuchar y recoger de varias fuentes la información y buscar cuál es el mejor camino. No necesariamente tenemos que llegar a un consenso pero si a un respeto del otro. Tenemos también grupos profesoriales donde eso no es posible, donde no hay una comunicación entre ellos, donde hay dificultades de pensamientos diferentes (ni nos toquemos, ni nos veamos), con unos celos profesionales grandes, y hacemos estrictamente lo necesario en ese sentido.

Los jefes también son muy verticales en esta orientación y no escuchan ninguna otra opción y hacen lo posible para no escuchar diferentes opiniones, sino que todo debe estar alineado acorde a determinada política.

(E) Si alcanzas desde tu campo de formación y por tu experiencia profesional, profesoral y desde el liderazgo de posgrados en la Facultad de medicina, **¿Alcanzas a identificar elementos o aspectos comunes y diferenciadores entre la práctica educativa de las especialidades clínicas y la práctica educativa de las especialidades quirúrgicas?, es decir ¿todas las estrategias didácticas que apliquemos en unas y otras pueden servir para lo mismo?**

(J) Hay estrategias didácticas y aspectos que son comunes a todos. Pienso que el médico independientemente desde su grado de formación es un comunicador y es un educador, y esas competencias son independientemente de decir si es clínico o es quirúrgico, o si es patólogo o radiólogo. Debe saber comunicar las cosas, debe saber motivar, cautivar al paciente para que siga algunas instrucciones, para que sepa su enfermedad, qué es lo que tiene, para dónde va, que sepa reconocer sus riesgos, la importancia del tratamiento, que sepa reconocer la importancia de una rehabilitación. Motivarlo y acompañarlo en esa aceptación, negación, depresión, duelo que pueda tener el paciente con determinados diagnósticos y saber acompañar a ese paciente, y a su familia, por ejemplo en pediatría. Toda esta parte es común a todas las especialidades independientemente de si es cirujano tiene una mayor destreza. Esto se ve reflejado inclusive por fuera.

Un profesional del área quirúrgica puede ser excelente cirujano, pero los mismos cirujanos lo aceptan al decir que no podrán ser los mejores especialistas pero se caracterizan por ser los más amables y sus pacientes los distinguen por eso. Esta parte es muy importante y es común completamente a todos.

Las especializaciones y los programas quirúrgicos necesitan probablemente desarrollar mayores destrezas manuales que son específicas de su área. Veo un factor de diferenciación en la intensidad en la que se debe desarrollar esto y en la cuantificación numérica específica de todos estos procedimientos, que depende mucho del concepto que tengamos de formación y de forma de aprendizaje. Vemos en la formación la idea arraigada, casi que inflexible, de que entre más procedimientos haga, más habilidad tiene, y no se ejerce una diferenciación en que si hago por ejemplo 50 procedimientos o 40 o 30, sino entre más y más haga mayor destreza se adquiere. El cuestionamiento es cuál es el mínimo necesario requerido o cual es el mínimo que requiere cada uno de los estudiantes, habrá unos que son mucho mas hábiles que otros; pero esa respuesta no la

tenemos, sino que la solucionamos, y entre más haga mejor, y entre mas haga de pronto no necesariamente la calidad sea mejor, y no necesariamente estemos dando respuesta a las necesidades explicitas de cada uno de los estudiantes, pero es un punto que se queda intocable, y por eso los profesores de las áreas quirúrgicas se niegan rotundamente a la disminución de horarios presenciales en los hospitales porque eso significa disminuir el numero de intervenciones.

(E) Aspecto que no tiene las clínicas

(J) Las clínicas mucho menos, ahí la parte de destreza manual no es tan necesaria para eso.

(E) Hay que mirar como se sigue desarrollando la investigación, para unas primeras aproximaciones en esa significativa diferencia, **¿qué hacer para que en la misma gestión de recursos, de talento humano, de intervenciones educativas, para fortalecer eso que es diferente y que quizá lo estamos haciendo muy parejo al hablar de todas las especialidades?**

(J) Yo creo que hay muchas opciones, y uno de los campos grandes de estas es la parte de simulación, la cual perfectamente te puede dar la posibilidad de múltiples tipos simulados de pacientes en donde gran parte de la experticia manual se puede realizara través de la simulación. La resistencia es de meterme como profesor que nunca ha estado en simulación, el temor de que esto no me cubra las verdaderas necesidades que tiene la comunidad o el paciente, y el temor frente a una nueva estrategia pedagógica. Esta parte es una limitante a la adquisición de nuevas estrategias, que limitan la formación y que exceden de pronto en la parte de horas.

Por ejemplo, todos los médicos cuando estamos de medicina general, debemos identificar que el cordón umbilical de una mujer en embarazo, se antepone frente a la pelvis con la cabeza del niño, esto es una urgencia quirúrgica, obstétrica, y que si no sabes intervenir adecuadamente en ese momento el niño tiene el riesgo de morir o de nacer con una cantidad de secuelas, la posibilidad de que ese evento ocurra es muy pequeña, pero todos debemos estar preparados; entonces no tengo las suficientes materias para que tuvieran esa posibilidad de que todos adquiriéramos esa destreza, en simulación me permiten realizar este procedimiento 5 veces si es necesario, no solo una vez, para que el día en que realmente le toque hacerlo, si tenga la capacidad y la destreza para enfrentar la situación. Porque una situación de esas que es tan poco común, no se debe pasar a otras áreas que si son muy poco comunes.

(E) ¿Las simulaciones abarcan todas las especialidades? Ya que un residente de oftalmología nos decía que había dificultades en simulación para microcirugía.

(J) Todo depende del ingenio, de la capacidad y de la disposición que tengamos para hacerlo. Yo lo coloco desde otro punto de vista, por ejemplo: a alguien le van a hacer la extracción de una catarata, se debería hacer primero esta parte de microcirugía primero en la simulación con ojos de otras especies animales, con diferentes grados de complejidad, etc. y lo voy adquiriendo. Pero la destreza manual la puedo ir adquiriendo o trabajando desde antes, y ya cuando enfrente por primera vez al paciente real, ya tengo una destreza adquirida. Es decir la posibilidad de hacer muchas cosas, no me reemplazan la mayoría de la formación, pero la formación en destreza quirúrgica y demás áreas clínicas también.

(E)¿Qué tanto han influido los procesos de evaluación y registro calificado, en el mejoramiento de la docencia en las especialidades?

(J) Creo que estamos en una etapa de transición y de transformación. El hecho de que la renovación de los registros calificados haya sido en un periodo de 2 años para prácticamente todos los programas nos metió a la Facultad de medicina en un ejercicio que probablemente no se había hecho antes de manera colectiva de esa forma; que bien o mal volvió a los jefes conscientes de que todo esto tiene un fin, una orientación y un levantamiento de donde estamos. Gran parte de la informalidad se abrió y se logró documentar claramente hacia dónde vamos y cómo vamos, al menos en el papel. Ahora es ver cómo eso que está en el papel, lo convertimos en una realidad o cómo empezamos a modificarlo porque nos equivocamos en la construcción en el papel. Creo que ese asunto ha sido muy importante. La parte de autoevaluación esta tomando mucha fuerza, en el sentido de que hay más motivación a que nuestros programas tengan unos planes de mejoramiento resultantes de la autoevaluación, de que lograra mostrar un programa con la autoevaluación y eventualmente con la acreditación, le va a dar prestigio, recursos, un quehacer de calidad y que permite darme un sentido gigantesco al que hacer profesoral, investigativo, de extensión con mayor sentido de pertenencia y pertinencia. Veo después de la toma de registros calificados varios programas que dicen: yo quiero meterme ya en la acreditación, quiero asumir esa parte, quiero meterme en este trabajo, veo la motivación para esto. Tenemos un levantamiento, una herramienta básica que nos dice qué tenemos, hacia dónde vamos, qué podemos mejorar, qué podemos ir cambiando.

6.5.16. Anexo 16. Transcripciones de las Guías de Observaciones

GUIAS DE OBSERVACIÓN DE LA PRÁCTICA DOCENTE

Identificación:

- **Fecha:** 16 de agosto de 2013
- **Hora:** 8:00 – 10:15 a.m.
- **Observador:** Leonor Galindo y Miglena Kambourova
- **Lugar:** Hospital San Vicente de Paul
- **Especialidad:** Anestesiología (Medicina del dolor)
- **Tema:**
- **Participantes:** Doctora Anestesiología y el residente del segundo año.

Cuál es la estrategia didáctica que se observa: Presentación de informes de investigación

#	Estrategias didácticas	
1	Práctica Guiada	
2	Simulaciones	
3	Estudios de casos	
4	Taller didáctico	

5	Seminarios	
6	Aprendizaje basado en problemas. A.B.P.	
7	Participación en grupos de investigación	
8	CPC	
9	Telemedicina	
10	Ronda clínica	X
11	Simposio	
12	Simulaciones	
13	Prácticas de Laboratorio	
14	Visita Domiciliaria Familiar	
15	Demostraciones	
16	Revisión de temas	
17	Otras. ¿Cuáles?	

Cómo se organiza el ambiente educativo en cuanto a:

Tópicos		Observaciones			
Espacio físico		Diferentes bloques del HSVP de acuerdo con la ubicación de cada paciente que el grupo debe visitar: habitaciones normales y cubículos en cuidados intensivos.			
Recursos educativos utilizados		Computador, historias clínicas, guantes y otros elementos según la necesidad de cada paciente.			
Tiempo		2 horas y 15 minutos de observación, pero la ronda toma un poco más de tiempo.			
Eslabones de la estrategia	Invariantes				
	Eslabón	Profesor	Estudiante	Necesidad	Observación
	1.Orientación	Motiva: 1.a partir de preguntas 2.Contraste de diagnósticos 3.Confrontación de conceptos			
	2.asimilacion de contenido:	Mediante preguntas que afianzas saberes y los transfieren al caso clínico de cada paciente			
	3.dominio del contenido	Se evidencia cuando la profesora sede el turno para que sea el residente quien interactúe con el paciente, realice los procedimientos que se requieren			
	4.Sistematización del nuevo contenido	Se observó mediante el análisis de la situación clínica y la confrontación de los conocimientos, así como las conclusiones.			
	5. la evaluación	No se realizó una evaluación formal. El profesor dirigió algunas preguntas al residente y dio instrucciones para cumplir. Además el residente pudo constatar el dominio de algunas competencias al ser reafirmado su análisis y manejo del paciente			
Evaluación aplicada					

Tópicos	Observaciones
<p>Rol docente</p>	<p>ANTES: Se observó que la doctora volvió a convocar al residente para estar cumplidamente a la hora indicada de inicio de la ronda. El docente pregunta al residente sobre los pacientes a visitar (donde están ubicados, si hay nuevos y en el momento de hablar con ellos siempre averigua su nombre y su situación).</p> <p>DURANTE: El rol del docente varia un poco de acuerdo con cada caso que se presenta, pero en general hay un liderazgo en la ronda que se evidenció en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hacer preguntas sobre el estado, el tratamiento del paciente 2. Dar indicaciones a seguir (“continuar con la misma droga por algunos días más”, “retirar el catéter del paciente”, “escribir bien todo lo necesario para el tratamiento del paciente”) 3. Explicar algún concepto o procedimiento al residente y/o a otras personas: la enfermera general, el cirujano, el paciente mismo, a algún familiar. 4. Consultar los procedimientos o algunas dudas que se han generado en el tratamiento del paciente: con el nefrólogo sobre el tipo de intervención en el caso de la paciente quien donó su riñon, con el cirujano con el paciente nuevo en cuidados intensivos. 5. Dirigir el conversatorio con cada paciente y en caso de sea posible con algún familiar. 6. Hacer preguntas (en lagunas situaciones) al residente sobre su opinión en el tratamiento del paciente. 7. Apoyar el residente en el diligenciamiento de la historia clínica en casos más complejos. <p>DESPUES</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Se verifica si se abarcaron todos los pacientes ✓ Se evalúa la ronda con preguntas enfocadas en: qué tan cansados estamos? Cómo vimos a los pacientes? Qué situaciones se valoran como fallas en procedimientos, en seguimiento, con control y en toma de decisiones.
<p>Rol residente</p>	<p>El residente cumplió el rol de organizador de la ronda clínica: llevaba la lista de todos los pacientes a visitar, averiguaba donde están ubicados y las novedades sobre pacientes. Él consultaba sí al paciente se le había administrado alguna droga en especial para evitar complicaciones cuando era necesario aplicar otra droga para el dolor, retiraba los catéteres</p>

Tópicos	Observaciones
	en los pacientes, diligenciaba la historia clínica y escribía las ordenes necesarias, según cada caso. Es posible que por falta de un interno y otros estudiantes de pregrado no se notó un papel de “mayor” del residente. En la mayoría del tiempo él tenía una actitud de cumplir las indicaciones de la doctora.
Interacción profesor- residentes	El ambiente que creo el docente era muy tranquilo, de respecto. Su tono de la voz siempre era amistoso y un poco de alto volumen. Como la doctora misma menciona, ella ha aprendido a hablar despacio porque está enseñando lo que es signo de una intencionalidad en la comunicación como acto educativo por parte de la doctora.
Interacción entre residentes	NO aplica – solo había un residente.
Interacción residente mayor y menor	NO aplica – solo había un residente.

Competencias que se potencian:

Competencias	(X)
Comunicar	X
Diagnosticar	X
Trabajo en equipo interdisciplinario	X
Ética	
Rehabilitar	
Investigar	
Proponer	X
Otras. ¿Cuál?	Informar- evaluar – Comparar- Tomar decisiones- habilidades manuales-

Percepciones Generales de la Observación:

Llama la atención que la personalidad del profesor tiene una influencia muy grande en la forma como se desarrolla de la ronda clínica. También es evidente que la experiencia y el conocimiento del doctor-profesor son de gran importancia porque permiten al doctor ser flexibles según las condiciones de cada paciente y tomar las decisiones necesarias.

Como una reflexión frente a esta ronda y comparando la experiencia de otras observaciones de rondas, es que el trabajo y el dialogo se enriquece mucho más cuando hay más estudiantes participantes en la ronda.

GUIAS DE OBSERVACIÓN DE LA PRÁCTICA DOCENTE

IDENTIFICACIÓN:

- **Fecha:** Miércoles 24 de julio
- **Hora:** 8:00 a 9:00 a.m.
- **Observador:** Leonor Galindo
- **Lugar:** Auditorio Fundadores Clínica Shaio
- **Especialidad:** Cardiología_
- **Tema:** La Bioética_
- **Participantes:** Internos, residentes, profesores médicos y paramédicos

¿Cuál es la estrategia didáctica que se observa?

#	Estrategias didácticas	SI	OBSERVACIONES
1	Práctica Guiada		
2	Simulaciones		
3	Estudios de casos		
4	Taller didáctico		
5	Seminarios		
6	Aprendizaje basado en problemas. A.B.P.		
7	Participación en grupos de investigación		
8	CPC		
9	Telemedicina		
10	Ronda clínica		

#	Estrategias didácticas	SI	OBSERVACIONES
11	Simposio		
12	Simulaciones		
13	Prácticas de Laboratorio		
14	Visita Domiciliaria Familiar		
15	Demostraciones		
16	Revisión de temas	X	
17	Otras. ¿Cuáles?		

Cómo se organiza el ambiente educativo en cuanto a:

Tópicos	Observaciones
Espacio físico	Auditorio amplio, ventilado e iluminado
Recursos educativos utilizados	Video bem
Tiempo	1 hora

Eslabones de la Estrategias	1.Orientación	Motiva	Interés	Formación integral/ capacidades	
	2.Asimilacion de contenido	Ofrece nuevos problemas	Aplica habilidades y nuevos conocimientos	Problemas se adecuan al interés	
	3.Dominio del contenido	Reiteración en cada problema	Reconoce lo fundamental	Logra el objetivo	

	4.Sistematización del nuevo contenido	Ofrece nuevos conocimientos, nuevos problemas	Relaciona nuevos contenidos con el que ya posee	Resolver nuevos problemas	
	5.La evaluación	Comprueba y valora	Asimilación: Reproducción: Producción: Creación:	Capacidades	

DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA DIDÁCTICA	
TÓPICOS	OBSERVACIÓN
Descripción de los eslabones generales de la estrategia didáctica	<p>Antes: Se delega el tema a a un profesor experto Revisión de la literatura La invitación es libre</p> <p>Durante El profesor presenta el tema y ofrece los argumentos de su pertinencia social, cultural y disciplinar. El uso de tecnología 12 casos de tecnología en diferentes patologías clínicas como reto para la formación. Antecedentes que buscan proteger al sujeto producto de la investigación. Consentimiento voluntario, rigor científico, investigador calificado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La declaración de_____ La función del médico es de promover y velar por la salud del paciente... ✓ La industria farmacéutica no debe instaurar la formación de los médicos, esto le corresponde a las Universidades e investigaciones científicas. ✓ El libro MSF chagas: una tragedia silenciosa, acerca el rostro de las víctimas que sufre el silencio que rodea al chagas. Eduardo galeano. ✓ La responsabilidad del investigador es de producción de conocimiento, la del médico custodiar la salud del enfermo. Hay que primar la función como médico del investigador. Esto implica ser

DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA DIDÁCTICA	
TÓPICOS	OBSERVACIÓN
	<p>ético.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La excelencia en cualquier disciplina clínica se basa en tres pilares: cuidado del paciente, educación e investigación. ✓ La verdad debe decirse siempre. ✓ La suficiencia, la soberbia, la omnipotencia no son virtudes en el médico. ✓ Los tercios no reconocen ni aceptan nada, no es señal de inteligencia ✓ “No hay que averiguar que enfermedad tiene ese paciente, sino quien es ese paciente que tiene esa enfermedad.” _____? ✓ Es compatible un ejercicio científico y humanístico de la medicina. ✓ La pregunta clave desde el manejo ético son: <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento es útil y proporcionado e instaurar el tratamiento • Útil y desproporcionado – opcional retirar • Inútil y proporcionado (manejo del dolor)... Opcional dar • Inútil y desproporcionado... Opción retirar. ✓ Los enfermos deben ser cuidados, no eliminados ✓ El moribundo no puede perder la dignidad humana. <p>El lenguaje de los casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ El método principialista ✓ Principios en escala de valores: Nivel I: Justicia, ni maleficiencia Nivel II: ✓ El principio de autonomía requiere inevitablemente el principio de responsabilidad. <p>Los comités de bioética deben ser interdisciplinarios. El futuro de las empresas empieza a depender no del capital humano, sino del capital humano y los valores del hombre. Alfonso Llamo</p>
Evaluación aplicada	
Rol docente	Líder que muestra su competencia disciplinar, actualización e idoneidad profesional
Rol residente	Observación activa, receptivo y atento al desarrollo del tema
Interacción profesor-residentes	Proactivo- dispuesto a escuchar inquietudes y resolver dudas

DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA DIDÁCTICA	
TÓPICOS	OBSERVACIÓN
Interacción entre residentes	No se evidencia
Interacción residente mayor y menor	No se evidencia

Competencias que se potencian:

COMPETENCIAS	SI	OBSERVACIONES
Comunicar	X	
Diagnosticar		
Trabajo en equipo interdisciplinario		
Ética	X	
Rehabilitar		
Investigar	X	
Proponer	X	
Otras. ¿Cuáles?		

Percepciones Generales de la Observación:

GUIAS DE OBSERVACIÓN DE LA PRÁCTICA DOCENTE**Identificación:**

- **Fecha:** 13 de agosto de 2013
- **Hora:** 7:00 – 9:45 a.m.
- **Observador:** Cruzana Echeverri Restrepo
- **Lugar:** Hospital San Vicente de Paul, Cardiología
- **Especialidad:** Medicina Interna
- **Tema:** Historia Clínica, curso acto medico
- **Participantes:** Doctor Medicina Interna cinco (5) Residentes.

1.Cuál es la estrategia didáctica que se observa: Presentación de informes de investigación

#	Estrategias didácticas	
1	Práctica Guiada	
2	Simulaciones	
3	Estudios de casos	
4	Taller didáctico	

5	Seminarios	
6	Aprendizaje basado en problemas. A.B.P.	
7	Participación en grupos de investigación	
8	CPC	
9	Telemedicina	
10	Ronda clínica	X
11	Simposio	
12	Simulaciones	
13	Prácticas de Laboratorio	
14	Visita Domiciliaria Familiar	
15	Demostraciones	
16	Revisión de temas	
17	Otras. Cuáles?	

Cómo se organiza el ambiente educativo en cuanto a:

Tópicos	Observaciones
Espacio físico	<p>Tercer piso del edificio de Cardiología del HSVP. En la sala de espera del tercer piso inicia la sesión. Cuenta con buena iluminación generada por lámparas y un ventanal grande (de 1:50 m de alto por dos metros de largo aproximadamente) que da a un patio interior del Hospital, con visibilidad de dos árboles octogenarios un cedro y un laurel falso. En la sala de espera, (de cinco metros de largo por cuatro de ancho) primer escenario del encuentro de los estudiantes con el profesor, hay dispuesta una pantalla plana, que permanece todo el tiempo apagada; de espaldas a esta, una hilera de cinco sillas (lugar de posición del docente y la observadora) y al frente, en la primera fila de cinco hileras están los estudiantes, detrás de estos, sillas vacías y dos pacientes en espera. Las escalas de acceso al tercer piso desembocan en esta sala. Visible a todos, están las personas que entran, salen y se pierden entre los dos corredores. Incluso quienes entran realizan preguntar al profesor, con fines a ubicar personas o lugares del sitio.</p> <p>A lado y lado de la sala se abren dos pasillos para enfermos, sobre el ala norte, van los pacientes que han autorizado el acceso de la ronda, en la mitad del pacillo (de 2.00 m) esta el cubículo de las enfermeras y administración de la sección. Las piezas son compartidas, cada una cuenta con dos enfermos, las camas están ligeramente separadas por cortinas y comparten el baño. El profesor y sus cinco estudiantes escasamente caben en el lugar. La piezas tiene una ventanas de vidrio fijo y dos alas superiores que abren hacia arriba en un Angulo de 30 grados aproximadamente (ha llovido, y las ventanas permanecen cerradas). La ventilación es insuficiente, el olor a medicamento se mezcla con los humores de los pacientes, personal de la ronda y demás personal del piso. Un corredor que une las habitaciones, es la vía para pacientes, visitantes, acompañantes, y personal de la clínica. Las voces de los estudiantes, enfermos y personal se mezclan en ligeros conversatorios, cerrar de puertas, sonar de baños y manejo de implementos de aseo de hospital; lejos el pito de carros, el encendido de motores, la lluvia.</p>
Recursos educativos utilizados	Personal enfermo, imágenes facilitados por los pacientes (que miran a contraluz de una ventana) Lápiz, papel (libreta de notas de los estudiantes) y la voz del profesor, su saber, su orientación.
Tiempo	Dos (2) horas cuarenta y cinco minutos de observación, pero la ronda toma más tiempo (aproximadamente cuatro horas). Se observó la ronda donde se estudiaron hacían las

Tópicos		Observaciones			
		historias clínicas cada estudiante hizo una historia y luego en grupo se confronto todo el proceso. Bajo la dirección y observaciones que hizo el profesor			
		invariantes			
	Eslabón	Profesor	Estudiante	Necesidad	Observación
Eslabones de la estrategia	1.Orientación	Motiva: 1.Con un examen de presaberes 2.Contraste de Respuestas 3.Confrontación de conceptos 4. Comparación de procedimientos	Interés: 1. Los estudiantes de manera individual responden el examen de presaberes, luego en grupo van socializando las respuestas, y el profesor precisa conceptos y procedimientos allí donde es necesario.		Los estudiantes permanecen en la primera fila, de frente al profesor, y unos con otros van contratando, afirmando, confrontando, ajustando los conceptos, los procedimientos y las nuevas preguntas y dudas.
	2.asimilacion de contenido:	1.-El profesor reparte los nombres y números de camas y piezas de los pacientes que individualmente cada estudiante debe observar 2.Presenta pre diagnóstico y temas	-Los estudiantes llevan su libreta de manos y salen para hacer la observación		1.El profesor ha dado 20 minutos para la visita inicial
	3.dominio del contenido	1.El profesor atento a las historias clínicas que han levantado sus estudiantes 2. pregunta por la	1. Cada uno empieza a presentar la historia, el interrogatorio al paciente. 2. Unos y otros preguntan por, referentes		Al cabo de 25 minutos llegan los estudiantes con su pre-historia clínica Los estudiantes dudan, asienten algunas cosas

Tópicos		Observaciones			
		<p>identidad</p> <p>3.El procedimiento, el instrumentos, las posturas, la respiración y sus variantes en sonidos</p> <p>4. Los hallazgos, intensidad del sonido, ritmos, silencios, tiempos.</p> <p>5.El diagnostico</p> <p>6.El tratamiento El profesor precisa términos, procedimientos, hace observaciones e indicaciones.</p> <p>7. la completud e incompletud en el interrogatorio</p>	<p>de la identidad del paciente tales como: El contexto bio-geográfico, cultural, nivel educativo, relaciones parentales.</p> <p>3. El padecimiento: “lo que dice el paciente” El procedimiento, las posturas, el manejo del estetoscopio, la respiración, los sonidos, las intensidades, las situaciones y los ritmos</p> <p>4.Los indicios y los hallazgos</p> <p>5. El pre diagnostico</p>		<p>que dice el profesor, toman nota</p>
	4.Sistematización del nuevo contenido	<p>1. El profesor aborda a los pacientes inicialmente, y de manera cordial y amigable, los interroga, los revisa, hace preguntas, denotando conocer</p>	<p>En grupo vuelven a visitar los mismos pacientes que inicialmente había sido observado de manera individual.</p> <p>Preguntan, afirman, dudan, responde</p>		<p>Antes de entrar en la pieza donde estan los dos primeros pacientes a observar, usan un anti-bacterial para manos, disponible en una mesa de entrada al cuarto. Asisten en grupo a ver</p>

Tópicos		Observaciones			
		algo de ellos, y les dice que sus estudiantes van reconocerlos. -confronta palpación directa a un paciente, contra unas placas facilitadas por este.	preguntas, entre estudiantes se comparte información y preguntas.		a los pacientes, los estudiantes, el profesor y la observadora. Los pacientes consienten de muy buena manera, para que cada uno de los estudiantes los vuelva a revisar, cada revisión a los pacientes ha sido presidida por la revisión del profesor.
	5. La evaluación	El profesor confronta observaciones, precisa sobre interrogatorio inicial del estudiante (lo que faltó en su visita inicial), hace observaciones, interroga a los estudiantes, sobre ritmos, posiciones del pacientes, ubicación en el cuerpo del pacientes el instrumento, el trato al paciente,	Confirman hallazgos, procesos, procedimientos, conceptos		Revisados el primer grupo de pacientes (tres), se reúnen en el corredor
Evaluación aplicada					
Rol docente		El docente organiza y dirige la ronda, hace preguntas, precisa conceptos, procedimientos al interrogatorio, explica a partir de ejemplos concretos, relata historias para ampliar la información sobre algunos temas, contrasta y relaciona situaciones profundiza algunos conceptos de acuerdo a las respuestas que dan los estudiantes, propone situaciones hipotéticas, revisa y analiza las imágenes y los resultados de los exámenes médicos.			

