



# Evaluación residencias médicas de nueve hospitales en la República Dominicana

---

Dra. Rosa María Borrell

Santo Domingo, República Dominicana  
2019



**Ministerio de Salud  
Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial  
de la Salud  
(OPS/OMS)**

**Evaluación Residencias Médicas de nueve hospitales en la  
República Dominicana**

**Dra. Rosa María Borrell Bentz  
Santo Domingo, 2019**

## **EQUIPO RESPONSABLE**

**Dra. Rosa María Borrell**  
Consultora/Investigadora

## **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

### **Coordinación**

**Dr. Rafael Sánchez Cárdenas** - Ministro de Salud

**Dr. Bienvenido Peña** - Director de Residencias Médicas MSP

**Dra. Nelsi Hernández** - Médico Supervisor de Residencias Médicas

### **Colaboradores**

**Dr. Héctor Eusebio**

**Dr. Aníbal Gomera**

**Dra. Yisselis Portes**

**Dra. Esther Rivas**

## **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

### **Coordinación**

**Dra. Alma Morales Salinas** - Representante OPS/OMS

**Dr. Hernán Rodríguez González** - Asesor Sistemas y Servicios

**Dra. Alexandra Rodríguez** - Consultora Nacional Sistemas y Servicios de Salud

**Dr. Manuel Medina** - Consultor Nacional Sistemas y Servicios de Salud

**Lic. Rosario Guzmán** - Consultora Nacional Gestión del Conocimiento y Publicaciones

Evaluación residencias Médicas de nueve hospitales en la República Dominicana

ISBN

© Organización Panamericana de la Salud 2019

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) están disponibles en su sitio web ([www.paho.org](http://www.paho.org)). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones, deberán dirigirse al Programa de Publicaciones a través de su sitio web ([www.paho.org/permissions](http://www.paho.org/permissions)).

**Forma de cita propuesta:** Organización Panamericana de la Salud; República Dominicana, Ministerio de Salud Pública. Evaluación Residencias Médicas de nueve hospitales en la República Dominicana. Santo Domingo: OPS; 2019.

**Catalogación en la fuente:** puede consultarse en <http://iris.paho.org>.

Las publicaciones de la OPS están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

# ÍNDICE

<b>1- Introducción.....</b>	<b>7</b>
<b>2- Antecedentes y premisas del estudio.....</b>	<b>10</b>
<b>3- Informaciones generales.....</b>	<b>13</b>
<b>3.1- Resultados de los cuestionarios aplicados a los coordinadores de los programas académicos.....</b>	<b>13</b>
Información general.....	13
Programa de educativo o plan de estudio, perfil del egresado y sus competencias.....	19
Desarrollo curricular.....	23
Actividades de enseñanza y aprendizaje.....	28
Procesos de evaluación.....	32
Condiciones hospitalarias para la docencia.....	35
Principales problemas de los programas de residencia expresados por sus coordinadores.....	38
Principales recomendaciones para el mejoramiento de la calidad educativa de los programas de las residencias.....	39
<b>3.2- Resultados de los cuestionarios aplicados a los residentes.....</b>	<b>42</b>
Información general.....	42
Organización del programa de estudio.....	43
Horas de práctica, de formación y guardias.....	49
Asistencia a actividades académicas fuera del hospital.....	49
Rotaciones de los residentes.....	51
Evaluaciones de los residentes.....	52
Trato recibido y comodidades para su estancia dentro del hospital.....	55
Principales problemas de los programas de residencias expresados por los residentes.....	61
Sobre la organización y desarrollo curricular.....	61
Sobre la función docente de enseñanza y evaluación.....	61
Sobre el proceso de aprendizaje, tiempo de estudio y los horarios de práctica y sanciones.....	62
Sobre la participación de las universidades.....	62
Sobre la organización de los hospitales para albergar programas de residencias.....	63
Principales recomendaciones expresadas por los residentes para el mejoramiento de los programas académicos.....	63
<b>4- Conclusiones principales.....</b>	<b>67</b>
Las informaciones generales.....	67
Los programas y planes de estudio.....	70
Los programas educativos no pueden quedarse sin evaluar y actualizar cada año.....	77
El desarrollo curricular y las estrategias pedagógicas.....	79
Acompañamiento, supervisión y evaluación.....	81
Aprendiendo sobre la base del trabajo, pero con cansancio extremo, castigo y autoritarismo.....	82
La participación de las universidades.....	84
Condiciones apropiadas para el estudio.....	85
Anexo 1.....	87
<b>5- Recomendaciones para la reflexión y el cambio.....</b>	<b>89</b>
<b>5.1 Una nueva manera de pensar la educación de los futuros especialistas en la era digital.....</b>	<b>89</b>
5.1.1- La construcción y revisión permanente del programa por el conjunto de los participan del mismo.....	91
5.1.2- La educación centrada en el aprendizaje requiere algunos cambios del paradigma educativo.....	92
5.1.3- La reflexión en la acción como método de aprendizaje.....	94
5.1.4- La investigación como método de profundización del aprendizaje y la generación de conocimientos.....	95
5.1.5- Los ateneos interdisciplinarios.....	97
5.1.6- El portafolio educativo.....	98

5.1.7- La autoevaluación y la evaluación del programa y sus docentes .....	100
<b>5.2- La participación de la universidad: repensar su función .....</b>	<b>102</b>
<b>5.3- Condiciones apropiadas para el aprendizaje en los servicios hospitalarios .....</b>	<b>105</b>
<b><i>BIBLIOGRAFÍA.....</i></b>	<b><i>107</i></b>

## 1- Introducción

En enero de 2019, a solicitud del Ministerio de Salud de la República Dominicana, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) apoyó la elaboración de un protocolo de investigación sobre las residencias médicas del servicio de salud del país para ser desarrollado durante el presente año<sup>1</sup>.

Se entiende como “residencias médicas” al sistema educativo que tiene por objeto completar la formación de los médicos en alguna especialización reconocida por el país de origen, mediante el ejercicio de actos profesionales de complejidad y responsabilidad progresivas, llevados adelante bajo supervisión de tutores en instituciones de servicios de salud y con un programa educativo aprobado para tales fines.<sup>2</sup>

La justificación de la propuesta incluyó los tres ejes fundamentales de análisis en el desarrollo de los recursos médicos especializados. Estos ejes fueron los de Políticas y Planificación, los de Gestión y Regulación y los de Formación.

En cada uno de ellos se identificaron los temas relevantes a ser estudiados, algunos resultados de estudios anteriores que fueron tomados como documentación disponible y valiosa<sup>3, 4</sup> y de las preocupaciones e hipótesis expresadas por el propio Ministerio y el grupo de expertos que han estado involucrados en análisis y procesos educativos de las residencias médicas del país.

La propuesta de investigación estableció dos grandes fases: una fase de construcción de los mecanismos de política y planificación y una fase de análisis de la formación y la búsqueda de la excelencia educativa.

Para la primera fase de planificación se presentaron objetivos y variables puntuales que permitieran al Ministerio avanzar en una propuesta de planificación más ordenada para el presente y pensando en una planificación a largo plazo, tomando en consideración el número de egresados de especialistas que hasta el año 2015, ascendían a un total de 12,245 desde que se iniciaron las residencias en el país.

La propuesta para esta fase específica de planificación proponía una serie de preguntas a considerar, un marco teórico con planteamientos y fuentes específicas a incorporar, dimensiones, variables e indicadores para la construcción de un sistema de información que sirviera de base para definir el número y tipo de especialistas que tiene y necesita el país a corto y mediano plazo, así como sugerencias para el análisis de los datos, considerando posibles necesidades de cobertura, especialmente en zonas desatendidas y alejadas y tomando como base los compromisos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible sobre la Salud<sup>5</sup> y estudios de

---

<sup>1</sup> Borrell, R. Protocolo de investigación sobre residencias médicas del servicio de salud de la República Dominicana. OPS/OMS-Ministerio de Salud. Santo Domingo, marzo 2019.

<sup>2</sup> OPS/OMS. Residencias Médicas en América Latina. Serie: Renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Washington D.C. 2011

<sup>3</sup> Eusebio, H. Segundo informe diagnóstico programas residencias médicas. Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología. Santo Domingo. 2015.

<sup>4</sup> Gomera, A. Diagnóstico situacional de las residencias médicas. Ministerio de Educación Superior Ciencia y Tecnología. 2013

<sup>5</sup> OPS/OMS. Preparar a la Región de las Américas para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre la salud. Washington, D.C. 2015

medición sobre la situación de salud actual relacionados con dichos compromisos<sup>6</sup>. También se proponía considerar la “Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud”<sup>7</sup> y la “Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030” propuesta por la OMS en el año 2016<sup>8</sup>.

Esta fase sobre políticas y planificación se encargaría fundamentalmente el equipo del Ministerio de Salud, con ayuda de otros organismos que disponen de datos, como las universidades y las sociedades especializadas que disponen de información de sus egresados y miembros, así como las propias fuentes del Ministerio de Salud. La idea sugerida parte de establecer una línea de base establecida para este año para construir proyecciones posibles de futuros especialistas para los próximos años y hasta el año 2030. Se entiende que esta fase constituye un camino que conlleva una serie de momentos de búsqueda de información dispersa en diferentes fuentes, la construcción del sistema de información y los análisis y proyecciones posibles.

Para la fase de análisis de la formación y la búsqueda de la excelencia técnica se definió como objetivo general: *Realizar propuestas para la búsqueda de excelencia y la regulación de las prácticas educativas, a partir del análisis del desarrollo curricular y los problemas de la enseñanza y el aprendizaje en los programas de formación de especialistas.*

Para esta fase se diseñaron dos cuestionarios para ser llenados por los coordinadores de los programas de residencias y los residentes de todos los niveles de formación. Ambos fueron adaptados por OPS a la plataforma virtual de Microsoft Forms, de manera que pudieran contestarse desde una computadora, teléfono móvil o una tableta electrónica.

Se solicitó a los coordinadores de programas entregar una copia de los programas ya sea de manera física o digital para ayudar a la profundización de este estudio en determinadas variables.

Este informe describe los resultados de ambos cuestionarios y algunas variables de los programas académicos de estudio que fueron presentados por los coordinadores. También se presentan algunas conclusiones y algunos puntos críticos que deberían profundizarse con grupos focales conformados por coordinadores, residentes y universidades, tal como fuera planteado como segunda fase en el protocolo de investigación.

También se avanza en algunas recomendaciones para fines de discusiones entre las distintas instituciones que forman parte y tienen responsabilidades sobre las residencias médicas como el Consejo de Residencias Médicas, el Ministerio de Salud, el MESCyT, las Universidades y los hospitales que albergan programas de residencias.

---

<sup>6</sup> NU. Transversalización, aceleración y asesoría política (MAPS). Informe de la misión conjunta interagencial. Grupo de las Naciones Unidas para el desarrollo América Latina y el Caribe. Rep. Dominicana. 2018.

<sup>7</sup> OPS/OMS. Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal. Proyecto de resolución. 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 69ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington D. C. 2017

<sup>8</sup> OMS. Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030. 69.a Asamblea Mundial de la Salud. Proyecto de resolución WHA 69.19. Ginebra. 2016



## 2- Antecedentes y premisas del estudio

Las referencias históricas señalan que las residencias médicas en República Dominicana iniciaron a fines de la década de los sesenta por iniciativa de prestigiosos médicos de las áreas de Pediatría, Cardiología y Dermatología, apoyados por el Ministerio de Salud de entonces y la Universidad Autónoma de Santo Domingo <sup>9</sup>.

Como en toda la Región de las Américas, en la República Dominicana se iban abriendo programas de formación de especialistas siguiendo las orientaciones de los profesores que llegaban del extranjero con un perfil determinado y con una orientación semejante a su propia formación en los países donde habían cursado su residencia.

La presencia de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) en la primera etapa de las residencias fue determinante. Aunque las cátedras tenían presencia en los hospitales a nivel de pregrado, su participación en las residencias llegó más tarde, en los años 80's, otorgándole un "aval" a las residencias que se iban abriendo.

La apertura de nuevas universidades en el país y de organismos reguladores como el Consejo de Educación Superior (CONES) en los años 80's, así como la formación del Consejo Nacional de Residencias Médicas (CNRM) en 1997, repercutió en el otorgamiento de avales de las distintas universidades nacionales para los nuevos programas académicos de las residencias médicas, significando un proceso de mayor formalización sobre todo en las titulaciones.

En el protocolo de investigación propuesto en marzo de este año, se presentaron tres tablas (ver protocolo) sobre la cantidad de 54 especialidades con que cuenta el país, el número de egresados de las distintas especialidades nacionales que asciende a 12,245 hasta el año 2015, el número de universidades nacionales que avalan los 186 programas de residencias contabilizados hasta el año 2015, distribuidos en 47 centros hospitalarios y las especialidades que a lo largo del período estudiado han tenido mayor número de egresados. Algunos de los 186 programas de formación se repiten en diversos hospitales, posiblemente con distintos programas académicos y avales de universidades diferentes.

Para este análisis, el Ministerio de Salud completó el número de programas de formación de especialistas, ascendiendo a 214 en todo el país, el número de egresados de los años 2016 al 2019, que arrojan un total 3907 egresados que sumados a los 12,245 egresados hasta el 2015 hacen un total de 16,152 egresados de las residencias médicas dominicanas. (Ver anexo 1)

Algunas observaciones preliminares surgieron de las 3 tablas referidas en el protocolo, como que el país ha venido invirtiendo en mayor proporción (37%) en las especialidades básicas relacionadas con las mujeres y los niños (Ginecología, Obstetricia y Pediatría) lo que mantiene una correspondencia positiva y consistente con algunos de los indicadores de salud más críticos de la sociedad dominicana.

De igual manera, la inversión en Medicina Familiar está por encima del promedio general de algunos países latinoamericanos con datos del 2010, pero muy lejos de los países desarrollados, que cada vez tienen más claro que la solución a sus sistemas de salud es la Medicina Familiar y Comunitaria y han venido incrementando su inversión tanto en la formación como en el

---

<sup>9</sup> Eusebio, H. Op. Cit. 2015

empleo<sup>10</sup>. En Geriátría, el país hasta el año 2015 sólo disponía de 16 egresados nacionales, cuando los indicadores de salud muestran que el país tiene problemas importantes de salud-enfermedad de la población envejeciente.

La idea de realizar un estudio de tipo educativo surge de una serie de problemas identificados en los estudios de Gomera y Eusebio ya citados.

En dichos estudios se mencionan la escasa actualización de los programas, especialidades similares ofertándose en distintos centros hospitalarios con distintos perfiles y programas de formación, poca claridad acerca de los perfiles de formación adecuados a la realidad de salud del país, definición de competencias ausentes en muchos programas y criterios educacionales deficientes para promover mejores y mayores aprendizajes de los residentes. A esto se podría sumar el seguimiento o no de los programas académicos sobre los lineamientos del MESCyT<sup>11</sup> en relación a los postgrados y la participación o no de las universidades que otorgan los avales correspondientes en las acciones fundamentales como el diseño de los programas y las evaluaciones de los mismos.

Como parte de los objetivos específicos referido al tema de educación se planteó: *Identificar las buenas y deficientes prácticas en los aspectos curriculares, de enseñanza y evaluación en los procesos de formación de residentes y definir propuestas de mejora.*

Los temas de mayor complejidad en materia educativa en las residencias médicas son los relacionados con el diseño y desarrollo curricular, la enseñanza y el aprendizaje en servicios con pacientes, la supervisión de los aprendizajes y la evaluación de los programas educativos, incluyendo la evaluación de los residentes. Esta complejidad se debe en parte a que estos programas se ofertan en servicios hospitalarios que tienen su propia dinámica como sistema de servicios. No fueron diseñados para la docencia y los trabajadores de salud, especialistas o no, que allí trabajan, tienen su foco de atención fundamentalmente en los problemas y soluciones a la salud de las personas.

Los hospitales universitarios reconocidos en el mundo tuvieron que generar un modelo de enseñanza-aprendizaje en los servicios, en el mismo espacio de atención a los pacientes, donde la dinámica se basaba fundamentalmente en aprender a partir de la observación y la imitación de lo que hacían los especialistas de planta.

Además de esta adopción y adaptación metodológica se le sumaron otras estrategias de enseñanza-aprendizaje que cubrieron en parte las necesidades de conocimiento y reflexión teórica tanto de la literatura científica y las estadísticas relativa a los casos de cada país y el mundo y a enfermedades que se encontraban en la cotidianidad hospitalaria. La situación de las residencias médicas del país no es ajena a este esfuerzo de adaptación de nuevas metodologías educacionales desde sus inicios y este estudio en parte busca conocer esa evolución.

Para abordar los aspectos educativos en este estudio se plantearon una serie de preguntas básicas que fueron incorporadas en dos cuestionarios diferentes para ser llenados por los

---

<sup>10</sup> OPS/OMS. Op. Cit. 2011

<sup>11</sup> Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología. Reglamento del nivel de postgrado de las instituciones de Educación Superior. Santo Domingo. 2009

coordinadores de los programas académicos y los residentes de todos los niveles de 9 hospitales públicos.

Las preguntas generales intentaron ahondar en la calidad del proceso educativo tales como: ¿Cuentan las residencias con un programa de formación? ¿Se revisa con frecuencia dicho programa? ¿Cómo se entiende el desarrollo curricular por parte de los que intervienen en el proceso educativo? ¿Se ha discutido con el grupo de profesionales del hospital que intervienen en la docencia el perfil de egresado que necesita el país? ¿Cómo se discuten y socializan estas ideas y cada cuanto tiempo se evalúa y redefine este perfil? ¿El perfil está adecuado a los indicadores de salud y enfermedad de la población dominicana? ¿Cómo se hace esta adecuación? ¿Quiénes intervienen en el proceso educativo? ¿Cumplen los docentes con los horarios asignados al acompañamiento del aprendizaje en el servicio, la docencia y supervisión? ¿Cuáles son las estrategias metodológicas más utilizadas en la enseñanza de las residencias? ¿Cuál es el porcentaje de enseñanza teórica desarrollada en la residencia? ¿Participa la universidad que avala la residencia en este espacio de estudio y reflexión teórica? ¿Cuáles son los mecanismos de evaluación utilizados? ¿Quién los define y cada cuanto tiempo se aplican de manera sistemática? ¿Está adecuado el hospital tanto para el aprendizaje en la práctica como para el desarrollo de la docencia? ¿Cómo es tratado el residente, se respetan sus horas de descanso y tiempo de estudio teórico y para el desarrollo de investigaciones?

A los dos cuestionarios originados se les añadieron, por parte del grupo ministerial y de OPS otras preguntas de interés para fines de gestión y regulación. De esta manera, el cuestionario para los coordinadores tiene 73 preguntas divididas en 3 grandes capítulos referentes a *información general*, *aspectos conceptuales* que incluyen el *perfil del residente* y el *desarrollo curricular* y un capítulo referido a la *práctica educativa*, terminado con recomendaciones para el mejoramiento de la calidad educativa.

El cuestionario diseñado para los residentes tiene 47 preguntas relacionadas con su proceso de aprendizaje fundamentalmente y lo que le oferta tanto la residencia, el servicio y la universidad para lograr sus objetivos de aprendizaje. También termina solicitándoles escribir observaciones acerca de los problemas que les preocupan en cuanto a sus procesos de aprendizaje y recomendaciones puntuales. Ambos cuestionarios fueron validados previamente y probados para calcular el tiempo en que podrían ser llenados por cada encuestado y se identificaron las posibles fallas que fueron corregidas oportunamente.

Se incorpora en este análisis, el cotejo de algunas variables de interés realizado a los 79 programas que entregaron su plan de estudios ya sea de forma física o digital.

El Ministerio de Salud seleccionó 9 hospitales públicos por para este estudio, constituyendo una muestra representativa del 70% de los hospitales públicos del país con mayor número de programas de formación, mayor número de residentes y mayor tiempo de servicio en la formación de especialistas en algunos.

Los 9 hospitales que participaron en el estudio fueron: el Hospital Gautier, Hospital Robert Reid Cabral, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altigracia, Hospital Francisco Moscoso Puello, Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT, Hospital General Plaza de la Salud, Hospital José María Cabral y Báez y el Hospital Presidente Estrella Ureña. Estos dos últimos están ubicados en la ciudad de Santiago de los Caballeros.

### **3- Informaciones generales**

Un grupo constituido por profesionales del Ministerio de Salud y el director del departamento de Residencias Médicas, Dr. Bienvenido Peña, representantes del MESCyT, personal del SNS y los consultores de Servicios de Salud de la Representación de la OPS/OMS en el país formaron un equipo para acudir, en un espacio de semana y media, a los distintos hospitales y aplicar los dos cuestionarios tanto a los coordinadores como a los residentes.

Los dos cuestionarios diseñados se colocaron en el sistema digital con un *software Microsoft Forms* para mayor facilidad del llenado y las tabulaciones fueron hechas en Excel y en SPSS.

Se tomó la precaución de cerrar el acceso a los cuestionarios en ambos casos, cada vez que los coordinadores y los distintos grupos de residentes por niveles enviaban de forma individual y anónima sus cuestionarios. Con esta decisión se buscó garantizar de alguna manera la sinceridad de las respuestas y evitar que fuera compartido a otros colegas para el conocimiento de las preguntas solicitadas en ambos cuestionarios.

Actualmente el Ministerio de Salud contabiliza 214 programas de formación de especialistas en todo el país. En los 9 hospitales seleccionados en este estudio respondieron los cuestionarios 89 coordinadores de los programas, correspondiendo a un porcentaje de 42% del total de los programas del país.

El cuestionario de residentes fue respondido por 1,277 de ellos, de todos los niveles de los 9 hospitales seleccionados, es decir, el 74% de los 1,716 residentes que en ese momento disponían dichos hospitales y el 38% del total de 3,364 residentes que están cursando en el año 2019 en todas las residencias nacionales.

Dada que la información recabada constituye un gran volumen de información, en este informe se presentan los resultados principales de cada uno de los cuestionarios, haciendo una lectura de los resultados de las distintas preguntas, las que servirán para realizar en la segunda parte del informe las conclusiones principales con los puntos más llamativos y preocupantes, para avanzar con algunas sugerencias para mejorar la calidad de los procesos educativos y de aprendizaje de los futuros médicos especialistas.

#### **3.1- Resultados de los cuestionarios aplicados a los coordinadores de los programas académicos**

##### ***Información general***

La programación de la aplicación de los cuestionarios se realizó a partir de un listado preparado por el Ministerio de Salud con el número de programas de estudio de los hospitales seleccionados y el número de residentes de todos los niveles.

Las respuestas obtenidas del cuestionario, respondido por 89 coordinadores de los programas de residencias de los 9 hospitales seleccionados, de un total de 119 programas de los que se esperaban respuestas, representando el 75% de lo esperado.

Se presentan tablas que agrupan las respuestas de los coordinadores de programas por cada uno de los hospitales. Las tablas del 1 al 9 recogen las respuestas relativas al número de programas académicos\*, el número de especialidades y sub-especialidades\*, la duración en años de cada uno de ellos, el año que se inició el programa, la Universidad que avala dicho programa y el año que se le otorgó el aval.

El orden de los hospitales presentados en las tablas se plantea de acuerdo a la antigüedad de los hospitales, dato encontrado en sus páginas web o en internet:

**Tabla 1**  
**Información general del Hospital Central de las Fuerzas Armadas**

Hospital Central de las Fuerzas Armadas	# Especialidad	#Sub-Especialidad	Total Programas *	Años duración	Año Inicio	Universidad que avala	Año obtiene aval
<b>Programas</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>13</b>				
Anestesiología	1		1	4	-	UASD	-
Cirugía general	1		1	4	1981	UASD	1983
Citología	1		1	2	1994	UCE	2001
Gastroenterología		1	1	3	2006	UNPHU	2011
Ginecología y obstetricia	1		1	4	1983	UASD	1983
Imagenología		1	1	4	2000	UCE	2001
Medicina familiar	1		1	4	1981	UASD	2001
Nefrología		1	1	3	2018	UASD	2017
Oftalmología	1		1	4	-	UASD	2006
Ortopedia y traumatología	1		1	5	1993	UCE	1994
Pediatría	1		1	3	1997	UASD	1995
Urología	1		1	4	1990	UASD	1990

\*El total de esta columna corresponde al total de programas que respondieron el cuestionario más el total de los programas registrados por el Ministerio pero que no participaron de la encuesta

Este hospital es uno de los más antiguos del país (1939) que inició formalmente los programas de residencias a principios de los años 80's. Un total de 12 coordinadores de programas respondieron, de un total de 13 especialidades que tiene el hospital, faltando sólo la información de la especialidad de Medicina Interna. De los 13 programas, 10 corresponden a especialidades y 3 a sub-especialidades. De los 12 con respuestas de los coordinadores, hay 8 programas que son avalados por la UASD, 3 por la UCE y uno por la UNPHU.

La apertura de los programas se ha realizado de manera escalonada. En la década de los 80's se abrieron 3 programas. En los 90's se abrieron 5 programas más avalados por la UCE y por la UASD y después del 2000, se abrieron 3 nuevos programas, uno de los cuales es avalado por la UNPHU. Casi siempre los avales se obtienen uno o dos años de iniciado el programa de residencia, pero la información proporcionada muestra que existen programas que al parecer solicitaron el aval antes de dar apertura. No aparece la información de año de inicio y aval correspondiente de la especialidad de Anestesiología.

En cuanto a la duración, la especialidad de citología dura 2 años, Gastroenterología, Nefrología y Pediatría se cursan en 3 años, el resto tiene una duración de 4 años y Ortopedia y Traumatología 5 años.

\* No todos los coordinadores de programas llenaron el cuestionario solicitado por el Ministerio con anticipación. Por esta razón las tablas contemplan al final de las mismas el número de especialidades y sub-especialidades por hospital pero que no llenaron la encuesta.

\* Entendemos por sub- especialidad aquella derivada de una especialidad y cuyo requisito es cursar la especialidad.

**Tabla 2**  
**Información general del Hospital José María Cabral y Báez**

Hospital José María Cabral y Báez	# Especialidad	#Sub-Especialidad	Total Programas	Años duración	Año Inicio	Universidad que avala	Año obtiene aval
<b>Programas</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>21</b>				
Anatomía patológica	1		1	4	1987	PUCMM	1987
Anestesiología	1		1	4	1986	PUCMM	1986
Cardiología		1	1	3	1976	PUCMM	1976
Cirugía cervico-buco-maxilofacial	1		1	4	2000	PUCMM	2000
Cirugía general	1		1	4	1986	PUCMM	1991
Cuidados intensivos		1	1	3	2001	PUCMM	2001
Emergenciología	1		1	4	2013	PUCMM	2013
Fisiatría y rehabilitación	1		1	3	1981	PUCMM	-
Gastroenterología		1	1	3	1999	PUCMM	1999
Geriatría	1		1	4	2006	PUCMM	2006
Hematología		1	1	3	2006	PUCMM	2006
Imagenología	1		1	4	1988	PUCMM	1988
Medicina interna	1		1	3	1989	PUCMM	1992
Nefrología		1	1	3	1993	PUCMM	1990
Neurocirugía		1	1	5	2001	PUCMM	2001
Neurología		1	1	3	2009	PUCMM	2008
Nutrición hospitalaria	1		1	3	2014	PUCMM	2014
Oftalmología	1		1	4	1982	PUCMM	1982
Ortopedia y traumatología		1	1	5	1980	PUCMM	1984
Reumatología		1	1	3	2008	PUCMM	2008
Urología		1	1	4	1980	PUCMM	1982

El Hospital José María Cabral y Báez inició sus labores hospitalarias en el año 1946 y fue de los primeros en tener programas de residencias desde el primer movimiento de apertura de los mismos en el país. Todos los programas los ha avalado la PUCMM y la gran mayoría de los programas iniciaron con el aval de esta Universidad al unísono.

Por este hospital respondieron 11 coordinadores de especialidades y 10 de sub-especialidades para un total de 21 programas de formación. El hospital aprovechó tanto la apertura de la carrera de medicina y otras en Ciencias de la Salud de la PUCMM, en el momento que el país comenzaba a pensar en la necesidad de contar con especialistas de la medicina y otras áreas del sector. Ya desde los años 80's se abren 6 programas, acelerándose su apertura en la década de los 90's con 12 programas más y 9 más a partir del 2000, siendo las últimas dos las de Emergenciología y Nutrición hospitalaria.

De los 21 programas, 10 mantienen una duración de 3 años, 9 programas son de 4 años y los programas de Neurocirugía y Ortopedia y Traumatología tienen una duración de 5 años.

**Tabla 3**  
**Información general del Hospital Robert Reid Cabral**

Hospital Dr. Robert Reid Cabral	# Especialidad	#Sub-Especialidad	Total Programas *	Años duración	Año Inicio	Universidad que avala	Año obtiene aval
<b>Programas</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>16</b>				
Anestesiología pediátrica		1	1	2	2011	UASD	2015
Cardiología pediátrica		1	1	3	1978	UASD	2012
Cirugía pediátrica		1	1	6	1981	UASD	2002
Emergenciología pediátrica		1	1	2	2016	UASD	2015
Gastroenterología pediátrica		1	1	3	2004	UASD	2006
Hematología pediátrica		1	1	3	2003	UASD	2014

Infectología Pediátrica		1	1	3	1980	UASD	2000
Nefrología pediátrica		1	1	3	2010	UASD	2010
Neumología **		1	1	2	2007	UASD	2010
Neumología pediátrica		1	1	3	2007	UASD	2009
Pediatría	1		1	4	1963	UASD	1997
Psiquiatría infantil	1		1	2	2016	UASD	2017

\*El total de esta columna corresponde al total de programas que respondieron el cuestionario más el total de los programas registrados por el Ministerio pero que no participaron de la encuesta

\*\*No aparece en el listado del Ministerio de Salud

El hospital Robert Reid Cabral abrió sus puertas como Clínica Infantil Angelita en 1954, cambiando al nombre actual con la caída de la dictadura en el 1961.

Desde el año 1963 abrió la primera residencia de Pediatría, pero no fue hasta el año 1997 que obtiene formalmente el aval correspondiente de la UASD. Mantiene la especialidad de Pediatría desde el año 1963 y abre una nueva “especialidad” de Psiquiatría Infantil en el 2016. Entre los años 1978 y 1981 abre 3 sub-especialidades, pero es a partir del año 2000 cuando empieza la escalada de 7 sub-especialidades más. Este hospital cuenta con 16 programas, pero no llevaron la encuesta los coordinadores de los programas de Endocrinología Pediátrica, Urología Pediátrica, Cuidados Intensivos Pediátricos y Neurología Pediátrica.

Todos los programas son avalados por la UASD, iniciado en el año 1997 y continuando a partir de los años 2000. La tabla muestra que algunas sub-especialidades tardaron muchos años en conseguir el aval de manera formal, como los casos de Cardiología Pediátrica, Cirugía Pediátrica, Hematología Pediátrica e Infectología. Otras en cambio, consiguieron su aval muy pronto e incluso antes de iniciar su programa de formación.