Tópicos	Observaciones
Rol residente	<p>Los estudiantes eran quinto semestres de pregrado. El estudiante conservo su rol durante la ronda. Al iniciar la actividad el profesor hizo un examen de presaberes, luego envió a reconocimiento de pacientes y levantamiento de la historia clínica. El profesor espero el regreso de los estudiantes para que presentaran su levantamiento por escrito de la historia. En colectivo los estudiantes fueron presentando la historia, y entre todos se generaron preguntas nuevas al proceso, los hallazgos, el pre-diagnostico.</p> <p>El profesor hacia preguntas para aclarar datos cuando era necesario. Siempre se identificaron tres momentos: el proceso, los hallazgos, el registro.</p>
Interacción profesor-residentes	<p>El docente creo un ambiente amigable para el aprendizaje, provocado con preguntas y comentarios el tema de la historia clínica, con observaciones humanizantes frente al paciente, su nombre, respeto de la cultura, el dolor, la familia. El profesor hace notas de humor, y ambientación al contexto del hospital. El tono de la voz suave, pausada, y con matices científicos y folclóricos hacen de la ronda un ambiente de aprendizaje propicio para conocer al otro, y respetar sus posiciones y diferencias. Su interés por el paciente amerita ver en el estudiante no una cosa (enfermedad por registrar) sino una historia por comprender y registrar debidamente, teniendo como apoyo el saber clínico, sus procedimientos, sus instrumentos, sus conceptos.</p>
Interacción entre residentes	<p>En general hubo una fuerte interacción entre estudiantes y con el profesor, se reconoce como del trabajo individual se aporta al trabajo en grupo, al trabajo colaborativo.</p>
Interacción residente mayor y menor	<p>Al finalizar mi tiempo de observación los estudiantes entran a trabajar con un R de la sección y con el profesor</p>

Competencias que se potencian:

Competencias	(X)
Comunicar	X
Diagnosticar	X
Trabajo en equipo interdisciplinario	
Ética	X
Rehabilitar	
Investigar	
Proponer	X
Otras. ¿Cuál?	Observar, preguntar, registrar, Informar- evaluar trabajar en grupo, participar

Percepciones Generales de la Observación:

La ronda clínica tuvo varias etapas:

1. Reconocimiento de presaberes
2. Distribución de tareas para los estudiantes.
3. Cumplimiento de las tareas de manera individual y en grupo - revisión de pacientes y/o elaboración de historias clínicas.
4. Presentación al grupo de la historia por paciente.
5. Discusión con base en preguntas hechas por el profesor y entre los estudiantes.
6. Conclusiones sobre la historia clínica del paciente y su nivel de registro escrito.

Llama la atención que la personalidad del profesor con su actitud (respetuosa frente al estudiante, receptiva, paciente frente a la exposición o silencio del estudiante, calmado y amable, el tono de voz pausado, y en el direccionamiento propositivo y problematizador), experiencia y conocimiento influye en gran medida en el aprendizaje del estudiante.

GUIAS DE OBSERVACIÓN DE LA PRÁCTICA DOCENTE**IDENTIFICACIÓN:**

- **Fecha:** mayo 22 de 2013
- **Hora:** 12:00 m
- **Observador:** Leonor Galindo
- **Lugar:** Clínica Sahio
- **Especialidad:** Cuidados intensivos
- **Tema:** Nuevas tecnologías en estimulación artificial de Órganos
- **Participantes:** Residentes intensivistas, internos

¿Cuál es la estrategia didáctica que se observa?

#	Estrategias didácticas	SI	OBSERVACIONES
1	Práctica Guiada		
2	Simulaciones		
3	Estudios de casos		
4	Taller didáctico		
5	Seminarios	X	Expone el experto. Dr. Jorge Reynolds P

#	Estrategias didácticas	SI	OBSERVACIONES
6	Aprendizaje basado en problemas. A.B.P.		
7	Participación en grupos de investigación		
8	CPC		
9	Telemedicina		
10	Ronda clínica		
11	Simposio		
12	Simulaciones		
13	Prácticas de Laboratorio		
14	Visita Domiciliaria Familiar		
15	Demostraciones		
16	Revisión de temas		
17	Otras. ¿Cuáles?		

Cómo se organiza el ambiente educativo en cuanto a:

Tópicos	Observaciones
Espacio físico	Un auditorio cómodo, buena ventilación, aire.
Recursos educativos utilizados	Video vean, presentación
Tiempo	1 hora

Tópicos		Observaciones			
Eslabones de la Estrategias	1.Orientación	Motiva	Interés	Formación integral/ capacidades	
	2.Asimilacion de contenido	Ofrece nuevos problemas	Aplica habilidades y nuevos conocimientos	Problemas se adecuan al interés	
	3.Dominio del contenido	Reiteración en cada problema	Reconoce lo fundamental	Logra el objetivo	
	4.Sistematización del nuevo contenido	Ofrece nuevos conocimientos, nuevos problemas	Relaciona nuevos contenidos con el que ya posee	Resolver nuevos problemas	
	5.La evaluación	Comprueba y valora	Asimilación: Reproducción: Producción: Producción: Creación:	Capacidades	

DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA DIDÁCTICA	
TÓPICOS	OBSERVACIÓN
Descripción de los eslabones generales de la estrategia didáctica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El profesor presenta el tema ✓ Ofrece algunas preguntas a los residentes y en vista de que no contestan sugiere respuestas llevándoles a contextualizar el caso del paciente desde la especialidad. ✓ La intención es centrar la atención de los estudiantes en la importancia de la temática: su funcionalidad clínica y consecuencias de un buen manejo de los recursos tecnológicos. ✓ Ofrece espacios para que los estudiantes pregunten si tienen dudas

DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA DIDÁCTICA	
TÓPICOS	OBSERVACIÓN
	✓ Reafirma la necesidad de que este especialista sepa la importancia de reconocer el uso y dinámica de los marcapasos, como intensivista que trabaja con estimulación cardiaca.
Evaluación aplicada	
Rol docente	
Rol residente	
Interacción profesor-residentes	
Interacción entre residentes	
Interacción residente mayor y menor	

Competencias que se potencian:

COMPETENCIAS	SI	OBSERVACIONES
Comunicar		
Diagnosticar		
Trabajo en equipo interdisciplinario		
Ética		
Rehabilitar		
Investigar		
Proponer		
Otras. ¿Cuáles?		

Percepciones Generales de la Observación:

GUIAS DE OBSERVACIÓN DE LA PRÁCTICA DOCENTE**IDENTIFICACIÓN:**

- **Fecha:** mayo 22 de 2013
- **Hora:** 12:00 m
- **Observador:** Leonor Galindo
- **Lugar:** Clínica Sahio
- **Especialidad:** Cuidados intensivos
- **Tema:** Nuevas tecnologías en estimulación artificial de Órganos
- **Participantes:** Residentes intensivistas, internos.

¿Cuál es la estrategia didáctica que se observa?

#	Estrategias didácticas	SI	OBSERVACIONES
1	Práctica Guiada		
2	Simulaciones		
3	Estudios de casos		
4	Taller didáctico		
5	Seminarios	X	Expone el experto. Dr Jorge Reynolds P

#	Estrategias didácticas	SI	OBSERVACIONES
6	Aprendizaje basado en problemas. A.B.P.		
7	Participación en grupos de investigación		
8	CPC		
9	Telemedicina		
10	Ronda clínica		
11	Simposio		
12	Simulaciones		
13	Prácticas de Laboratorio		
14	Visita Domiciliaria Familiar		
15	Demostraciones		
16	Revisión de temas		
17	Otras. ¿Cuáles?		

Cómo se organiza el ambiente educativo en cuanto a:

Tópicos	Observaciones
Espacio físico	Un auditorio cómodo, buena ventilación, aire.
Recursos educativos utilizados	Video vean, presentación
Tiempo	1 hora

Tópicos		Observaciones			
Eslabones de las Estrategias	Eslabón	Profesor	Estudiante	Necesidad	Observaciones
	1.Orientación	Motiva	Interés	Formación integral/ capacidades	El interés d los residentes no evidencia por la atención que presentan a la exposición del profesor, pero no hay preguntas y se da poca interacción profesor- residente, aunque el primero lo viene estimulando desde el inicio de la actividad
	2.Asimilacion de contenido	Ofrece nuevos problemas	Aplica habilidades y nuevos conocimientos	Problemas se adecuan al interés	
	3.Dominio del contenido	Reiteración en cada problema	Reconoce lo fundamental	Logra el objetivo	
	4.Sistematización del nuevo contenido	Ofrece nuevos conocimientos, nuevos problemas	Relaciona nuevos contenidos con el que ya posee	Resolver nuevos problemas	
	5. La evaluación	Comprueba y valora	Asimilación: Reproducción: Producción: Producción: Creación:	Capacidades	

DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA DIDÁCTICA	
TÓPICOS	OBSERVACIÓN
Descripción de los eslabones generales de la estrategia didáctica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El profesor presenta el tema ✓ Ofrece algunas preguntas a los residentes y en vista de que no contestan sugiere respuestas llevándoles a contextualizar el caso del paciente desde la especialidad. ✓ La intención es centrar la atención de los estudiantes en la importancia de la temática: su funcionalidad clínica y consecuencias de un buen manejo de los recursos tecnológicos. ✓ Ofrece espacios para que los estudiantes pregunten si tienen dudas ✓ Reafirma la necesidad de que este especialista sepa la importancia de reconocer el uso y dinámica de los marcapasos, como intensivista que trabaja con estimulación cardíaca. ✓ De nuevo el profesor genera otras preguntas para invitar a participar, los estudiantes responden como muchas dudas. El profesor recoge el aporte y amplía la explicación. ✓ Un residente se muestra más interesado en el tema y procura participar más de las preguntas que el profesor va conduciendo. ✓ Muestra como los nuevos sistemas del marcapaso están contribuyendo a aportar a otros procedimientos, como en la vejiga neurológica. (rehabilitación de la vejiga con marcapaso electrónico. En Colombia Tribuna Médica ISSN: ✓ cuatro marcapasos: Cardíaco, neurológico, respiratorio, cerebral para el parkinson (clínica de la policía es donde están poniendo más este sistema). Normalmente por las noches se desconecta porque también hay una tensión normal que se produce y hay que relajar la parte muscular, puede haber temblor, pero es mejor que en la noche no tenga esta estimulación. Se prende con un imán. Marcapaso de hipertensión arterial. Para esfínteres que es insuficiente totalmente el marcapaso produce una frecuencia alta y hay contracción del esfínter. Marcapasos gástricos se usan para problemas digestivo en el cual no hay un movimiento del intestino adecuado y se puede usar transitoriamente. ✓ El experto presenta nuevos campos del uso tecnológico del marcapaso. ✓ Se pasa al tema de la nanotecnología – ciencia nueva, vieja en el sentido de que se habló en los años 30 de llegar a tamaños de un nanómetro, es cien mil veces más pequeño que el grueso de un cabello) en el año de 1990 ya comienza a hablarse de las posibilidades de trabajar en este campo. ✓ Desde la sustitución de drogas, la colocación de drogas en determinados sitios, detectores de virus, cáncer y otras entidades. ✓ Un nano elemento como el RESPIROSITO, es la mitad de un glóbulo rojo, con capacidad de 10 veces más con transporte de oxígeno. Ejp: un paciente con gangrena, esto le da respiración a la

DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA DIDÁCTICA	
TÓPICOS	OBSERVACIÓN
	sangre y cubre otras necesidades clínicas. Los nano- motores cumplen funciones como de liberr una droga en un sitio específico.
Evaluación aplicada	
Rol docente	Activo, provocador y motivador del tema
Rol residente	Algunos residentes se muestran interesados en el tema, otros están pero dedicados a otras actividades con el celular o hablando con el compañero cercano, distraídos y sin hacer conexión con el experto, y con el tema.
Interacción profesor-residentes	El estudiante tiene receptividad hacia la exposición del experto, peor poco participan verbalmente, más con una escucha activa.
Interacción entre residentes	Mínima
Interacción residente mayor y menor	No se observa

Competencias que se potencian:

COMPETENCIAS	SI	OBSERVACIONES
Comunicar		
Diagnosticar		
Trabajo en equipo interdisciplinario	X	
Ética		
Rehabilitar		
Investigar	X	
Proponer		
Otras. ¿Cuáles?	X	Uso de la tecnología al campo médico- Bioética

Percepciones Generales de la Observación:

GUIAS DE OBSERVACIÓN DE LA PRÁCTICA DOCENTE

IDENTIFICACIÓN:

- **Fecha:** 15 de mayo
- **Hora:** 7:00AM
- **Observador:** Cruzana Echeverri R
- **Lugar:** Hospital San Vicente de Paul
- **Especialidad:** Dermatología
- **Tema:** Psoriasis / micosis fungoide
- **Participantes:** diez (10) estudiantes, siete (7) profesores, tres observadores. Residentes de dermatología R2, residentes de Medicina interna. Internos cuatro (4). Epiderma nueve (9) de los cuales ocho (8)son de la U de A y el otro estudiante del CES

Cuál es la estrategia didáctica que se observa: **Presentación de informes de investigación**

#	Estrategias didácticas	
1	Práctica Guiada	
2	Simulaciones	
3	Estudios de casos	
4	Taller didáctico	
5	Seminarios	
6	Aprendizaje basado en problemas. A.B.P.	

7	Participación en grupos de investigación	
8	CPC	
9	Telemedicina	
10	Ronda clínica	
11	Simposio	
12	Simulaciones	
13	Prácticas de Laboratorio	
14	Visita Domiciliaria Familiar	
15	Demostraciones	
16	Revisión de temas	X
17	Otras. Cuáles?	Presentación de informes de investigación

Cómo se organiza el ambiente educativo en cuanto a:

Tópicos	Observaciones
Espacio físico	Salón, cuenta con buena iluminación, escasa ventilación natural (a pesar de contar con dos ventanas –cerradas-, y un ventilador-apagado durante la sesión)
Recursos educativos utilizados	Un tablero melaminico va junto a la puerta de ingreso y al fondo, en lado opuesto, va una Pantalla plana de un (1) metro de largo x 80 cm de ancho, la cual fue utilizada durante la sesión. El salón de paredes blancas, también contiene Tres (3) equipos (microscopios), y tres armarios (cerrados). El salón rectangular de 3 m de ancho por 5 m de largo aproximadamente. Los escritorios van en dos filas laterales de lado a los tableros, solo una fila detrás del tablero melaminicos mira de frente a la pantalla.
Tiempo	La exposición de cada proyecto duro aproximadamente 25`
	invariantes

Tópicos		Observaciones			
	eslabón	profesor	estudiante	Necesidad	observación
Eslabones de la estrategia	1.Orientación	Motiva: 1.a partir de preguntas 2.Contraste de diagnósticos 3. Confrontación de conceptos	Interés: 1.Solo responden los expositores, los demás estudiantes no participan	Formación integral/ Capacidades:	Los temas son Psoriasis y Diabetes, obesidad central, síndrome metabólico
	2.asimilacion de contenido:	Ofrece nuevos problemas: 1.parte de preguntas 2.tipificación de pacientes enfermos, y el contraste con la enfermedad, aplicando condición étnica o “de raza”	Aplica habilidades y nuevos conocimientos: 1.Fototerapia 2. Respeto al tratamiento.	Problemas se adecuan al interés	
	3.dominio del contenido	Reiteración en cada problema: Realiza nuevas preguntas sobre el caso objeto de investigación, se refiere a lo natural. No retoma el enfoque social.	Reconoce lo fundamental.	Logra el objetivo	
	4.Sistematización del nuevo contenido	Ofrece Nuevos conocimientos, nuevos problemas: 1. Precisa conceptos 2. Pregunta por la pertinencia del estudio 3. Pregunta por los impactos del proyecto (caso 2)	Relaciona nuevos contenidos con el que ya posee	Resolver nuevos problemas	
	5. la evaluación	Comprueba y valora: 1. Hace preguntas relativas a la reproducción del conocimiento, a temas ya sabidos. 2. En el proyecto dos, hace preguntas relativas a la	Asimilación: Reproducción: X Producción: Producción: X Creación:	Capacidades - Información - Diagnóstico	

Tópicos		Observaciones			
		producción en investigación, a lo nuevo que arroja el proyecto, sobre lo ya sabido, que se ha investigado para la raza blanca, pero que sería interesante conocer en los latinos.			
Evaluación aplicada		Hace preguntas, precisa conceptos. Los profesores dialogan entre sí sobre el proyecto, el caso, el problema. Hay de unos y otros profesores preguntas técnicas. Los docentes precisan conceptos, generan criterios para la selección de pacientes, objeto del tratamiento.			
Rol docente		Hace preguntas, precisa conceptos, generan conversatorio con preguntas, precisan conceptos, establecen criterios, delimitan conocimientos y problemas, desatan miradas y generan caminos de indagación nueva, además establecen criterios de selección de paciente para el tratamiento, que son de los casos presentados unos ejes orientadores de la innovación de los proyectos.			
Rol residente		Exceptuando a los expositores los demás residentes permanecen en silencio			
Interacción profesor- residentes		<p>La interacción se realiza entre profesores y expositores, en las secuencias siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los estudiantes exponen la investigación 2. Una vez terminada la exposición los profesores intervienen con preguntas 3. Los estudiantes responden las preguntas 4. Los profesores piden aclaraciones a conceptos, a tipificación de pacientes, a métodos (exámenes e instrumentos) 5. Los estudiantes aclaran, presentan dudas, establecen relaciones, 6. Los profesores dialogan entre sí y con los estudiantes expositores 7. Se concluye 			
Interacción entre residentes					
Interacción residente mayor y menor		Aunque se confirma con una estudiante que hay residentes mayores (3) estos no intervinieron.			

Competencias que se potencian:

Competencias	(X)
---------------------	------------

Comunicar	X
Diagnosticar	
Trabajo en equipo interdisciplinario	
Ética	
Rehabilitar	
Investigar	X
Proponer	X
Otras. ¿Cuál?	Informar

Percepciones Generales de la Observación:

Atención:

Durante la sesión, algunos estudiantes y profesores revisaban el celular

Los asistentes estaban sentados de medio lado, al espaldar de las sillas, excepto quienes daban el frente a los presentadores de la investigación, la incomodidad del cuerpo afecta la atención.

Expositores:

Presentan la investigación en Powerpoint, permanecen sentados todo el tiempo, aunque tienen buen timbre de voz, hay afán en la presentación, se expone con firmeza y conocimiento de lo que se ha hecho. Para el primer caso hay una ligera diferencia en el problema, ya que el enfoque tiene una connotación social (centrada en el paciente y la familia) sin embargo el objeto de estudio se centra en lo natural, lo biológico.

La sesión tiene una duración de 90 minutos (Una hora y media)

La secuencia de la clase:

1. La profesora da la voz a los estudiantes para que presenten las investigaciones
2. Los estudiantes presentan las investigaciones (dos) con apoyo en tic
3. Una vez terminan de exponer los estudiantes, intervienen los demás asistentes (profesores de varias áreas, derma,...)
4. Se genera conversatorio de profesores
5. Los profesores dicen que son importantes las dos investigaciones que podrían generar nuevos conocimientos sobre el comportamiento de las enfermedades en “razas” latinas como la nuestra, en esa especificidad puede haber innovación para descubrir como para diagnosticar, porque de ellos se pueden desprender nuevas investigaciones para los tratamientos. Con estos criterios de valoración termina la sesión. No sin antes comprometer a los estudiantes a realizar los ajustes, a las observaciones que realizaron los profesores.

GUIAS DE OBSERVACIÓN DE LA PRÁCTICA DOCENTE**IDENTIFICACIÓN:**

- **Fecha:** mayo 15 de 2013
- **Hora:** 7:00 AM a 9:00 AM
- **Observador:** Leonor Galindo Cárdenas – Diana Patricia Díaz Hernández
- **Lugar:** salón de reuniones servicio de dermatología, Hospital Universitario San Vicente de Paul
- **Especialidad:** Dermatología
- **Tema:** Informe de Investigación: “Caracterización epidemiológica de la psoriasis en el hospital militar central”.
- **Participantes:** 17 personas, 7 profesores y 10 internos y residentes de Dermatología y de otras rotaciones como medicina interna

¿Cuál es la estrategia didáctica que se observa?

#	Estrategias didácticas	SI	OBSERVACIONES
1	Práctica Guiada		
2	Simulaciones		
3	Estudios de casos		
4	Taller didáctico		
5	Seminarios		

#	Estrategias didácticas	SI	OBSERVACIONES
6	Aprendizaje basado en problemas. A.B.P.		
7	Participación en grupos de investigación		
8	CPC		
9	Telemedicina		
10	Ronda clínica		
11	Simposio		
12	Simulaciones		
13	Prácticas de Laboratorio		
14	Visita Domiciliaria Familiar		
15	Demostraciones		
16	Revisión de temas		
17	Otras. ¿Cuáles?	x	Informe de Investigación

Cómo se organiza el ambiente educativo en cuanto a:

Tópicos	Observaciones
Espacio físico	Un salón con sillas organizadas en semi círculo, al frente una mesa en la que se apoya el video beam y computador. Es un espacio muy estrecho para el número de asistentes, hay dificultad para desplazarse dentro del salón.
Recursos educativos utilizados	Video beam. Computador
Tiempo	1 horas.

	Eslabón	Profesor	Estudiante	Necesidad	Observaciones
Eslabones de las Estrategias	1.Orientación	Motiva: Introduce la reunión, saluda y ofrece la palabra a la residente de dermatología quien presenta el informe de investigación del grupo al que pertenece	Interés: Puntualidad en el auditorio, escucha, atención. Algunos toman nota	Identificar la importancia de la investigación y el buen planteamiento de la misma de acuerdo con el protocolo establecido.	
	2.Asimilación de contenido	Ofrecen aportes puntuales que invitan a precisar y aclarar conceptos, así como aspectos de la investigación.	Tienen en cuenta los aportes de los profesores, algunos son contra argumentados por los estudiantes.	Problemas se adecuan al interés SI	
	3.Dominio del contenido	Algunos profesores intervienen y ofrecen sus aportes con el fin de precisar el tema investigativo.	La residente que presenta el informe de investigación demuestra seguridad, dominio del contenido a investigar	Logra el objetivo	
	4.Sistematización del nuevo contenido	Los profesores llegan a acuerdos de delimitación	La residente enfoca la discusión, concreta nuevos acuerdos que se analizan con otros integrantes de la investigación presentes en el salón.	Resolver nuevos problemas	

	5.La evaluación	Se hace permanente en la medida en que la residente expone, los profesores van interviniendo realimentando, confrontando, valorando.	Asimilación: Reproducción: Producción: Producción: Creación:	Capacidades: Análisis, Argumentación Planteamiento de hipótesis	
--	------------------------	--	--	--	--

DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA DIDÁCTICA	
TÓPICOS	OBSERVACIÓN
Descripción de los eslabones generales de la estrategia didáctica	<p>Antes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ El residente previamente conoce la fecha en la cual debe presentar el informe de investigación. ✓ Lo prepara y se apoya de su grupo de investigación en donde se encuentran profesores. <p>Durante</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La profesora que lidera la reunión (jefe de Dermatología) saluda a la audiencia, explica el objetivo del encuentro. ✓ El residente encargado de presentar el informe de investigación procede a hacer su exposición. ✓ Los participantes escuchan con atención, algunos toman nota. ✓ Se abre el espacio para preguntas, los profesores intervienen haciendo análisis crítico y con argumentos por parte del grupo médico. ✓ El residente debe precisar datos, preguntas, objetivos apoyado por otros integrantes de la investigación. <p>Después:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La profesora que coordina evalúa la actividad, felicita a los que participaron y da apertura a otro residente para que presente su respectivo avance de investigación.
Evaluación aplicada	La evaluación se hace permanente durante la actividad en las intervenciones y argumentaciones que dan los residentes y que realimentan los profesores.
Rol docente	Escucha activa, orienta, anima a la participación.
Rol residente	Activo, escucha activa, participa, argumenta.
Interacción	De colaboración, con la meta de aportar a las pretensiones investigativas.

DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA DIDÁCTICA	
TÓPICOS	OBSERVACIÓN
profesor-residentes	
Interacción entre residentes	Conversan y se apoyan con sus aportes
Interacción residente mayor y menor	

Competencias que se potencian:

COMPETENCIAS	SI	OBSERVACIONES
Comunicar	X	
Diagnosticar		
Trabajo en equipo interdisciplinario	X	
Ética	X	
Rehabilitar		
Investigar	X	
Proponer	X	
Otras. ¿Cuáles?		

Percepciones Generales de la Observación:

GUIAS DE OBSERVACIÓN DE LA PRÁCTICA DOCENTE

IDENTIFICACIÓN:

- **Fecha:** mayo 15 de 2013
- **Hora:** 1:30 – 2:30 P.M.
- **Observador:** Leonor Galindo Cárdenas – Adriana Morales
- **Lugar:** salón de reuniones Medicina Deportiva. Facultad de Medicina
- **Especialidad:** Medicina Deportiva
- **Tema:**
- **Participantes:** 2 residentes, un profesor

¿Cuál es la estrategia didáctica que se observa?

#	Estrategias didácticas	SI	OBSERVACIONES
1	Práctica Guiada		
2	Simulaciones		
3	Estudios de casos		
4	Taller didáctico		
5	Seminarios	X	
6	Aprendizaje basado en problemas. A.B.P.		

#	Estrategias didácticas	SI	OBSERVACIONES
7	Participación en grupos de investigación		
8	CPC		
9	Telemedicina		
10	Ronda clínica		
11	Simposio		
12	Simulaciones		
13	Prácticas de Laboratorio		
14	Visita Domiciliaria Familiar		
15	Demostraciones		
16	Revisión de temas		
17	Otras. ¿Cuáles?		

Cómo se organiza el ambiente educativo en cuanto a:

Tópicos	Observaciones
Espacio físico	Un salón con sillas organizadas en semi círculo, al frente un tablero amplio.
Recursos educativos utilizados	Tablero, libros
Tiempo	1 horas.

	Eslabón	Profesor	Estudiante	Necesidad	Observaciones
Eslabones de la Estrategias	1.Orientación	Motiva: Introduce el seminario, recordando el tema.	Interés:, escucha, atención.	Avanzar en la profundización de un tema central en la formación de la especialidad.	
	2.Asimilacion de contenido	Ofrecen aportes puntuales que invitan a precisar y aclarar conceptos y presaberes.	Escucha con atención y receptividad los aportes del profesor. Precisan vocabulario técnico nuevo	Problemas se adecuan al interés SI	
	3.Dominio del contenido	El profesor se basa en la técnica de la pregunta desde la mayéutica para conducir a la residente a la aplicación de mejores argumentos	La residente se muestra segura en algunos momentos del seminario y en otros duda, aquí interviene el profesor y la oportunidad a que la otra residente también aporte	Logra el objetivo	
	4.Sistematización del nuevo contenido	El profesor problematiza permanentemente, propone mayor revisión bibliográfica, ofrece otras referencias	La residente enfoca la discusión, concreta nuevos acuerdos que se analizan entre todos.	Resolver nuevos problemas	
	5.La evaluación	Se hace permanente en la medida en que la residente expone, el profesor va interviniendo realimentando, confrontando, valorando.	Asimilación: Reproducción: Producción: Producción: Creación:	Capacidades: Análisis, Argumentación Comparación	

DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA DIDÁCTICA	
TÓPICOS	OBSERVACIÓN
Descripción de los eslabones generales de la estrategia didáctica	<p>Antes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Las dos residentes prepara el seminario previo acuerdo de la temática, ✓ Se distribuyen compromisos de referencias bibliográficas ✓ conocen la fecha en la cual debe presentar el seminario ✓ Lo preparan <p>Durante</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ El profesor saluda, explica el objetivo del seminario y da la palabra a la primera residente. ✓ la residente procede a hacer su exposición del tema a partir de preguntas que dirige el profesor. ✓ El residente debe precisar datos, preguntas. ✓ Las residentes acuden a las fuentes consultadas y confrontan datos ✓ El profesor continúa preguntando todo el tiempo, puede intervenir la otra residente. ✓ El profesor hace síntesis procurando aclarar ideas fundamentales. <p>Después:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ El profesor recomienda algunas otras exploración bibliográficas ✓ Ofrece nuevas comparaciones y generalizaciones del contenido del seminario en la práctica clínica de la especialidad.
Evaluación aplicada	La evaluación se hace permanente durante la actividad en las intervenciones y argumentaciones que dan los residentes.
Rol docente	Escucha activa, orienta, anima a la participación, problematiza el conocimiento.
Rol residente	Activo, escucha activa, participa, argumenta.
Interacción profesor-residentes	De colaboración, respeto, asertividad, valoración
Interacción entre residentes	Conversan y se apoyan con sus aportes
Interacción residente mayor y menor	No se evidencio, las dos son de primer año.

Competencias que se potencian:

COMPETENCIAS	SI	OBSERVACIONES
Comunicar	X	
Diagnosticar		
Trabajo en equipo interdisciplinario	X	
Ética	X	
Rehabilitar		
Investigar	X	
Proponer	X	
Otras. ¿Cuáles?		Analizar, contra argumentar.

Percepciones Generales de la Observación:

GUIAS DE OBSERVACIÓN DE LA PRÁCTICA DOCENTE**IDENTIFICACIÓN:**

- **Fecha:** abril 9 de 2013
- **Hora:** 7:00 a.m.
- **Observador:** Miglena Kamburova
- **Lugar:** Bloque 5 Hospital San Vicente Paul
- **Especialidad:** Medicina Interna
- **Tema:** Critica epidemiológica de un artículo de revista. Infusión duodenal
- **Participantes:** residentes de anestesia dirigió el tema, fellows (subespecialidades), profesores. No se admiten estudiantes de pregrado por ser un tema tan avanzado.

Cuál es la estrategia didáctica que se observa: Club de revista

#	Estrategias didácticas	
1	Práctica Guiada	
2	Simulaciones	
3	Estudios de casos	
4	Taller didáctico	

5	Seminarios	
6	Aprendizaje basado en problemas. A.B.P.	
7	Participación en grupos de investigación	
8	CPC	
9	Telemedicina	
10	Ronda clínica	
11	Simposio	
12	Simulaciones	
13	Prácticas de Laboratorio	
14	Visita Domiciliaria Familiar	
15	Demostraciones	
16	Revisión de temas (Club de revista)	X
17	Otras. Cuáles?	

Cómo se organiza el ambiente educativo en cuanto a:

Tópicos	Observaciones
Espacio físico	Es un aula de mediano tamaño, dotada de equipos tecnológicos completos. El espacio es muy adecuado para el número de participantes
Recursos educativos utilizados	Computador, video bem
Tiempo	1 hora

Tópicos	Observaciones
Eslabones de la estrategia	<p>1. Preparación del tema</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ El tema es muy especializado, cada residente elige el tema y lo discute con el profesor. ✓ El profesor lo guía en el análisis. Se hace una crítica epidemiológica del artículo ✓ Se envía el artículo a discutir a cada participante previo a la fase de discusión. <p>2. Desarrollo</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Se introduce el tema por parte del residente. ✓ Se presenta el método seguido por el artículo, la población objetivo, los materiales y los resultados. ✓ Se hace énfasis en los datos relevantes del estudio. ✓ Presenta los objetivos del estudio ✓ En algunos momentos el profesor pregunta, interroga para precisar la información ✓ Se analizan los efectos adversos del estudio, conclusiones e interrogantes, aquí el residente da su propio punto de vista ✓ Al final se abre el espacio de preguntas o de aclaraciones. <p>A veces la sesión se hace virtual y se conectan con otros facultades del mismo programa de otras especialidades</p>
Evaluación aplicada	La evaluación se hace durante el mismo proceso de interrogar, precisar dudas, pero no hay unos criterios.
Rol docente	El profesor en la primera fase acompaña y asesora. Durante la exposición de guía con preguntas aclaratorias, intencionadas para favorecer las percepciones del análisis.
Rol residente	Líder del proceso, apropiado de su reto académico.
Interacción profesor- residentes	De respeto, de diálogo y de asesoría
Interacción entre residentes	Poca
Interacción residente mayor y menor	No se evidenció

Competencias que se potencian:

Competencias	(X)
Comunicar	X
Diagnosticar	
Trabajo en equipo interdisciplinario	X
Ética	
Rehabilitar	
Investigar	X
Proponer	X
Otras. ¿Cuál?	

Percepciones Generales de la Observación:

GUIAS DE OBSERVACIÓN DE LA PRÁCTICA DOCENTE**Identificación:**

- **Fecha:** jueves 21 de marzo 2013
- **Hora:** 7.00 a.m.
- **Observador:** Miglenakamburova
- **Lugar:** Edificio medicina Interna Hospital
- **Especialidad:** Medicina Interna
- **Tema:** falla cardiaca Aguda
- **Participantes:** Lider: Natalia Tamayo. Fellow. Cardiología, Estudiantes de pregrado, internos, residentes, fellow y profsores

35 estudiantes y 8 profesores: 43 participantes

Cuál es la estrategia didáctica que se observa:

#	Estrategias didácticas	
1	Práctica Guiada	
2	Simulaciones	
3	Estudios de casos (análisis de caso clínico)	X
4	Taller didáctico	

5	Seminarios	
6	Aprendizaje basado en problemas. A.B.P.	
7	Participación en grupos de investigación	
8	CPC	
9	Telemedicina	
10	Ronda clínica	
11	Simposio	
12	Simulaciones	
13	Prácticas de Laboratorio	
14	Visita Domiciliaria Familiar	
15	Demostraciones	
16	Revisión de temas	
17	Otras. Cuáles?	

Cómo se organiza el ambiente educativo en cuanto a:

Tópicos	Observaciones
Espacio físico	Auditorio de medicina interna, un espacio cómodo, con buena ventilación.
Recursos educativos utilizados	Video beam. Imágenes diagnósticas: rayos X, Electrocardiograma, tridimensionales.
Tiempo	1 hora
	1. Un residente prepara el caso clínico 2. Los demás participantes se les envía el tema con anticipación: falla cardiaca

Tópicos	Observaciones
Eslabones de la estrategia	<p>Aguda. Todos deben leer sobre el tema, aunque no conocen aún el caso.</p> <p>3. Se inicia la presentación del caso: historia clínica, antecedentes.</p> <p>4. Se muestra paso a paso de lo que se ha realizado al paciente, hasta llegar a mostrar las imágenes. Y pregunta: Alguien quiere hacer lectura del electro? Y dirige la pregunta a los residentes.</p> <p>5. Empieza así a participar los residentes e intervenir allí en el caso.</p> <p>6. Se hacen los aportes, se argumentan, se interpreta</p> <p>7. Interviene un profesor y lanza otra pregunta. Qué podemos ir concluyendo? ¿Cuál es el diagnóstico?</p> <p>Se hacen llamados de atención y se conduce el ejercicio diagnóstico, haciendo énfasis en las fallas que se pudieron presentar en la calidad de las ayudas diagnosticas, así como la misma evaluación de la historia clínica. “NO se puede aceptar un electrocardiograma tan pobre, porque se pierde información importante sobre el paciente y pierde rigor al diagnóstico.”</p> <p>8. La líder del caso, hace nuevas preguntas provocadoras pro ejemplo. Qué elementos tiene para argumentar dicho diagnóstico?</p> <p>9. Síntesis intermedia: hace además una síntesis de lo que se lleva hasta ahora, para contextualizar a los que llegan tarde a la actividad.</p> <p>10. Interviene el profesor y afirma: se debe aprovechar el examen físico mejor. La parte semiológica es muy importante, porque da elementos que puede ayudar a confirmar el diagnóstico.</p> <p>Otro profesor afirma: Aquí en este paciente todo es pobre, los datos son pocos, las imágenes no claras, pero aún así debemos dar un diagnóstico.</p> <p>11. Aquí sedan los procesos abductivos. La líder del caso, toma la palabra y confirma que hay varios diagnósticos y pregunta. Qué otros exámenes le haría? ¿Qué otros exámenes enviaría usted?</p> <p>Cómo lo tratarían?. Aquí se da de nuevo la discusión con aportes entre estudiantes y profesores.</p> <p>12. Al finalizar la líder muestra lo que en realidad se hizo en el caso, porque el caso ya se había desarrollado y así se confronta lo que se hizo, con lo que el grupo propuso.</p> <p>Y pregunta al grupo. ¿Cambia el diagnóstico del paciente viendo los nuevos</p>

Tópicos	Observaciones
	<p>resultados o se confirma el diagnóstico inicial?</p> <p>El profesor dice: Hay que hacer diferencia con el diagnóstico inicial y hay que comprometerse con el diagnóstico para proceder con el tratamiento.</p> <p>13. Discusión académica: Se abre de nuevo la discusión precisando además del diagnóstico, valorar las causas de lo que presenta para darle una mirada más integral y tomar medidas a seguir, por ejemplo nuevos exámenes para analizar y comparar los resultados.</p> <p>14. Se muestran los nuevos resultados para que se constatare de nuevo las hipótesis, reafirmando y descartando hallazgos. Aquí la líder del caso muestra nuevas ayudas didácticas para la comprensión del caso con gráficos, mapas conceptuales, cuadros comparativos para ir repasando el tema tratado y ganar más en la comprensión del caso clínico.</p> <p>El profesor hace aclaración de detalles puntuales del caso, para ampliar y focalizar al mismo tiempo el panorama del caso.</p> <p>15. Se enfatiza en que la discusión es académica. Se hace conciencia de las condiciones en las cuales se trabajan los casos y la necesidad de buscar otras vías en caso de que no se tengan las condiciones y los recursos para proceder.</p> <p>16. El profesor enfatiza además en que las guías o protocolos, son valiosos pero se debe pensar si el paso a paso es aplicable para el caso particular que se está tratando.</p> <p>17. Conclusiones: Que conducen a lo que se procederá con el paciente. Pero se deja abierta la posibilidad de pensar en otras opciones a partir de otros estudios similares que se han realizado.</p> <p>Se extrae además un principio. <i>“Si usted no lo piensa, no lo identifica”</i> residente líder de Cardiología.</p>
Evaluación aplicada	Se hace en la medida en que se va desarrollando el caso y se van dando los aportes. Los criterios esenciales son los argumentos que se presentan, las estrategias de intervención.
Rol docente	Pregunta, aporta, indaga, enfatiza en lo esencial, cuestiona los hallazgos.
Rol residente	Participación activa de quienes prepararon el tema y quien lo lidera, provoca intencionalmente con preguntas el análisis del caso y la participación del grupo

Tópicos	Observaciones
	involucrándolos a todos en la actividad.
Interacción profesor-residentes	De trabajo colaborativo, de análisis compartido, de valoración mutua.
Interacción entre residentes	Participación activa de diferentes niveles.
Interacción residente mayor y menor	El residente mayor provoca preguntas que pueden ser contestadas por residentes menores, es decir con intencionalidad invita a la discusiones en diferentes niveles.

Competencias que se potencian:

Competencias	(X)
Comunicar	X
Diagnosticar	X
Trabajo en equipo interdisciplinario	X
Ética	
Rehabilitar	
Investigar	X
Proponer	X
Otras. ¿Cuáles? Tratar, analizar, interpretar, comparar, identificar, planificar.	X

Percepciones Generales de la Observación:

Esta actividad fue my rica en intencionalidades educativas dando un valor central a la pregunta y en procesos de abducción que implica lanzar hipótesis, confrontarlas, hacer nuevas preguntas, volver a indagar y llegar a conclusiones nunca definitivas, sino buscando otras posibilidades.

GUIAS DE OBSERVACIÓN DE LA PRÁCTICA DOCENTE

Identificación:

- **Fecha:** martes 13 de marzo 2013
- **Hora:** 7:00 a.m.
- **Observador:** Leonor Galindo C
- **Lugar:** Aula Gabriel Toro Villa, Segundo Piso, Bloque 7 (Amarillo) HSVF
- **Especialidad:** Medicina Interna
- **Tema:** Pregunta clínica ¿Es útil el tolvaptán en el tratamiento de la hiponatremia asociada?
- **Participantes:** 1 Profesor FabianJaimes. 30 Grupo de estudiantes de internado 5 Residentes de medicina Interna
4 Otros profesores de la dependencia

Cuál es la estrategia didáctica que se observa: Revisión de tema

#	Estrategias didácticas	
1	Práctica Guiada	
2	Simulaciones	
3	Estudios de casos	
4	Taller didáctico	
5	Seminarios	
6	Aprendizaje basado en problemas. A.B.P.	
7	Participación en grupos de investigación	
8	CPC	

9	Telemedicina	
10	Ronda clínica	
11	Simposio	
12	Simulaciones	
13	Prácticas de Laboratorio	
14	Visita Domiciliaria Familiar	
15	Demostraciones	
16	Revisión de temas	X
17	Otras. Cuáles?	

Cómo se organiza el ambiente educativo en cuanto a:

Tópicos	Observaciones
Espacio físico	Es un aula convencional, todos los participantes sentados al frente de la pantalla y de quien expone
Recursos educativos utilizados	Video beam- aula
Tiempo	1 hora
Eslabones de la estrategia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludo y presentación de quien expone. Esta exposición se centra en la revisión documentada de últimas investigaciones en el tema 2. Durante la exposición el expositor va dejando algunas inquietudes que se analizarán en el momento de la discusión. 3. Se abre la discusión: participan otros profesores y algunos residentes dentro de la audiencia. 4. Se describen algunas conclusiones finales.
Evaluación aplicada	El profesor hace una apreciación global del desempeño del residente, valorando su intervención.

Tópicos	Observaciones
Rol docente	Orienta algunas preguntas provocadoras. Aporta a la síntesis y conclusiones finales
Rol residente	Quien lidera el tema es activo, protagónico, autorregulador de su aprendizaje y demuestra dominio de lo consultado.
Interacción profesor-residentes	En un ambiente de cordialidad, colegaje, apertura y aprendizaje mutuo
Interacción entre residentes	De escucha activa, receptividad y respeto por el trabajo logrado.
Interacción residente mayor y menor	No se evidenció

Competencias que se potencian:

Competencias	(X)
Comunicar	X
Diagnosticar	
Trabajo en equipo interdisciplinario	X
Ética	X
Rehabilitar	
Investigar	X
Proponer	
Otras. ¿Cuál?	

Percepciones Generales de la Observación:

GUIAS DE OBSERVACIÓN DE LA PRÁCTICA DOCENTE**IDENTIFICACIÓN:**

- **Fecha:** abril 12 de 2013
- **Hora:** 7:00 a.m. – 8:00 a.m.
- **Observador:** Miglena Kamburova
- **Lugar:** parque de la vida
- **Especialidad:** Medicina Interna
- **Tema:** Paciente con fiebre, parálisis rápidamente progresiva, encefalopatía y elevación de enzimas musculares.
- **Participantes:** estudiantes de pregrado de diferentes semestres, residentes de diferentes especialidades, profesores médicos especialistas desde diferentes especialidades. 120 participantes aproximadamente.
- Dirigió el tema, Santiago Patiño residente de medicina Interna, R3

Cuál es la estrategia didáctica que se observa: Staff

#	Estrategias didácticas	
1	Práctica Guiada	
2	Simulaciones	
3	Estudios de casos	
4	Taller didáctico	

5	Seminarios	
6	Aprendizaje basado en problemas. A.B.P.	
7	Participación en grupos de investigación	
8	CPC	
9	Telemedicina	
10	Ronda clínica	
11	Simposio	
12	Simulaciones	
13	Prácticas de Laboratorio	
14	Visita Domiciliaria Familiar	
15	Demostraciones	
16	Revisión de temas (Club de revista)	X
17	Staff	X
18	Otras. Cuáles?	

Cómo se organiza el ambiente educativo en cuanto a:

Tópicos	Observaciones
Espacio físico	Auditorio amplio
Recursos educativos utilizados	Computador, video beam
Tiempo	1 hora

Tópicos	Observaciones
<p>Eslabones de la estrategia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El residente líder, prepara el caso con preguntas concretas para cada especialidad. ✓ Se presenta el caso, situación médica, historia clínica y se va analizando desde diferentes especialidades que pueden intervenir en el análisis del mismo, las preguntas son claves para el desarrollo del staff. Los profesores que intervienen en su mayoría hacen énfasis en los aspectos claves de la mirada clínica, de modo que los estudiantes atiendan más a ese aspecto. ✓ Se va mostrando paso a paso como se analizó el caso en la vida real y las preguntas son intencionadas para ver qué proceso darían al caso si ellos lo hubieran tratado, según la evolución del paciente, Al final el residente presenta las conclusiones del proceso que se hizo con el paciente valorando aciertos y fallas que se pudo presentar en el manejo que se dio al caso. ✓ Abducción se acerca a una hipótesis y se va descartando. <ul style="list-style-type: none"> ○ Primero que intervino nefrología: Cuál es el enfoque diagnóstico y terapéutico de un paciente con... ○ ¿Cuáles son las causas más frecuentes de ese trastorno? ○ ¿Qué consideraciones son importantes para su manejo inicial? ○ Sigue el desarrollo del caso en el aspecto de su examen físico y se muestran imágenes diagnósticas como resultados iniciales y el mismo residente hace la lectura de las mismas y señala en dónde se evidencian hallazgos valiosos de anormalidad. ○ Intervención de Neurología se pregunta. ○ Qué hallazgos se describen en la imágenes vistas ○ Qué características clínicas se diferencian entre uno y otro síndrome para descartar diagnóstico ○ qué estudios adicionales serían de utilidad en este diagnóstico diferencial. ○ Aquí precisan que aquí interviene un contenido bioético del sentir del paciente ○ De nuevo retoma el residente ofrece más evolución del caso y salen nuevas preguntas.

Tópicos	Observaciones
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cómo se interpretan los hallazgos electromiográficos en el contexto? ○ ¿Tiene este paciente características de una parálisis Qué soporta y qué descarta ese diagnóstico? ○ El residente vuelve y retoma presenta resultados para- clínicos y aquí en el auditorio aportan aclaraciones a las discusión del caso. ○ Se muestran más exámenes y oras ayudas diagnósticas, precisando el para qué de cada una en el caso tratado. ○ Interviene reumatología: ○ ¿Puede estar cursando este paciente una enfermedad XX? ○ ¿Es conveniente hacer biopsia del musculo? ○ ¿Se puede descartar estas causas? ○ Interviene Medicina Interna: ○ ¿Qué otras enfermedades caben dentro del diagnóstico diferencial del paciente? ○ ¿Qué ayudas diagnósticas adicionales sugerirían con el fin de aclarar el cuadro clínico? ○ Surge otra hipótesis y es considerar las infecciones que podrían llevar a esos síntomas. ○ Se muestran más resultados, se hace repaso de los hallazgos precisando el diagnóstico preciso del paciente, algo muy poco evidente, muy raro y se repasa las causas de la misma, sus mecanismos, etc. <p>✓ Se elaboraron conclusiones de mejoramiento al manejo de casos clínicos similares, de modo que se precisen más las situaciones particulares y no descuidar posibles indicios que son valiosos para considerar por el desenlace que se pueda dar.</p>
Evaluación aplicada	La evaluación se hace durante el mismo proceso de interrogar, precisar dudas, pero no hay unos criterios.
Rol docente	Es activo, participan como parte del auditorio pero motivan a la discusión y son capaces de dejar que el residente sea quien lidere.
Rol residente	Líder del proceso, apropiado de su reto académico, con funciones de docencia con intencionalidad clara desde lo pedagógico y lo didáctico

Tópicos	Observaciones
Interacción profesor- residentes	De respeto, de diálogo y de asesoría y de apoyo al análisis de la situación o caso.
Interacción entre residentes	Receptivos, activo e su escucha.
Interacción residente mayor y menor	

Competencias que se potencian:

Competencias	(X)
Comunicar	X
Diagnosticar	X
Trabajo en equipo interdisciplinario	X
Ética	X
Rehabilitar	
Investigar	X
Proponer	X
Otras. ¿Cuál? Interpretar, analizar, comparar, discriminar, seleccionar, argumentar	

Percepciones Generales de la Observación:

Consideramos que es una estrategia valiosa y completa para el desarrollo de competencias. La participación es voluntaria y el lleno es total de la audiencia que valora este espacio formativo de alto impacto en su proceso educativo. La interdisciplinariedad del manejo del caso permite el diálogo desde diversos ámbitos.

GUIAS DE OBSERVACIÓN DE LA PRÁCTICA DOCENTE

IDENTIFICACIÓN:

- **Fecha:** marzo 20 de 2013
- **Hora:** 7:00 a.m.
- **Observador:** Leonor Galindo Cárdenas
- **Lugar:** Sala de Neurología
- **Especialidad:** Neurología
- **Tema:** Aneurismas
- **Participantes:** 6 residentes, 2 profesores.

Cuál es la estrategia didáctica que se observa:

#	Estrategias didácticas	
1	Práctica Guiada	
2	Simulaciones	
3	Estudios de casos	
4	Taller didáctico	
5	Seminarios	X
6	Aprendizaje basado en problemas. A.B.P.	

7	Participación en grupos de investigación	
8	CPC	
9	Telemedicina	
10	Ronda clínica	
11	Simposio	
12	Simulaciones	
13	Prácticas de Laboratorio	
14	Visita Domiciliaria Familiar	
15	Demostraciones	
16	Revisión de temas	
17	Otras. Cuáles?	

Cómo se organiza el ambiente educativo en cuanto a:

Tópicos	Observaciones
Espacio físico	Un salón pequeño con pocas sillas.
Recursos educativos utilizados	Proyección de video.
Tiempo	

Tópicos	Observaciones
Eslabones de la estrategia	1. presentación del tema por parte del residente encargado 2. Exposición y desarrollo de la temática. 3. Los demás participantes aportan con preguntas o ampliación del tema 4. Lo profesores acompañantes precisan y aportan al desarrollo del tema 5. Conclusiones generales
Evaluación aplicada	El profesor expresa verbalmente al residente la aprobación y manejo del tema tratado.
Rol docente	
Rol residente	
Interacción profesor-residentes	Una relación dialógica, de colegaje.
Interacción entre residentes	
Interacción residente mayor y menor	

Competencias que se potencian:

Competencias	(X)
Comunicar	X
Diagnosticar	
Trabajo en equipo interdisciplinario	X
Ética	
Rehabilitar	
Investigar	X
Proponer	X
Otras. ¿Cuál?	

Percepciones Generales de la Observación:

GUIAS DE OBSERVACIÓN DE LA PRÁCTICA DOCENTE**IDENTIFICACIÓN:**

- **Fecha:** jueves 21 de marzo 2013
- **Hora:** 7.00 a.m.
- **Observador:** Leonor Galindo C
- **Lugar:** Consultorio médico neurología
- **Especialidad:** Neurología
- **Tema:** Consulta externa Neurología
- **Participantes:** Dr. Carlos Uribe y Dr. Buritica, Jesica residente primer año Neurología y un residente de primer año de medicina interna, Un paciente y su acompañante

Cuál es la estrategia didáctica que se observa: Consulta externa

#	Estrategias didácticas	
1	Práctica Guiada	
2	Simulaciones	
3	Estudios de casos (análisis de caso clínico)	
4	Taller didáctico	
5	Seminarios	

6	Aprendizaje basado en problemas. A.B.P.	
7	Participación en grupos de investigación	
8	CPC	
9	Telemedicina	
10	Ronda clínica	
11	Simposio	
12	Simulaciones	
13	Prácticas de Laboratorio	
14	Visita Domiciliaria Familiar	
15	Demostraciones	
16	Revisión de temas	
17	Otras. Cuáles? Consulta externa	X

Cómo se organiza el ambiente educativo en cuanto a:

Tópicos	Observaciones
Espacio físico	Consultorio médico con toda la dotación básica propia del lugar
Recursos educativos utilizados	Computador con la historia clínica.
Tiempo	1 hora
Eslabones de la estrategia	1. La residente de la especialidad revisa la historia clínica y hace preguntas al médico tratante. 2. la residente recibe al paciente y lo saluda, lo mismo hacen el médico tratante y el médico acompañante. El interrogatorio al inicio lo dirige el médico tratante y luego le da paso a

Tópicos	Observaciones
	que al residente lo continúe. La valoración de signos básicos la realiza la residente. El médico tratante y profesor explica a la paciente lo que se va a pre escribir y lo analiza con la residente, el otro residente presente toma una actitud más pasiva, pero el profesor 2 acompañante le explica de lo que se trata el caso de la paciente. Se diligencia la historia clínica, con base en la nueva información y proceso a seguir. Se concluye la consulta explicando al paciente. La residente cierra el caso, concluyendo la valoración de la misma actividad.
Evaluación aplicada	Se hace en la medida en que se va desarrollándola consulta y al cierra de esta.
Rol docente	Pregunta, aporta, indaga, enfatiza en lo esencial.
Rol residente	Participación activa, de liderazgo, iniciativa
Interacción profesor- residentes	De trabajo colaborativo, de análisis compartido, de valoración mutua.
Interacción entre residentes	Para el diligenciamiento electrónico de la historia clínica.
Interacción residente mayor y menor	No se evidenció.

Competencias que se potencian:

Competencias	(X)
Comunicar	X
Diagnosticar	X
Trabajo en equipo interdisciplinario	X
Ética	
Rehabilitar	
Investigar	
Proponer	X
Otras. ¿Cuáles? Tratar, analizar, interpretar, comparar, identificar, planificar.	X

Percepciones Generales de la Observación:

GUIAS DE OBSERVACIÓN DE LA PRÁCTICA DOCENTE

IDENTIFICACIÓN:

- **Fecha:** martes 13 de marzo 2013
- **Hora:** 7:00 a.m.-8:00 a.m.
- **Observador:** MiglenaKamburova
- **Lugar:** Sala Neurología Clínica “Carlos Santiago Uribe”. Hospital San Vicente de Paúl, Bloque 6
- **Especialidad:** Neurología
- **Tema:** Seminarios Trastorno de pánico y su DX diferencial con epilepsia del lóbulo temporal
- **Participantes:** Nueve residentes de Neurología, Cinco profesores, Líder del seminario. Residente 1 de psiquiatría quien rota por Neurología
- **Algunas preguntas que focalizan la observación:**

Cuál es la estrategia didáctica que se observa: Seminario

#	Estrategias didácticas	
1	Práctica Guiada	
2	Simulaciones	
3	Estudios de casos	
4	Taller didáctico	

#	Estrategias didácticas	
5	Seminarios	X
6	Aprendizaje basado en problemas. A.B.P.	
7	Participación en grupos de investigación	
8	CPC	
9	Telemedicina	
10	Ronda clínica	
11	Simposio	
12	Simulaciones	
13	Prácticas de Laboratorio	
14	Visita Domiciliaria Familiar	
15	Revisión de tema	
16	Demostraciones	
17	Otras. Cuáles?	

Cómo se organiza el ambiente educativo en cuanto a:

Tópicos	Observaciones
Espacio físico	Salón muy reducido para el número de participantes, una mesa al frente y tres filas consecutivas de sillas.
Recursos educativos utilizados	Proyector de video Beam
Tiempo	Una hora

Tópicos	Observaciones
Eslabones de la estrategia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludo y presentación del tema del seminario 2. La líder desarrolla toda la temática central mediante una exposición 3. El grupo de profesores hace comentarios relacionado con la exposición del tema y se agregan más aspectos desde la experiencia. 4. Se presentan casos que ejemplifican aún más del tema tratado. 5. Se infieren algunas conclusiones.
Evaluación aplicada	No se evidenció
Rol docente	<p>Los profesores hacen presencia, aunque proponen algunas reflexiones, su rol es más pasivo y receptivo durante el seminario.</p> <p>El rol del docente es activo antes del seminario, en tanto orienta, sugiere bibliografía, ofrece pautas y asesoría para la preparación del seminario.</p>
Rol residente	<p>El residente que lidera el seminario es protagonista activa de su propio aprendizaje. Autorregula el tiempo y con antelación se prepara la temática documentándose y buscando de forma planificada fuentes de información. Acude a la revisión de muchos artículos.</p>
Interacción profesor- residentes	<p>El tema tratado es sugerido por el profesor y documentado por el residente. La residente líder y el grupo de profesores interactúan mediante el diálogo argumentado</p>
Interacción entre residentes	<p>Los participantes conocen el tema, pero no se identifica si ellos lo preparan o no, pues no hay aportes de ellos durante el seminario.</p> <p>Los otros residentes escuchan, pero no participaron con intervenciones, ni preguntas, ni aportes, ni comentarios.</p>
Interacción residente mayor y menor	No se evidenció.

Competencias que se potencian:

Competencias	(X)
Comunicar	X
Diagnosticar	
Trabajo en equipo interdisciplinario	X
Ética	
Rehabilitar	
Investigar	X
Proponer	
Otras. ¿Cuál? Ejemplificar.	X

Percepciones Generales de la Observación:

En términos generales llama la atención la no participación activa de los demás estudiantes del grupo, se limitan a escuchar.

El tema se elige de forma voluntaria o algunas veces el profesor sugiere el tema de acuerdo con la rotación del residente buscando la interdisciplinariedad, en este caso de Neurología y psiquiatría.

El rol del docente es activo antes del seminario, en tanto orienta, sugiere bibliografía, ofrece pautas y asesoría para la preparación del seminario.

GUIAS DE OBSERVACIÓN DE LA PRÁCTICA DOCENTE

IDENTIFICACIÓN:

- **Fecha:** mayo de 2013
- **Hora:** 7:00 AM a 9:00 AM
- **Observador:** Leonor Galindo Cárdenas
- **Lugar:** _Auditorio Servicio de Patología, Hospital Universitario San Vicente de Paul
- **Especialidad:** Dermatología
- **Tema:** Análisis casos clínicos dermatológicos desde patología.