La duración de 6 sub-especialidades, de las 10 que tiene el hospital, es de 3 años. La especialidad de Pediatría dura 4 años, un año más que la del Hospital Central de las FFAA. Tres sub-especialidades tienen una duración de 2 años, igual que Psiquiatría Infantil considerada como una “especialidad”. En cambio, la sub-especialidad de Cirugía Infantil tiene una duración de 6 años.

**Tabla 4**  
**Información general del Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia**

Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	# Especialidad	#Sub-Especialidad	Total Programas	Años duración	Año Inicio	Universidad que Avala	Año obtiene aval
<b>Programas</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>5</b>				
Anestesiología	1		1	4	2001	UASD	2001
Ginecología y obstetricia	1		1	4	1974	UASD	1974
Neonatología		1	1	3	1979	UASD	1992
Oncología ginecológica		1	1	3	1980	UASD	1995

\*El total de esta columna corresponde al total de programas que respondieron el cuestionario más el total de los programas registrados por el Ministerio pero que no participaron de la encuesta

El Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia inició sus labores en el año 1950 y tiene un total de 5 programas de formación, de los cuáles sólo 4 coordinadores respondieron el cuestionario. No se obtuvo información de la residencia de Endocrinología Ginecológica. Fue un hospital pionero en la formación de la Ginecología y Obstetricia del país.

Las dos especialidades de las que obtuvimos respuesta tienen una duración de 4 años mientras que el programa de las 2 sub-especialidades tienen una duración de 3 años.

Todos los programas son avalados por la UASD desde sus inicios y los dos programas de las dos sub-especialidades que respondieron pasaron más de 15 años para regularizar los avales requeridos.

**Tabla 5**  
**Información general del Hospital Salvador B. Gautier**

Hospital Salvador B. Gautier	# Especialidad	#Sub-Especialidad	Total Programas *	Años duración	Año Inicio	Universidad que Avala	Año obtiene aval
<b>Programas</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>23</b>				
Cirugía general	1		1	4	1976	UNPHU	2014
Endocrinología		1	1	3	1973	UASD	2001
Medicina interna	1		1	3	1972	UASD	2000
Nefrología		2	2	3	1988	UASD	1988
Neumología		1	1	2	1984	UASD	2000

\*El total de esta columna corresponde al total de programas que respondieron el cuestionario más el total de los programas registrados por el Ministerio pero que no participaron de la encuesta

El personal del Ministerio y OPS sólo pudieron obtener respuestas de los cuestionarios de 2 programas de especialidades y de 4 sub-especialidades, es decir, 6 programas de los 23 programas que tiene el hospital, siendo éste el que cuenta con el mayor número de programas de formación de especialistas y sub-especialistas del país. En la sub-especialidad de Nefrología aparecen dos; una es la propia del Gautier y la otra pertenece al Hospital Padre Billini, que por estar cerrado en estos momentos ha trasladado su programa al Hospital Gautier.

Los coordinadores que no llenaron el cuestionario fueron los de Neurología, Cirugía Plástica y reconstructiva, Cardiología, Ortopedia y Trauma, Anestesiología, Infectología, Imagenología, Hematología, Emergenciología, Ecocardiografía, Gastroenterología, Psiquiatría, Urología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Cirugía de columna, Cirugía Bariátrica, Neurocirugía.

El Hospital Salvador B. Gautier es también uno de los pioneros en la formación de especialidades, surgidas entre los años 1972 y 1976 las 3 primeras, Cirugía General, Medicina Interna y Endocrinología, con una duración de 4 y 3 años.

Todas son avaladas por la UASD, obteniendo estos avales muchos años después de haber abierto los programas. La UNPHU otorgó el aval a Cirugía General en el año 2014, es decir, 38 años después. Otros 3 programas tardaron entre 16 y 28 años para obtener formalmente el aval.

**Tabla 6**  
**Información general del Hospital Francisco Moscoso Puello**

Hospital Francisco Moscoso Puello	# Especialidad	#Sub-Especialidad	Total Programas *	Años duración	Año Inicio	Universidad que avala	Año obtiene aval
<b>Programas</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>10</b>				
Anatomía patológica	1		1	4	1982	UASD	1986
Cardiología	1		1	4	-	UASD	2004
Cirugía general	1		1	4	1981	UASD	2000
Gastroenterología		1	1	3	1978	UASD	1980
Medicina familiar	1		1	4	2000	UASD	2004
Psiquiatría	1		1	4	1977	UASD	1977
Urología	1		1	4	1982	UASD	1984

\*El total de esta columna corresponde al total de programas que respondieron el cuestionario más el total de los programas registrados por el Ministerio pero que no participaron de la encuesta

El Hospital Francisco Moscoso Puello inició sus servicios en el año 1959 y a la fecha cuenta con 10 programas de formación de especialidades. Algunos de sus programas se iniciaron entre final de los años 70's y principios de los 80's. En esta encuesta no participaron los programas de Medicina Interna, Anestesiología y Cuidados intensivos.

En las respuestas obtenidas a través de los cuestionarios se observa que todos los programas han sido avalados por la UASD y se han obtenido en un período corto después de la apertura de cada uno de ellos, incluyendo aquellos que empezaron a fines de los años 70's. El único programa que resalta sobre el período de conseguir su aval es Cirugía General, que tomó aproximadamente 20 años, desconociendo las circunstancias de esa anomalía.

Casi todos sus programas tienen una duración de 4 años.

**Tabla 7**  
**Información general del Hospital Presidente Estrella Ureña**

Hospital Presidente Estrella Ureña	# Especialidad	#Sub-Especialidad	Total Programas *	Años duración	Año Inicio	Universidad que avala	Año obtiene aval
<b>Programas</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>8</b>				
Anestesiología	1	-	1	4	2001	PUCMM	2001
Cardiología	-	1	1	3	2013	PUCMM	2015
Cirugía general	1	-	1	1	2000	PUCMM	2003
Ginecología y obstetricia	1	-	1	4	1980	PUCMM	1980
Medicina interna	1	-	1	3	1983	PUCMM	1984
Medicina materno-fetal	-	1	1	2	1990	PUCMM	1990
Neonatología	-	1	1	2	2000	PUCMM	2000

\*El total de esta columna corresponde al total de programas que respondieron el cuestionario más el total de los programas registrados por el Ministerio pero que no participaron de la encuesta

El Hospital Presidente Estrella Ureña de Santiago tiene un total de 8 programas de formación, y fueron llenados los cuestionarios de 7 de ellos. De estos siete, 4 son especialidades y 3 a sub-especialidades. El programa que no participó de la encuesta fue el de Ecocardiografía.

Todos los programas de formación son avalados por la PUCMM y dichos avales fueron otorgados poco después de iniciar o el mismo año de inicio.

Dos programas de las especialidades tienen una duración de 3 años y otros 2 programas se cursan en 4 años. Llama la atención que Cirugía General solo tenga un año de formación.

**Tabla 8**  
**Información general del Hospital General Plaza de la Salud**

Hospital General Plaza de la Salud	# Especialidad	#Sub-Especialidad	Total Programas *	Años duración	Año Inicio	Universidad que Avala	Año obtiene aval
<b>Programas</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>11</b>				
Cirugía general y de trasplante	1	-	1	5	2016	UNIBE	2016
Cuidados intensivos	-	1	1	3	2012	UNIBE	2012
Cuidados intensivos pediátricos	-	1	1	3	2010	UNIBE	2010
Emergenciológica	1	-	1	4	2003	UNIBE	2003
Fisiatría y rehabilitación	1	-	1	4	2006	UNIBE	2006
Imagenología	1	-	1	4	2012	UNIBE	2012
Medicina familiar	1	-	1	3	2019	UNIBE	2004
Medicina interna	1	-	1	3	2019	UNIBE	2019
Medicina materno-fetal	-	1	1	2	2019	UNIBE	2019
Otorrinolaringología	1		1	5	2016	UNIBE	2016

\*El total de esta columna corresponde al total de programas que respondieron el cuestionario más el total de los programas registrados por el Ministerio pero que no participaron de la encuesta

El Hospital General Plaza de la Salud inicia sus funciones en el año 1977 y abre su primer programa de formación de especialista en el año 2003. Tiene un total de 11 programas, de los cuales 7 son especialidades y 4 sub-especialidades. No participó de la encuesta el programa de Neurocirugía.

Todos los programas están avalados por la UNIBE y existe una coincidencia entre los años de apertura de los programas y los años del aval universitario. Llama la atención que el programa de Medicina Familiar abriera formalmente en el año 2019 teniendo el aval desde el año 2004. Imaginamos que este programa adopta el programa único propuesto por la Sociedad de Medicina Familiar que data de ese año.

Los programas de las especialidades oscilan entre 3 y 4 años y dos programas, Cirugía General y de trasplante y Otorrinolaringología tienen una duración de 5 años.

**Tabla 9**  
**Información general del Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT**

Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	# Especialidad	#Sub-Especialidad	Total Programas	Años duración	Año Inicio	Universidad que Avala	Año obtiene aval
<b>Programas</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>12</b>				
Cardiología	-	1	1	3	2015	INTEC	2015
Cardiología pediátrica	-	1	1	3	2015	INTEC	2015
Cuidados intensivos	-	1	1	2	2010	INTEC	2010
Cuidados intensivos pediátricos	-	1	1	2	2019	INTEC	2019
Gastroenterología	-	1	1	3	2018	UNPHU	2018
Ginecología y cirugía pélvica	1	-	1	4	2015	INTEC	2015
Imagenología	1	-	1	3	2000	PUCMM	-
Medicina interna	1	-	1	3	2014	INTEC	2015
Nefrología	-	1	1	3	2018	UNPHU	2018
Neurología	-	1	1	3	2018	UNPHU	2019

\*El total de esta columna corresponde al total de programas que respondieron el cuestionario más el total de los programas registrados por el Ministerio pero que no participaron de la encuesta

CEDIMAT inició sus labores en el año 1999, abriendo en el año 2000 su primera residencia en Imagenología. Este hospital abre una nueva especialidad, la de Cuidados Intensivos 10 años más tarde. A partir del 2014 comienzan otros programas de formación hasta llegar a 12 programas, la gran mayoría corresponden a sub- especialidades y sólo 3 especialidades. No participaron de la encuesta los programas de Hemodinamia y Medicina Crítica Pediátrica Cardiovascular.

Tres universidades nacionales avalan los programas, el INTEC, la UNPHU y la PUCMM y la mayoría recibió el aval el año de inicio de la residencia.

Los programas de formación no exceden de 3 años, siendo el único de 4 años el de Ginecología y Cirugía Pélvica.

***Programa de educativo o plan de estudio, perfil del egresado y sus competencias***

Uno de los aportes más sólidos y que mejor ayuda a entender los currículos de las residencias médicas es el sostenido por Stenhouse<sup>12</sup>, quien describe el currículo como un proyecto a experimentar en la práctica, “una tentativa para comunicar los principios y rasgos esenciales de un propósito educativo, de forma tal que permanezca abierto a la discusión crítica y pueda ser efectivamente a la práctica”.

En este primer análisis, se retoman algunas variables seleccionadas para analizar la parte conceptual básica de todo plan de estudio, que es sí efectivamente existe un plan, la definición de perfil de residente y las competencias que tendría el residente que desarrollar, quienes formulan dicho programa y cuál es su período de actualización.

La noción de perfil de formación es uno de los elementos clave para definir con mayor claridad el producto de un proceso educativo y para mediar en la definición de las competencias generales y específicas y los mecanismos pedagógicos para lograrlo.

Entendemos<sup>13</sup> como “perfil de formación del residente” aquella orientación general y específica que el conjunto de los docentes hospitalarios desean generar en los alumnos residentes; las competencias que deberían desarrollar a lo largo de su aprendizaje y su carrera profesional; los valores y principios que deberían obtener a lo largo de su formación; la visión acerca de los problemas de salud- enfermedad y socio- sanitarios del contexto nacional, local e internacional y los posibles perfiles ocupacionales o espacios de trabajo a los que podría tener acceso después de una capacitación de postgrado.

El perfil describe un conjunto de responsabilidades y tareas que un profesional es capaz de realizar en su desempeño cotidiano, incluyendo capacidades y competencias.

Estas primeras variables constituyen herramientas poderosas para analizar el esquema básico de donde parte el diseño o estructura curricular que prima en el pensamiento de los médicos docentes y su forma de concebirlo, los involucrados en su construcción y los períodos de actualización. Se analizan en las tablas 10, 11, 12 y 13:

**Tabla 10**  
**Disponibilidad de programas de estudio**

Hospitales	Programas		Perfil del egresado			
	SI	NO	SI	NO	En proceso definición	En proceso redefinición
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	12	-	9	1	2	-
Hospital José María Cabral y Báez	21	-	15	1	3	2
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	12	-	10	1	1	-
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	4	-	3	-	-	1
Hospital Salvador B. Gautier	4	2	4	2	-	-
Hospital Francisco Moscoso Puello	7	-	7	-	-	-
Hospital Presidente Estrella Ureña	7	-	5	1	1	-
Hospital General Plaza de la Salud	10	-	10	-	-	-
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	10	-	10	-	-	-
<b>Totales</b>	<b>87</b>	<b>2</b>	<b>73</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>3</b>

<sup>12</sup> Stenhouse L. Investigación y desarrollo del currículo. Madrid: Morata, 3ra ed: 1991. P.29

<sup>13</sup> Borrell, R. La educación médica de postgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa. OPS/OMS. Marcelo Kohan Impresiones. Argentina, 2005. p. 161

La tabla 10 combina dos respuestas a dos preguntas relacionadas con *la disponibilidad o no de programas o planes de estudio escritos* y si dentro de ellos *se definía el perfil del egresado que se pretendía formar*.

La tabla muestra que de 89 coordinadores que llenaron la encuesta, 87 (98%) contestaron que disponían de plan de estudios y 2 (2%) dijeron que no contaban con un programa o plan de estudio.

Cuando se les solicitó con tiempo entregar una copia de los programas ya sea de manera física o digital, se entregaron 79 programas, lo que significa un 89% de los programas encuestados.

En la pregunta acerca de la definición del perfil del egresado, de 89 coordinadores 73 (82%) contestaron que se tenían definidos, mientras en 7 (8%) programas están en proceso de definición y en 3 (3%) están en proceso de redefinición. Seis (7%) de ellos dijeron no tener definido el perfil de los futuros especialistas.

La lectura sobre los programas entregados muestra que 54 (68%) tienen definido el perfil del egresado, en contraposición de los 73 (82%) que dijeron en el cuestionario que los tenían.

**Tabla 11**  
**Definición de las competencias de los futuros especialistas**

Hospitales	Competencias definidas			
	SI	NO	En proceso definición	En proceso redefinición
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	9	1	2	
Hospital José María Cabral y Báez	15	1	3	2
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	10	1	1	
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	3	-	-	1
Hospital Salvador B. Gautier	4	2	-	-
Hospital Francisco Moscoso Puello	7	-	-	-
Hospital Presidente Estrella Ureña	5	1	1	-
Hospital General Plaza de la Salud	10	-	-	-
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	10	-	-	-
<b>Totales</b>	<b>73</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>3</b>

En la tabla 11 se recopilan los resultados de preguntas relacionada sobre *si el programa tiene definidas o no las competencias que se esperan desarrollar en el residente, si están en proceso de definición o en proceso de redefinición*.

La tabla muestra la existencia de 73 (82%) programas que tienen definidos las competencias que se esperan desarrollar en los residentes, lo que sirve de guía sustantiva para el diseño de todas las prácticas educativas, mismas que precisan de un análisis más profundo. Como puede verse en la tabla, de los 89 programas, 6 (7%) dicen no tener las competencias definidas, 7 (8%) están en proceso de definición y 3 (3%) están en proceso de redefinición.

Cuando miramos los 79 programas que se entregaron, sólo 13 (16%) tienen definidas las competencias.