Participantes: veinte (20) personas, profesores y residentes de Dermatología y de Patología, internos , profesores invitados externos (2)

¿Cuál es la estrategia didáctica que se observa?

#	Estrategias didácticas	SI	OBSERVACIONES
1	Práctica Guiada		
2	Simulaciones		
3	Estudios de casos		
4	Taller didáctico		
5	Seminarios		

#	Estrategias didácticas	SI	OBSERVACIONES
6	Aprendizaje basado en problemas. A.B.P.		
7	Participación en grupos de investigación		
8	CPC	X	Reunión caso clínico Patológico
9	Telemedicina		
10	Ronda clínica		
11	Simposio		
12	Simulaciones		
13	Prácticas de Laboratorio		
14	Visita Domiciliaria Familiar		
15	Demostraciones		
16	Revisión de temas		
17	Otras. ¿Cuáles?		

Cómo se organiza el ambiente educativo en cuanto a:

Tópicos	Observaciones
Espacio físico	Un auditorio con sillas estáticas suficientes para todos los asistentes. Las sillas se encuentran en filas al frente un tablero y desde allí se ubica la profesora que lidera la reunión y hacia un costado se ubica el profesor de Patología frente al microscopio. Hay buena luz y ventilación.
Recursos educativos utilizados	Video beam. Microscopio- Computador, fotocopia de hoja que contiene la descripción clínica de los 4 casos a observar. Fotografías de apoyo a los casos

Tópicos	Observaciones
Tiempo	2 horas.

Eslabones de las Estrategias	Eslabón	Profesor	Estudiante	Necesidad	Observaciones
	1.Orientación	Motiva: Introduce la reunión, saluda y ofrece la palabra a la residente de dermatología quien presenta cada uno de los casos	Interés: Puntualidad en el auditorio, escucha, atención. Todos los presentes se acercan a observar al paciente, le hacen interrogatorio. Algunos toman nota	Analizar cada caso hasta lograr una valoración diagnóstica y el paso a seguir con el paciente.	
	2.Asimilación de contenido	Hace énfasis en los aspectos esenciales de los casos	Aplica habilidades y nuevos conocimientos Confrontan hallazgos, descartan y replantean hipótesis	Problemas se adecuan al interés SI	
	3.Dominio del contenido	Algunos profesores intervienen y ofrecen sus aportes con el fin de precisar algunos conceptos	Los residentes a los que se les solicita analizar el caso lo hacen con base en soportes de la literatura	Logra el objetivo	
	4.Sistematización del nuevo contenido		Relaciona nuevos contenidos con el que ya posee	Resolver nuevos problemas	
	5.La evaluación	Se hace a partir del reporte de la literatura, de los argumentos frente	Asimilación: Reproducción: Producción: Producción:	Capacidades: Observación dirigida Análisis, Argumentación	

		a la situación clínica.	Creación:	Síntesis Comparación Contrastación Correlación	
--	--	-------------------------	-----------	---	--

DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA DIDÁCTICA	
TÓPICOS	OBSERVACIÓN
Descripción de los eslabones generales de la estrategia didáctica	<p>Antes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Los residentes de dermatología van a la ronda por pisos y seleccionan aquellos pacientes que ameritan una valoración dermatológica especial por presentar un caso complejo de resolver clínicamente. ✓ Por su parte los residentes de patología analizan las pruebas patológicas del paciente y llevan a esta reunión los análisis respectivos para socializarlos al final de la presentación de cada caso. ✓ Los residentes buscan en la literatura acerca de los casos para preparar el encuentro académico. ✓ La residente de dermatología encargada con antelación habla con los pacientes y les pide autorización para llevar los casos. <p>Durante</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La profesora que lidera la reunión (jefe de Dermatología)n saluda a la audiencia, explica el objetivo del encuentro. ✓ La residente encargada de presentar cada caso, lee el recuento de la historia clínica del paciente y procede a hacer pasar al paciente. ✓ Los participantes se dirigen hacia el paciente para observar con más detalle el problema dermatológico y poder opinar del mismo, algunos hacen preguntas al paciente. ✓ Luego la paciente sale del auditorio y la profesora que dirige la actividad nombra a uno de los residentes para que presente sus planteamientos frente al caso, posibles diagnósticos y tratamiento a seguir, inferir acerca de pronósticos. ✓ Se abre la discusión opinan algunos residentes y profesores aportando ✓ La residente que lidera el caso toma nota para luego proceder a informar al paciente lo que se decidió clínicamente frente al caso. ✓ La profesora que coordina, sintetiza y da apertura a un nuevo caso que se desarrolla de la misma forma. <p>Después:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La profesora que coordina evalúa la actividad, felicita a los que participaron y cierra la sesión. ✓ El residente encargado de la actividad presenta las notas síntesis de cada caso para que la profesora proceda a valorarlas y se firma porque va a la historia clínica del paciente para su información y de los

DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA DIDÁCTICA	
TÓPICOS	OBSERVACIÓN
	demás colegas que la tratan.
Evaluación aplicada	La evaluación se hace permanente durante la actividad en las intervenciones y argumentaciones que dan los residentes y que realimentan los profesores.
Rol docente	Dirige, acompaña, orienta, anima a la participación.
Rol residente	Activo, escucha activa, participa y opina desde lo consultado en fuentes bibliográficas, se apoya en sus presaberes.
Interacción profesor-residentes	De colaboración, con la meta de aportar al tratamiento o encause del paciente.
Interacción entre residentes	Conversan y se apoyan con sus aportes
Interacción residente mayor y menor	

Competencias que se potencian:

COMPETENCIAS	SI	OBSERVACIONES
Comunicar	X	
Diagnosticar	X	
Trabajo en equipo interdisciplinario	X	
Ética	X	
Rehabilitar		
Investigar	X	
Proponer	X	
Otras. ¿Cuáles?	X	Interpretar- Comparar- Contrastar- diferenciar- (agudeza visual)

Percepciones Generales de la Observación:

Considero que es una estrategia didáctica que se desarrolla con especial énfasis en la observación visual dado que es casos de dermatología.

GUIAS DE OBSERVACIÓN DE LA PRÁCTICA DOCENTE**IDENTIFICACIÓN:**

- **Fecha:** Jueves 25 de julio
- **Hora:** 9:00 a 10:00 a.m.
- **Observador:** Leonor Galindo
- **Lugar:** Auditorio Clínica Shaio
- **Especialidad:** Pediatría
- **Tema:** Alimentación en lactantes
- **Participantes:** Internos, residentes pediatría, profesor

¿Cuál es la estrategia didáctica que se observa?

#	Estrategias didácticas	SI	OBSERVACIONES
1	Práctica Guiada		
2	Simulaciones		
3	Estudios de casos		
4	Taller didáctico		
5	Seminarios		
6	Aprendizaje basado en problemas. A.B.P.		

#	Estrategias didácticas	SI	OBSERVACIONES
7	Participación en grupos de investigación		
8	CPC		
9	Telemedicina		
10	Ronda clínica		
11	Simposio		
12	Simulaciones		
13	Prácticas de Laboratorio		
14	Visita Domiciliaria Familiar		
15	Demostraciones		
16	Revisión de temas	X	
17	Otras. ¿Cuáles?		

Cómo se organiza el ambiente educativo en cuanto a:

Tópicos	Observaciones
Espacio físico	Sala de reuniones amplia, ventilado e iluminado
Recursos educativos utilizados	Video bem
Tiempo	1 hora

Eslabones de las Estrategias	Eslabón	Profesor	Estudiante	Necesidad	Observaciones
	1.Orientación	Motiva	Interés	Formación integral/ capacidades	
	2.Asimilacion de contenido	Ofrece nuevos problemas	Aplica habilidades y nuevos conocimientos	Problemas se adecuan al interés	
	3.Dominio del contenido	Reiteración en cada problema	Reconoce lo fundamental	Logra el objetivo	
	4.Sistematización del nuevo contenido	Ofrece nuevos conocimientos, nuevos problemas	Relaciona nuevos contenidos con el que ya posee	Resolver nuevos problemas	
	5.La evaluación	Comprueba y valora	Asimilación: Reproducción: Producción: Producción: Creación:	Capacidades	

DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA DIDÁCTICA	
TÓPICOS	OBSERVACIÓN
Descripción de los eslabones generales de la estrategia didáctica	<p>Antes: El interno se le asigna el tema Revisión de la literatura Preparación de la presentación</p> <p>Durante El profesor presenta el tema y da la palabra al interno ✓ El interno contextualiza el tema de alimentación complementaria. ✓ Muestra fundamentos de la importancia del tema, ventajas para el desarrollo del niño y su bienestar</p>

DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA DIDÁCTICA	
TÓPICOS	OBSERVACIÓN
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La profesora ofrece algunas precisiones o énfasis en aspectos de aplicación directa a los niños. ✓ El tema se desarrolla con base en preguntas que favorecen la comprensión y son lideradas por el interno. ✓ Los demás participantes tienen una buena actitud y receptividad con aportes que complementan. ✓ La exposición se detiene y la profesora propone simular un caso. Juego de roles madre, paciente, pediatra. ✓ Aquí participan asumiendo los roles y los demás observadores activos. ✓ Se enfatiza en la necesidad de educar a la familia. ✓ Los participantes preguntan abiertamente y con confianza.
Evaluación aplicada	Se realiza durante la actividad, mediante preguntas, juego de roles.
Rol docente	Escucha activa, genera preguntas, moviliza la precisión.
Rol residente-Interno	Es el líder de la actividad. Seguridad en el contenido, buen dominio de la comunicación y del recurso
Interacción profesor-residentes	Proactivo- dispuesto a escuchar inquietudes y resolver dudas
Interacción entre residentes	Receptiva, de apoyo
Interacción residente mayor y menor	No se evidencia

Competencias que se potencian:

COMPETENCIAS	SI	OBSERVACIONES
Comunicar	X	
Diagnosticar		
Trabajo en equipo interdisciplinario		
Ética		
Rehabilitar		
Investigar	X	

Proponer	X	
Otras. ¿Cuáles?		Argumentar- prevenir- seleccionar- comparar- pedagógicas

Percepciones Generales de la Observación:

- ✓ Esta actividad permite la aplicación directa de la revisión del tema a los casos pediátricos aspecto que permite mayor transferencia y aplicación del conocimiento. Esto impulsa a aprendizajes significativos.
- ✓ La síntesis final es determinante para garantizar que se comprende lo esencial.
- ✓ En pediatría prima el aporte educativo que se de a las madres o acompañantes de los niños.

Es una actividad 100% educativa

GUIAS DE OBSERVACIÓN DE LA PRÁCTICA DOCENTE

Identificación:

- **Fecha:** jueves 14 de marzo 2013
- **Hora:** 7:00 a.m.-8:00 a.m.
- **Observador:** Leonor Galindo
- **Lugar:** Auditorio de Pediatría.
- **Especialidad:** Pediatría
- **Tema:**
- **Participantes:** 20 estudiantes de pediatría, Tres profesores
- **Algunas preguntas que focalizan la observación:**

Cuál es la estrategia didáctica que se observa:

#	Estrategias didácticas	
1	Práctica Guiada	
2	Simulaciones	
3	Estudios de casos	
4	Taller didáctico	
5	Seminarios	

#	Estrategias didácticas	
6	Aprendizaje basado en problemas. A.B.P.	
7	Participación en grupos de investigación	
8	CPC	
9	Telemedicina	
10	Ronda clínica	
11	Simposio	
12	Simulaciones	
13	Prácticas de Laboratorio	
14	Visita Domiciliaria Familiar	
15	Revisión de tema	X
16	Demostraciones	
17	Otras. Cuáles?	

Cómo se organiza el ambiente educativo en cuanto a:

Tópicos	Observaciones
Espacio físico	Auditorio abierto con sillas universitarias. Los estudiantes que se encuentran ubicados aras se dispersan pues da con el pasillo central de la dependencia de Pediatría y hay circulación de gente.
Recursos educativos utilizados	Proyector de video Beam con pantalla
Tiempo	Una hora

Tópicos	Observaciones
Eslabones de la estrategia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludo y presentación del tema del seminario 2. El profesor que dirige es quien desarrolla la temática central, revisión del tema 3. Los estudiantes escuchan en silencio toda la exposición 4. Se abre el espacio para preguntas o aportes 5. Algunos estudiantes participan, así como profesores 6. Se resaltan algunas conclusiones.
Evaluación aplicada	No se evidenció
Rol docente	La exposición del profesor es plana, un tono de voz media baja. Su actitud hacia el grupo es de receptividad e interés por el tema que está tratando.
Rol residente	No se evidenció
Interacción profesor-residentes	El tema tratado es desarrollado por el profesor en su totalidad.
Interacción entre residentes	Los participantes conocen el tema, pero no lo preparan.
Interacción residente mayor y menor	No se evidenció.

Competencias que se potencian:

Competencias	(X)
Comunicar	X
Diagnosticar	
Trabajo en equipo interdisciplinario	
Ética	X
Rehabilitar	
Investigar	
Proponer	
Otras. ¿Cuál?	

Percepciones Generales de la Observación:

GUIAS DE OBSERVACIÓN DE LA PRÁCTICA DOCENTE**IDENTIFICACIÓN:**

- **Fecha:** Junio 5 de 2013
- **Hora:** 7:00 AM a 8:00 AM
- **Observador:** Cruzana Echeverri Restrepo
- **Lugar:** Auditorio, Hospital Infantil, Hospital Universitario San Vicente de Paul
- **Especialidad:** Pediatría.
- **Tema:** Nuevos virus respiratorios, coronavirus, influenza Aviar (H1N1,...H7N9
- **Participantes:** dieciséis (16) personas, residentes (9), internos (3), externos (2), estudiantes (1)

¿Cuál es la estrategia didáctica que se observa?

#	Estrategias didácticas	SI	OBSERVACIONES
1	Práctica Guiada		
2	Simulaciones		
3	Estudios de casos		
4	Taller didáctico		
5	Seminarios		
6	Aprendizaje basado en problemas. A.B.P.		

#	Estrategias didácticas	SI	OBSERVACIONES
7	Participación en grupos de investigación		
8	CPC		
9	Telemedicina		
10	Ronda clínica		
11	Simposio		
12	Simulaciones		
13	Prácticas de Laboratorio		
14	Visita Domiciliaria Familiar		
15	Demostraciones		
16	Revisión de temas		
17	Otras. ¿Cuáles?	X	
	Exposición		

Cómo se organiza el ambiente educativo en cuanto a:

Tópicos	Observaciones
Espacio físico	Un auditorio (salón) abierto a un corredor. Contiene aproximadamente cuarenta (40) sillas, que están en filas de tres y dos sillas, frente a la pantalla y al docente. Dos tableros, uno melaminicos y una pantalla; doce lámparas de techo. De las cuales dos permanecen encendidas durante la sesión. Se trabaja a media luz, las ventanas permanecen cerradas. El profesor (quien expone el tema) permanece de pie, de frente a los asistentes quienes permanecen sentados y en silencio.

Tópicos	Observaciones
Recursos educativos utilizados	Video beam. Presentación de imágenes de órganos afectados, mapa de países con afectación humana, fuentes de transmisión (animales: murciélagos, gatos, aves, patos...). Cuadros estadísticos, texto.
Tiempo	Sesenta (60) minutos

Eslabones de las Estrategias.	Eslabón	Profesor	Estudiante	Necesidad	Observaciones
	1.Orientación	Motiva: enuncia el tema objeto de exposición, Presenta antecedentes históricos de la aparición del virus	Interés: Puntualidad en el auditorio, escucha, atención. Miran al profesor, su presentación, algunos toman nota	Formación integral/ capacidades: Reconocimiento de evidencias de virus y variantes en su manifestación de la enfermedad	
	2.Asimilacion de contenido	Ofrece nuevos problemas: Presenta información sobre nuevos casos del coronavirus y evidencias en nuevas imágenes	Aplica habilidades y nuevos conocimientos Algunos (dos) toman nota	Problemas se adecuan al interés SI	
	3.Dominio del contenido	Reiteración en cada problema Árbol filogenético, cita porcentajes, imágenes nuevas, nuevos registros de aumento de casos en diferentes regiones del mundo y de Colombia	Reconoce lo fundamental En silencio	Logra el objetivo Conocimiento sobre nuevos virus respiratorios: coronarios e influenza aviar,	
	4.Sistematización del nuevo contenido	Ofrece nuevos conocimientos, nuevos problemas Presenta informe de nuevos casos originados	Relaciona nuevos contenidos con el que ya posee En silencio	Resolver nuevos problemas	

		en Arabia Saudita La globalización y sus sistemas de transporte también contribuyen a globalizar los virus y las enfermedades			
	5.La evaluación	Comprueba y valora	Asimilación: Reproducción: Producción: Producción: Creación:	Capacidades: Atención Escucha Concentración	

DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA DIDÁCTICA	
TÓPICOS	OBSERVACIÓN
Descripción de los eslabones generales de la estrategia didáctica	
Evaluación aplicada	Síntesis: La globalización y sus sistemas de transporte también contribuyen a globalizar los virus y las enfermedades.
Rol docente	Expone, lee el texto de diapositivas, combina exposición con algunas notas de humor.
Rol residente	Permanece en silencio, algunos toman notas, están atentos, al final hay una observación sobre la necesidad de protección del cuerpo medico y de la salud. en ello se requiere adquirir mayores instrumentos de protección y de tecnología
Interacción profesor-residentes	El profesor (quien expone el tema) permanece de pie, frente a los asistentes quienes quedan sentados y en silencio. Tres toman nota en hojas y lapicero, cuatro miran el celular, digitan algo, el resto escucha.
Interacción entre residentes	No conversan.
Interacción residente mayor y menor	

Competencias que se potencian:

COMPETENCIAS	SI	OBSERVACIONES
Comunicar		
Diagnosticar		
Trabajo en equipo interdisciplinario		
Ética		
Rehabilitar		
Investigar		
Proponer		
Otras. ¿Cuáles?	X	Escucha, atención,

Percepciones Generales de la Observación:

La exposición del profesor se genera en una lógica de evolución del conocimiento sobre el tema, que partes de un referente histórico, de más de diez años, hasta la actualidad junio de 2013. Exponiendo un alto nivel de consulta y actualidad de la información.

GUIAS DE OBSERVACIÓN DE LA PRÁCTICA DOCENTE

IDENTIFICACIÓN:

- **Fecha:** 8 de agosto de 2013
- **Hora:** 8:00 – 10:00 a.m
- **Observador:** Cruzana Echeverri Restrepo y MiglenaKambourova
- **Lugar:** Hospital San Vicente de Paul
- **Especialidad:** Pediatría
- **Tema:** Ronda clínica de lactantes
- **Participantes:** Doctor Javier Mauricio Sierra, 1 interno de la UBP y cinco (5) estudiantes de pregrado de séptimo semestre Niñez I.

Cuál es la estrategia didáctica que se observa: Presentación de informes de investigación

#	Estrategias didácticas	
1	Práctica Guiada	
2	Simulaciones	
3	Estudios de casos	
4	Taller didáctico	

5	Seminarios	
6	Aprendizaje basado en problemas. A.B.P.	
7	Participación en grupos de investigación	
8	CPC	
9	Telemedicina	
10	Ronda clínica	X
11	Simposio	
12	Simulaciones	
13	Prácticas de Laboratorio	
14	Visita Domiciliaria Familiar	
15	Demostraciones	
16	Revisión de temas	
17	Otras. Cuáles?	

Cómo se organiza el ambiente educativo en cuanto a:

Tópicos	Observaciones
Espacio físico	Segundo piso del edificio de pediatría del HSVP. El espacio tiene un módulo en el centro donde están los computadores de los médicos y varios cubículos donde están hospitalizados los pacientes. En un lado se encuentra un lavamanos. Cuenta con buena iluminación generada por lámparas. Los cubículos (habitaciones de los niños enfermos) tienen ventanas que dan a la calle. Un corredor de 1,50 m

Tópicos		Observaciones			
		<p>une las habitaciones, es la vía para pacientes, visitantes, acompañantes, y personal de la clínica. Aunque existen ventanas el lugar es más bien cerrado.</p>			
Recursos educativos utilizados		<p>En la parte exterior al modulo y pegado a este, hay dispuestos dos computadores para la consulta, Computador, historias clínicas, estetoscopio y otros para la revisión de los pacientes. En la parte interior al módulo de administración hay tres computadores que comparten enfermeras, medicos y estudiantes. Cada grupo de estudiantes comparten un computador, algunos tiene una libreta pequeña donde anotan observaciones del docente. Ven imágenes en el computador</p>			
Tiempo		<p>Dos (2) horas de observación, pero la ronda toma más tiempo. Se observó la parte pre-ronda donde se estudiaron las historias de los pacientes y cada grupo realizó diferentes actividades. En la ronda sólo se presencié la discusión sobre un paciente.</p>			
Eslabones de la estrategia	invariantes				
	Eslabón	Profesor	Estudiante	Necesidad	Observación
	1.Orientación	<p>Motiva: 1.a partir de preguntas 2.Contraste de diagnósticos 3.Confrontación de conceptos</p>	<p>Interés: Generalmente responden aquellos a quienes el profesor dirige la pregunta. Solo en escasas ocasiones (mientras se hizo la observación) contestaban otros estudiantes.</p>		<p>De pie alrededor del profesor se presenta el diagnostico y analizan las situaciones, por espacio de 20 minutos</p>
2.asimilacion de contenido:	<p>-El profesor realiza lavado de manos -Presenta diagnóstico y temas a revisar</p>	<p>-Los estudiantes realizan lavado de manos -Revisan diagnósticos y</p>			

Tópicos		Observaciones			
			exponen algunos criterios		
3.dominio del contenido	-El profesor realiza observaciones y hace indicaciones. Pregunta por pre diagnósticos, el tratamiento (procesos educativos de postura del niño, momentos de la alimentación, cantidad de alimento) y la medicación				Los estudiantes dudan, asienten algunas cosas que dice el profesor, toman nota,
4.Sistematización del nuevo contenido	En síntesis: lo observado y las pruebas realizadas no son suficientes, es necesario reconocer qué pasa durante el proceso de alimentación de la madre, y realizar nuevas pruebas	-solicitaran a la mamá que los deje observar algunos momentos de alimentación del niño			El paciente se mantiene en observación (proceso de alimentación) y se realizaran nuevas pruebas
5. la evaluación	No se realizó una evaluación formal. El profesor por medio de las preguntas, las respuestas y la participación de los estudiantes podría evaluar el desempeño				

Tópicos		Observaciones			
		de todos.			
Evaluación aplicada					
Rol docente		<p>El docente organiza y dirige la ronda, hace preguntas (“¿Qué recomendaciones van a dar ustedes a los padres de una niña con reflujo desde lo cotidiano y qué medicamentos van a recomendar? ¿Estos exámenes diagnósticos son suficientes para dar el diagnóstico de la enfermedad, se necesita algo más?”, etc.), precisa conceptos (“reflujo” y “tener la enfermedad”), explica a partir de ejemplos concretos (“el estómago de un niño es como un vaso, cuando el vaso se llena, empieza a regarse el líquido. Esto sucede con el niño cuando es “lleno”, la leche se devuelve, “sale del vaso, ya no cabe”), relata historias para ampliar la información sobre algunos temas (sobre las razones de acostar a los niños boca arriba), contrasta y relaciona situaciones (el reflujo y la muerte súbita), profundiza algunos conceptos de acuerdo a las respuestas que dan los estudiantes, propone situaciones hipotéticas (“Sí usted está en Ituango ya haciendo su rural – se dirige a la estudiante-interna – qué haría en el caso de una paciente con este problema?”), revisa y analiza las imágenes y los resultados de los exámenes médicos. En ocasiones la conversación se extendía y se tocaban varios temas, pero el docente volvía y enfocaba la conversación de una manera organizada y lógica.</p>			
Rol residente		<p>Los estudiantes eran de pregrado. El rol particular del estudiante dependía de la función que se le asignó durante las etapas de la ronda. Al iniciar la actividad el profesor dividió las tareas: una estudiante revisó una niña paciente, la interna con dos estudiantes más consultaron la historia clínica de otra niña paciente, ellos leyeron, tomaron nota, conversaron y después revisaron la paciente. Otros dos estudiantes acompañaron al doctor a visitar un niño. El doctor conversó con la mamá del paciente, después los estudiantes lo examinaron.</p> <p>Cuando se reunieron todos, la estudiante quien revisó la niña empezó a dar reporte sobre el estado del paciente y era la directa responsable de contextualizar a sus compañeros. El profesor hacía preguntas para aclarar datos cuando era necesario. Siempre se identificaron tres momentos: el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento.</p>			
Interacción profesor-residentes		<p>El docente creó un ambiente muy agradable de aprendizaje, sin temores y situaciones estresantes. En momentos cuando la estudiante no sabía la respuesta, aunque ella misma se sentía apenada e incómoda por no poder responder, el profesor nunca reaccionó de manera agresiva u ofensiva. Su actitud de comprensión permitía a los estudiantes aprender con tranquilidad.</p>			
Interacción entre		<p>En general hubo poca interacción entre ellos, cada uno trabajó en su grupo cumpliendo con las</p>			

Tópicos		Observaciones
residentes	tareas.	
Interacción residente mayor y menor		La estudiante del internado dirigió el trabajo en uno de los grupos. Era evidente que ella explicaba a los dos estudiantes de pregrado y ellos escuchaban y tomaban notas.

Competencias que se potencian:

Competencias	(X)
Comunicar	
Diagnosticar	X
Trabajo en equipo interdisciplinario	
Ética	
Rehabilitar	
Investigar	
Proponer	X
Otras. ¿Cuál?	Informar- evaluar

Percepciones Generales de la Observación:

La ronda clínica tuvo varias etapas:

7. Distribución de tareas entre el grupo de estudiantes.
8. Cumplimiento de las tareas en grupo - revisión de pacientes y/o de sus historias clínicas.
9. Presentación del paciente.
10. Discusión con base en preguntas hechas por el profesor.

11. Conclusiones sobre la situación y el tratamiento del paciente.

Llama la atención que la personalidad del profesor con su actitud (respetuosa frente al estudiante, receptiva, paciente frente a la exposición o silencio del estudiante, calmado y amable, el tono de voz pausado, y en el direccionamiento propositivo y problematizador), experiencia y conocimiento influye en gran medida en el aprendizaje del estudiante.

GUIAS DE OBSERVACIÓN DE LA PRÁCTICA DOCENTE

IDENTIFICACIÓN:

- **Fecha:** jueves 14 de marzo 2013
- **Hora:** 7:00 a.m.-8:00 a.m.
- **Observador:** MiglenaKamburova
- **Lugar:** Auditorio Radiología
- **Especialidad:** Radiología
- **Tema:** Intervencionismo
- **Participantes:** 34 participantes, Profesores médicos: Andrés Uribe, Ignacio, Giovanni García, Walter, Julieta, Carlos Díaz, Jhon Weimar. Fellos: estudiantes de subespecializaciones, Residentes de radiología y otros, Estudiantes de 8 semestres de medicina.