**Tabla 12**  
**Formulación del programa de estudios**

Hospitales	Lo diseña el consejo enseñanza hospital	Lo diseña la Universidad	Se discute entre hospital y Universidad que avala
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	8	4	8
Hospital José María Cabral y Báez	10	11	14
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	12	-	10
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	2	2	3
Hospital Salvador B. Gautier	4	2	2
Hospital Francisco Moscoso Puello	6	1	3
Hospital Presidente Estrella Ureña	3	4	4
Hospital General Plaza de la Salud	8	2	10
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	8	2	10
<b>Totales</b>	<b>61</b>	<b>28</b>	<b>64</b>

La tabla 12 resume los resultados de la pregunta que buscaba conocer *quien diseña el programa de estudio*, donde se ofrecían tres posibilidades de respuestas: *lo diseña el consejo de enseñanza del hospital, la universidad y/o se discute entre el hospital y la universidad que avala*.

En cuanto a la formulación del programa de estudio, 61 (69%) son diseñados por el Consejo de Enseñanza de cada uno de los programas de los hospitales, 28 (31%) lo diseñan las universidades que avalan los programas de estudio y 64 (72%) de los 89 discuten los programas con las universidades que los avalan.

**Tabla 13**  
**Período actualización de los programas de estudio**

Hospitales	Anual	C/2 años	C/3 años	Período > 3 años	Nunca
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	4	2	3	2	1
Hospital José María Cabral y Báez	3	1	1	13	3
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	2	3	-	5	2
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	1	-	-	3	-
Hospital Salvador B. Gautier	-	-	1	4	1
Hospital Francisco Moscoso Puello	2	1	-	4	-
Hospital Presidente Estrella Ureña	4	1	-	2	-
Hospital General Plaza de la Salud	3	2	-	2	3
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	5	1	-	3	1
<b>Totales</b>	<b>24</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>38</b>	<b>11</b>

La tabla 13 muestra *el período de actualización de los programas*. De las respuestas obtenidas de los 89 coordinadores, 24 (27%) dice que el programa se actualiza anualmente, imaginando que esta regularidad coincide con la nueva entrada de residentes cada año. Once (12%) programas lo revisa cada dos años. Cinco (6%) lo realiza cada 3 años y 38 (43%) en un período mayor de 3 años. Once (12%) de los programas admitió no haberlo actualizado nunca.

Cabe resaltar que los 11 programas que han admitido no haber actualizado “nunca” corresponden a los programas de: Oftalmología del Hospital de las FFAA, cuya fecha de inicio no se tiene conocimiento por parte del coordinador que llenó la encuesta; Medicina Interna (1989), Neurología (2009) y Nutrición hospitalaria (2014) del Hospital Cabral y Báez; Cardiología Pediátrica (1978) y Nefrología Pediátrica (2010) del Hospital Robert Reid; Cirugía General (1976) del Hospital Gautier; Cuidados Intensivos Pediátricos (2010), Medicina Interna (2019) y Medicina Materno Fetal (2019) del Hospital General Plaza de la Salud y; Gastroenterología (2018) de CEDIMAT.

Como puede verse en las fechas de inicio de estos 11 programas, 2 de los mismos iniciaron este mismo año, por tanto, la pregunta no aplicaría a unos programas que recién empiezan. Existen programas como el de Cirugía General (1976) del Hospital Gautier y el de Cardiología Pediátrica (1978) del Hospital Robert Reid que nunca han tenido una actualización.

### ***Desarrollo curricular***

El currículo debe concebirse como un documento de orientación y guía, que marca las prioridades a seguir, las intenciones para formar el tipo de especialistas que el país necesita y en el cual se definen una serie de orientaciones, contenidos y métodos para su desarrollarlo.

Es ante todo una praxis y representa la condensación e interrelación de muchos conceptos y teorías pedagógicas porque son muchos los temas y problemas educativos que tiene que ver con su organización y desarrollo.

La programación curricular en un hospital cuyo objetivo principal es atender una determinada población enferma conlleva a pensar cuales son las mejores formas para aprender en un espacio que debe dar ante todo, servicios especializados en el momento inmediato.

Para ello, se pensaron algunas preguntas para conocer como se lleva a la práctica lo que en el programa se ha expresado, a través del cumplimiento de los contenidos del plan de estudio por parte de los docentes, el tipo de rotaciones por áreas internas y externas, las actividades comunitarias que realizan, las docencias en el hospital y en los espacios universitarios que avalan los programas, los recursos y contenidos para el desarrollo curricular, la cantidad de procedimientos que deben practicar los residentes y las rotaciones por los distintos servicios.

Las tablas 14 a la 17 describen a continuación los resultados de estas variables:

**Tabla 14  
Implementación del plan de estudio**

Hospitales	Cumple contenidos	Rotaciones Internas	Rotaciones Externas	Actividades Comunitarias	Docencia En Hosp	Docencia En univ
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	12	11	11	5	12	1
Hospital José María Cabral y Báez	18	17	17	3	20	17
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	12	12	10	4	12	2
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	4	4	3	-	4	-
Hospital Salvador B. Gautier	3	3	5	2	6	-
Hospital Francisco Moscoso Puello	6	6	6	2	7	-

Hospital Presidente Estrella Ureña	4	7	7	1	7	4
Hospital General Plaza de la Salud	8	10	9	4	10	2
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	10	9	9	4	10	2
<b>Totales</b>	<b>77</b>	<b>79</b>	<b>77</b>	<b>25</b>	<b>88</b>	<b>28</b>

La tabla 14 describe los resultados de una serie de preguntas realizadas de manera individual donde el coordinador tenía que responder *si cada profesor cumple con los contenidos programados, si existen y se realizan rotaciones internas, si existen y se realizan rotaciones externas, si existen y se realizan actividades comunitarias y si se imparte docencia (enseñanza) en el hospital como en la universidad que avala el programa académico.*

En la tabla se observa que 77 (87%) programas de 89 respondieron que cada profesor cumple con los contenidos programados; 79 (89%) tienen rotaciones internas; 77 (87%) rotaciones externas; 25 (28%) realizan actividades comunitarias; 88 (99%) imparten docencia en el hospital y 28 (31%) tienen docencia en las universidades que avalan los programas.

De los 28 programas que disponen de docencia por parte de la universidad, 17 (61%) le corresponde al Hospital José María Cabral y Báez.

En relación a las “actividades comunitarias” los programas que respondieron que realizan este tipo de actividades son: los programas de Cirugía General, Nefrología, Ortopedia y Traumatología, Pediatría y Urología del Hospital Central de las FFAA; Cardiología, Geriatria y Reumatología del Cabral y Báez; Gastroenterología pediátrica, Neumología, Pediatría y Psiquiatría Infantil del Robert Reid; Medicina Interna y Nefrología del Salvador Gautier; Medicina Familiar y Psiquiatría del Moscoso Puello; Medicina Materno-Fetal del Presidente Ureña; Cirugía General y de Trasplante, Imagenología, Medicina Familiar y Medicina Materno- Fetal de Plaza de la Salud; Cardiología Pediátrica, Cuidados Intensivos Pediátricos, Ginecología y Cirugía Pélvica y Nefrología de CEDIMAT.

No tenemos el detalle sobre el tipo de actividades comunitarias que realizan, llamando mucho la atención la cantidad de programas relacionados con las cirugías que tienen actividades comunitarias. También llama la atención que algunos programas de Medicina Familiar y Medicina Interna tengan actividades comunitarias mientras otros de la misma denominación no las contemplan.

**Tabla 15**  
**Recursos y estrategias educativas para el desarrollo curricular**

Hospitales	Uso bibliografía	Formación investigación científica	Investigación situaciones salud del hospital y nacionales	Estudio casos que llegan a hospital y comparación con estadísticas nacionales	Contenidos de promoción y prevención
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	10	12	10	9	9
Hospital José María Cabral y Báez	20	20	18	18	15
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	11	11	10	12	12

<b>Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia</b>	3	2	4	4	4
<b>Hospital Salvador B. Gautier</b>	5	3	5	5	4
<b>Hospital Francisco Moscoso Puello</b>	6	7	6	7	4
<b>Hospital Presidente Estrella Ureña</b>	5	6	7	6	6
<b>Hospital General Plaza de la Salud</b>	10	10	10	9	8
<b>Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT</b>	10	10	10	10	8
<b>Totales</b>	<b>80</b>	<b>81</b>	<b>80</b>	<b>80</b>	<b>70</b>

La tabla 15 recopila las respuestas acerca de *los recursos y estrategias educativas utilizadas para el desarrollo curricular en las residencias*.

Los resultados muestran que 80 (90%) utilizan bibliografía para acompañar el proceso de aprendizaje. Nueve (10%) no marcaron el uso de bibliografía como Imagenología y Oftalmología de Central de las FFAA; Emergenciología Pediátrica del Robert Reid; Cardiología del Moscoso Puello; Medicina Interna del Cabral y Báez; Anestesiología de la Maternidad la Altagracia; Anestesiología y Ginecología y Obstetricia del Presidente Ureña; Cirugía General del Salvador Gautier.

En cuanto a la formación en investigación científica, 81(91%) dijo que la tienen incorporada a lo largo del desarrollo curricular y 8 (9%) no la tienen incorporada. Estos programas que no tienen la formación en investigación científica son: Anatomía Patológica del Cabral y Báez; Infectología del Robert Reid; Anestesiología y Ginecología y Obstetricia de la Maternidad; Neonatología del Presidente Ureña; Cirugía General, Endocrinología y Neumología del Salvador Gautier.

Ochenta (90%) programas dicen que incorporan en sus programas académicos investigaciones sobre la situación de salud de su hospital y/o nacional en su área específica. Nueve (10%) no lo tienen contemplado. Ellos son Citología y Medicina Familiar del Central de las FFAA; Cirugía Cérvico-Buco-Maxilofacial, Geriatria y Oftalmología del Cabral y Báez; Anestesiología Pediátrica, Nefrología Pediátrica del Robert Reid y; Cardiología del Moscoso Puello.

También 80 (90%) marcaron que en sus programas se estudian los casos de diversas patologías que acuden al hospital y las analizan y comparan con estadísticas nacionales, regionales y mundiales. Nueve (10%) programas no disponen de este tipo de estudios. Ellos son: Anestesiología, Citología y Oftalmología en el Central de las FFAA; Anatomía Patológica, Geriatria y Neurocirugía del Cabral y Báez; Ginecología y Obstetricia del Presidente Ureña; Cirugía General del Gautier y; Cuidados Intensivos Pediátricos de la Plaza de la Salud.

Setenta (79%) de los coordinadores dijeron que incorporan en sus programas contenidos y prácticas sobre promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Solo 19 (21%) señaló no incluirlos. Ellos son: Anestesiología, Cirugía General, Imagenología del central de las FFAA; Anatomía Patológica, Anestesiología, Cardiología, Cirugía Cérvico-Buco-Maxilofacial, Cirugía general, Neurocirugía y Urología en el Cabral y Báez; Cardiología, Cirugía general y Urología del Moscoso Puello; Cirugía general del Presidente Ureña; Cuidados Intensivos y Cuidados Intensivos Pediátricos de Plaza de la Salud y; Cuidados intensivos e Imagenología de CEDIMAT.

La mirada a los 63 programas entregados por sus coordinadores mostró que en la variable *sobre la incorporación de la investigación como método de aprendizaje* 17 (27%) no se encontraron en dichos programas; sobre *los problemas de la población dominicana identificados para estudios*, se encontró que no están incorporados en 47 (75%). En cuanto a *los temas de Atención Primaria de Salud*, 58 (92%) de los programas no muestra estos contenidos en los mismos.

**Tabla 16**  
**Cantidad de procedimientos en los que deben practicar los residentes**

Hospitales	Si incluye los procedimientos
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	9
Hospital José María Cabral y Báez	18
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	11
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	3
Hospital Salvador B. Gautier	5
Hospital Francisco Moscoso Puello	7
Hospital Presidente Estrella Ureña	6
Hospital General Plaza de la Salud	8
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	8
<b>Totales</b>	<b>75</b>

La pregunta de la tabla 16 se refería a *si el plan de estudios incluye la cantidad de procedimientos en los que deben participar los residentes en cada una de las áreas de la especialidad*. Setenta y cinco (84%) de las 89 nueve que respondieron la encuesta dijeron que si los incluía.

Los programas que no los incluyen son: Medicina Familiar, Oftalmología y Pediatría del Central de las FFAA; Anatomía Patológica, Cirugía General e Imagenología del Cabral y Báez; Infectología del Robert Reid; Neonatología de la Maternidad la Altagracia; Cirugía General del Gautier; Ginecología y Obstetricia del Presidente Ureña; Cuidados Intensivos Pediátricos y Fisiatría y Rehabilitación de Plaza de la Salud y; Imagenología y Medicina Interna de CEDIMAT.

**Tabla 17**  
**Programa contempla rotaciones por distintos servicios**

Hospitales	Rotaciones por distintos servicios
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	9
Hospital José María Cabral y Báez	19
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	12
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	4
Hospital Salvador B. Gautier	5
Hospital Francisco Moscoso Puello	6
Hospital Presidente Estrella Ureña	6
Hospital General Plaza de la Salud	9
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	9
<b>Totales</b>	<b>79</b>

Se preguntó si el programa contemplaba las rotaciones de los residentes por los diferentes servicios. Setenta y nueve (89%) y 10 (11%) no las tienen contempladas dentro del plan de estudio.

Los 10 que no incluyen rotaciones en sus programas de estudio son: Gastroenterología, Imagenología y Oftalmología en el Central de las FFAA; Nefrología y Urología del Cabral y Báez; Urología del Moscoso Puello; Medicina Materno-Fetal del Presidente Ureña; Cuidados Intensivos Pediátricos de Plaza de la Salud y; Cuidados Intensivos de CEDIMAT.

**Tabla 18**  
**Horas semanales reglamentadas para actividades docentes de aula/salón de estudios, de investigación y practicas asistenciales**

Hospitales	Horas semanales estudio	Horas formación Investigación	65-72	73-80	81-88	89-96	97 o más
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	15	89	5	1	1	3	2
Hospital José María Cabral y Báez	13	77	7	4	6	1	3
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	16	345	7	2		2	1
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altigracia	17	162	1	1	-	1	1
Hospital Salvador B. Gautier	14	18	3	2	-	1	
Hospital Francisco Moscoso Puello	15	80	4	1	-	1	1
Hospital Presidente Estrella Ureña	9	140	2	3	2		
Hospital General Plaza de la Salud	9	119	4	2	1	2	1
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	10	90	6	1	2	-	1
Promedio	13	126					
Total			39	17	12	11	10

En la tabla 18 se agrupan dos preguntas que resumen *las horas semanales dedicadas al estudio por parte de los residentes*, programadas como parte del plan de estudio ya sea en clases formales o en horas para el estudio individual o colectivo, *las horas que los coordinadores señalaron que dedican a la formación en investigación* a lo largo de todo el programa académico y *las horas semanales que dedican a la práctica en los servicios*.

Los programas tienen contemplado un promedio aproximado de 13 horas semanales para actividades docentes ya sea en aula o en salón de estudio, correspondiente a aproximadamente 2 horas y media de lunes a viernes. Los hospitales que indican menos horas de estudio son el presidente Ureña y Plaza de la Salud y los de mayor cantidad de horas son la Maternidad la Altigracia y el Robert Reid.

Un promedio de 126 horas se invierte en la formación en investigación. El Cabral y Báez es el que mayor número de horas promedio (345) tiene y el Gautier el que menos (18).

En cuanto a las horas de práctica, 39 (44%) coordinadores de programas señalan que los residentes pasan entre 65 y 72 horas en la práctica asistencial, lo que significa un promedio de 10 horas diarias.

Diez y siete (19%) dijeron que las horas de práctica oscilan entre 73 y 80 horas, para un promedio aproximado de 11 horas semanales. Doce (13%) contestaron que el total de horas semanales es entre 81 y 88 horas semanales para un promedio de 13 horas diarias; 11 (12%) entre 89 y 96 horas semanales, para un promedio de 14 horas diarias y; 10 (11%) coordinadores

señalaron que los residentes pasan más de 97 horas en servicios para un promedio de 15 horas diarias.

Pudiera ser que estas horas incluyan las horas de servicios de guardia semanal que hacen los residentes en cada hospital, pero esa pregunta no fue realizada de manera específicamente a los coordinadores, las guardias estaban contempladas dentro del rango de horas señaladas en el cuestionario.

### *Actividades de enseñanza y aprendizaje*

Retomaremos algunas definiciones sobre el concepto de **enseñanza**. Camillioni<sup>14</sup> la define como el “proceso mediante el cual docentes y alumnos no sólo adquieren algunos tipos de conocimiento sin calificar sino como actividad que tiene como propósito principal la construcción de conocimientos con significado”.

La enseñanza es una práctica humana que compromete moralmente a quien la realiza y responde a necesidades, funciones y determinaciones, necesitando atender a las estructuras sociales y a su funcionamiento para poder comprender su sentido total. Las prácticas de la enseñanza “presuponen una identificación ideológica que hace que los docentes estructuren ese campo de una manera particular y realicen un recorte disciplinario personal, fruto de sus historias, perspectivas y también limitaciones. Los y las docentes llevan a cabo las prácticas en contextos que las significan y en donde se visualizan planificaciones, rutinas y actividades que dan cuenta de este entramado”<sup>15</sup>.

Lo que ocurre en las aulas o en los servicios de salud como espacios de aprendizaje (las guardias, salas de internamiento, quirófanos, salas de consulta externa) no depende sólo de lo que desean los docentes sino también de la disponibilidad de la estructura organizativa y administrativa de la institución, de los recursos físicos disponibles, así como de las presiones de la demanda diaria de los servicios.

Aun tomando en consideración todas las variables que no son controlables por parte de los docentes, la enseñanza “es una actividad humana en la que unas personas ejercen influencias sobre otras, ejercidas en desigualdad de poder y autoridad entre profesor y alumno y responden a una intencionalidad educativa, es decir, se llevan a cabo actividades que se justifican en su valor con respecto a fines deseables”<sup>16</sup>.

La enseñanza, además de los contenidos y los métodos tiene que ver con el aprendizaje, aunque no existe necesariamente una relación de causa- efecto entre una y otra. El **aprendizaje** “es el resultado de asumir y desempeñar el papel de alumno, no un efecto que se sigue de la enseñanza como causa” ... “De igual manera, las tareas de enseñanza tienen que ver, más que con la transmisión de contenidos, con proporcionar instrucciones al alumno sobre cómo realizar las tareas de aprendizaje” ...También “asumir el papel de alumno es reconocer un marco

---

<sup>14</sup> Camillioni, A. “Epistemología de la didáctica de las ciencias sociales”. En: Aisenberg B y Alderoqui S (comps) Didáctica de las ciencias sociales. Buenos Aires, Paidós. 1994. P. 35

<sup>15</sup> Litwin E. Las configuraciones didácticas: Una nueva agenda para la enseñanza superior. Buenos Aires, Paidós Educador. 1997. P. 95

<sup>16</sup> Contreras J. Enseñanza, currículum y profesorado: Introducción crítica a la didáctica. Madrid. Ed. Akal. 1990. P.16.

institucional y, por tanto, una estructura organizativa, dentro de la cual se pretende que el alumno lleve a cabo las tareas para el aprendizaje”<sup>17</sup>.

El aprendizaje para Fenstermacher<sup>18</sup> “implica la adquisición de algo; la enseñanza implica dar algo” ... y que “una tarea central de la enseñanza es permitir al estudiante realizar las tareas de aprendizaje” ... “El aprendizaje puede realizarlo uno mismo; se produce dentro de la propia cabeza de cada uno. La enseñanza, por el contrario, se produce, por lo general, estando presente por lo menos una persona más”.

Es conocido que las tareas de los médicos residentes exceden la dedicación exclusiva al aprendizaje, pues la modalidad reglamentada les exige saber desenvolverse como médicos de un servicio la mayor parte del tiempo, es decir, en aspectos no académicos y en actividades no planificadas para la reflexión y el aprendizaje. Esto no quiere decir que en este proceso de atención no aprenda. El argumento más importante que han tenido estos programas de aprendizaje en servicio es que el mismo se logra a partir de una práctica de atención médica realizada de manera repetida, es decir, ejercitarse en el desempeño con responsabilidades crecientes y bajo supervisión permanente. Lo que a veces no están claramente son los descriptores conceptuales y las configuraciones didácticas para lograr un aprendizaje eficaz.

De la tabla 19 a la 22 se describen algunas de las estrategias de enseñanza y del aprendizaje utilizadas según los coordinadores de los programas:

**Tabla 19**  
**Actividades de enseñanza y aprendizaje utilizadas en las residencias**

Hospitales	1	2	3	4	5	6	7
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	12	9	12	9	2	9	6
Hospital José María Cabral y Báez	21	20	21	16	3	12	11
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	12	12	12	9	5	10	5
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	4	3	4	2	-	4	2
Hospital Salvador B. Gautier	6	3	5	5	-	3	-
Hospital Francisco Moscoso Puello	6	6	7	4	1	6	4
Hospital Presidente Estrella Ureña	7	5	6	6	-	1	1
Hospital General Plaza de la Salud	10	8	10	8	3	7	6
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	10	10	10	10	5	7	9
Total	88	76	87	69	19	59	44

Lectura de la tabla: 1=Conferencias Generales, 2=Demostración práctica, 3=Exposición por parte de los alumnos, 4=Grupos de discusión, 5=Trabajo de laboratorio, 6-Tutorías, 7=Ateneos clínicos

**Tabla 20**  
**Cont: Actividades de enseñanza y aprendizaje utilizadas en las residencias**

Hospitales	8	9	10	11	12	13	14
------------	---	---	----	----	----	----	----

<sup>17</sup> Contreras, J. Op. Cit. P. 22-23.

<sup>18</sup> Fenstermacher G. “Tres aspectos de la filosofía de la investigación sobre la enseñanza. En: Wittrock M. La investigación de la enseñanza 1: Enfoques, teorías y métodos. España. Paidós. 1989. P. 157

Hospital Central de las Fuerzas Armadas	6	8	11	12	2	1	5
Hospital José María Cabral y Báez	15	14	16	21	5	1	9
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	5	7	10	12	3		5
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	1	2	2	4	2		3
Hospital Salvador B. Gautier	4	3	5	6	1		1
Hospital Francisco Moscoso Puello	7	6	6	6	2	2	3
Hospital Presidente Estrella Ureña	4	3	6	6	2		2
Hospital General Plaza de la Salud	6	7	10	10	6		3
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	6	9	10	10	7		8
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>59</b>	<b>76</b>	<b>87</b>	<b>30</b>	<b>4</b>	<b>39</b>

Lectura de las tablas: 8= Sesiones anatómo- clínicas, 9= estudio por problemas, 10= Exposición por parte de los profesores, 11= Presentación de casos, 12= Simulaciones, 13= Participación en autopsias, 14= Enseñanza entre pares.

Las tablas 19 y 20 recopilan las respuestas de *los métodos de enseñanza y las actividades que propician el aprendizaje de los residentes*. Para esta pregunta se colocaron 14 variables que pueden identificarse en la “lectura de las tablas” y que para fines de mejor comodidad de la lectura se dividieron en dos tablas.

Las actividades de enseñanza -aprendizaje son: las conferencias generales con 88 (99%) respuestas de 89; la exposición por parte de los alumnos y las presentaciones de casos con 87 (98%); la demostración práctica y la presentación por parte de los profesores 76 (85%).

Le siguen los grupos de discusión con 69 (78%); las tutorías y el estudio por problemas con 59 (66%). Continúan en porcentajes descendentes las tutorías 59 (66%); los ateneos clínicos 44 (49%) y; la enseñanza entre pares 39 (44%). Llama la atención que los dos últimos tengan un valor por debajo de lo esperado, siendo éstas dos estrategias de enseñanza fundamentales en los procesos de formación en el sistema de residencias médicas.

De la lectura rápida de los programas se pudo observar que, de 79 programas, el 18% no tenía definido las estrategias de enseñanza y aprendizaje.

**Tabla 21**  
**Actividades de discusión entre residentes, coordinadores y docentes**

Hospitales	SI	NO	Frecuencia de las discusiones			
			1	2	3	4
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	11	1	7	4	-	1
Hospital José María Cabral y Báez	19	2	14	5	-	2
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	10	2	7	3	-	2
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	4	-	1	3	-	-
Hospital Salvador B. Gautier	5	1	3	2	-	1
Hospital Francisco Moscoso Puello	7	-	5	1	1	-

Hospital Presidente Estrella Ureña	6	1	5	1	-	1
Hospital General Plaza de la Salud	9	1	7	2	-	1
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	9	1	5	4	-	1
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>9</b>	<b>54</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>9</b>

Lectura de la tabla: 1= Siempre, 2= Casi siempre, 3= Indiferente, 4= Nunca

La tabla 21 combina las preguntas sobre *si se realizan o no actividades que permitan la discusión entre residentes, coordinadores y docentes sobre el desarrollo del proceso educativo y la mejora de la docencia y el aprendizaje y la frecuencia con que estas actividades se realizan.*

Ochenta (90%) de los coordinadores respondieron que se realizaban y 9 (10%) consideró que *no se realizaban*. Estos fueron los programas de Oftalmología del Central de las FFAA; Anatomía Patológica y Oftalmología del Cabral y Báez; Gastroenterología Pediátrica y Nefrología Pediátrica del Robert Reid; Endocrinología del Gautier; Ginecología y Obstetricia del Presidente Estrella; Cuidados Intensivos Pediátricos de Plaza de la Salud e Imagenología de CEDIMAT.

La respuesta sobre la frecuencia fue la siguiente: 54 (61%) dijo que se hacía *siempre*, 25 (28%) que *casi siempre*, y 1(1%) se mostró *indiferente*.

**Tabla 22**  
**Capacitación didáctica- pedagógica para docentes**

Hospitales	SI	NO	Universidad Que avala	Hospital	Mismo docente
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	9	3	2	2	6
Hospital José María Cabral y Báez	12	9	7		5
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	8	4	2	1	7
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	2	2	-	1	2
Hospital Salvador B. Gautier	4	2	-	-	4
Hospital Francisco Moscoso Puello	3	4	-		3
Hospital Presidente Estrella Ureña	6	1	5	1	2
Hospital General Plaza de la Salud	8	2	4	2	5
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	4	6	-	2	2
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>33</b>	<b>20</b>	<b>9</b>	<b>36</b>

La tala 22 muestra las respuestas a las preguntas sobre *si los docentes han recibido capacitación didáctica o no y quien la ofrece, si la universidad, el hospital o el propio docente.*

Cincuenta y seis (63%) coordinadores de los programas de residencias encuestados respondieron que han recibido capacitación didáctica- pedagógica para docentes, mientras que 33 (37%) dijo que *no ha recibido*. Pero 65 en total marcaron haber recibido capacitación financiada por la Universidad, el hospital o por ellos mismos, no coincidiendo con el número que afirmó inicialmente haberla recibido. Esta diferencia podría ser producto de que la pregunta sobre el financiamiento permitía elegir más de una opción y pueden haber tenido capacitaciones en distintos momentos de su carrera como coordinadores.

### ***Procesos de evaluación***

Sostenemos que la educación debe estar al servicio y centrada en quien aprende. En consecuencia, los procesos de evaluación deben desempeñar funciones esencialmente formativas, debe ir más allá de la acumulación de evidencias a la suma de partes inconexas de datos observados empíricamente. “En su función formativa la evaluación debe dar información útil y necesaria para asegurar el progreso en la adquisición y comprensión de quien aprende. También de quien enseña”<sup>19</sup>.

Esto quiere decir según los autores citados que, habrá que entender la evaluación como un proceso que se desarrolla durante todo el proceso educativo y de los años que duran los programas de las residencias y no sólo al final de las actividades.

La evaluación debe ser considerada dentro de la nueva perspectiva de aprender haciendo y aprender por competencias como una oportunidad para la mejora y no sólo como un instrumento de control sobre lo realizado, ya sea en la práctica del servicio, en las investigaciones que se realicen o en los aspectos teóricos objetos de aprendizaje. Deben incorporarse además otros elementos que den cuenta de las actitudes de los residentes, de su desempeño, por lo que el diálogo y la negociación en estos procesos son imprescindibles.

La evaluación en procesos educativos donde los educandos ya son profesionales que han pasado por un largo período de aulas, debe estar más centrado en una estrategia dialogante para que el sujeto que aprende vaya descubriendo por su propio esfuerzo la mejor manera de hacer los procedimientos, la mejor manera de aprender en la práctica y el camino más adecuado de buscar información para reflexionar, comparar y producir nuevos conocimientos.

En el cuestionario para los coordinadores se incluyeron algunas preguntas para *tener alguna idea de la incorporación de las evaluaciones en los procesos educativos*. Las tablas de la 23 a la 27 dan cuenta de ello:

**Tabla 23**  
**Proceso de evaluación contempla la cantidad de procedimientos realizados**

Hospitales	Casi nunca	Nunca	Indiferente	Casi siempre	Siempre
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	-	-	-	-	10
Hospital José María Cabral y Báez	-	-	-	7	14
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	-	1	-	2	9
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	-	-	-	2	2
Hospital Salvador B. Gautier	1	2	1	1	1
Hospital Francisco Moscoso Puello	-	-	-	2	5
Hospital Presidente Estrella Ureña	-	1	-	2	4
Hospital General Plaza de la Salud	-	-	-	1	9
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	-	-	1	1	8
<b>Totales</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>20</b>	<b>62</b>

La tabla 23 muestra los resultados sobre *si la evaluación del residente contempla la cantidad de procedimientos realizados satisfactoriamente bajo supervisión*. Sesenta y dos (70%)

<sup>19</sup> Gimeno Sacristán et al. Educar por competencias, ¿Qué hay de nuevo? Ediciones Morata. Tercer edición. Madrid 2011. P. 221

programas contestaron que *siempre*; 20 (22%) consideró que *casi siempre*; 4 (4%) que *nunca*; 2 (2%) se mostró *indiferente* y sólo 1(1%) respondió que *casi nunca*.

Los que respondieron que nunca son los siguientes programas: Nefrología Pediátrica del Robert Reid; Ginecología y Obstetricia del Presidente Ureña y; Nefrología del Gautier.

Los dos que se mostraron indiferentes y que asumimos que no disponían de suficiente información fueron los de Neumología del Gautier y Medicina Interna de CEDIMAT.

El programa de Cirugía del Gautier fue el que respondió que casi nunca se contempla la evaluación del residente de la cantidad de procedimientos realizados bajo supervisión.

**Tabla 24**  
**Supervisión sobre el desarrollo de las actividades educativas**

Hospitales	Supervisa Coordinador	Supervisa Universidad
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	12	1
Hospital José María Cabral y Báez	21	5
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	12	4
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	4	2
Hospital Salvador B. Gautier	6	1
Hospital Francisco Moscoso Puello	7	3
Hospital Presidente Estrella Ureña	7	3
Hospital General Plaza de la Salud	10	9
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	10	4
<b>Totales</b>	<b>89</b>	<b>32</b>

Las respuestas sobre la tabla 24 muestra los resultados de las preguntas sobre *si el coordinador del programa de residencias supervisa las actividades educativas de los residentes y si la universidad que avala cada uno de las residencias también participa en las actividades de supervisión y evaluación de los residentes*.