Algunas preguntas que focalizan la observación:

Cuál es la estrategia didáctica que se observa: Staff de intervencionismo

#	Estrategias didácticas	
1	Práctica Guiada	
2	Simulaciones	
3	Estudios de casos	
4	Taller didáctico	
5	Staff de intervencionismo	X
6	Seminarios	
7	Aprendizaje basado en problemas. A.B.P.	
8	Participación en grupos de investigación	
9	CPC	
10	Telemedicina	
11	Ronda clínica	
12	Simposio	
13	Simulaciones	
14	Prácticas de Laboratorio	
15	Visita Domiciliaria Familiar	
16	Revisión de tema	
17	Demostraciones	

Cómo se organiza el ambiente educativo en cuanto a:

Tópicos	Observaciones
Espacio físico	Un auditorio pequeño
Recursos educativos utilizados	Proyector de video Beam, ventilados, visualización de imágenes de RX
Tiempo	Una hora
Eslabones de la estrategia	<ol style="list-style-type: none"> 1. El caso se elige previamente. 2. Presentación del caso por parte de un residente de último año de Radiología. Se describe la historia clínica. Importante identificar que participan más de una especialidad de manera que se analice el caso de forma interdisciplinaria. (Internistas, Vasculares, Radiólogos...) 3. Se aclaran dudas con preguntas que surgen del planteamiento del caso 4. Características que más detallan al paciente y se analizan los exámenes que se han realizado. 5. Se muestran los exámenes mediante proyección y se analizan las imágenes 6. Discusión: Aquí discuten los médicos especialistas, los residentes y profesores observan y toman nota, se argumenta desde la experiencia, desde las investigaciones. 7. El profesor que lidera invita a que otros especialistas que están allí intervengan desde su especialidad. 8. Se continúa la discusión con aportes cada vez más compleja. 9. Toma de decisiones
Evaluación aplicada	Al cierre se muestra desde la enseñanza los aspectos esenciales que se identifican del caso de forma que desde los presaberes se consoliden los procesos que se están desarrollando con el caso.
Rol docente	Los profesores lideran el ejercicio y los estudiantes observan activamente.
Rol residente	Acompaña el análisis del caso
Interacción profesor- residentes	De acompañamiento y liderazgo
Interacción entre residentes	El ambiente es académico, con respeto e idoneidad clínica, de aporte, de discusión.
Interacción residente	

Tópicos	Observaciones
mayor y menor	El residente mayor es quién más interviene y lidera, los demás residentes son receptivos a la escucha.

Competencias que se potencian:

Competencias	(X)
Comunicar	X
Diagnosticar	X
Trabajo en equipo interdisciplinario	X
Ética	X
Rehabilitar	
Investigar	X
Proponer	X
Otras. ¿Cuál?	

Percepciones Generales de la Observación:

6.5.17. Anexo 17. Transcripciones de los Análisis de los Documentos

Ficha de Análisis de documentos

Documentos oficiales para analizar:

- ✓ Registros calificados de las 21 especialidades.
- ✓ Reglamento académico de posgrados
- ✓ Actas de consejo de Facultad de posgrados
- ✓ Resoluciones internas de los posgrados.

Ficha análisis de documentos Institucionales

Objetivo: Analizar la coherencia que existe entre los documentos marcos que describen los principios y fundamentos en los cuales se apoya la educación médica en las especialidades clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y lo que se encuentra en la realidad concreta.

Título: Resolución Rectoral 27223 por el cual se expide el reglamento específico para los programas de Posgrado de la Facultad de Medicina.

Tipo de documento:

Folleto _____ Artículo: _____ Programa: _____

Acta_____ Resoluciones: X u Otros:

Año en el que se escribió: 2009

Autores o responsables del documento: Rector Alberto Uribe Correa y Carlos Vásquez Tamayo, Secretario General.

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>Art 2 Docencia directa e indirecta (Actividades Académicas, laborales asistenciales y/o investigativas)</p> <p>“Art 3 Denomínese Especialidad Médica Clínica y Quirúrgica, a un programa de posgrado adscrito a la Facultad de Medicina que tiene por objeto, permitir al médico la profundización en una área del conocimiento específico de la medicina, adquiriendo competencias en conocimientos, habilidades y destrezas avanzadas, para la atención de pacientes en las diferentes etapas de su ciclo vital y con enfermedades de los diversos sistemas orgánicos que requieren atención especializada, lo cual se logra por un Proceso de enseñanza-aprendizaje, teórico-práctico en el marco docente-asistencial, y cuyo egresado responda a las necesidades de salud, servicio social, docentes e investigativas que requiere el país.”</p>	<p>En la definición que se encuentra sobre especialidad médica tanto clínica y quirúrgica, se hace énfasis en la adquisición de competencias de los estudiantes. Competencias que aparecen en marcos generales (conocimientos, habilidades y destrezas) y que no se definen en términos específicos. Así como no queda claro, la diferencia que se encuentra entre las competencias adquiridas en el pregrado y posgrado médico. Esto es precisamente uno de los puntos, que tendrían que explicitasen en la presente investigación.</p>	<p>Docencia Directa e Indirecta</p> <p>Denominación Especialidad Médica Clínica y Quirúrgica</p> <p>Ez-Az</p>

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>“Parágrafo 3: Denomínese Especialización a los programas de posgrado de la facultad de Medicina que por su presencialidad, número de créditos, plan de estudios, y objetivos limitados en investigación son equivalentes a lo que en la política de posgrados de la Universidad de Antioquia se denomina de la misma manera.”</p>	<p>¿Se podría decir que La especialización por su intensidad horaria, plan de estudios y objetivos es equivalente a una maestría ofrecida en otras facultades?</p>	<p>Denominación de Especialización</p>
<p>Artículo 6. Serán criterios generales para la evaluación de las rotaciones (curso teórico práctico) y de los cursos regulares, la evaluación de aptitudes, destrezas y habilidades según el curso de estudios aprobado en cada programa. Dicha evaluación deberá ser de tipo formativo y sumativo. Cada comité de programa definirá los criterios a tener en cuenta y los informará por anticipado a sus estudiantes.</p>	<p>Es necesario Mirar cuál es el criterio de evaluación que ha definido el comité de programa de posgrado en medicina.</p> <p>¿Será necesario mirar también el reglamento estudiantil general de posgrado de la Universidad? Además cada programa académico de posgrado en medicina tiene un reglamento... ¿Éstos también debe mirarse?</p>	<p>Evaluación de las rotaciones:</p> <p>Aptitudes, destrezas y habilidades</p>
<p>Artículo 12, 4... el estudiante tiene derecho a “solicitar, en los casos que así lo requieran, la asesoría del docente”.</p>	<p>Es importante incluir en las preguntas del instrumento, con qué frecuencia los estudiantes solicitan asesorías, cuál ha sido la disponibilidad del profesor, y en qué medida han ayudado al proceso de Enseñanza-Aprendizaje.</p>	<p>Asesoría del docente</p>
<p>Observación General: Esta resolución reglamenta aspectos específicos de los programas de posgrado de la Facultad de Medicina y se apoya en el reglamento estudiantil de posgrado (Acuerdo Superior 04 de 1984 y 122 de 1997). Ésta en general muestra</p>		

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>responsabilidades y deberes de los estudiantes y no realiza especificaciones frente a las categorías de análisis de la Investigación. Es por esto, que sólo se registra en esta ficha, la forma en cómo se concibe la evaluación y las diferentes especialidades.</p>		

Ficha de Análisis de documentos de Autoevaluación Medicina 2009

Documentos oficiales para analizar:

- ✓ Registros calificados de las especialidades clínicas
- ✓ Reglamento académico de posgrados
- ✓ Actas de consejo de Facultad de posgrados
- ✓ Resoluciones internas de los posgrados clínicos

Ficha análisis de documentos Institucionales

Objetivo: Analizar la coherencia que existe entre los documentos marcos que describen los principios y fundamentos en los cuales se apoya la educación médica en las especialidades clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y lo que se encuentra en la realidad concreta.

Título:

Tipo de documento: INFORME DEL PROCESO DE AUTOEVALUCIÓN PARA LA ACREDITACION INTERNACIONAL (RIACES) DEL PROGRAMA DE PREGRADO DE MEDICINA

Folleto _____ Artículo: _____ Programa: _____

Acta _____ Resoluciones: _____ u Otros: Informe X

Año en el que se escribió: 2009

Autores o responsables del documento: Equipo directivo y comité de Autoevaluación de la Facultad de Medicina.

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>Integralidad del currículo</p> <p>“La opción de la Facultad de Medicina por la formación de un médico integral le implica concebirlo como un ser singular, irrepetible, autónomo, libre, trascendente, histórico, social y cultural. Es su misión favorecer y desarrollar al hombre en todas sus potencialidades y valores, pero también en todas sus dimensiones: formativa, socio interactiva, cognitiva, y académico-profesional” P 80, pr</p>	<p>De acuerdo con esto, se puede inferir que es un propósito de la facultad, la formación integral y el desarrollo de todas las potencialidades, valores y dimensiones de los estudiantes de medicina tanto de pregrado como de posgrado.</p>	<p>Formación del Medico Integral</p> <p>Dimensiones</p>
<p>Flexibilidad del currículo</p> <p>“La flexibilidad implica necesariamente reconocer cuál es el componente central no negociable que debe cumplir todo aprendiz, de tal modo que se garantice la consecución de sus propósitos de formación, su perfil como médico, y que le ofrezca otras posibilidades para que avance en un campo específico de su interés, lo que constituye el componente complementario. Al mismo tiempo, se deben brindar posibilidades de cultivar los intereses,</p>	<p>La evaluación de acuerdo a lo arrojado en las entrevistas ha estado centrada en ese componente central no negociable del currículo, es decir, lo que se espera que aprenda el estudiante de determinada especialidad clínica y quirúrgica. Pero ha dejado de lado, esa parte flexible en la que se comprende que si el aprendizaje está mediado por los intereses, aptitudes e inteligencias múltiples, esto debería también ser abordado por la evaluación. No una evaluación</p>	<p>Flexibilidad del Currículo</p> <p>Componente central no negociable</p> <p>Componente complementario</p> <p>Ciclos Fundamentación y</p>

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>las aptitudes y las inteligencias múltiples”. P92, pr 6</p> <p>“El componente central integra dos espacios curriculares que se han denominado <i>ciclos</i>: Fundamentación y profesionalización.</p> <p>1) El mesocurrículo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia está conformado por componentes de segundo y tercer niveles de generalidad que se han denominado respectivamente, áreas problema, núcleos problemáticos y subnúcleos o problemas.</p> <p>2) El microcurrículo es el nivel estructural más definido y concreto del diseño curricular. Cuando se ha trabajado un currículo centrado en <i>núcleos problemáticos</i> como una estructura curricular intermedia, al microcurrículo le corresponden los problemas específicos que conforman un núcleo o un subnúcleo problemático. Estos problemas específicos pueden surgir de condensar los contenidos esenciales en componentes integradores con un carácter indagador” P 94</p>	<p>centrada en el producto sino en el proceso.</p>	<p>profesionalización</p> <p>Meso currículo</p> <p>El micro currículo</p> <p>Diferencia currículo</p>
<p><i>Interdisciplinariedad</i></p> <p>“En el currículo anterior las asignaturas eran disciplinas; el actual se centra en áreas problemáticas.</p> <p>En el ciclo de fundamentación el proceso de enseñanza-aprendizaje se da con base en áreas problema (no disciplinares), que se desarrollan</p>	<p>¿Aparecen en el currículo identificados cuáles son los núcleos problemáticos de las especialidades clínicas y quirúrgicas?</p> <p>De igual manera ¿Se pueden identificar los problemas específicos que conforman los núcleos o subnúcleos problemáticos?</p> <p>¿Esto como lo ven los residentes de acuerdo a</p>	<p>El ciclo de Fundamentación</p> <p>Áreas problema conformadas por Núcleos Problemáticos</p> <p>Dimensiones de la</p>

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>alrededor de sistemas. Cada área está conformada por núcleos problemáticos que atienden contenidos generales alrededor de los cuales se desarrollan contenidos específicos e incluye procesos en los que se relacionan los contenidos básicos e intervienen e interactúan las diferentes disciplinas relacionadas con el.</p> <p>El ciclo de profesionalización se desarrolla en torno a las fases del ciclo vital y también utiliza los núcleos problemáticos.</p> <p>La interdisciplinariedad se promueve en tres dimensiones: 1) prevención, promoción, atención y rehabilitación. 2) Lo material, lo psicológico y lo social y 3) investigación y extensión”. P 99, pr 5</p>	<p>las entrevistas efectuadas?</p> <p>¿Realmente piensan que se integran las áreas centrándose en problemas o por el contrario aluden a un asigna turismo?</p> <p>¿Cómo se da la interacción entre las diferentes disciplinas?. ¿Esto se realiza de manera explícita?</p> <p>¿Qué correspondencia tienen las estrategias didácticas utilizadas por los docentes con el ciclo vital y el trabajo centrado en núcleos problemáticos?</p> <p>¿De acuerdo a la información recolectada se puede decir que estás tres dimensiones están fortalecidas? ¿Cuáles no? Y ¿Por qué?</p> <p>Por ejemplo, muchos de los residentes argumentaron que la investigación la terminaban realizando de forma superflua y que muchos veían esto como algo impuesto, con lo “cuál hay que cumplir”, pero al no destinarse los espacios y tiempos suficientes para esto, no hay una motivación de ellos para realizarla.</p> <p>Las estrategias didácticas que se compilan y aparecen como un producto de la investigación desbordan las aquí mencionadas. Lo cual no solo enriquece el conocimiento que hasta el momento se tenía sobre dichas estrategias en las especialidades clínicas y quirúrgicas, sino que</p>	<p>Interdisciplinariedad</p>

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
	permite establecer comparaciones entre las antes consideradas, y las que ahora han emergido.	
<p><i>Sistema de evaluación de estudiantes</i></p> <p>“La evaluación a los estudiantes se rige por el Reglamento estudiantil, Acuerdo número 1 de 1980 del Consejo Superior; que en su Capítulo VII, Artículo 79 estipula que la evaluación debe ser un proceso continuo, que busque no solo apreciar las aptitudes, actitudes, conocimientos y destrezas del estudiante frente a un determinado programa académico, sino también lograr un seguimiento permanente que permita establecer el cumplimiento de los objetivos educativos propuestos. P 103, pr 2</p>	<p>De acuerdo al reglamento de la Universidad de Antioquia la evaluación no solo considera los productos sino también los procesos; el seguimiento permanente del estudiante. Teniendo en cuenta esto, ¿Cuáles son los criterios de evaluación que los docentes de especialidades médicas dicen utilizar?</p>	<p>Reglamento Estudiantil UdeA</p> <p>Formato evaluación final del curso</p>
<p><i>Trabajos de los estudiantes</i></p> <p>Según las metodologías propuestas, en el plan de estudios el estudiante es el protagonista del proceso de su formación y se fomentan la creatividad y la formación del pensamiento autónomo</p> <p>El seguimiento del trabajo de los estudiantes se lleva a cabo mediante el acompañamiento y el asesoramiento permanente del profesor en la presentación de trabajos, ensayos, casos clínicos y todas las actividades que fomentan la adquisición de habilidades y destrezas. Es necesario anotar que en el Programa de Pregrado de Medicina no se exige un trabajo específico</p>	<p>¿Cómo se fomenta la creatividad y el pensamiento autónomo, de acuerdo a las evidencias?</p> <p>¿Qué disposición se encuentra por parte de los profesores para realizar asesorías? ¿Qué espacios y tiempos se encuentran para ello? ¿Los residentes recurren a ésta? ¿Qué dicen al respecto?</p> <p>Frente a este apartado, se puede considerar que existen algunas de las estrategias didácticas emergentes de esta investigación que hacen parte del ciclo de profesionalización. Por ejemplo consulta médica.</p>	<p>Estrategias</p> <p>ABP</p> <p>Dialogo Reflexivo</p> <p>Acompañamiento y Asesoramiento del Profesor</p>

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>para optar al título.</p> <p>Además, en el ciclo de profesionalización el trabajo de los estudiantes se desarrolla principalmente en los hospitales y demás escenarios de atención en salud. Allí se conforman grupos pequeños de estudiantes que acompañados de residentes y profesores asisten y atienden pacientes en consulta externa, rondas clínicas, turnos en las salas de hospitalización y urgencias” P 104</p>		
<p><i>Evaluación y autorregulación del Programa</i></p> <p>“Durante el semestre académico se llevan a cabo reuniones evaluativas con los estudiantes con el fin de establecer los correctivos requeridos, utilizando parámetros previamente establecidos referidos a aspectos académicos, sociales, humanísticos y administrativos</p> <p>Al terminar cada asignatura se aplica un formato de evaluación diseñado por Vicerrectoría de Docencia, diligenciado por los estudiantes, para evaluar el desarrollo del micro currículo y el desempeño de cada profesor en la teoría y en la práctica. Estas evaluaciones son un insumo importante para la evaluación y autorregulación del Programa de Pregrado y el desempeño del profesor” P 105 y P 106</p>	<p>¿Con tanta frecuencia se realizan estas evaluaciones dentro de los posgrados médicos? ¿Se realizan constantemente, en el durante del proceso formativo o al final? Tener en cuenta esto es importante, porque conversar sobre lo que se está haciendo en el proceso no sólo genera un clima de confianza sino que ayuda a que haya un acompañamiento y resultados satisfactorios. En cambio, realizarlo al final, es un indicador de que no se tiene una relación comunicativa fortalecida.</p> <p>¿Que han arrojado las evaluaciones que se realizan al final del proceso formativo, en el posgrado medico?</p>	<p>Evaluación</p> <p>Formación del Estudiante</p> <p>Ciclo de Profesionalización</p> <p>Residencias</p>
<p><i>Investigación formativa</i></p> <p>“En el Estatuto General se concibe la</p>	<p>Como se mencionó anteriormente, la investigación no ha sido fortalecida en el posgrado médico, y la docencia de acuerdo con</p>	<p>Concepción de Investigación según el</p>

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>investigación como fuerza del saber, generadora y soporte del ejercicio docente, y en razón de ello en el mismo documento se expresa que la investigación y la docencia constituyen los ejes de la vida académica de la universidad. El Acuerdo Superior número 204 del 6 de noviembre de 2001 reglamenta el Sistema Universitario de Investigación (SUI)” p 106</p> <p>“En todos los cursos correspondientes a áreas nucleares y de componente flexible se incorporan metodologías tendientes a la formación investigativa. P 106 Las metodologías que se utilizan en el ciclo de profesionalización, como estudio de casos, ABP, análisis de investigaciones y elaboración, ejecución y evaluación de proyectos favorecen el acceso de los estudiantes al estado del arte del saber en Medicina, la toma de decisiones y la solución de problemas que se presentan en la disciplina”. P 108</p>	<p>algunos residentes no es el fuerte de muchos, ya que no los preparan para esto, y en ocasiones tienen que ejercerla incluso con estudiantes de pregrado de la misma facultad. Esto se vuelve preocupante cuando se mira el estatuto general ya que concibe tanto a la investigación como a la docencia: ejes de la vida académica de la universidad.</p> <p>¿Qué acciones se han establecido para fortalecer la investigación en el posgrado? ¿Existen cursos para esto? ¿Programas complementarios? ¿Flexibilidad en el currículo y disponibilidad tanto horaria como de tiempo para esto?</p> <p>¿Los residentes tienen la oportunidad de participar en los programas de extensión? ¿Existen las condiciones para esto? Si es así, ¿Cuáles?</p>	<p>estatuto Nacional</p> <p>Áreas Nucleares y componente flexible</p> <p>Ciclo de profesionalización</p>
<p><i>Extensión o proyección social</i></p> <p>“La proyección social del Programa de Pregrado de la Facultad de Medicina se concreta en proyectos como Vida Infantil; Área salud y Sociedad; Consultorio en Seguridad Social Integral del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina; Componente Flexible del currículo; departamento de Pediatría y Puericultura” P 110,</p>		<p>Proyectos sociales de extensión</p>

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
pr 6		
<p>Resumen: El documento es un borrador o insumo para el proceso de autoevaluación del pregrado de Medicina, que tiene como miras alcanzar la acreditación internacional RIACES. Interesa resaltar el capítulo denominado “Características asociadas con los procesos académicos” porque hace parte de las reflexiones que el comité de currículo realizó entorno a conceptos claves del proceso de enseñanza y aprendizaje y que si bien pretendían tener una incidencia directa en pregrado, posibilitan pensar algunas orientaciones pedagógicas relacionadas con el posgrado que sean coherentes con estos planteamientos.</p>		
<p>Observación General: Este capítulo seleccionado se basa en las cartillas realizadas por el comité de currículo. Por lo tanto, son pocos los aportes nuevos que realiza para la investigación. No obstante, lo que se hace en esta ficha es recoger las ideas y conceptos generales y principales que se consideran como relevantes dentro del proceso de reflexión académica para la acreditación del programa de Medicina, esto permite entender de una forma más integral la apuesta Pedagógica planteada.</p>		

Revisión de los Documentos de Acreditación Internacional

Documentos	Descartados (no oficiales)
<p>Aulas y quipos: Es un documento de autoevaluación, que contiene: INFORME DEL PROCESO DE AUTOEVALUCIÓN PARA LA ACREDITACION INTERNACIONAL (RIACES) DEL PROGRAMA DE PREGRADO DE MEDICINA. 2009</p> <p>(Debido a su extensión se realizó una ficha de Análisis que recoge los puntos pedagógicos del escrito)</p>	<p>Consulta al centro de Extensión: son sugerencias para la construcción de un texto sobre la creación del centro de extensión</p>
<p>Carta distinciones 2006. Postulación de profesores del departamento de Microbiología y Parasitología como candidatos a distinción.</p>	<p>Consulta a asociación de egresados: Son dos párrafos que refieren a la conformación del grupo de egresados, la base de datos que contiene información sobre ellos y las diplomaturas que están liderando.</p>
<p>Informe de Actividades 2008. Segundo Semestre. Centro de Investigación. Se centra en tres ejes temáticos: Simulación Médica, Tele MAP Y Atención Prehospitalario. Son 19 Pág.</p>	<p>Consulta a comunicaciones distinciones 2008. Es un párrafo donde aparece la distinción que se da en las jornadas universitarias</p>
	<p>Consulta a Decanatura: Un párrafo sobre la participación en eventos académicos en el extranjero</p>
	<p>Consulta a Vicedecanatura: Se indaga por la existencia de las 3 comisiones de evaluación de profesores: Ciencias Básicas, clínicas y quirúrgicas. Se aclara con cuadros las características de la vinculación y títulos que tienen los maestros en el 2005, así como la Evaluación obligatoria de estudiantes a los profesores, creación de tutorías para acompañar a los profesores en lo que les genera dificultad, especialmente en lo pedagógico. Aquellos con evaluación</p>

Documentos	Descartados (no oficiales)
	regular deben entregar un plan de mejoras.
	Consultar al programa de desarrollo pedagógico: Formación continua, actualización permanente, formación pedagógica básica, tecnologías, incorporación de criterios innovadores, evaluación programas y profesores. Para existe un programa llamado: Programa de Desarrollo Docente
	<i>Consulta Característica 41: Presupuesto del Programa: De cómo adquiere los fondos la facultad de Medicina. 2 Pàg</i>
	Consulta sobre presupuesto Biblioteca: inversión en material bibliográfico de las bibliotecas del área de la Salud.
	Cuadro Estudiantes admitidos 2009: Percepciones estudiantes nuevos sobre infraestructura. 1 pág.
	Cuadro para registro de Estudiantes: Datos estudiantes matriculados en el programa y egresados. 1 pág.
	Cuadro Permisos: Para el personal administrativo 2008.
	EL CONSULTORIO DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRADA Descripción de Una propuesta solidaria e interdisciplinar. Progra- interfacultades de la universidad de Antioquia que brinda asesoría a solución a diferentes problemas en el orden de la salud seguridad social.
	Proyecto Certificación y Acreditación Servicios de Laboratorio y Vacunación Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Se describe la evaluación del proceso de calidad de los laboratorios y servicios de la Facultad.

Documentos	Descartados (no oficiales)
	Los demás documentos se pueden encontrar incluidos en el informe de Autoevaluación 2009

Nota: Los documentos aquí referenciados no tienen observaciones ya sea porque no son textos oficiales o por su corta extensión y baja pertinencia. El único que se considera importante con relación a los objetivos investigativos fue reseñado en una ficha aparte. Éste es: **INFORME DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACION INTERNACIONAL (RIACES) DEL PROGRAMA DE PREGRADO DE MEDICINA. 2009**

Ficha análisis de documentos Institucionales Cartilla Comité de Currículo

Objetivo: Analizar la coherencia que existe entre los documentos marcos que describen los principios y fundamentos en los cuales se apoya la educación médica en las especialidades clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y lo que se encuentra en la realidad concreta.

Título: Hacia un nuevo marco teórico para la renovación curricular. Referentes contextuales.

Tipo de documento:

Folleto _____ Artículo: _____ Programa: _____

Acta _____ Resoluciones: _____ u Otros: Cartilla ____ x _____

Año en el que se escribió: Primera versión 1998; segunda versión 2000

Autores o responsables del documento: Comité de currículo

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>“En América Latina se observa una disminución progresiva del papel del estado en el desarrollo social, especialmente en los campos de la salud y la educación, con una tendencia a transferir responsabilidades fundamentales al sector privado sin la garantía necesaria de equidad en la oferta de los servicios. Las universidades han tenido que incluir en sus políticas la búsqueda de fuentes alternativas por la vía del autofinanciamiento, lo cual deriva en la implementación de políticas de corto plazo que afectan la calidad del proceso educacional, la investigación y las prácticas de salud”. P32, pr 1</p>	<p>¿De qué manera afecta la formación de los especialistas clínicos el desentendimiento del Gobierno por las Universidades, en especial en la parte financiera?</p>	<p>Neoliberalismo Diagnóstico</p>
<p>“Las exigencias inducidas por el complejo médico.-industrial y reforzadas por una propuesta pedagógica centrada en el diagnóstico y el tratamiento y no en la promoción, la prevención y la rehabilitación, han consolidado un modelo de atención morbicéntrico e individualista, que estimula la aplicación de altas tecnologías, en muchos casos de manera indiscriminada. Este modelo incrementa los costos de la atención, deteriora la calidad de los servicios, lleva a una oferta inequitativa, produce bajas coberturas efectivas en atención y paradójicamente subutiliza el trabajo de médicos y otros profesionales”. P 32, pr 3</p>	<p>De acuerdo con esto, las investigaciones, estudios teóricos y prácticos de los estudiantes deben basarse también en la prevención, la promoción y la rehabilitación. Se hace necesario destacar en este punto, las observaciones que los estudiantes, profesores y estudiantes hacen con referencia al modelo de atención individualista.</p>	<p>Y tratamiento más que promoción, prevención y rehabilitación. Deterioro de la calidad de los servicios</p>

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>“No existe en las escuelas médicas una cultura ni un desarrollo científico acordes con nuestras necesidades; se carece de investigación para la Generación y adopción crítica de conocimientos científicos, que resuelvan los problemas prioritarios de salud. De igual forma hay ausencia de publicaciones médicas tanto en ciencias básicas como en clínicas, que divulguen los resultados de las escasas investigaciones que logran superar los escollos mencionados”. P 33, pr 1</p> <p>“La situación ya descrita es debida entre otras causas a procesos de formación y entrenamiento universitarios que anulan la curiosidad, eliminan el espíritu de observación y por ende no orientan al futuro profesional hacia la investigación”. P 33, pr 2</p>	<p>Cuándo los estudiantes afirman que la investigación se convierte en una carga, y no es asumida de una forma profunda, se está entendiendo entonces que con ella no se están resolviendo los problemas prioritarios de salud, como así lo demanda el principal propósito del ejercicio investigativo.</p>	<p>Baja Investigación</p> <p>Formación</p> <p>Curiosidad</p> <p>Investigación</p>

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>“...La introducción del nuevo modelo económico en el sector de la salud no tuvo en cuenta, por lo menos en nuestro país, la relación docente asistencial; sin embargo en algunos países como México existen comités interinstitucionales entre los sectores de educación y salud con el propósito de desarrollar mecanismos que contribuyan al diagnóstico integral de la formación de recursos humanos en salud, a la promoción para lograr una adecuada distribución de estos recursos, a la definición de los perfiles profesionales, a la definición de criterios para la aprobación, a la acreditación de las universidades, a la selección de alumnos, y a la evaluación de los programas de internado y servicio social obligatorio”. P34, pr 2</p>	<p>El exceso de actividades, rotaciones, exposición de temas y casos, así como demás demandas formativas, hacen difícil la emergencia del tiempo y la flexibilidad necesaria para la investigación. Lo que hace que –como se indica en la cita- el futuro profesional no esté orientado hacia la investigación, lo que no solo incide en la producción de conocimiento sino también, que hacen más escasa las publicaciones, proyectos que posiciones al médico de la universidad tanto en el ámbito nacional como internacional obedeciendo a las lógicas de campo de las que habla Bourdieu.</p>	<p>Educación y salud</p>