Las respuestas a ambos indican que el 100% todos los coordinadores participan en la supervisión de las actividades educativas de los residentes, mientras sólo 32 (36%) respondieron que las universidades que avalan los programas participan en dichas actividades de supervisión y evaluación.

La Universidad UNIBE es la que mayormente participa en estas actividades con el Hospital General Plaza de la Salud, de acuerdo al detalle obtenido de los cuestionarios.

**Tabla 25**  
**Frecuencia de participación de la Universidad en el proceso de evaluación**

Hospitales	Mensual	Trimestral	Cuatrimestral	Semestral	Anual	Otro
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	-	-	-	1	-	-
Hospital José María Cabral y Báez	-	1	-	1	1	1
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	-	-	1	-	2	1
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	-	-	-	1	1	-
Hospital Salvador B. Gautier	-	-	-	-	1	-
Hospital Francisco Moscoso Puello	-	-	-	-	1	1
Hospital Presidente Estrella Ureña	-	-	1	-	2	-

<b>Hospital General Plaza de la Salud</b>	1	4	3	1	-	-
<b>Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT</b>	-	3	-	1	-	-
<b>Totales</b>	1	8	5	5	8	3

La pregunta acerca de la frecuencia de participación de las universidades que avalan los programas en los procesos de evaluación se diseñó sobre la base de los tiempos: mensual, trimestral, cuatrimestral, semestral, anual u otro.

De los 32 (36%) programas que respondieron, se puede observar en la tabla 25 que las universidades que avalan participan en la supervisión y evaluación de los programas, sólo 30 respondieron a la pregunta de la frecuencia con que se hace.

Ocho programas respondieron que las supervisiones y evaluaciones se hacen de manera trimestral y anuales. Cuidados intensivos de CEDIMAT dice que INTEC participa mensualmente en estos procesos; también INTEC participa en estas actividades con una frecuencia trimestral en los programas de Cardiología Pediátrica, Cuidados Intensivos Pediátricos y Ginecología y Cirugía Pélvica. UNIBE también participa de manera trimestral en estas tareas en los programas de Cirugía General y Trasplante, Emergenciólogía, Medicina Interna y; Medicina Materno Fetal de Plaza de la Salud. En algunos de los programas de la Plaza de la Salud, UNIBE participa de manera cuatrimestral en procesos de supervisión como los de Fisiatría y Rehabilitación, Imagenología y Medicina Familiar.

Sólo Anatomía Patológica del Moscoso Puello, Pediatría y Psiquiatría Infantil del Robert Reid dijeron tener esta supervisión de la UASD anualmente.

**Tabla 26**  
**Metodologías de evaluación del aprendizaje utilizadas por los docentes**

Hospitales	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Hospital Central de las Fuerzas Armadas</b>	12	12	6	5	2	11	11	2
<b>Hospital José María Cabral y Báez</b>	20	17	6	10	4	14	17	1
<b>Hospital Dr. Robert Reid Cabral</b>	12	12	4	8	2	11	11	4
<b>Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia</b>	4	3	-	1	1	2	3	-
<b>Hospital Salvador B. Gautier</b>	5	3	1	-	-	6	5	1
<b>Hospital Francisco Moscoso Puello</b>	6	6	1	2		5	7	
<b>Hospital Presidente Estrella Ureña</b>	7	6	3	2	2	7	5	2
<b>Hospital General Plaza de la Salud</b>	10	10	3	8	3	8	10	-
<b>Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT</b>	10	10	5	7	3	10	9	3
<b>Totales</b>	86	79	29	43	17	74	78	13

Lectura de la tabla: 1= Evaluación escrita, 2= Evaluación escrita- selección múltiple, 3- Evaluación escrita-desarrollo, 4- Evaluación escrita-desarrollo, 5= Simulaciones, 6= Presentación de casos, 7=Evaluación práctica en el desarrollo de actividades diarias, 8= Rúbricas.

La evaluación escrita es la más utilizada por el 86 (97%) como metodología de evaluación del aprendizaje en opinión de los coordinadores de los programas y de todas las evaluaciones escritas, la más utilizada es la de selección múltiple 79 (89%).

La evaluación práctica en el desarrollo de las actividades diarias 78 (88%) y la presentación de casos 74 (83%) le siguen como metodologías de evaluación mas utilizadas.

Las rúbricas son guías de puntuación usadas en la evaluación del desempeño de los residentes que describen características específicas de las tareas que realiza, de un proyecto, en varios niveles de rendimiento y de acuerdo a lo esperado del trabajo del alumno. Hace una valoración del conjunto de la tarea mediante la descripción de unos descriptores. Sobre este tipo de metodología, sólo 13 (15%) respondieron que la utilizan.

**Tabla 27**  
**Frecuencia con la que son evaluados los residentes por docentes**

Hospitales	1	2	3	4	5	6
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	4	3	4	-	-	1
Hospital José María Cabral y Báez	13	6	-	-	-	2
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	4	5	3			
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	3	-	1	-	-	-
Hospital Salvador B. Gautier	2	3	1	-	-	-
Hospital Francisco Moscoso Puello	2	1	2	-	-	2
Hospital Presidente Estrella Ureña	4	-	1	2	-	-
Hospital General Plaza de la Salud	4	-	6		-	-
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	4	4	1	1	-	-
<b>Totales</b>	<b>40</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>3</b>	<b>-</b>	<b>5</b>

Lectura de la tabla: 1=Mensual, 2= Trimestral, 3= Cuatrimestral, 4= Semestral, 5= Anual, 6= Otro.

Cuarenta (45%) coordinadores que realizaban evaluaciones mensualmente a los residentes, 22 (25%) realizan evaluaciones cada tres meses; 19 (21%) lo realiza con una frecuencia cuatrimestral; 3 (3%) lo realiza semestral, ningún coordinador dijo realizar evaluaciones anuales.

En la opción “otro”, los 5 coordinadores que marcaron esta respuesta agregaron que la frecuencia con que evalúan es “diariamente”, “semanal” y “cada vez que se termina un módulo”.

De los 79 programas entregados, encontramos que 25% no describe el sistema de evaluación que utilizaría con sus residentes.

### ***Condiciones hospitalarias para la docencia***

No se pretende entrar en un análisis exhaustivo de la organización hospitalaria donde funcionan los programas de formación de especialistas, no fue planteado como parte de este estudio. La organización de cada hospital posee una dinámica propia, tiene sus propias exigencias y su propio ritmo y en su interior aparecen los aspectos de tipo político e ideológico y su administración ha sido pensada sobre la base del acto médico, imprimiendo características y problemas particulares a la racionalidad administrativa hospitalaria.

Algunos hospitales públicos dominicanos sufren de determinados problemas propios de hospitales grandes y de mucha demanda, como la rigidez en la planta de personal, la carencia de un número mayor de personal, el incumplimiento de los horarios, especialmente de los médicos y especialistas, la inexistencia de un régimen adecuado de incentivos y la carencia de un sistema de información apropiado para la toma de decisiones y la posibilidad de generar investigaciones que contribuyan a mejorar la calidad de la atención.

Aún con todos estos problemas, para la enseñanza de las especialidades médicas, el hospital ha sido considerado el centro de excelencia. Preocupa desde hace muchos años, que la enseñanza en un espacio para mirar la enfermedad y curarla reproduzca el modelo biomédico dominante y se siga fragmentando y apoyando la super especialización y la tecnificación a gran escala.

Para el desarrollo de los programas de formación es necesario que los hospitales tengan unas condiciones óptimas.

**Tabla 28**  
**Condiciones necesarias para el desarrollo de la docencia**

Hospitales	1	2	3	4	5	6	7
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	3	3	11	12	11	10	3
Hospital José María Cabral y Báez	1	5	11	15	9	7	12
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	2		7	11	7	8	2
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	-	-	3	2	1	3	-
Hospital Salvador B. Gautier	-	1	4	5	-	-	1
Hospital Francisco Moscoso Puello	1	1	3	7	1	3	1
Hospital Presidente Estrella Ureña	-	1	2	5	3	2	5
Hospital General Plaza de la Salud	7	4	10	9	8	9	4
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	10	7	10	10	7	9	6
<b>Totales</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>61</b>	<b>76</b>	<b>47</b>	<b>51</b>	<b>34</b>

Lectura de la tabla: 1=Disposición de biblioteca especializada y actualizada; 2= Subscripciones anuales a revistas especializadas; 3= Acceso a servicios de internet; 4= espacio adecuado para la docencia (aula con proyector); 5= Espacio adecuado para el estudio por parte del residente; 6= Espacio de descanso adecuado para los residentes; 7= Los residentes tienen acceso a las bases de datos de las universidades.

La tabla 28 responde a la pregunta acerca de *las condiciones necesarias que tiene el programa para el desarrollo de la docencia con 7 variables* consideradas como prioritarias para llevar adelante esta tarea de enseñar y aprender.

Sólo 24 (27%) de los coordinadores dijeron que tienen disponibilidad de bibliotecas especializadas y actualizadas para llevar adelante las funciones de enseñanza y aprendizaje. Veinte y dos (25%) dijo que el programa dispone de subscripciones anuales a revistas especializadas; 61(69%) cuenta con acceso a internet; 76 (85%) tiene un espacio adecuado para docencia, es decir, una aula con proyector; 47 (53%) cuentan con un espacio adecuado para el estudio por parte de los residentes; 51 (57%) dijo que los residentes tienen un espacio adecuado para su descanso y; 34 (38%) contestaron que los residentes tienen acceso a las bases de datos de las universidades que las avalan.

**Tabla 29**  
**Condiciones necesarias para el desarrollo de investigación**

Hospitales	1	2	3	4	5	6
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	9	7	5	1	4	2
Hospital José María Cabral y Báez	17	15	13	5	4	3
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	11	9	4	3	3	2
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	-	2	1	-	-	-
Hospital Salvador B. Gautier	-	1	-	1	1	-

Hospital Francisco Moscoso Puello	5	3	3	1	2	2
Hospital Presidente Estrella Ureña	2	2	4	2	3	-
Hospital General Plaza de la Salud	10	7	7	4	5	1
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	10	9	8	5	6	-
Totales	64	55	45	22	28	10

Lectura de la tabla: 1= Coordinador/director investigación; 2= Recurso humano capacitado en investigación; 3= Participación de la universidad en investigaciones; 4= Agenda de investigación definida; 5= Publicación de investigaciones en revistas; 6= Autopsia-Toxicología

En relación a *las condiciones necesarias para el desarrollo de la investigación para todos programas en cada hospital*, 64 (72%) dicen contar con un coordinador o director de investigación; 55 (62%) cuenta con recursos humanos capacitados en investigación dentro del programa; 45 (51%) de los programas cuenta con la participación de la universidad en las tareas relativas a la investigación dentro del programa académico; sólo 22 (25%) cuentan con una agenda de investigación definida; 28 (31%) dice tener publicaciones de investigaciones en revistas, aunque esta alternativa de respuesta no identificaba si era de los docentes o de los alumnos y finalmente; el 10 (11%) dijo que se realizaban autopsias y toxicología. Este indicador no preguntaba si se hacían investigaciones sobre las mismas.

Una de las preguntas del cuestionario indagaba sobre *el nivel de formación del coordinador para el desarrollo de las investigaciones* con los indicadores de *especialidad, maestría, doctorado* o *no existe*. Un total de 89 (100%) respondió esta pregunta, existiendo una contradicción con la pregunta de la tabla 29 donde respondieron que 64 (72%) disponían de un coordinador o director de investigación y en esta pregunta la respuesta es de 73 (82%); 10 (11%) con un nivel de formación correspondiente a una *especialidad*; 41 (46%) con nivel de *maestría*, 22 (25%) con nivel de *doctorado* y 16 (18%) en el indicador de *no existe*, es decir, 6 menos que la pregunta anterior.

**Tabla 30**  
**Respeto a las horas de descanso de post guardia de los residentes**

Hospitales	Siempre	Casi siempre	indiferente	Casi Nunca	Nunca
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	7	5	-	-	-
Hospital José María Cabral y Báez	5	4	1	4	7
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	3	6	3	-	-
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altigracia	2	2	-	-	-
Hospital Salvador B. Gautier	2	1	-	2	1
Hospital Francisco Moscoso Puello	2	2	-	1	2
Hospital Presidente Estrella Ureña	1	1	-	-	5
Hospital General Plaza de la Salud	7	2	1	-	-
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	5	3	-	1	1
Totales	34	26	5	8	16

La tabla 30 presenta las respuestas de la pregunta que buscaba conocer *si se respeta o no el descanso reglamentario de las post guardias realizadas por los residentes*.

Sólo 34 (38%) coordinadores contestaron que siempre se le respeta el descanso reglamentario de 24 horas después de realizar una guardia. Veinte y seis (29%) respondió que casi siempre se respeta; 5 (6%) contestó indiferente o no sabía; 8 (9%) dijo que casi nunca se respeta y 16

(18%) coordinadores respondieron que nunca se respeta el descanso de 24 horas después de las guardias.

Los programas que dicen que no se respetan son Cirugía Cervico Bucal Maxilofacial, Geriatria, Hematología, Imagenología, Medicina Interna, Neurología y Reumatología del Cabral y Báez; Cirugía General del Gautier; Cardiología y Medicina Familiar del Moscoso Puello; Cardiología, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Medicina Materno Fetal y Neonatología del Presidente Ureña; Gastroenterología de CEDIMAT.

**Tabla 31**  
**Acompañamiento a los residentes en las guardias por un médico especialista**

Hospitales	Acompañamiento por especialista
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	11
Hospital José María Cabral y Báez	5
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	8
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	4
Hospital Salvador B. Gautier	3
Hospital Francisco Moscoso Puello	2
Hospital Presidente Estrella Ureña	3
Hospital General Plaza de la Salud	10
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	8
<b>Totales</b>	<b>54</b>

Otra pregunta se realizó para conocer *si los residentes eran acompañados o no en las guardias por algún médico especialista*.

De los 89 coordinadores que respondieron el cuestionario, sólo 54 (61%) dice que los residentes son acompañados por un médico especialista, lo que quiere decir que un 39% de los programas tienen a sus residentes solos en las guardias.

### ***Principales problemas de los programas de residencia expresados por sus coordinadores***

Al final del cuestionario se solicitó a los coordinadores expresar tres problemas que consideraban tenían los programas en estos momentos. Para fines de agilizar la lectura del informe se resumen las respuestas en relación a los residentes, las universidades que avalan, el hospital y su financiamiento y los docentes:

#### ***Sobre los residentes***

Algunos coordinadores dicen que los residentes en general llegan con muy bajo nivel académico, que tienen poca motivación y poco compromiso para aprender. Sostienen que en gran parte es debido al exceso de trabajo práctico y el número de procedimientos que tienen que cumplir. Estas condiciones hacen que los residentes tengan poco tiempo disponible para mantenerse al día con los aspectos de tipo teórico, horas para lo cual se pide respeto.

Algunos coordinadores hablaron de las condiciones inhumanas de trabajo que tienen los residentes, con largas jornadas de trabajo.

A pesar de sostener el excesivo número de procedimientos, algunos consideraron que los residentes necesitan más prácticas en las destrezas. Tampoco se les imparte otro idioma.

Los coordinadores se quejan desde la falta de apoyo económico para “herramientas de educación”, apoyo a los residentes para su participación en congresos y cursos nacionales, apoyo a las investigaciones, acceso a información indexada, acceso a bibliotecas virtuales, rotaciones internacionales hasta mejoramiento de las condiciones de descanso después de las guardias y trabajos comunitarios y mejora de la alimentación, especialmente durante las guardias.

### ***Sobre los docentes y el programa académico***

Algunos programas dicen que los docentes se encuentran desmotivados por múltiples razones como el bajo nivel académico de los residentes, la ausencia de incentivos económicos por parte del hospital y la universidad que avala y las pocas plazas disponibles para residentes. Se quejan además de la poca colaboración de los especialistas para trabajar en la supervisión de los residentes y una vigilancia más cercana de los residentes.

Los docentes no cuentan con programas de investigación continua y educación médica continua y los programas de especialidades similares deben ser unificados.

### ***Sobre las universidades que avalan los programas***

Muchos coordinadores expresaron la falta de involucramiento e integración de la universidad que avala con los programas de formación; las universidades no contratan a docentes para las clases teóricas y dijeron que necesitan apoyo de esa parte docente. Algunos dijeron que necesitan computadores.

Crean que las universidades pueden ayudar en la educación continua tanto para los docentes y la evaluación de los mismos como docentes. Podrían ayudar además en el diseño de los programas por competencias.

### ***Sobre el hospital y su financiamiento***

Muchos de los problemas presentados recaen en la falta de recursos hospitalarios que van desde el apoyo para la realización de investigaciones y determinados tipos de procedimientos con los residentes hasta carencia de materiales, equipos, laboratorios y medicamentos y condiciones para desarrollar la docencia de manera más cómoda.

También se habla de las limitaciones de la infraestructura de algunos hospitales, especialmente en algunas áreas y de los problemas políticos y burocrático que tienen los hospitales, así como la poca ayuda que algunos reciben de la dirección hospitalaria.

Algunos docentes creen necesario contar con recursos para que sus residentes realicen rotaciones a nivel externo e internacional.

Algunos creen además que no existe equidad en la distribución de los residentes a los programas.

### ***Principales recomendaciones para el mejoramiento de la calidad educativa de los programas de las residencias***

En función de los problemas que los coordinadores señalan en el punto anterior se realizaron una serie de recomendaciones que se presentan a continuación:

### ***Sobre los residentes***

La realización de investigaciones con los residentes es una recomendación común que realizaron muchos coordinadores, de igual manera la necesidad que tienen de acceder a la bibliografía actualizada.

Muchos coordinadores recomiendan que las universidades mejoren la calidad de sus graduados en medicina, se perfeccionen los criterios de admisión para entrar a una residencia y que el Ministerio de Salud incorpore una revisión de su perfil sociológico.

Se recomienda mejorar los espacios de descanso y de estudio de los residentes, así como mejorar su alimentación. Aumentar el número de plazas para residentes también pareció dentro de las recomendaciones.

### ***Sobre los docentes***

Las recomendaciones giran alrededor del pago y reconocimiento a los docentes tanto por parte del Ministerio de Salud como de las universidades que avalan los programas. También se hace un llamamiento para que los docentes participen en la revisión de las bibliografías actualizadas y supervisen su aplicación en la práctica diaria. Una cuestión importante es que éstos motiven a los residentes a asumir sus responsabilidades enseñándolos con el ejemplo, incentivándolos a cultivar el aprendizaje permanente y supervisar el cumplimiento del perfil de especialista que se desea formar.

Se requieren de docentes más comprometidos con la formación de los residentes y mayor participación de “clases” para los residentes y mayor número de horas docentes. Para todo ello se necesita formar a los docentes en educación y establecer un calendario de supervisión para el cumplimiento de la docencia. También se solicita establecer compromisos por parte de los especialistas del hospital que sirven como guías para lograr cambios en el “trato humanizado hacia los usuarios”.

El “cumplimiento del programa de enseñanza aprendizaje” por parte del docente y del residente es algo que también se recomendó.

### ***Sobre las universidades***

La gran mayoría de los coordinadores solicitan mayor participación de las universidades que avalan sus programas en varios aspectos relativos al apoyo en las actividades académicas, en la capacitación continua de sus docentes, en la supervisión y evaluación académica de los programas, en el acceso de los residentes a sus bases de datos, en involucrarse más en todos los aspectos del programa de residencias, en las mejoras que los programas necesitan, en contratar docentes para la supervisión, pago y acreditación de los docentes, mejorar las asesorías educativas y mayor apoyo en el desarrollo de las investigaciones con los residentes; en definitiva, mayor acompañamiento de las universidades a cada uno de los programas.

En cuanto a los programas académicos se solicita que las universidades que avalen ayuden a mejorar su diseño. También se abogó para revisar y renovar los programas con mayor frecuencia.

### ***Sobre el hospital***

Los aspectos de materiales y recursos para la docencia y el aprendizaje son los que más se solicitan tales como, la inscripción a revistas de especialidades, las bibliotecas y las áreas de descanso para los residentes.

Muchos recursos y suministros propios para el hospital como recursos de equipamiento, tecnologías, medicamentos y salas específicas, pero también para las prácticas educativas.

Lograr las rotaciones en hospitales de referencia nacional para complementar la formación, repitiéndose la solicitud de oportunidades para rotaciones, cursos y estudios especiales en el extranjero. Para esto último, se recomiendan establecer fondos especiales y realizar acuerdos con hospitales internacionales.

El establecimiento de la residencia única también fue recomendado, aunque no se especificó que quiere decir residencia única y establecer un reglamento específico para las sub-especialidades.

Algunas recomendaciones salen del contexto estrictamente académica, solicitando seguridad en el hospital y en su entorno.

### 3.2- Resultados de los cuestionarios aplicados a los residentes

#### *Información general*

El Ministerio de Salud reportó en la tabla 32 el número total de residentes que tienen los 9 hospitales seleccionados para el estudio.

**Tabla 32**  
**Total de residentes por nivel en 9 hospitales**

Hospitales	R1	R2	R3	R4	R5	R6	Total de residentes por hospital
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	89	84	84	80	6	-	343
Hospital José María Cabral y Báez	73	69	49	26	4	-	221
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	43	50	35	25	3	3	159
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	40	50	39	26	-	-	155
Hospital Salvador B. Gautier	72	59	64	48	60	3	306
Hospital Francisco Moscoso Puello	64	43	40	41	-	-	188
Hospital Presidente Estrella Ureña	38	44	35	27	-	-	144
Hospital General Plaza de la Salud	40	21	26	17	-	-	104
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	34	33	27	02	-	-	96
<b>Totales</b>	<b>493</b>	<b>453</b>	<b>399</b>	<b>292</b>	<b>73</b>	<b>6</b>	<b>1716</b>

De los 9 hospitales seleccionados, contestaron el cuestionario diseñado para todos los niveles 1277 residentes, correspondiendo a un 74% de la muestra de 1716 residentes de los 9 hospitales escogidos y a un 38% del total (3364) de residentes de los 214 programas de formación de especialistas que tiene el país.

En la mayoría de los hospitales seleccionados respondieron más del 70% la encuesta por parte de los residentes, llamando la atención que en el hospital Gautier sólo respondió el 55% de los mismos. (Ver siguiente tabla)

**Tabla 33**  
**Número de residentes por niveles y hospitales encuestados y numero total de residentes por hospital**

Hospitales	R1	R2	R3	R4	R5	Total residentes Encuestados	Total de residentes por hospital	Porcentaje
------------	----	----	----	----	----	------------------------------	----------------------------------	------------

Hospital Central de las Fuerzas Armadas	56	71	70	73	7	277	343	81
Hospital José María Cabral y Báez	51	51	40	19	4	165	221	75
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	26	39	26	16	18	125	159	79
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	26	21	20	15	35	117	155	75
Hospital Salvador B. Gautier	63	43	32	25	5	168	306	55
Hospital Francisco Moscoso Puello	51	30	32	23	1	137	188	73
Hospital Presidente Estrella Ureña	34	33	24	10	-	101	144	70
Hospital General Plaza de la Salud	40	21	25	13	-	99	104	95
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	34	30	24	-	-	88	96	92
Totales	381	339	293	194	70	1277	1716	

En la tabla 33 se reúnen los datos de los residentes por niveles que respondieron la encuesta, el total de ellos y el total de residentes que actualmente tienen cada uno de los hospitales.

De los 1277 residentes que llenaron la encuesta, 381(30%) son R1; 339 (27%) son R2; 293 (23%) son R3; 194 (15%) son R4 y; 70 (5%) son R5.

No sabemos, por carencia información, cuantas bajas o retiros voluntarios ha habido entre un nivel y otro. Tampoco se cuenta con explicaciones que sustenten la diferencia numérica de plazas entre los distintos hospitales de la muestra estudiada.

### ***Organización del programa de estudio***

La concepción del programa de estudio y su forma de ponerlo en práctica constituye un análisis importante, no solo para los que lo diseñan, sino para aquellos que reciben las enseñanzas y las orientaciones para caminar por los senderos del aprendizaje y su forma de interpretarlo. Los residentes son una fuerza activa de este proceso y es por ello que deben participar activamente en la construcción y perfeccionamiento del mismo.

El diseño curricular parte de un marco de definiciones básicas que permiten modelaciones, contenidos y estrategias educativas en contextos educativos concretos, obligando a todos los que tienen alguna responsabilidad en la decisión de su formulación como en su participación como aprendiz a colaborar activamente en la discusión, constituyendo de esa manera un factor potencial de renovación pedagógica y un determinante de la calidad de la educación.

De la tabla 34 a la 39 se presentan algunas variables, cuyas preguntas a los residentes se han realizado de manera individual, pero para fines de esta presentación se han juntado en varias tablas para su mejor comprensión y seguimiento.

**Tabla 34**  
**Discusión del programa, copia entregada y discusión del perfil**

Hospitales	Conoce el programa o plan de estudio		Le entregaron una copia		Ha discutido con ud. el perfil	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	229	48	160	117	206	71
Hospital José María Cabral y Báez	137	28	106	59	117	48
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	86	39	72	53		

Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	86	31	61	56	73	44
Hospital Salvador B. Gautier	105	63	73	95		
Hospital Francisco Moscoso Puello	80	57	68	69	88	49
Hospital Presidente Estrella Ureña	74	27	54	47	73	28
Hospital General Plaza de la Salud	95	4	96	3	84	15
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	77	11	59	29	82	6
Totales	969	308	749	528	945	332

El cuestionario preguntaba al residente por separado *si conoce o no el programa académico en el que está recibiendo entrenamiento*.

De los 1,277 residentes que respondieron a los cuestionarios, 308 (24%) respondieron que *no* lo conocía. De éstos, 123 (40%) son R1. Hay que tomar en cuenta que estos residentes ya tenían aproximadamente un mes de haber entrado al programa. Pero llama la atención que 77 (23%) de los R2 tampoco los conocía, igual que 68 (22%) de los R3; 28 (9%) de los R4 y; 13 (4%) de los R5.

De los que no lo conocen, 48 (16%) del total de los que respondieron no conocer pertenecen al hospital de las FFAA; 28 (9%) al Cabral y Báez; 39 (13%) al Robert Reid; 31 (10%) a la Maternidad Altagracia; 63 (20%); 57 (19%) al Moscoso Puello; 27 (9%) al Presidente Ureña; 4 (1%) a Plaza de la Salud y; 11 (4%) a CEDIMAT.

En relación a la pregunta de *si le fue entregada una copia del programa de estudio de su residencia*, 528 (41%) dijo no haberlo recibido. De éstos, 171 (32%) son R1 con un mes en el programa; 143 (27%) son R2; 125 (24%) son R3; 66 (13%) de los R4 y; 23 (4%) de los R5 dijo que no los habían recibido.

De los que no les han entregado una copia 117 (22%) son del hospital de las FFAA; 59 (11%) del Cabral y Báez; 53 (10%) al Robert Reid; 56 (11%) a la Maternidad Altagracia; 95 (18%) al Gautier; 69 (13%) al Moscoso Puello, 47 (9%) al Presidente Ureña; 3 (1%) a Plaza de la Salud y; 29 (5%) a CEDIMAT.

En relación al nivel de los residentes, 78 (23%) son R1; 102 (31%) son R2; 90 (27%) son R3; 48 (14%) son R4 y; 14 (4%) son R5.

Sobre la pregunta *si han discutido o no los coordinadores y docentes con usted el perfil del egresado que esperan formar*, la tabla 34 muestra que 332, es decir el 26% dice que *no lo han discutido*.

De estos 332 residentes, 71 (21%) pertenecen al hospital de las FFAA; 48 (14%) al Cabral y Báez; 41 (12%) al Robert Reid; 44 (13%) a la Maternidad Altagracia; 30 (9%) al Gautier; 49 (15%) al Moscoso Puello; 28 (8%) al Presidente Ureña; 15 (5%) a Plaza de la Salud y; 6 (2%) de CEDIMAT.

**Tabla 35**  
**Expectativas de la formación y condiciones necesarias para el aprendizaje**

Hospitales	Expectativas		Condiciones para el aprendizaje					
	SI	NO	1	2	3	4	5	6
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	147	130	36	11	105	195	67	18

Hospital José María Cabral y Báez	116	49	25	15	57	83	38	70
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	47	78	19	4	50	84	30	6
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	65	52	14	1	30	79	45	3
Hospital Salvador B. Gautier	105	63	19	15	77	75	24	7
Hospital Francisco Moscoso Puello	50	87	2	4	23	57	6	3
Hospital Presidente Estrella Ureña	51	50	3	1	12	56	9	36
Hospital General Plaza de la Salud	71	28	47	22	74	57	36	36
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	84	4	79	59	74	85	74	49
Totales	736	541	245	132	502	771	329	228

Lectura de la tabla sobre condiciones de aprendizaje: 1= Biblioteca especializada y actualizada; 2= Suscripciones anuales a revistas especializadas; 3= Acceso a servicios de internet; 4= Espacio adecuado para la docencia; 5= Espacio adecuado para el estudio por parte del residente; 6= Los residentes tienen acceso fácil a las bases de datos de las universidades.

En la tabla 35 se juntan dos preguntas, una relativa a *si el programa cumple con sus expectativas y si el hospital tiene las condiciones necesarias para su aprendizaje.*

En las respuestas recibidas por los 1277 residentes, 541 (42%) dijo que su programa no cumple con sus expectativas.

De estos 541 residentes, 130 (24%) corresponden al hospital de las FFAA; 49 (9%) al Cabral y Báez; 78 (14%) al Robert Reid; 52 (10%) a la Maternidad Altagracia; 63(12%) al Gautier; 87 (16%) al Moscoso Puello; 50 (9%) al Presidente Ureña; 28 (5%) a Plaza de la Salud y; 4 (1%) a CEDIMAT.

Del total de los residentes que respondieron que *el programa no cumplía con sus expectativas*, 126 (23%) son R1; 156 (29%) son R2; 145 (27%) son R3; 92 (17%) son R4 y; 22 (4%) son R5.

En la segunda pregunta, los residentes podían marcar más de una. En relación a la disponibilidad de biblioteca especializada y actualizada, 245 (18%) de los residentes respondió que sí disponían; 132 (10%) consideró que el hospital dispone de suscripciones anuales a revistas especializadas; 502 (39%) dijo que tienen acceso a servicios de internet; 771 (60%) dicen tener espacio adecuado para la docencia; 329 (26%) creen que tienen espacio adecuado para el estudio y 228 (18%) tienen acceso fácil a la base de datos de las universidades.

La única condición de aprendizaje necesaria marcada por más del 50% de los residentes es aquella relacionada con el espacio adecuado.

Es notorio que la biblioteca especializada y actualizada y las suscripciones a revistas especializadas sean las que recibieron la menor puntuación, observándose la muy baja selección de estos indicadores por los residentes de la Maternidad la Altagracia, el Moscoso Puello y el Presidente Estrella.