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>“Las ciencias sociales deben constituir uno de los ejes articuladores del proceso educativo, incorporándose en cada uno de los niveles de la carrera para apoyar la explicación integral de los fenómenos determinantes del proceso salud-enfermedad, individual y colectivo. Es necesario reconocer que las enfermedades tienen causas biológicas, ambientales, sociales y subjetivas”. P 35, pr 2</p> <p>“No se debe permitir la división entre las ciencias biológicas y las ciencias aplicadas; en medicina existen además diferencias notables entre quienes se dedican a unas u otras, debido a la cuantía de ingresos, lo que hace que estos referentes sean percibidos por los estudiantes, quienes ante todo buscan la formación clínica con la esperanza de un mejor futuro económico”. P 36, pr 2</p>	<p>Esto es importante, porque se deja ver que las causas de los problemas en la salud no sólo obedecen al modelo neoliberal, sino también a los procesos formativos. Valdría preguntarse ¿Todavía se puede afirmar que se elimina la curiosidad, el espíritu de observación y por ende la orientación hacia la investigación?</p> <p>Preguntar o indagar por cómo se fomenta la curiosidad e interés por investigar.</p> <p>¿Existe en Colombia un comité interinstitucional entre los sectores de educación y salud?</p>	<p>Ciencias sociales</p> <p>Dimensiones de la realidad</p>
<p>“Uno de los aspectos sobre los que se insiste con respecto al cambio en la educación médica es el concepto de integración docente asistencial vigente en América Latina, que exige un compromiso global de la universidad y de la facultad con los servicios de salud y bienestar de la población, que supere en su alcance al enfoque comunitario predominante en otras regiones”. P37, pr 2</p>	<p>Los comités interinstitucionales entre los sectores de educación y salud en México, confirman la necesidad de que haya un dialogo continuo entre los campos de conocimiento tanto educativo como de la salud. Este diagnóstico sobre la formación de los recursos humanos, en esta investigación se está realizando precisamente, especialmente con los maestros para fortalecer el proceso de educación médica</p>	<p>Percepción de los estudiantes</p> <p>Formación clínica</p> <p>Futuro económico</p>

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>“El proceso de aprendizaje tiene que involucrar a los estudiantes y no puede dejar de lado aspectos tan importantes como la motivación, la comprensión, la adquisición, la retención, la recordación, la recuperación, la generalización y la reglamentación” P 39, pr 3</p>		
<p>“La enseñanza para lograr la participación activa y motivada del aprendiz debe ser: flexible, relevante, de experiencias totales, activa y dinámica, funcional, centrada en el estudiante, y orientada hacia la experiencia, en otras palabras debe ser pertinente no sólo en contenidos sino también en método” P39, pr3</p> <p>“En cuanto a las estrategias para mediar el proceso de enseñanza, será necesario revisar lo antiguo y lo nuevo sin escatimar esfuerzos por mejorar lo presente, acudiendo a formas más participativas como por ejemplo el taller, el seminario investigativo, el método de solución de problemas, la experiencia clínica, la técnica de la pregunta, y la enseñanza personalizada”. P 40, pr 3</p>	<p>¿De qué manera el maestro le posibilita al estudiante abordar las enfermedades desde la dimensión social?</p>	
<p>“La evaluación buscará diversas alternativas incluyendo el perfil de lo formativo, sin descuidar la evaluación de producto cuando la situación lo amerite, pero en todo caso intentando superar el claustro de la heteroevaluación con la búsqueda de</p>	<p>¿Existen en el instrumento preguntas relacionadas con el proyecto de vida que tienen los estudiantes y el conocimiento que sobre éste tienen los maestros?</p> <p>Sería muy interesante, preguntarles a los</p>	<p>Integración docente asistencial</p> <p>Aprendizaje</p> <p>Enseñanza</p>

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>propuestas claras que conduzcan finalmente al logro de la autoevaluación en cuanto ello significa conquista de autonomía, autocrítica, auto comprensión, autodirección, responsabilidad y sentido ético, sin caer en las extravagancias de autismos o de autarquías exageradas que riñen con el bien común”. P40, pr 4</p> <p>“...también a las exigencias de una nueva actitud por parte del estudiante, en cuanto al requisito de una <i>participación más personal</i> y social, más activa y de compromiso y consecuentemente a un rol menos directivo, impositivo y paternal por parte del profesor. En este mismo sentido, se espera del profesor un cambio radical en lo que dice relación con la propuesta de un nuevo paradigma del conocimiento, que pone en crisis todo aprendizaje copiado y repetitivo y reclama un encuentro más personal, crítico propositivo y comprometido con el saber y con el entorno en el que se da y sobre el cual se hace imperativo actuar como condición necesaria de un aprendizaje pertinente y con sentido social”. P 40, pr 2</p> <p>“Es necesario preparar a los profesionales de la salud, en una formación que se extienda a todo lo largo de su vida profesional, para que asuman posiciones de liderazgo, adquieran habilidades y destrezas administrativas y de</p>	<p>maestros cual es el sentido de la formación. A veces de las preguntas abiertas emergen afirmaciones que pueden hacer parte de una idea que promueve determinadas prácticas formativas.</p> <p>Aquí se habla siempre desde un deber ser, es decir desde algo que todavía no es en la realidad.</p> <p>Importante Lo que se espera Corresponsabilidad de estudiante y profesor. Indagar por las formas de participación de los estudiantes en la construcción del conocimiento.</p> <p>Esto es una cita para cuándo se habla de la dificultad de investigar.</p> <p>Mirar si estas estrategias que aquí se estiman como promovedoras de la participación fueron consideradas con dicha característica en el compilado.</p> <p>¿Cómo se fomenta el autoaprendizaje y la autoevaluación?</p> <p>Podrían mirarse las cualidades propias de cada rol, tanto del maestro como del estudiante.</p>	<p>Estrategias didácticas</p> <p>Evaluación: Proceso y producto</p> <p>Educación continua</p> <p>Estrategias educación continua</p> <p>Formación continua</p> <p>Reforma actual de los servicios de salud</p> <p>OMS</p> <p>Objetivos OMS</p> <p>Universalización</p> <p>Eficiencia</p> <p>calidad</p> <p>Efectos de la reforma en la educación médica</p> <p>Propuesta para la formación</p> <p>Renovación curricular</p>

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>gestión (...) La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ha venido desarrollado un ambicioso programa de educación continua, con base en la experiencia de la Universidad Javeriana y con el objeto en primer término de actualizar al médico mediante una estrategia docente a distancia y un óptimo aprovechamiento del tiempo libre; en segundo lugar, de desarrollar una disciplina de autoaprendizaje y autoevaluación; en tercer lugar de establecer una vía de comunicación de las facultades de medicina con sus egresados y con todo el cuerpo médico del país, para ser aprovechada en la difusión de toda la información importante del sistema de salud y la realización de encuestas entre otros”. P 44, pr 1</p> <p>Reforma actual de los servicios de salud</p> <p>“La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la reforma de los servicios de salud en el mundo como un proceso sostenible de cambios políticos, institucionales, organizacionales, gerenciales y financieros guiado por cada gobierno, con el propósito de mejorar el funcionamiento del sector salud como sistema y la situación de salud de la población en particular”. P 45, pr 3</p> <p>“La OMS propone como objetivos para la</p>	<p>¿De qué manera se prepara al residente para una formación continua, ser autodidacta, gestionar su propio aprendizaje?</p> <p>Podría mirarse de acuerdo a los hallazgos, ¿que aparece con más énfasis en la formación de los residentes, lo aludido al contenido, los procedimientos o la actitud? Entendiendo que ésta última contempla aspectos aludidos al ser.</p> <p>¿Qué aspectos de los mencionados por los actores entrevistados, dan cuenta de una participación de los médicos, en lo concerniente con la participación política en reformas, organizaciones y proyectos de alto impacto? ¿Qué acciones se realizan para mejorar la situación de la salud en los contextos en los que se trabajan?</p> <p>La calidad de la atención depende en gran medida de la formación más que en el contenido y el procedimiento, en el ser del médico.</p> <p>¿De qué manera esta reforma afecta la formación en las especialidades clínicas? O es referenciada en las entrevistas?</p>	

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>reforma la <i>universalización</i> de las coberturas; la <i>equidad</i> en la atención, en el acceso a los servicios, en el tratamiento recibido para la misma condición, en el tratamiento basado en las necesidades de la atención y en el estado de salud. También es</p> <p>objetivo la <i>eficiencia</i> para lograr una mejor relación costo-beneficio, la <i>calidad de la atención</i> lo cual requiere de un acuerdo entre los diferentes actores de la organización y la <i>satisfacción de los usuarios y de los proveedores</i>". P 46, pr 1</p> <p><i>Efectos de la reforma sobre la educación médica</i></p> <p>“Las facultades de medicina deberán pues redoblar el esfuerzo por formar a sus estudiantes en la atención primaria, porque esta estrategia de atención se impondrá definitivamente. Deberán también propiciar el aprendizaje de métodos de entrevista personal más rápidos pero más integrales como el del «flash» desarrollado por los grupos Balint, ya que la relación médico paciente cambiará radicalmente en el futuro, fundamentalmente debido al apoderamiento del paciente, a la necesaria aparición de una «ciencia en la clínica» y a la micro gerencia de la atención (managedcared)". P 58, pr 1</p>	<p>Este método debería considerarse o referenciarse en el compilado.</p> <p>¿Cuál es la formación pedagógica que tienen los maestros de las especialidades clínicas en la facultad de medicina?</p>	

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>1950: Renovación curricular basado en modelos Norteamericanos.</p> <p>1995: Renovación curricular bajo la rectoría de docencia de Jaime Restrepo Cuartas: Formación de los profesores en las disciplinas pedagógicas cuyo objetivo era el cambio de un modelo educativo en los pregrados en donde se le apuesta por una didáctica más participativa, interactiva y con una metodología menos rígida. También se gesta la Renovación del contenido curricular apostándole a la interdisciplinariedad con una visión universalista que no desconozca el contexto, apoyando los semilleros de investigación. Además se propone la modernización de la infraestructura administrativa.</p>		
<p>Observación General: El documento presenta las variables políticas, económicas y sociales que deterioran al sector de la salud. Se extrae de este texto lo concerniente a la formación de los médicos, resaltando las concepciones sobre enseñanza, evaluación, aprendizaje, estrategias didácticas etc. Aunque se enfoque en los pregrados y en las renovaciones curriculares realizadas en el mismo, algunos de los elementos allí referenciados pueden pensarse también en el campo de la educación médica en posgrado.</p>		

Ficha análisis de documentos Institucionales El Microcurrículo Cartilla

Objetivo: Analizar la coherencia que existe entre los documentos marcos que describen los principios y fundamentos en los cuales se apoya la educación médica en las especialidades clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y lo que se encuentra en la realidad concreta.

Título: Proceso de Sistematización Curricular. El Micro currículo. Aspectos Conceptuales y Metodológicos.

Tipo de documento:

Folleto _____ Artículo: _____ Programa: _____
 Acta _____ Resoluciones: _____ u Otros: Cartilla de Fundamentación

Año en el que se escribió: Julio de 1999

Autores o responsables del documento: Comité de Currículo de la Facultad de Medicina. UdeA. Consultora temática, en estructuración y contenido: Aurora Giraldo Londoño

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>Alude a que antes éste se realizaba sin consultar los deseos de estudiantes y profesores, estructurando su plan de estudios en disciplinas independientes de corte asignaturista y basándose en el manejo del contenido del experto (profesor). De esta manera el micro currículo era el componente curricular básico del plan de estudios.</p> <p>La nueva forma de concebir al micro currículo, implica abordarlo como el nivel estructural más definido y concreto del diseño curricular, que agrupa, integra, asocia e interrelaciona el conocimiento, cuya intencionalidad emerge del contexto y puede estar</p>	<p>¿En la Actualidad para elaborar un micro currículo y un currículo se consulta los deseos de los profesores y estudiantes?</p> <p>¿Trabajan los profesores con problemas específicos del contexto, por medio de proyectos, módulos, programas cursos etc?</p> <p>¿De qué manera el profesor da cuenta de los esquemas previos que tiene el</p>	<p>Asignaturismo.</p> <p>Microcurrículo</p>

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>referido a problemas específicos si se trata de un currículo centrado en “núcleos problemáticos”.</p> <p>El aprendizaje tal y como se concibe en este escrito, se basa en el nuevo paradigma de la psicología cognitiva, partiendo de los esquemas previos que tiene el estudiante: “Se trata de hacer traslucido el pensamiento para poderlo analizar, estimular y hacerle seguimiento”</p> <p>La enseñanza, retomando (Letelier SM, 1999) la conciben como aquella que hace énfasis en la capacidad de razonamiento del alumno, en la autoconstrucción del conocimiento con base a sus esquemas previos, en el desarrollo de habilidades para la búsqueda y procesos de información, en los procesos de aprendizaje crítico reflexivos. Destacando que los conocimientos que se presenten deben ser significativos y estar relacionados con la disponibilidad actitudinal del estudiante (Ausubel)</p> <p>De acuerdo con el documento, el profesor nunca debe presentar el conocimiento elaborado, debe guiar (aclarando, sintetizando y motivando) y diseñar espacios para que el estudiante vivencie el conocimiento por medio de situaciones problemas (P11, pr 1)</p> <p>Los principios pedagógicos en los que se apoya el micro currículo son:</p> <p>1. Apertura y Flexibilidad (Participación, Autodirección): El alumno es protagonista activo de su</p>	<p>estudiante?</p> <p>¿Cómo identifican los profesores la disponibilidad actitudinal de los estudiantes al enfrentarse con los contenidos?</p> <p>¿De qué presupuestos parten para decir que estos conocimientos son significativos?</p> <p>Identificar cuando se le pregunte a un docente por cómo es un día cotidiano de clase, si estas se centran en exposiciones</p> <p>¿El estudiante tiene participación en la construcción del micro currículo?</p> <p>O ¿Existen espacios de negociación sobre cómo se va a dirigir el curso?</p> <p>¿De qué manera se integra en el curso lo</p>	<p>Aprendizaje</p> <p>Enseñanza</p> <p>Disposición Actitudinal</p> <p>Conocimientos Significativos</p> <p>Maestro</p> <p>Situaciones Problemas</p> <p>Flexibilidad</p> <p>Participación de los estudiantes</p>

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>aprehendizaje. Él es quien elige y toma posición ante una variedad de versiones del conocimiento, contenidos, problemas y enfoques metodológicos de aprendizaje.</p> <p>2. Pertinencia (Relación que integra constantemente teoría-Práctica): Reflexión, aplicación y transferencia de lo aprendido.</p> <p>3. Interdisciplinariedad (Integración) Problemas abordados Interdisciplinariamente</p> <p>4. Paradigma (Autodesarrollo, Autoaprendizaje): Reflexión del estudiante sobre su actuar y su aprender: Autoevaluación y acción correctiva.</p> <p>Ambientes de Aprendizaje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intencionalidad: Propósitos u objetivos en coherencia con los fundamentos pedagógicos. 2. Contenidos: Principios esenciales de las disciplinas, que hacen diferentes aproximaciones al conocimiento, son significativos y se organizan interdisciplinariamente. 3. Relación profesor alumno: Democrático, respetuoso, dialógico. Autonomía del alumno. 4. Escenarios Estrategias Didácticas: Ritmos del estudiante, autoconstrucción del conocimiento, resolución de problemas, utilizan la comunidad como escenario de aprendizaje. 	<p>teórico con lo práctico?</p> <p>¿Cómo trabajan la interdisciplinariedad?</p> <p>Preguntar a los profesores ¿Qué reflexiones y propuestas le han dado los estudiantes para mejorar el proceso de Ez-Az?</p> <p>La intencionalidad también aparece presente en las competencias</p> <p>Tener también presente que los contenidos se asocian continuamente con la interdisciplinariedad.</p> <p>¿Cómo describe a sus profesores?</p> <p>¿Cómo describe a sus estudiantes?</p> <p>¿Qué procesos de Enseñanza y Aprendizaje han necesitado o han utilizado a la comunidad como escenario de aprendizaje?</p> <p>¿Los estudiantes participan en la construcción de la evaluación antes, durante y después de terminado el curso?</p> <p>Es importante contrastar estas</p>	<p>Teoría- Práctica</p> <p>Interdisciplinariedad</p> <p>Autoevaluación</p> <p>Ambientes de Aprendizaje</p> <p>Intencionalidad</p> <p>Contenidos</p> <p>Relación profesor alumno</p> <p>Estrategias Didácticas</p>

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>5. Evaluación: Se diseña en equipo, retroalimenta, integra, utiliza el error como aprendizaje, la autoevaluación, reconoce las diferentes dimensiones del desarrollo (pensamiento, habilidades, actitudes y valores)</p> <p>6. Estrategias Metodológicas:</p> <p>6.1 Centrado en problemas o vivencias:</p> <p>ABP teórico (Método de casos ya resueltos), ABP comunitario (Método de Proyectos), MBE (Medicina Basada en evidencias en donde los problemas clínicos se convierten en preguntas, se analizan y se revisa la literatura médica) y el Modelo didáctico operativo (M.D.O Elabora una primera interpretación de la situación real o simulada y se confronta con la teoría). Todos en general utilizan la metodología (Formulación problemática, Hipótesis, indagación teórica, verificación de Hipótesis conclusiones)</p> <p>6.2 Centrado en el diálogo reflexivo: Aprendizaje crítico reflexivo y creativo (Indagación por medio del diálogo reflexivo, la comunidad de indagación (debate (Favor, en contra), audiencias (Juez, fiscal defensor) y la indagación crítico creativa (Se centra en los contenidos de aprendizaje de un curso dado). En éstos se parte de una temática, se hace énfasis en el dialogo antes de la indagación y después se hace juego de</p>	<p>estrategias metodológicas con las estrategias didácticas compiladas en la investigación.</p> <p>¿Cómo confronta a los estudiantes?</p> <p>¿Cuál de todas estas estrategias utiliza?</p> <p>¿Fuera de la exposición que otras estrategias metodológicas utiliza?</p> <p>Decirle al profesor: Describa como presenta un nuevo tema</p> <p>A los estudiantes:</p> <p>Que elementos innovadores incluye el maestro en sus exposiciones</p>	<p>Evaluación</p> <p>Estrategias Metodológicas</p> <p>Basado en Problemas</p> <p>ABP</p> <p>MBE</p> <p>M.D.O</p> <p>Dialogo Reflexivo</p> <p>Estrategias didácticas</p>

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>roles. El orienta reorienta) el seminario investigativo (la relatoría –exposición dirigida al grupo-, la correlatoría –análisis crítico de la relatoría-, la discusión y el protocolo) y el aprendizaje basado en analogías.</p> <p>6.3 Otras estrategias: Enfoque expositivo (problema, solución por grupos, consulta, síntesis del profesor con base a sus experiencias, sus investigaciones; no es una repetición de la información documentada; grupos de discusión con base a casos o preguntas guiadas, conclusiones, ampliación de la información etc. Y Grupos de trabajos integración de las nuevas tecnologías etc.</p>		
<p>Observación General : Es un documento enfocado en pregrado de Medicina</p>		
<p>Resumen: “El documento sintetiza el proceso de estructuración del nuevo currículo de la Facultad de Medicina para presentar el micro currículo como el componente más cercano al docente y al alumno” P 4, pr 5</p>		

Ficha análisis de documentos Institucionales El Proceso de Salud y Enfermedad Final

Objetivo: Analizar la coherencia que existe entre los documentos marcos que describen los principios y fundamentos en los cuales se apoya la educación médica en las especialidades clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y lo que se encuentra en la realidad concreta.

Título: Proceso de Sistematización Curricular. El proceso Salud enfermedad y la educación médica. Referentes contextuales

Tipo de documento:

Folleto _____ Artículo: _____ Programa: _____
Acta _____ Resoluciones: _____ u Otros: Cartilla de Fundamentación

Año en el que se escribió: Noviembre 2000

Autores o responsables del documento: Comité de Currículo de la Facultad de Medicina. UdeA.

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>Para esta ficha se destaca el paradigma biomédico y la apuesta del comité de currículo por seguir bajo un modelo pedagógico diferente, en el cuál resaltan el constructivismo.</p> <p>“En el año de 1958, siendo decano el doctor Ignacio Vélez Escobar, se realizó la primera reforma</p>	<p>¿Existe algún documento que soporte el modelo pedagógico constructivista en el posgrado medico?</p> <p>Esto habría que tenerlo en cuenta en el análisis y productos investigativos.</p>	<p>Objetivo del comité de currículo</p> <p>Primera Reforma del currículo</p>

<p>fundamental en el currículo para la carrera de medicina. El modelo se basó en los principios epistemológicos del positivismo lógico, se adoptó un patrón basado en las teorías de Abraham Flexner y en los códigos de la Asociación Médica Americana; no fué un proceso de construcción colectivo autóctono sino un modelo impuesto. Podemos afirmar que esta estructura básica se ha mantenido sin modificaciones fundamentales, a pesar de los cuestionamientos que en estas cuatro décadas se le han hecho”</p> <p>Crisis de la Enseñanza bajo el modelo Biomédico:</p> <ul style="list-style-type: none"> -La fragmentación del conocimiento (repetición de contenidos, división entre las ciencias básicas y las clínicas e impertinencia de la información médica) -La autoridad del maestro aparece favorecida por el modelo y el conocimiento no es construido en conjunto o de acuerdo a las necesidades de los estudiantes. -Debido a la no retroalimentación para la construcción del conocimiento existe una distancia a las exigencias sociales y al avance de la ciencia. -La educación médica enfatiza más en lo biológico, que en la formación socio-humanista. -Énfasis en la actividad docente, más que en el trabajo de extensión, investigación, reflexión del currículo lo que genera una separación entre teoría y práctica. -la distribución por departamentos hace que la 	<p>De acuerdo con este texto, el modelo basado en el positivismo lógico se ha mantenido sin modificaciones fundamentales. Esto tendría que actualizarse o ponerse en conversación con lo encontrado en la práctica.</p> <p>También podría colocarse en el análisis cuáles eran -bajo el modelo biomédico- los aspectos notorios en la crisis de la Enseñanza, si se han mantenido o/y cuáles son los aspectos críticos que se manifiestan en el momento.</p> <p>¿En la actualidad pueden destacarse algunos elementos que eran propios del modelo biomédico en la formación de los residentes de especialices médicas?</p> <p>¿Cómo se reconoce la subjetividad del médico en el posgrado médico?</p> <p>¿Qué tanta relevancia se le da a la dimensión tanto subjetiva como social, de acuerdo a lo encontrado?</p> <p>¿Qué de lo que dicen los profesores y los</p>	<p>Se mantiene la estructura.</p> <p>Crisis de la Enseñanza</p> <p>Modelo Biomédico</p> <p>Transdisciplinariedad</p> <p>Interdisciplinariedad</p> <p>Nuevo paradigma educativo</p> <p>Modelo pedagógico</p> <p>Dimensiones de la realidad</p> <p>Constructivismo</p> <p>Concepción del Aprendizaje</p> <p>Principios del constructivismo.</p> <p>Aprendizaje</p>
--	---	--

<p>planeación por parte de los maestros carezca de sentido.</p> <p>-No hay interdisciplinariedad y Transdisciplinariedad. -El modelo biomédico utiliza un modelo explicativo unicausal, gracias a él se refuerza la intervención farmacológica, se medicaliza el problema y se produce el efecto reduccionista característico del modelo biomédico: “El estudiante recibe múltiples visiones del mismo problema sin lograr nunca sus propias conclusiones y reflexiones”</p> <p>Hacia nuevos paradigmas Se plantea la necesidad de un modelo pedagógico que se base en la intertransdisciplinariedad e incluya fuera de las características biológicas, la necesidad de reconocer la subjetividad del médico, la conciencia que tiene sobre sí mismo y sobre lo que los rodea ya que él debe reconstruir su autoidentificación, autocomprensión y por tanto, su representación del mundo. Es por esta razón que el documento resalta las 3 dimensiones que componen el mundo de la vida: Las dimensiones material, subjetiva y social. (estas se especifican en el texto: documento No.1, Hacia un marco teórico para la renovación curricular, Universidad de Antioquia (2000))</p> <p>“De esta forma el cambio de un modelo del conocimiento objetivante y positivista que considera la realidad como algo dado, de carácter material, susceptible de descubrir, predecir y controlar mediante leyes explicativas, a un modelo de carácter interpretativo, que concibe la realidad compuesta además por dimensiones subjetiva y</p>	<p>estudiantes (u otros agentes) da cuenta de la inclusión de este modelo pedagógico denominado como constructivista?</p> <p>De acuerdo a lo observado, ¿Cómo resuelven los residentes los problemas cotidianos?</p> <p>¿De acuerdo a las observaciones y entrevistas realizadas que relaciones se pueden establecer entre los entornos de aprendizaje en el cuál se encuentran inmersos los residentes y la construcción de conocimiento?</p>	
---	--	--

<p>social y por tanto construida socialmente, impacta los modelos pedagógicos pasándose del modelo tradicional de enseñanza, de carácter transmisionista a otro que se ha denominado constructivista”</p> <p>“En esta nueva concepción del proceso de aprendizaje se necesita desarrollar capacidades cognitivas, creativas y organizativas, requeridos por y para esta sociedad. Los que aprenden deben involucrar los procesos de solución de problemas, análisis, evaluación y satisfacción de necesidades de comunicación. El aprendizaje se considera como una búsqueda individual de significado e importancia, inserta en una actividad social e individual. Como afirma Miller “la idea de la trascendencia del conocimiento por si mismo o por su propia importancia, está perdiendo parte de su atractivo dentro del proceso. En vez de esto, empezamos a comprender que el poder real se apoya en nuestra habilidad para buscar, analizar y usar críticamente la información, para tomar decisiones, resolver problemas y responder efectivamente a nuevas situaciones*”</p> <p>El enfoque pedagógico se fundamenta en los siguientes principios:</p> <p>“-El alumno construye el conocimiento. Una nueva situación de aprendizaje produce desequilibrio cognitivo. Auto explicarse una nueva situación es indispensable para construir conocimiento nuevo. Los principios de este nuevo enfoque educativo re significan los elementos constitutivos del proceso de enseñar - aprender: intencionalidad, relaciones</p>		
---	--	--

<p>profesor - estudiante, contenidos, escenarios y recursos didácticos y por supuesto la evaluación. Esto exige la consideración de nuevos conceptos articulados a los componentes del proceso enseñar - aprender, tales como nuevas tecnologías, atemporalidad, entornos de aprendizaje, flexibilidad, aprendizaje permanente y recurrente, interdisciplinariedad, docencia, investigación”</p>		
<p>Observación General :</p> <p>El documento enfatiza en las debilidades del modelo biomédico que tiene como implicaciones formativas, la fragmentación del conocimiento, el énfasis en la realidad biológica desconociendo la social y subjetiva; el abordaje de la salud-enfermedad desde modelos uni-causales, la falta de correspondencia entre teoría -práctica, y por tanto la falta de trabajo integrado de docencia, extensión e investigación, lo que hace que el conocimiento no se corresponda con las exigencias del contexto y las necesidades del estudiante. Por lo anterior, se resalta la apuesta por el comité de currículo de utilizar el modelo pedagógico constructivista, ya que este permite que tanto estudiantes como maestros mantengan una constante construcción del saber mediante el dialogo con la realidad.</p> <p>El documento se refiere al modelo pedagógico en general de la facultad de Medicina sin hacer énfasis en posgrado, pero permite preguntarse por la continuidad del paradigma biomédico en la actualidad y la apropiación del modelo constructivista en las especialidades.</p>		
<p>Resumen: Realiza un recuento de la evolución histórica del concepto de salud, en el que se destaca el paradigma antiguo y el paradigma moderno nominado como modelo Biomédico, en la segunda mitad del siglo XX, destacando de este último las “dificultades que afectan la formación del recurso humano en salud, el impacto en las condiciones de salud de grandes grupos poblacionales (...) Todas éstas como consecuencia de la fundamentación epistemológica del modelo biomédico, el cual solo le reconoce estatuto de realidad a los procesos mórbidos que tienen manifestación objetiva; se interpreta sólo desde modelos explicativos causales o mecanicistas, fundados en alteraciones finales de la materia (físicas, químicas o biológicas) e ignora los aportes que las ciencias sociales y humanas pueden ofrecer para la comprensión del fenómeno mórbido; como consecuencia se validan únicamente los modelos de investigación experimental y las intervenciones de la realidad material bajo esta lógica se han tornado hegemónicas la investigación en ciencias básicas biomédicas y la intervención farmacológica e instrumental del paciente.”</p>		

Pregunta General:

¿Cuáles de las implicaciones formativas, mencionadas en este documento acerca del modelo biomédico se presentan todavía en la actualidad? Para esto se tiene en cuenta que esta cartilla se publicó en el 2000 y alude a un trabajo de reestructuración curricular que devela la necesidad de un cambio de paradigma en la educación médica. Para esto se debe analizar lo que emerja del estudio empírico del Doctorado.

Ficha análisis de documentos Institucionales Las Estructuras Curriculares Cartilla 4

Objetivo: Analizar la coherencia que existe entre los documentos marcos que describen los principios y fundamentos en los cuales se apoya la educación médica en las especialidades clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y lo que se encuentra en la realidad concreta.

Título: El proceso de sistematización curricular. Las estructuras curriculares. Aspectos conceptuales metodológicos.

Tipo de documento:

Folleto _____ Artículo: _____ Programa: _____

Acta _____ Resoluciones: _____ u Otros: Cartilla X

Año en el que se escribió: Diciembre de 1999. Segunda versión

Autores o responsables del documento: Comité de Currículo.

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
El currículo de medicina tenía una organización disciplinar centrada en contenidos “Fragmentaba	¿De qué manera se evidencia en las observaciones, el proceso de re	Re contextualización

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>atomizaba el conocimiento” (Díaz M., 1998). Después en el nuevo paradigma del conocimiento que es denominado por Khun (citado por Díaz M., 1998) “ruptura científica” se piensa en una reorganización del abordaje del contenido y métodos de las ciencias. Lo que exige una re contextualización (De lo particular a lo global) , la concreción (de lo general a lo particular) y permite concebir las profesiones como “los grandes espacios curriculares que articulan diferentes campos del saber, los que a su vez integran distintas disciplinas”</p> <p>Una disciplina “posee su propio discurso método de desarrollo” y puede aportar al campo de la formación profesional, en lo concerniente a objetivos comunes, el intercambio de discursos métodos y por conexiones internas transdisciplinarias (Piaget citado por Díaz M 1998)</p> <p>“La medicina se concibe como una organización de saberes y métodos de los campos que la “fundamentan” y los campos que la “profesionalizan”, como las ciencias básicas, las clínicas, las económicas, las sociales y las humanas” P 7, pr 2</p> <p>El currículo agregado: “Está constituido por materias independientes con límites cerrados definidos. La tarea de relacionar unos contenidos con otros le corresponde al estudiante por sí mismo” P7, pr 4</p> <p>El currículo integrado “desdibuja los límites</p>	<p>contextualización y concreción que aluden a lo que se denomina como “pensamiento complejo”?</p> <p>¿Cómo se promueve la transdisciplinariedad?</p> <p>¿En la práctica o en la observación empírica cuál currículo es el que parece funcionar?</p> <p>El análisis no está centrado en los contenidos. Pero la articulación de saberes podría verse en la utilización de estrategias didácticas que involucran procesos interdisciplinarios.</p> <p>Tanto el componente no negociable como el componente flexible son categorías que no son de análisis directo en la investigación.</p> <p>El ciclo también alude a los contenidos. En este caso de carácter básico y de fundamentación.</p> <p>En el caso de los residentes, es necesario establecer relaciones no entre los niveles sino</p>	<p>Concreción</p> <p>Definición de Profesiones</p> <p>Disciplina</p> <p>Transdisciplinariedad</p> <p>Educación Medica</p> <p>Currículo Agregado: Fragmentado</p> <p>Currículo Integrado: Articulador</p> <p>Estructura Macro curricular</p> <p>Componente no negociable del currículo vs componente flexible.</p> <p>Ciclo</p> <p>Dimensión</p> <p>Meso currículo</p> <p>Áreas Problema</p> <p>Núcleos esquemáticos</p> <p>Núcleo Problemático</p>

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>entre las asignaturas con relaciones abiertas articula contenidos diversos. Para el efecto se trabaja por proyectos o por problemas, en los cuales confluyen diferentes saberes dando lugar a la interdisciplinariedad” P7, pr 5</p> <p>Estructura Macro curricular: “Son componentes de “amplio espectro” que asocian objetos de conocimiento con una función de formación que les es común (García N., 1997)” P7, pr 6 Dentro de éste se reconoce: El componente central: Áreas integradoras de contenidos esenciales. Componente no negociable del currículo. También se reconoce el componente flexible o complementario: Variedad de Contenidos elegidos por los estudiantes.</p> <p>Ciclo: “Es una estructura de alto nivel de generalidad que empieza a delimitar contenidos de carácter básico contenidos específicos”. P8, pr 5 El ciclo de fundamentación orienta el desarrollo científico de la practica medica y el de profesionalización integra el proceso de salud y enfermedad.</p> <p>Estructuras meso curriculares: “ Son componentes que conectan el macro currículo con el plan de estudios, estableciendo lazos de relaciones entre los niveles curriculares de cada nivel” P13, pr 2</p> <p>Áreas problema: “Responden a grandes problemas del conocimiento o a las grandes</p>	<p>entre las rotaciones.</p> <p>Para enfocarse en Las necesidades de formación, se requiere de la flexibilidad, para poder darle prioridad a aquellos contenidos que son solicitados por los estudiantes. ¿Esto se tiene en cuenta? Frente es bueno rastrear las dificultades que enuncian los residentes para poder ser tenidas en cuenta precisamente dichas necesidades formativas.</p> <p>¿Cómo se eligen los temas?</p> <p>La pregunta que interesaría en esta investigación, no es que saberes se integran sino cómo se hace esto... ¿De qué manera se tiene en cuenta a los residentes? ¿Cómo termina esto, siendo evaluado por ellos?</p> <p>Si las relaciones entre saberes para la solución de problemas considera lo psicológico, social y material ¿Cómo se podría dar cuenta de esto en los posgrados?</p> <p>No queda clara la diferencia entre Área problema y Núcleos problemáticos.</p>	<p>Meso currículo</p> <p>Parámetros para el análisis el meso currículo.</p> <p>Área problema y Núcleo problema.</p>

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>necesidades de formación aglutinando saberes afines e integrando en <i>forma variada</i> según características específicas del área, los componentes macro curriculares” P12, pr 3</p> <p>Núcleos esquemáticos problematizadores: “Temas que no solo dilematizan al estudiante, sino que le permiten profundizar el conocimiento” Abraham Magendzo (1997)</p> <p>“Núcleo: Permite abordar el conocimiento de una manera global y es interdisciplinario (ideas integradoras)”</p> <p>Se entiende por núcleo problemático –de acuerdo al documento- a una <u>asociación de saberes</u> de un nivel de complejidad intermedio, que se formula en términos de un problema o de una necesidad. Que aglutina diferentes disciplinas o diferentes asignaturas, permitiendo un abordaje integral y holístico...Permite presentar el conocimiento al estudiante de una manera real, tal como lo encontrará en práctica profesional. Es por esto que se puede entender que Las necesidades de formación de un área específica permiten formular «núcleo problemático» como una estructura mesocurricular que posibilita integrar saberes, teoría y práctica; identifican problemas del conocimiento o problemas de salud y se pueden formular en términos de problema y necesidad. Estas ostentan entre sí relaciones e interrelaciones que pueden ser:</p>		

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>De lo central a lo periférico, de procesos, de lo general a lo específico y que dan lugar a estructuras o red de núcleos que se pueden analizar con base en los parámetros:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) promoción, prevención, atención y rehabilitación. 2) Lo material, lo psicológico, lo social. 3) Contenidos de fundamentación y profesionalización. 4) Docencia: pregrado, posgrado, investigación y extensión 5) Componentes: No negociable y flexible. <p>Cómo del Núcleo problemático: La metodología se basa en el enfoque sistémico. El identificar necesidades de formación del área específica - Se debe preguntar: -¿Atienden las necesidades del médico general en esta área?- da origen a los núcleos problemáticos. Identificar núcleos problemáticos: - ¿Están estos núcleos a un mismo nivel de generalidad?- que ostentan relaciones e interrelaciones entre sí. Elaborar estructura o red de núcleos para el área. Se puede preguntar para su control: -¿Muestra esta estructura núcleos centrales y periféricos?-¿Relación de procesos? -¿O relación de lo general a lo específico?</p>		

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>Observación General: El documento realiza unos aportes teóricos para la comprensión de la forma en como está organizado principalmente el macro currículo y el meso currículo, destacándose de éste último la conformación por núcleos problemas entendiendo que éstos atienden a la dimensión subjetiva y objetiva, los diferentes contextos y articulan los diferentes saberes, así como la formación de pregrado y posgrado en torno a necesidades y problemas reales.</p> <p>El documento realiza más aportes al diseño del currículo que a las reflexiones sobre la enseñanza, aprendizaje y el proceso evaluativo de los aprendizajes.</p> <p>¿En la enseñanza se nota una articulación con los núcleos problemáticos?</p> <p>¿Desde la perspectiva de este documento como se articula Pregrado y posgrado en la práctica?</p>		
<p>ResumenEl documento presenta algunos aportes teóricos frente la estructuración del currículo en medicina. Para esto, presenta la estructura macrocurricular, mesocurricular y las apuestas pedagógicas que traerán la nueva reforma curricular en el pregrado.</p> <p>Ejes del nuevo programa de medicina</p> <p>“Ejes del nuevo programa de Medicina: la promoción, la prevención, la atención y la rehabilitación; lo material, lo subjetivo y lo social; y las funciones de docencia, Investigación y extensión. Así mismo facilita prever los contenidos «no negociables» y los contenidos «flexibles», componentes del nuevo currículo”</p> <p>Análisis de contexto: LosPropósitos de formación se basan en el Ciclo de fundamentación y profesionalización que cubren las dimensiones: Promoción prevención, Atención y Rehabilitación. Material subjetivo social –Áreas problema- e investigación-Extensión. De estas dimensiones surgen las áreas problemas de donde sobresalen la fundamentación: Áreas y la profesionalización: Fases del proceso vital. De estos surgen Núcleos problemáticos específicos y flexibles; Núcleos problemáticos comunes y núcleos problemáticos específicos y flexibles. Estos se subdividen en sub núcleos o problemas específicos de los que se despliegan cursos, bloques, módulos y proyectos. P 24 Gráfico</p>		

Ficha análisis de documentos Institucionales Visión Curricular 4

Objetivo: Analizar la coherencia que existe entre los documentos marcos que describen los principios y fundamentos en los cuales se apoya la educación médica en las especialidades clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y lo que se encuentra en la realidad concreta.

Título: La visión curricular. Los propósitos de formación. La propuesta Pedagógica. Aspectos conceptuales.

Tipo de documento:

Folleto _____ Artículo: _____ Programa: _____

Acta _____ Resoluciones: _____ u Otros: Cartilla _____ x _____

Año en el que se escribió: 1999

Autores o responsables del documento: Comité de currículo. Recopilación temática, estructura, ilustraciones y desarrollo del documento *Aurora Giraldo de Londoño*.

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>Un nuevo paradigma sobre el conocimiento y el aprendizaje.</p> <p>“Si antes se explicaba el conocimiento a partir del objeto como una copia, y posteriormente como una abstracción de la Realidad, ahora se interpreta el conocimiento a partir del sujeto como una creación o adecuación de construcciones subjetivas”. P 18, pr 3</p> <p>“...la realidad se construye a través de operaciones mentales y es el fenómeno que experimentamos. El conocimiento es entonces subjetivo, cambiante, evolutivo (Piaget J., 1968). De esta manera aparecen nuevos modelos pedagógicos y nuevas corrientes curriculares de enfoque <i>constructivista</i> que dan origen a didácticas diferentes a las de carácter expositivo, y que exigen escenarios pedagógicos distintos al aula de clase tradicional.” P 18</p> <p>“Educar ya no es conducir, llevar, sino <i>formar, desarrollar</i>. Enseñar ya no es mostrar, entregar, informar, sino <i>estimular, promover, provocar, seducir</i>. Aprender ya no es adquirir información sino <i>construir objetos de conocimiento</i> con herramientas del propio pensamiento”. P 18</p> <p>“La formación integral se refleja en la cultura y</p>	<p>De acuerdo con esto el conocimiento no puede verse como la sumatoria de contenidos. Por el contrario, es una construcción subjetiva, que más que hallarse en documentos y en el afuera es algo que habita a los residentes y maestros en su ser y hacer.</p> <p>En la formación del posgrado médico, se encuentra que los escenarios pedagógicos están ligados a los espacios de rotación y por tanto de práctica pero no tanto a la apropiación de un enfoque constructivista por parte de los docentes.</p> <p>Todavía muchas de las estrategias didácticas encontradas en los escenarios de formación en posgrado enfatizan en la adquisición de información. Sería importante, sacar ejemplos que dan cuenta de esto en las entrevistas realizadas a los diferentes actores.</p> <p>Conforme a lo que los estudiantes y docentes comprenden como competencias se resalta que las habilidades que ellos esperan puedan ser adquiridas, están centradas en la dimensión cognitiva y por tanto académico profesional. No obstante, cuándo se indaga por la parte de la relación entre residentes y entre ellos con sus docentes para dar cuenta de la parte socio interactiva, se presenta como una de las variables: las dificultades para expresar inconformidades; problemas en la comunicación.</p>	<p>Conocimiento: construcciones subjetivas.</p> <p>Realidad</p> <p>Subjetividad</p> <p>Conocimiento</p> <p>Constructivismo</p> <p>Formación Integral</p> <p>Formación Médico Integral</p> <p>Dimensiones</p> <p>Dimensión formativa</p> <p>Sujeto, objeto y producto.</p> <p>El dominio de lo objetivo: Control sobre la realidad</p> <p>El dominio subjetivo</p> <p>Fenomenología</p> <p>Kant</p> <p>Constructivismo</p>

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>se manifiesta mediante conocimientos, actitudes, normas y valores <i>interiorizados</i>; que se convierten en parte esencial de la persona y en orientadora de sus formas de pensar, sentir y actuar (...) La opción de la Facultad de Medicina por la formación de un médico integral le implica concebirlo como un ser singular, irrepetible, autónomo, libre, trascendente, histórico, social y cultural. Es su misión favorecer y desarrollar al hombre en todas sus potencialidades y valores pero también en todas sus dimensiones: formativa, sociointeractiva; cognitiva, y académico-profesional” P 20</p> <p>La dimensión formativa</p> <p>Dentro de la formación integral, la dimensión formativa enfatiza la <i>búsqueda y el logro de educar para la vida</i>, para el desarrollo de las características personales en un ambiente de respeto, solidaridad, tolerancia y autonomía. P 20, or 2</p> <p>LA PROPUESTA PEDAGÓGICA Enfoque</p> <p>Los paradigmas del Conocimiento</p> <p>Los paradigmas del conocimiento tratan de explicar la relación entre un sujeto (conocedor), un objeto (cognoscible), y la</p>	<p>Cuándo se habla de educar para la vida, se comprende que las motivaciones, pasiones y proyectos de vida son el punto de partida en el proceso formativo. Ya que se propende porque lo que se realiza en los espacios formativos le sirva a los residentes y estén en coherencia con sus objetivos personales. Esto actúa como un incentivo para poder seguir adelante.</p> <p>Estos paradigmas del conocimiento, podrían ser analizados desde la epistemología. No obstante, esto no es de interés en la investigación.</p> <p>Podría mirarse si las estrategias didácticas utilizadas por los maestros, se corresponden con un dominio objetivo o un dominio subjetivo.</p> <p>La fenomenología también ha sido considerada una metodología de investigación... en donde se supone que el fenómeno es aquella realidad manifiesta que debe iluminarse. No obstante aquella realidad que se teje en el posgrado médico no se interpretará desde esta perspectiva.</p>	<p>Intencionalidad del currículo</p> <p>Contenido</p> <p>Profesor-Alumno</p> <p>Escenarios variados de aprendizaje</p> <p>Didáctica</p> <p>Estrategias de Enseñanza y aprendizaje</p> <p>Basada en problemas</p> <p>Situaciones no elaboradas</p> <p>Evaluación tradicional</p> <p>Evaluación en las Ciencias Básicas</p> <p>Evaluación en las Ciencias clínicas</p>

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>naturaleza del producto de esta interacción (conocimiento) (Figura 1). Ningún paradigma del conocimiento puede probarse Empíricamente. (Guba 1990, citado por Torres N. 1992). P 28, pr 1</p> <p>El dominio de lo objetivo se basa en el positivismo que se centra en el dominio de lo objetivo y en la racionalidad que se centra en la experimentación para explicar, generalizar y predecir. La realidad aquí es ontológica, verdadera y puede ser controlada. Razón por la cual la ciencia y la tecnología adquieren relevancia en la medicina y en su educación. Por otro lado el dominio subjetivo transforma al sujeto y al objeto en su interacción. Aquí se <i>“Concibe el aprendizaje como un encadenamiento de conocimientos elaborados, ofrecidos por el profesor, el texto u otro medio, y que el alumno adquiere por asociación de conceptos”</i>:</p> <p>“El aporte de Kant en esta propuesta se centra en el carácter de lo fenomenológico. Lo fenomenológico para Kant es la realidad que se capta por medio de una elaboración mental. La palabra «fenómeno» significa lo que brilla, lo que se pone delante; se refiere a lo que <i>aparece</i> a nuestros sentidos y a nuestra percepción. A través de nuestras propias representaciones y esquemas mentales, incluidos experiencia y afecto, le damos</p>	<p>Dentro de una sesión cotidiana de formación es importante considerar los conocimientos previos que tienen los residentes. ¿Esto se evidenció?</p> <p>¿Los maestros manifiestan interés por movilizar el pensamiento de sus estudiantes?</p> <p>¿En que se basan los maestros para sacar los contenidos? ¿Obedecen al entorno? ¿En qué espacios esto es visible?</p> <p>¿La información que se abarca en el curso se trabaja a profundidad y con continuidad? Mirar en las observaciones</p> <p>Es importante destacar en este punto que los estudiantes han enseñado en escenarios por fuera de los centros de rotación. Por ejemplo, en el pregrado y en la comunidad.</p> <p>La incorporación de las nuevas tecnologías es muy precaria. Con esta no se cuenta ni siquiera – a altos niveles- en los espacios para la realización de investigación. A esto se le suma que los maestros no utilizan dichas herramientas y si lo hacen su uso es muy limitado.</p> <p>¿Cuáles son los escenarios de aprendizaje que</p>	<p>Nuevo enfoque evaluativo:</p> <p>Sistémico</p> <p>Globalizante</p> <p>Interdisciplinario</p> <p>Evaluación por proceso</p> <p>Escenarios de Aprendizaje</p>

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>a la <i>realidad</i> una organización que la hace comprensible a nuestros sentidos (Bermúdez y otros 1998). Así nacen los <i>enfoques constructivistas</i> del conocimiento”. P 29, pr 1</p> <p>El conocimiento bajo el constructivismo adquiere las siguientes premisas: El estudiante construye su conocimiento a partir de sus esquemas mentales previos. La nueva situación de aprendizaje produce un desequilibrio cognitivo, la auto explicación de la nueva situación con base a los esquemas previos, es indispensable en la construcción del nuevo conocimiento y la ampliación del conocimiento a través de la teoría y la aplicación.</p> <p>Elementos constitutivos del enseñar y el aprender</p> <p><i>-Intencionalidad del currículo: Se debe centrar en el cómo movilizar el pensamiento en los estudiantes.</i></p> <p><i>-Contenidos:</i> Deben ser multidisciplinarios, ser significativos aludiendo a problemas complejos y del entorno: “Es más importante cubrir lo esencial del conocimiento y trabajarlo a profundidad que abarcar mucha información de manera superficial”. P 33, pr 1</p> <p><i>-Relación profesor alumno:</i> Esta relación debe</p>	<p>privilegia el profesor?</p> <p>Contrastar estas estrategias didácticas con el compilado realizado.</p> <p>¿Estas situaciones no elaboradas pueden considerarse como un tipo de estrategia didáctica?</p> <p>De acuerdo con esto, la evaluación en las ciencias básicas es impuesta y obedece a criterios fijos designados por quienes evalúan, por su lado, se sitúa la evaluación en las ciencias clínicas basada en la memorización. En el caso de los residentes, la evaluación podría tener tanto aspectos fragmentarios, una de las características de la básica como aspectos memorísticos mencionados en la clínica. También, podría verse efectuada de distinta manera a la de pregrado, entre otros aspectos por el número de estudiantes que están en dicho proceso formativo.</p> <p>¿De qué manera se evalúa integralmente a los residentes?</p> <p>¿Qué dificultades o debilidades se encuentran en la práctica para que se promueva la formación de un Médico Integral?</p>	

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>ser horizontal, el docente debe estimular y provocar el deseo de saber en el estudiante. El estudiante también aprende enseñando.</p> <p>-Escenarios y recursos didácticos: <i>Deben ser variados: aula, clínica de tercer nivel, centro médico, hospital periférico, la escuela, la fábrica entre otros. La didáctica debe involucrar las nuevas tecnologías, la autoinstrucción, permitirle interactuar al estudiante con su objeto de conocimiento, de tal manera que este pueda ser médico, investigador, creador, líder, crítico y comprometido con la sociedad.</i></p> <p>-Estrategias de Enseñanza- aprendizaje:</p> <p><i>-Parten de una situación y el estudiante aborda el estudio a partir de la formulación de problemas, hipótesis etc y después de investigar convalida sus conclusiones. (ABP, Método de proyectos M de P, método de casos M de C, modelo didáctico operativo MDO, y la Medicina basada en evidencias MBE)</i></p> <p><i>-Parten de una situación no elaborada. El estudiante debe generalizar, extraer variables, utilizar similitudes y diferencias como características propias de la cognición humana (El aprendizaje por transferencia analógica (ATA) y el aprendizaje crítico reflexivo (ACR))</i></p> <p>-Componente evaluativo: <i>Aunque se atribuye como tradicional la evaluación que se ha llevado</i></p>	<p>¿En el maestro se manifiesta un interés por analizar e intervenir en las debilidades y fortalezas que tienen cada uno de los estudiantes?</p> <p>¿La evaluación se deja para el final del “periodo instruccional” o se manifiesta a lo largo del curso? Y ¿Cuáles escenarios se utilizan para la evaluación?</p> <p>¿Cómo se aplica el proceso evaluativo en las especialidades clínicas?</p>	

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p><i>a cabo en la facultad de medicina, se menciona:</i></p> <p>“La evaluación en medicina ha sido diferente en las ciencias básicas y en las ciencias Clínicas. En las básicas el proceso evaluativo se ha aplicado en forma masiva, sobre aspectos fragmentarios del conocimiento y con un carácter punitivo, fiscalizador; con una función de control, de calificación; se ha desarrollado como un acto aislado del proceso instruccional, al final de cada etapa; y ha dependido de criterios externos al alumno mismo. En ciencias clínicas por el contrario, la evaluación ha atendido a pequeños grupos; aunque ha utilizado pruebas escritas, se ha centrado en ejercicios prácticos en los cuales supuestamente ha prevalecido el juicio clínico, pero siempre con base en la memorización. La principal deficiencia de la evaluación del aprendizaje en ciencias clínicas ha sido la falta de criterios evaluativos con base en las necesidades esenciales de formación. Todo lo cual se traduce en disparidad de criterios entre docentes, la atomización de los saberes y la falta de integración y de globalización de los logros. Esto ha propiciado una evaluación paternalista y en muchos casos leseferista.” P 35, pr 9</p> <p>“El nuevo enfoque evaluativo por el contrario hace parte integrante del proceso educativo; por lo tanto es permanente, sistemático, globalizante e interdisciplinario, características propias de la</p>		

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>evaluación integral. Enfatiza el análisis con base en la <i>interpretación</i> de los resultados de la medición tanto cuantitativos como cualitativos, se centra en las fortalezas y debilidades individuales, es decir tiene un carácter personalizado”. P 36, pr 1</p> <p>Existen muchos escenarios para la evaluación que pueden centrarse en los procesos de aprendizaje diarios: “las discusiones de grupo, los trabajos de laboratorio, las consultas; son momentos propios para la valoración del progreso del alumno. En el área clínica cada proceso de práctica, las simulaciones con base en historias clínicas, el trabajo con el paciente, la misma estrategia instrucciones de carácter constructivista (ABP, M de C, MDO, MBE.)” p 36, pr</p>		
<p>Observación General :</p> <p>La concepción que se tiene acerca de la realidad y el conocimiento determina el modelo pedagógico y por ende la concepción de enseñanza, aprendizaje y evaluación que se tiene. El documento abarca de una forma teórica algunos postulados que con relación a lo anterior han emergido en el tiempo destacándose la interrelación que se debe establecer entre los paradigmas de conocimiento centrados en el dominio de lo objetivo y en el dominio de la subjetividad, dando prioridad al modelo pedagógico constructivista, que posibilita la comprensión de la realidad con la participación activa de estudiante y maestro, modelo que como se afirma al final del texto debe guiar el quehacer investigativo y la reforma curricular de la facultad de medicina.</p>		
<p>Resumen</p> <p>El documento contiene los capítulos que constituyen el marco conceptual del proceso de renovación curricular.</p>		

Ficha de Análisis de documentos

Documentos oficiales para analizar:

- ✓ Registros calificados de las 12 especialidades clínicas
- ✓ Reglamento académico de posgrados
- ✓ Actas de consejo de Facultad de posgrados
- ✓ Resoluciones internas de los posgrados clínicos

Ficha análisis de documentos Institucionales

Objetivo: Analizar la coherencia que existe entre los documentos marcos que describen los principios y fundamentos en los cuales se apoya la educación médica en las especialidades clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y lo que se encuentra en la realidad concreta.

Título: La visión curricular. Los propósitos de formación. La propuesta Pedagógica. Aspectos conceptuales.

Tipo de documento:

Folleto _____ Artículo: _____ Programa: _____
Acta _____ Resoluciones: _____ u Otros: Cartilla _____ x _____

Año en el que se escribió: 1999

Autores o responsables del documento: Comité de currículo. Recopilación temática, estructura, ilustraciones y desarrollo del documento *Aurora*

Giraldo de Londoño.

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>El documento contiene los capítulos que constituyen el marco conceptual del proceso de renovación curricular.</p> <p>Un nuevo paradigma sobre el conocimiento y el aprendizaje.</p>		
<p>“Si antes se explicaba el conocimiento a partir del objeto como una copia, y posteriormente como una abstracción de la realidad, ahora se interpreta el conocimiento a partir del sujeto como una creación o adecuación de construcciones subjetivas”. P 18, pr 3</p> <p>“...la realidad se construye a través de operaciones mentales y es el fenómeno que experimentamos. El conocimiento es entonces <i>subjetivo</i> (Piaget J., 1968) El conocimiento es entonces subjetivo, cambiante, evolutivo. De esta manera aparecen nuevos modelos pedagógicos y nuevas corrientes curriculares de enfoque <i>constructivista</i> que dan origen a didácticas diferentes a las de carácter expositivo, y que exigen escenarios pedagógicos distintos al aula de clase tradicional.” P 18</p> <p>“Educar ya no es conducir, llevar, sino <i>formar, desarrollar</i>. Enseñar ya no es mostrar, entregar, informar, sino <i>estimular, promover, provocar, seducir</i>. Aprender ya no es adquirir información sino <i>construir objetos de conocimiento</i> con herramientas del propio pensamiento”.P</p>	<p>¿Cómo se fortalece la formación integral? ¿Qué dificultades o debilidades se encuentran en la práctica para que se promueva la formación de un Médico Integral?</p> <p>¿Cómo se promueven dichos valores?</p> <p>¿Qué concepción tienen tanto estudiante sobre el conocimiento?</p>	<p>Conocimiento</p> <p>Realidad</p> <p>Subjetividad</p> <p>Formación Integral</p> <p>Formación Médico Integral</p> <p>Dimensión Formativa</p> <p>Sujeto, objeto y producto.</p>

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>18</p> <p>“La formación integral se refleja en la cultura y se manifiesta mediante conocimientos, actitudes, normas y valores <i>interiorizados</i>; que se convierten en parte esencial de la persona y en orientadora de sus formas de pensar, sentir y actuar (...) La opción de la Facultad de Medicina por la formación de un médico integral le implica concebirlo como un ser singular, irreplicable, autónomo, libre, trascendente, histórico, social y cultural. Es su misión favorecer y desarrollar al hombre en todas sus potencialidades y valores pero también en todas sus dimensiones: formativa, sociointeractiva; cognitiva, y académico-profesional” P 20</p> <p>La dimensión formativa Dentro de la formación integral, la dimensión formativa enfatiza la <i>búsqueda y el logro de educar para la vida</i>, para el desarrollo de las características personales en un ambiente de respeto, solidaridad, tolerancia y autonomía. P 20,</p> <p>LA PROPUESTA PEDAGÓGICA Enfoque Los paradigmas del Conocimiento Los paradigmas del conocimiento tratan de explicar la relación entre un sujeto (conocedor), un objeto (cognoscible), y la naturaleza del producto de esta interacción (conocimiento) (figura 1). Ningún paradigma del conocimiento puede probarse empíricamente. (Guba 1990, citado por Torres N. 1992). P 28, pr 1</p> <p>El dominio de lo objetivo se basa en el positivismo que</p>	<p>¿Se cumple con estas premisas? Verificar o contrastar con las observaciones.</p> <p>Los maestros se interrogan por el cómo movilizar el pensamiento en los estudiantes. ¿La información que se abarca en el curso se trabaja a profundidad y con continuidad? Mirar en las observaciones</p> <p>¿Cuáles son los escenarios de aprendizaje que privilegia el profesor?</p> <p>¿Con qué frecuencia los maestros hacen uso de estos enfoques educativos?</p> <p>¿Cuándo se habla de ciencias clínicas se</p>	<p>El dominio de lo objetivo: Control sobre la realidad</p> <p>El dominio subjetivo Fenomenología Kant</p> <p>Constructivismo</p> <p>Intencionalidad del currículo Contenido Profesor-Alumno</p>

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>se centra en el dominio de lo objetivo y en la racionalidad que se centra en la experimentación para explicar, generalizar y predecir. La realidad aquí es ontológica, verdadera y puede ser controlada. Razón por la cual la ciencia y la tecnología adquieren relevancia en la medicina y en su educación. Por otro lado el dominio subjetivo transforma al sujeto y al objeto en su interacción. Aquí se “<i>Concibe el aprendizaje como un encadenamiento de conocimientos elaborados, ofrecidos por el profesor, el texto u otro medio, y que el alumno adquiere por asociación de conceptos</i>”:</p> <p>“El aporte de Kant en esta propuesta se centra en el carácter de lo fenomenológico. Lo fenomenológico para Kant es la realidad que se capta por medio de una elaboración mental. La palabra «fenómeno» significa lo que brilla, lo que se pone delante; se refiere a lo que <i>aparece</i> a nuestros sentidos y a nuestra percepción. A través de nuestras propias representaciones y esquemas mentales, incluidos experiencia y afecto, le damos a la <i>realidad</i> una organización que la hace comprensible a nuestros sentidos (Bermúdez y otros 1998). Así nacen los <i>enfoques constructivistas del conocimiento</i>”. P 29, pr 1</p> <p>El conocimiento bajo el constructivismo adquiere las siguientes premisas: El estudiante construye su conocimiento a partir de sus esquemas mentales previos. La nueva situación de aprendizaje produce un desequilibrio cognitivo, la auto explicación de la nueva situación con base a los esquemas previos, es indispensable en la construcción del nuevo conocimiento y la ampliación del conocimiento</p>	<p>refieren sólo a pregrado? ¿Cómo se aplica el proceso evaluativo en las especialidades clínicas?</p> <p>¿En el maestro se manifiesta un interés por analizar e intervenir en las debilidades y fortalezas que tienen cada uno de los estudiantes.</p> <p>¿La evaluación se deja para el final del “periodo instruccional” o se manifiesta a lo largo del curso? Y ¿Cuáles escenarios se utilizan para la evaluación?</p>	<p>Escenarios variados de aprendizaje</p> <p>Didáctica</p> <p>Estrategias de Enseñanza y aprendizaje</p> <p>Basada en problemas</p> <p>Situaciones no elaboradas</p> <p>Evaluación</p> <p>Evaluación tradicional</p> <p>Facultad de Medicina</p> <p>Ciencias Básicas</p> <p>Ciencias clínicas</p> <p>Nuevo enfoque evaluativo:</p> <p>Sistémico</p> <p>Globalizante</p> <p>Interdisciplinario</p>

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>a través de la teoría y la aplicación.</p> <p>Elementos constitutivos del enseñar y el aprender</p> <p><i>-Intencionalidad del currículo: Se debe centrar en el cómo movilizar el pensamiento en los estudiantes.</i></p> <p><i>-Contenidos: Deben ser multidisciplinares, ser significativos aludiendo a problemas complejos y del entorno: “Es más importantecubrir lo esencial del conocimiento y trabajarlo a profundidad que abarcarmucha información de manera superficial”. P 33, pr 1</i></p> <p><i>-Relación profesor alumno: Esta relación debe ser horizontal, el docente debe estimular y provocar el deseo de saber en el estudiante. El estudiante también aprende enseñando.</i></p> <p><i>-Escenarios y recursos didácticos: Deben ser variados: aula, clínica de tercer nivel, centro médico, hospital periférico, la escuela, la fábrica entre otros. La didáctica debe involucrar las nuevas tecnologías, la autoinstrucción, permitirle interactuar al estudiante con su objeto de conocimiento, de tal manera que este pueda ser médico, investigador, creador, líder, crítico y comprometido con la sociedad.</i></p> <p>-Estrategias de Enseñanza- aprendizaje:</p> <p><i>-Parten de una situación y el estudiante aborda el estudio a partir de la formulación de problemas, hipótesis etc y después de investigar convalida sus conclusiones. (ABP, Método de proyectos M de P, método de casos M de C, modelo didáctico operativo MDO, y la Medicina basada en evidencias MBE)</i></p>		<p>Evaluación por proceso</p> <p>Escenarios de Aprendizaje</p>

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p><i>-Parten de una situación no elaborada. El estudiante debe generalizar, extraer variables, utilizar similitudes y diferencias como características propias de la cognición humana (El aprendizaje por transferencia analógica (ATA) y el aprendizaje crítico reflexivo (ACR)</i></p> <p>-Componente evaluativo: Aunque se atribuye como tradicional la evaluación que se ha llevado a cabo en la facultad de medicina, se menciona:</p> <p>“La evaluación en medicina ha sido diferente en las ciencias básicas y en las ciencias clínicas. En las básicas el proceso evaluativo se ha aplicado en forma masiva, sobre aspectos fragmentarios del conocimiento y con un carácter punitivo, fiscalizador; con una función de control, de calificación; se ha desarrollado como un acto aislado del proceso instruccional, al final de cada etapa; y ha dependido de criterios externos al alumno mismo. En ciencias clínicas por el contrario, la evaluación ha atendido a pequeños grupos; aunque ha utilizado pruebas escritas, se ha centrado en ejercicios prácticos en los cuales supuestamente ha prevalecido el juicio clínico, pero siempre con base en la memorización. La principal deficiencia de la evaluación del aprendizaje en ciencias clínicas ha sido la falta de criterios evaluativos con base en las necesidades esenciales de formación. Todo lo cual se traduce en disparidad de criterios entre docentes, la atomización de los saberes y la falta de integración y de globalización de los logros. Esto ha propiciado una evaluación paternalista y en muchos casos leseferista.”. P 35, pr 9</p> <p>“El nuevo enfoque evaluativo por el contrario hace parte integrante del proceso educativo; por lo tanto es permanente,</p>		

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>sistemático, globalizante e interdisciplinario, características propias de la evaluación integral. Enfatiza el análisis con base en la <i>interpretación</i> de los resultados de la medición tanto cuantitativos como cualitativos, se centra en las fortalezas y debilidades individuales, es decir tiene un carácter personalizado”. P 36, pr 1</p> <p>Existen muchos escenarios para la evaluación que pueden centrarse en los procesos de aprendizaje diarios: “las discusiones de grupo, los trabajos de laboratorio, las consultas; son momentos propios para la valoración del progreso del alumno. En el área clínica cada proceso de práctica, las simulaciones con base en historias clínicas, el trabajo con el paciente, la misma estrategia instruccional de carácter constructivista (ABP, M de C, MDO, MBE.)” p 36, pr</p>		
<p>Observación General :</p> <p>La concepción que se tiene acerca de la realidad y el conocimiento determina el modelo pedagógico y por ende la concepción de enseñanza, aprendizaje y evaluación que se tiene. El documento abarca de una forma teórica algunos postulados que con relación a lo anterior han emergido en el tiempo destacándose la interrelación que se debe establecer entre los paradigmas de conocimiento centrados en el dominio de lo objetivo y en el dominio de la subjetividad, dando prioridad al modelo pedagógico constructivista, que posibilita la comprensión de la realidad con la participación activa de estudiante y maestro, modelo que como se afirma al final del texto debe guiar el quehacer investigativo y la reforma curricular de la facultad de medicina.</p>		

Ficha análisis de documentos Institucionales Proceso de Sistematización Curricular

Objetivo: Analizar la coherencia que existe entre los documentos marcos que describen los principios y fundamentos en los cuales se apoya la educación médica en las especialidades clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y lo que se encuentra en la realidad concreta.

Título: El proceso de sistematización para la renovación del currículo en la Facultad de Medicina.

Tipo de documento:

Folleto _____ Artículo: _____ Programa: _____

Acta _____ Resoluciones: _____ u Otros: Cartilla X

Año en el que se escribió: Mayo de 1998 - Septiembre de 1999

Autores o responsables del documento: Comité currículo.

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>En los aspectos fundamentales del rediseño curricular se resaltan la pertinencia, la flexibilidad y apertura, la interdisciplinariedad y el nuevo paradigma cognitivo como conceptos centrales que posibilitan la formación Integral. La formación integral en este sentido, esta conformada por diferentes dimensiones como la académico profesional, la dimensión cognitiva, formativa, y socio-interactiva. Dimensiones que permiten construir unos propósitos de formación que sean coherentes con el modelo pedagógico, modelo investigativo, evaluativo y administrativo.</p> <p>Estos a su vez, dan paso a la estructura curricular que contempla el ciclo de fundamentación y profundización, así como las dimensiones de promoción y prevención, material subjetivo social y la investigación extensión que incluyen diferentes áreas problemas divididas también en la fundamentación y profesionalización. La primera contempla los Núcleos problemáticos específicos, la segunda los núcleos problemáticos específicos y flexibles y entre las dos se incluyen los núcleos problemáticos comunes. Por ultimo se aclara que de estos núcleos problemáticos es que surgen y se estructuran los cursos, bloques, módulos y proyectos del programa de Medicina.</p> <p>(Parafraseado)</p>	<p>¿La pertinencia de los programas, de los contenidos, de las estrategias didácticas utilizadas y de las rotaciones realizadas como es medida?</p> <p>¿En los posgrados se trabaja con núcleos problemáticos?</p> <p>Lo demás que aparece aquí reitera los postulados teóricos y metodológicos enunciados en el capítulo: Comité de currículo. Recopilación temática, estructura, ilustraciones y desarrollo del documento <i>Aurora Giraldo de Londoño</i>.</p>	<p>Rediseño curricular</p> <p>Formación Integral</p> <p>Dimensiones</p> <p>Estructura curricular</p> <p>Ciclo de fundamentación y profundización</p> <p>Núcleos Problemáticos</p>

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>Observación General: El documento es un resumen de los textos realizados por el comité de currículo. Éste permite mirar de una manera general los conceptos articuladores en torno a la propuesta pedagógica y las estructuras curriculares para la educación en Medicina. En síntesis se puede decir que las cartillas del comité de currículo no enfatizan en posgrado y hay una tendencia orientada al análisis de la educación Médica en el pregrado.</p>		
<p>Resumen</p> <p>El documento realiza una sistematización de todas las producciones escritas que se han realizado en torno a la reestructuración del currículo en Medicina. De este sólo se retomará el capítulo denominado: “<i>La visión, los propósitos de formación y la propuesta pedagógica</i>” porque ya los otros están incluidos en las demás fichas de análisis correspondientes a las cartillas realizadas por el comité de currículo.</p> <p>Frente a la propuesta pedagógica, se realiza un grafico que resume todos los conceptos articuladores entre la propuesta pedagógica y la estructuración del currículo, que deben incluir las reflexiones al respecto y que aquí se plasman a modo de conclusión.</p>		

Ficha de Análisis de documentos

Documentos oficiales para analizar:

- ✓ Registros calificados de las 12 especialidades clínicas
- ✓ Reglamento académico de posgrados
- ✓ Actas de consejo de Facultad de posgrados
- ✓ Resoluciones internas de los posgrados clínicos

Ficha análisis de documentos Institucionales

Objetivo: Analizar la coherencia que existe entre los documentos marcos que describen los principios y fundamentos en los cuales se apoya la educación médica en las especialidades clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y lo que se encuentra en la realidad concreta.

Título: Hacia un nuevo marco teórico para la renovación curricular. Referentes contextuales.

Tipo de documento:

Folleto _____ Artículo: _____ Programa: _____
Acta _____ Resoluciones: _____ u Otros: Cartilla _____ x _____

Año en el que se escribió: Primera versión 1998; segunda versión 2000

Autores o responsables del documento: Comité de currículo

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>Se compilan los conceptos universales que hacen parte del nuevo paradigma de educación médica que se centra en los nuevos modelos pedagógicos.</p> <p>“En América Latina se observa una disminución progresiva del papel del estado en el desarrollo social, especialmente en los campos de la salud y la educación, con una tendencia a transferir responsabilidades fundamentales al sector privado sin la garantía necesaria de equidad en la oferta de los servicios. Las universidades han tenido que incluir en sus políticas la búsqueda de fuentes alternativas por la vía del autofinanciamiento, lo cual deriva en la implementación de políticas de corto plazo que afectan la calidad del proceso educacional, la investigación y las prácticas de salud”. P32, pr 1</p> <p>“Las exigencias inducidas por el complejo médico-industrial y reforzadas por una propuesta pedagógica centrada en el diagnóstico y el tratamiento y no en la promoción, la prevención y la rehabilitación, han consolidado un modelo de atención morbicéntrico e</p>	<p>¿De qué manera afecta la formación de los especialistas clínicos el desentendimiento del Gobierno por las Universidades, en especial en la parte financiera?</p> <p>Esto es importante, porque se deja ver que las causas de los problemas en la salud no sólo obedecen al modelo neoliberal, sino también a los procesos formativos. Valdría preguntarse ¿Todavía se puede afirmar que se elimina la curiosidad, el espíritu de observación y por ende la orientación hacia la investigación?</p> <p>Preguntar o indagar por cómo se fomenta la curiosidad e interés por investigar.</p> <p>¿Existe en Colombia un comité interinstitucional entre los sectores de educación y salud?</p> <p>¿De qué manera el maestro le posibilita al estudiante abordar las enfermedades desde la dimensión social?</p>	<p>Neoliberalismo</p> <p>Diagnóstico Y tratamiento más que promoción, prevención y rehabilitación. Deterioro de la calidad de los servicios.</p> <p>Baja Investigación</p> <p>Formación Curiosidad Investigación.</p> <p>Estrategia en México</p>

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>individualista, que estimula la aplicación de altas tecnologías, en muchos casos de manera indiscriminada. Este modelo incrementa los costos de la atención, deteriora la calidad de los servicios, lleva a una oferta inequitativa, produce bajas coberturas efectivas en atención y paradójicamente subutiliza el trabajo de médicos y otros profesionales”. P 32, pr 3</p> <p>“No existe en las escuelas médicas una cultura ni un desarrollo científico acordes con nuestras necesidades; se carece de investigación para la generación y adopción crítica de conocimientos científicos, que resuelvan los problemas prioritarios de salud. De igual forma hay ausencia de publicaciones médicas tanto en ciencias básicas como en clínicas, que divulguen los resultados de las escasas investigaciones que logran superar los escollos mencionados”. P 33, pr 1</p> <p>“La situación ya descrita es debida entre otras causas a procesos de formación y entrenamiento universitarios que anulan la curiosidad, eliminan el espíritu de observación y por ende no orientan al futuro profesional hacia la investigación”. P 33, pr 2</p> <p>“...La introducción del nuevo modelo económico en el sector de la salud no tuvo en cuenta, por lo menos en nuestro país, la relación docente asistencial; sin embargo en algunos países como México existen comités interinstitucionales entre los sectores de educación y salud con el propósito de desarrollar mecanismos que</p>	<p>Existen en el instrumento preguntas relacionadas con el proyecto de vida que tienen los estudiantes? y el conocimiento que sobre este tienen los maestros?</p> <p>Sería muy interesante, preguntarles a los maestros cual es el sentido de la formación. A veces de las preguntas abiertas emergen afirmaciones que pueden hacer parte de una idea que promueve determinadas prácticas formativas.</p> <p>Aquí se habla siempre desde un deber ser, es decir desde algo que todavía no es en la realidad.</p> <p>Importante Lo que se espera Corresponsabilidad de estudiante y profesor. Indagar por las formas de participación de los estudiantes en la construcción del conocimiento.</p> <p>¿De qué manera se promueve esta formación en los estudiantes?</p> <p>¿Cómo se fomenta el autoaprendizaje y la autoevaluación?</p>	<p>Ciencias sociales Dimensiones de la realidad</p> <p>Percepción de los estudiantes</p> <p>Formación clínica</p> <p>Integración docente asistencial</p> <p>Aprendizaje</p>

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>contribuyan al diagnóstico integral de la formación de recursos humanos en salud, a la promoción para lograr una adecuada distribución de estos recursos, a la definición de los perfiles profesionales, a la definición de criterios para la aprobación, a la acreditación de las universidades, a la selección de alumnos, y a la evaluación de los programas de internado y servicio social obligatorio”. P34, pr 2</p> <p>“Las ciencias sociales deben constituir uno de los ejes articuladores del proceso educativo, incorporándose en cada uno de los niveles de la carrera para apoyar la explicación integral de los fenómenos determinantes del proceso salud -enfermedad, individual y colectivo. Es necesario reconocer que las enfermedades tienen causas biológicas, ambientales, sociales y subjetivas”. P 35, pr 2</p> <p>“No se debe permitir la división entre las ciencias biológicas y las ciencias aplicadas; en medicina existen además diferencias notables entre quienes se dedican a unas u otras, debido a la cuantía de ingresos, lo que hace que estos referentes sean percibidos por los estudiantes, quienes ante todo buscan la formación clínica con la esperanza de un mejor futuro económico”. P 36, pr 2</p> <p>“Uno de los aspectos sobre los que se insiste con respecto al cambio en la educación médica es el concepto de integración docente asistencial vigente en América Latina, que exige un compromiso global de la</p>	<p>¿De qué manera esta reforma afecta la formación en las especialidades clínicas? O es referenciada en las entrevistas?</p> <p>¿Cuál es la formación pedagógica que tienen los maestros de las especialidades clínicas en la facultad de medicina?</p>	<p>Enseñanza</p> <p>Estrategias didácticas</p> <p>Evaluación: Proceso y producto</p> <p>Educación continua</p> <p>Estrategias educación continua</p> <p>Reforma actual de los servicios de salud OMS</p> <p>Objetivos</p> <p>Universalización</p> <p>Eficiencia calidad</p>

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>universidad y de la facultad con los servicios de salud y bienestar de la población, que supere en su alcance al enfoque comunitario predominante en otras regiones”. P37, pr 2</p> <p>“El proceso de aprendizaje tiene que involucrar a los estudiantes y no puede dejar de lado aspectos tan importantes como la motivación, la comprensión, la adquisición, la retención, la recordación, la recuperación, la generalización y la reglamentación” P 39, pr 3</p> <p>“La enseñanza para lograr la participación activa y motivada del aprendiz debe ser: flexible, relievante, de experiencias totales, activa y dinámica, funcional, centrada en elestudiante, y orientada hacia la experiencia, en otras palabras debe ser pertinente no sólo en contenidos sino también en método” P39, pr3</p> <p>“En cuanto a las estrategias para mediar el proceso de enseñanza, será necesario revisar lo antiguo y lo nuevo sin escatimar esfuerzos por mejorar lo presente, acudiendo a formas más participativas como por ejemplo el taller, el seminario investigativo, el método de solución de problemas, la experiencia clínica, la técnica de la pregunta, y la enseñanza personalizada”. P 40, pr 3</p> <p>“La evaluación buscará diversas alternativas</p>		<p>Efectos de la reforma en la educación médica</p> <p>Propuesta para la formación</p> <p>Renovación curricular</p>

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>incluyendo el perfil de lo formativo, sin descuidar la evaluación de producto cuando la situación lo amerite, pero en todo caso intentando superar el claustro de la heteroevaluación con la búsqueda de propuestas claras que conduzcan finalmente al logro de la autoevaluación en cuanto ello significa conquista de autonomía, autocrítica, autocomprensión, autodirección, responsabilidad y sentido ético, sin caer en las extravagancias de autismos o de autarquias exageradas que riñen con el bien común”. P40, pr 4</p> <p>“...también a las exigencias de una nueva actitud por parte del estudiante, en cuanto al requisito de una <i>participación más personal</i> y social, más activa y de compromiso y consecuentemente a un rol menos directivo, impositivo y paternal por parte del profesor. En este mismo sentido, se espera del profesor un cambio radical en lo que dice relación con la propuesta de un nuevo paradigma del conocimiento, que pone en crisis todo aprendizaje copiado y repetitivo y reclama un encuentro más personal, crítico propositivo y comprometido con el saber y con el entorno en el que se da y sobre el cual se hace imperativo actuar como condición necesaria de un aprendizaje pertinente y con sentido social”. P 40, pr 2</p> <p>“Es necesario preparar a los profesionales de la salud, en una formación que se extienda a todo lo largo de su vida profesional, para que asuman posiciones de liderazgo, adquieran habilidades y destrezas administrativas y de gestión (...) La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ha venido desarrollado un ambicioso programa de educación</p>		

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>continua, con base en la experiencia de la Universidad Javeriana y con el objeto en primer término de actualizar al médico mediante una estrategia docente a distancia y un óptimo aprovechamiento del tiempo libre; en segundo lugar de desarrollar una disciplina de autoaprendizaje y autoevaluación; en tercer lugar de establecer una vía de comunicación de las facultades de medicina con sus egresados y con todo el cuerpo médico del país, para ser aprovechada en la difusión de toda la información importante del sistema de salud y la realización de encuestas entre otros”. P 44, pr 1</p> <p>Reforma actual de los servicios de salud</p> <p>“La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la reforma de los servicios de salud en el mundo como un proceso sostenible de cambios políticos, institucionales, organizacionales, gerenciales y financieros guiado por cada gobierno, con el propósito de mejorar el funcionamiento del sector salud como sistema y la situación de salud de la población en particular”. P 45, pr 3</p> <p>“La OMS propone como objetivos para la reforma la <i>universalización</i> de las coberturas; la <i>equidad</i> en la atención, en el acceso a los servicios, en el tratamiento recibido para la misma condición, en el tratamiento basado en las necesidades de la atención y en el estado de salud. También es objetivo la <i>eficiencia</i> para lograr una mejor relación costo-beneficio, la <i>calidad de la atención</i> lo cual requiere de un acuerdo entre los diferentes actores de la organización y la <i>satisfacción de los usuarios y de los proveedores</i>”. P 46, pr 1</p> <p><i>Efectos de la reforma sobre la educación médica</i></p>		

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>“Las facultades de medicina deberán pues redoblar el esfuerzo por formar a sus estudiantes en la atención primaria, porque esta estrategia de atención se impondrá definitivamente. Deberán también propiciar el aprendizaje de métodos de entrevista personal más rápidos pero más integrales como el del «flash» desarrollado por los grupos Balint, ya que la relación médico paciente cambiará radicalmente en el futuro, fundamentalmente debido al apoderamiento del paciente, a la necesaria aparición de una «ciencia en la clínica» y a la microgerencia de la atención (managedcare)”. P 58, pr 1</p> <p>1950: Renovación curricular basado en modelos Norteamericanos.</p> <p>1995: Renovación curricular bajo la rectoría de docencia de Jaime Restrepo Cuartas: Formación de los profesores en las disciplinas pedagógicas cuyo objetivo era el cambio de un modelo educativo en los pregrados en donde se le apuesta por una didáctica más participativa, interactiva y con una metodología menos rígida. También se gesta la Renovación del contenido curricular apostándole a la interdisciplinariedad con una visión universalista que no desconozca el contexto, apoyando los semilleros de investigación. Además se propone la modernización de la infraestructura administrativa.</p>		
<p>Observación General: El documento presenta las variables políticas, económicas y sociales que deterioran al sector de la salud. Se extrae de este texto lo concerniente a la formación de los médicos, resaltando las concepciones sobre enseñanza, evaluación, aprendizaje, estrategias didácticas etc. Aunque se enfoque en los pregrados y en las renovaciones curriculares realizadas en el mismo.</p>		

Ficha análisis de documentos Institucionales Análisis Alergología Nueva Cohorte

Objetivo: Analizar la coherencia que existe entre los documentos marcos que describen los principios y fundamentos en los cuales se apoya la educación médica en las especialidades clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y lo que se encuentra en la realidad concreta.

Título del documento: Dirección de posgrado. Formato del informe de autoevaluación de programas de posgrado para solicitar apertura de una nueva cohorte –versión 03, 7 de mayo de 2004.

Folleto _____Artículo: _____ Programa: _____

Acta _____ Resoluciones: _____ u Otros: Informe X

Año en el que se escribió: Se presentó el 12/09/2008

Autores o responsables del documento: Ricardo Cardona Villa

Descripción y Citas	Observaciones	Palabras claves
<p>El documento presenta diferentes datos que dan cuenta de la forma en cómo funciona u opera el programa por esto, sólo se resaltan dos aspectos que pueden llamar la atención dentro de la investigación. Éstos se caracterizan como debilidades que pueden afectar el proceso de enseñanza y aprendizaje:</p> <p><u>“Falta de tiempo docente contratado para la especialidad, ya que el número de residentes admitidos al programa se aumentó a tres por año a partir del 2008-2 y además se reciben residentes periódicos de otras especialidades como son tres de dermatología, uno de otorrinolaringología y próximamente dos de pediatría. Además hay curso de componente flexible con estudiantes de pregrado de medicina recibiendo 5 o 6 estudiantes por semestre”</u></p> <p><u>“Falta de más espacios para la actividad docente asistencial”</u></p> <p><u>“Falta de publicidad para dar a conocer el programa y los desarrollos a su interior, entre la comunidad y los médicos generales y especialistas”</u></p>	<p>Breve descripción del documento.</p> <p>La falta de tiempo y aumento del número de residentes, afecta el acompañamiento para el proceso de investigación y demás asuntos formativos.</p> <p>Además la falta de espacios y de publicidad, puede afectar la línea misional de la universidad que pretende enlazar los procesos institucionales con los diversos contextos. Sin contar, que deja a la Facultad de Medicina en un estado de servidumbre (necesidad de recurrir a otros) frente a otros sectores que son quienes se posicionan como los que validan el conocimiento. Lo que va en contra de lo que se pretende, que es ser referente nacional e internacional.</p>	<p>Debilidades en la enseñanza y aprendizaje.</p> <p>Falta de tiempo docente</p> <p>Falta de espacios</p> <p>No hay intercambio de conocimientos con la comunidad</p>
<p>Observación General: El documento no realiza aportes conceptuales ni contextuales que den cuenta de lo requerido en la investigación.</p>		

6.5.18. Anexo. 18 La Investigación en Imágenes.











Grupos Focales Residentes - profesores

Una Universidad investigadora, innovadora y humanista al servicio de las regiones y del país



Seminario

Una Universidad investigadora, innovadora y humanista al servicio de las regiones y del país



 **Grupos Focales Profesores** 
Una Universidad investigadora, innovadora y humanista al servicio de las regiones y del país



 **Grupos Focales Profesores** 
Una Universidad investigadora, innovadora y humanista al servicio de las regiones y del país



 **Entrevistas** 
Una universidad innovadora, emprendedora y humanista al servicio de las regiones y del país



 **Rotaciones** 
Una universidad innovadora, emprendedora y humanista al servicio de las regiones y del país







Manos extendidas para apoyar la investigación



Manos extendidas para apoyar la investigación





Círculos de afecto que impulsaron mi formación doctoral



Círculos de afecto que impulsaron mi formación doctoral