**Tabla 36**  
**Análisis de patologías y estudios de casos**

Hospitales	Análisis de patologías		Realización de estudios	
	SI	NO	SI	NO
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	265	12	192	85
Hospital José María Cabral y Báez	158	7	134	31
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	116	9	79	46

Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	109	8	73	44
Hospital Salvador B. Gautier	160	8	130	38
Hospital Francisco Moscoso Puello	109	28	83	54
Hospital Presidente Estrella Ureña	98	3	67	34
Hospital General Plaza de la Salud	91	8	81	18
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	88	-	85	3
<b>Totales</b>	<b>1194</b>	<b>83</b>	<b>924</b>	<b>353</b>

La tabla 36 agrupa dos preguntas, una referida a si los residentes analizan con sus docentes las distintas patologías que se observan en el hospital y otra, a si realizan estudios a partir del análisis de dichas patologías.

La información muestra que 1194 (94%) de los residentes sostienen que sí analizan las patologías con sus docentes, mientras 83 (6%) dicen que no lo hacen. De los que respondieron que no, 28 (34%) son alumnos del Moscoso Puello y 12 (14%) son del Central de las FFAA.

De los que contestaron que no lo hacen, 24 (29%) son R1; 21 (25%) son R2; 18 (22%) son R3; 16 (19%) son R4 y; 4 (5%) son R5.

En cuanto a realización de estudios a partir del análisis de las patologías, 924 (72%) respondieron que sí realizan estudios, mientras 353 (28%) dicen que no se realizan estudios a partir de las patologías. De estos 353, los residentes del Central de las FFAA son 85 (24%) y 54 (15%) pertenecen al Moscoso Puello.

De este grupo 87 (25%) son R1; 109 (31%) son R2; 84 (24%) son R3; 59 (17%) son R4 y; 14 (4%) son R5.

La mayoría de los residentes opinan que tanto el análisis como los estudios se realizan en todos los hospitales.

**Tabla 37**  
**Promoción de actividades de Promoción de la salud y actividades conjuntas con otras especialidades**

Hospitales	Estrategias de promoción y prevención de la salud		Actividades de aprendizaje conjunta con otras especialidades	
	SI	NO	SI	NO
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	182	95	198	79
Hospital José María Cabral y Báez	120	45	142	23
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	69	56	98	27
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	88	29	74	43
Hospital Salvador B. Gautier	111	57	108	60
Hospital Francisco Moscoso Puello	66	71	99	38
Hospital Presidente Estrella Ureña	66	35	73	28
Hospital General Plaza de la Salud	77	22	90	9
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	85	3	85	3
<b>Totales</b>	<b>864</b>	<b>413</b>	<b>967</b>	<b>310</b>

En la tabla 37 se presentan las respuestas a dos preguntas acerca de si el programa académico, además del estudio clínico, incorpora el análisis, estudio y promoción de estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y si se realizan actividades de aprendizaje de manera conjunta con otras especialidades.

A la primera pregunta, 864 (68%) respondieron que los programas sí incluyen ese tipo de estrategias, mientras que 413 (32%) dijeron que no las incorporan en sus programas.

De los que respondieron que no, los R1 tienen 102 (25%) con un mes en el programa. Los R2 ascienden a 110 (27%); los R3 a 99 (24%); los R4 son 82 (20%) y los R5 son 20 (5%).

Para la segunda pregunta, 967 (76%) sostienen que se realizan actividades de aprendizaje de manera conjunta con otras especialidades, mientras que 310 (24%) dicen que no se realizan este tipo de actividades conjuntas.

De los 310 residentes, 114 (37%) son R1; 91 (29%) son R2; 58 (19%) son R3; 34 (11%) son R4 y; 13 (4%) son R5.

**Tabla 38**  
**Acompañamiento y supervisión de médicos especialistas a actividades**

Hospitales	Guardia		Consulta		Procedimientos		Emergencias	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	205	72	246	31	239	38	154	123
Hospital José María Cabral y Báez	122	43	111	54	101	64	50	115
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	82	43	101	24	65	60	90	35
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	107	10	104	13	91	26	97	20
Hospital Salvador B. Gautier	86	82	97	71	118	50	58	110
Hospital Francisco Moscoso Puello	67	70	77	60	79	58	40	97
Hospital Presidente Estrella Ureña	77	24	71	30	66	35	46	55
Hospital General Plaza de la Salud	87	12	60	39	84	15	68	31
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	70	18	78	10	87	1	72	16
<b>Totales</b>	<b>903</b>	<b>374</b>	<b>945</b>	<b>332</b>	<b>930</b>	<b>347</b>	<b>675</b>	<b>602</b>

En la tabla 38 se presentan los resultados sobre la pregunta acerca del acompañamiento y supervisión por parte de médicos especialistas a las actividades que realizan los residentes como las guardias, las consultas, los procedimientos y las emergencias.

En general, la mayoría de los residentes dijeron que sí estaban acompañados: en las guardias 903 (71%) marcó que son acompañados por los especialistas; en las consultas 945 (74%); en los procedimientos 930 (73%) y; en las emergencias, un poco más de la mitad 675 (53%) marcó que si son acompañados.

En las emergencias, 602 (47%) dijeron que no son acompañados por los especialistas. La tabla muestra que la mayor proporción de no en algunas de las variables como guardias procedimientos, consultas y emergencia fueron señalados por los residentes del Hospital de las FFAA, el Cabral y Báez, el Salvador Gautier y el Moscoso Puello.

Si se analizan las respuestas del total de residentes que respondieron las encuestas, para cada uno de los indicadores que los residentes respondieron que no, encontramos que de los 374

(29%) que respondieron que *no son acompañados en las guardias*, 91(24%) son R1; 104 (28%) son R2; 107 (29%) son R3; 56 (15%) son R4 y; 16 (4%) son R5.

En las *consultas*, 332 (26%) respondieron que *no son acompañados*, de los cuales 136 (41%) son R1; 84 (25%) son R2; 64 (19%) son R3; 32 (10%) son R4 y; 14 (4%) son R5.

Acerca de los *procedimientos*, respondieron que *no son acompañados*, 347 (27%) del total de los residentes que enviaron las encuestas, de los cuales 87 (25%) son R1; 96 (28%) son R2; 97 (28%) son R3; 54 (16%) son R4 y; 13 (4%) son R5.

En las *emergencias*, 602 (47%) de los encuestados dijeron que *no eran acompañados por los médicos especialistas*. De ellos, 170 (28%) son R1; 182 (30%) son R2; 137 (23%); 84 (14%) son R4 y; 29 (5%) son R5. Se destaca un nivel muy bajo de acompañamiento a los residentes de primer año en todas las actividades por parte de los médicos especialistas.

**Tabla 39**  
**Acompañamiento y supervisión de actividades por residentes superiores**

Hospitales	Guardia		Consulta		Procedimientos		Emergencias	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	261	16	232	45	245	32	235	42
Hospital José María Cabral y Báez	142	23	109	56	141	24	123	42
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	98	27	74	51	109	16	105	20
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	114	3	85	32	105	12	103	14
Hospital Salvador B. Gautier	150	18	130	38	143	25	133	35
Hospital Francisco Moscoso Puello	108	29	76	61	109	28	90	47
Hospital Presidente Estrella Ureña	88	13	69	32	85	16	75	26
Hospital General Plaza de la Salud	89	10	44	55	84	15	69	30
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	70	18	41	47	69	19	56	32
<b>Totales</b>	<b>1120</b>	<b>157</b>	<b>860</b>	<b>417</b>	<b>1090</b>	<b>187</b>	<b>989</b>	<b>288</b>

La misma pregunta fue realizada para identificar *el acompañamiento a las actividades de las guardia, consultas, procedimientos y emergencias por parte de los residentes superiores*, encontrándose que 1120 (88%) son acompañados en las guardias; 860 (67%) en las consultas; 1090 (85%) en los procedimientos y 989 (77%) son acompañados en las emergencias por parte de los residentes superiores.

Si se analizan los que respondieron a que *no son acompañados por los residentes superiores*, encontramos que para las *guardias* respondieron 157 (12%) y de éstos 42 (27%) son R1; 38 (24%) son R2; 40 (25%) son R3; 23 (15%) son R4 y; 14 (9%) son R5.

En cuanto al indicador *consulta*, respondieron que *no son acompañados* 417 (33%) del total de residentes encuestados. De éstos, 113 (27%) son R1; 133 (32%) son R2; 115 (28%) son R3; 41 (10%) son R4 y; 15 (4%) son R5.

En relación a los *procedimientos*, un total de 187 (15%) dijeron que *no son acompañados*, de los cuales 50 (27%) son R1; 60 (32%) son R2; 46 (25%) son R3; 24 (13%) son R4 y; 7 (4%) son R5.

Sobre las *emergencias*, 288 (23%) del total *no son acompañados*, 85 (30%) son R1; 92 (32%) son R2; 72 (25%) son R3; 25 (9%) son R4 y; 14 (5%) son R5.

Llama la atención de nuevo el alto porcentaje de R1 que dijeron que no son acompañados.

### ***Horas de práctica, de formación y guardias***

La tabla 40 presenta los resultados de las preguntas acerca del número de horas dedicadas a las prácticas en el servicio de lunes a viernes, horas dedicadas a la formación (docencia), las guardias de lunes a viernes y las guardias los fines de semanas.

**Tabla 40**  
**Horas dedicadas a la práctica y a la docencia y número de guardias**

Hospitales	Horas prácticas lunes-viernes	Horas de formación docencia	Guardias lunes- viernes	Guardias fines semana en un mes
	Promedio horas	Promedio horas	Número de guardias	Número de guardias
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	98	17	3	3
Hospital José María Cabral y Báez	61	16	3	3
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	72	13	2	2
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	75	11	2	3
Hospital Salvador B. Gautier	57	19	3	3
Hospital Francisco Moscoso Puello	64	15	3	3
Hospital Presidente Estrella Ureña	60	11	2	3
Hospital General Plaza de la Salud	73	66	4	3
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	54	14	2	2
<b>Promedios Totales</b>	72	19	3	3

Las respuestas de las dos primeras preguntas fueron calculadas como promedio de acuerdo a las respuestas obtenidas de los 1,277 residentes y las respuestas a las guardias como el promedio del número de horas de las guardias que hacen los residentes.

Así, el promedio de horas de práctica en los servicios de lunes a viernes es de 72 horas promedio, lo que equivale a un promedio de 14 horas diarias. Cabe notar que el hospital de las FFAA el promedio de número de horas de lunes a viernes asciende a 20 horas diarias.

En la variable de horas dedicadas a la formación, el promedio de horas son 19, correspondiente a 3 horas diarias calculada para los 7 días a la semana. Calculada de lunes a viernes, serían aproximadamente 4 horas. En el hospital Plaza de la Salud el número de horas para la docencia asciende a 13 horas diarias de lunes a viernes y a 9 si se considera la semana completa.

Tanto el promedio de *guardias de lunes a viernes como de los fines de semana en un mes* ascienden a 3 en cada caso, aunque los residentes del hospital Plaza de la Salud dijeron que realizan 4 guardias de lunes a viernes.

Estos son datos que por su magnitud deben ser corroborados.

### ***Asistencia a actividades académicas fuera del hospital***

Históricamente las actividades de enseñanza- aprendizaje de los programas de residencias médicas a nivel nacional y mundial se complementan con la participación o asistencia de los residentes a congresos nacionales y/o internacionales de sus especialidades y con la participación a talleres y seminarios ofertados por otras instituciones académicas o profesionales. Esta oportunidad les permite a los residentes en formación conocer el desarrollo científico de su especialidad, los problemas de salud y enfermedad que otros están enfrentando, así como las soluciones manejadas en términos terapéuticos, quirúrgicos y farmacológicos y las investigaciones que se realizan en cada uno de estos campos.

Las tablas 41 y 42 resumen las respuestas a las invitaciones que reciben los residentes a estas actividades ya sea de parte del hospital o de la universidad que avala los programas.

**Tabla 41**  
**Actividades de aprendizaje fuera del hospital invitados por el hospital**

Hospitales	Invitación por el hospital							
	Congresos nacionales		Congresos internacionales		Seminarios		Talleres	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	171	106	50	227	178	99	180	97
Hospital José María Cabral y Báez	112	53	40	125	98	67	117	48
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	49	76	111	14	53	72	30	95
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	41	76	11	106	40	77	14	103
Hospital Salvador B. Gautier	98	70	23	145	77	91	88	80
Hospital Francisco Moscoso Puello	73	64	13	124	51	86	70	67
Hospital Presidente Estrella Ureña	47	54	10	91	58	43	76	25
Hospital General Plaza de la Salud	59	40	22	77	56	43	64	35
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	66	22	45	43	67	21	74	14
<b>Totales</b>	<b>743</b>	<b>534</b>	<b>228</b>	<b>1049</b>	<b>697</b>	<b>580</b>	<b>867</b>	<b>410</b>

La tabla 41 muestra que, con invitación del hospital los residentes responden que *si reciben* 743 (58%) para participar en congresos nacionales; menos para los internacionales que sólo respondieron positivamente 228 (18%); para seminarios 697 (55%) y para talleres 867 (68%).

Reciben en mayor número en relación al total de invitaciones a congresos nacionales los residentes del hospital de las FFAA, los del Cabral y Báez y el Gautier. Proporcionalmente al número de residentes de cada uno de los hospitales, también reciben mayor número de invitaciones la Plaza de la Salud y CEDIMAT.

En cambio, del total de residentes, 534 (42%) dice *no recibir* invitación para congresos nacionales; para congresos internacionales 1,049 (82%) dice *no recibir* invitaciones de parte del hospital; un poco más de la mitad 580 (45%) *no recibe* invitaciones para seminarios y 410 (32%) *no recibe* para la realización de talleres.

Se observa una proporción numérica menor en las oportunidades que se le presentan a los residentes de la Maternidad la Altagracia para las distintas actividades de participación y aprendizaje en todas las variables seleccionadas.

**Tabla 42**  
**Actividades de aprendizaje fuera del hospital invitados por las universidades**

Hospitales	Invitación por las Universidades							
	Congresos nacionales		Congresos internacionales		Seminarios		Talleres	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	56	221	12	265	63	214	61	216
Hospital José María Cabral y Báez	42	123	16	149	71	94	90	75
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	16	109	1	124	19	106	32	93
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	11	106	4	113	14	103	53	64
Hospital Salvador B. Gautier	19	149	2	166	15	153	20	148
Hospital Francisco Moscoso Puello	15	122	2	135	20	117	31	106
Hospital Presidente Estrella Ureña	10	91	4	97	42	59	43	58
Hospital General Plaza de la Salud	36	63	9	90	39	60	51	48
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	19	69	12	76	29	59	31	57
<b>Totales</b>	<b>224</b>	<b>1053</b>	<b>62</b>	<b>1215</b>	<b>312</b>	<b>965</b>	<b>412</b>	<b>865</b>

En la tabla 42 se pueden observar los resultados de la pregunta sobre *si a las actividades de aprendizaje fuera del hospital son invitados por las universidades que avalan los distintos programas académicos*.

Aquí encontramos respuestas bien distintas a la tabla 41. Los residentes dicen recibir 224 (18%) invitaciones para congresos nacionales por parte de la universidad que avala; 62 (5%) para congresos internacionales; 312 (24%) para seminarios y; 412 (32%) para la realización de talleres.

En cambio, priman los *no* para todas las variables: 1053 (82%) para los congresos nacionales; 1215 (95%) para congresos internacionales; 965 (76%) para seminarios y 865 (68%) para la realización de talleres.

Para todas las variables, los hospitales Robert Reid, la Maternidad Altagracia, el Gautier y el Moscoso Puello son los que menos reciben.

### ***Rotaciones de los residentes***

Las “rotaciones” de los residentes por otros hospitales también han sido consideradas como estrategias de intercambio de conocimientos y nuevos aprendizajes en otros espacios hospitalarios con programas educativos. En éstos otros se valora lo que no dispone el suyo propio en términos de práctica y conocimientos, es decir, de aprendizaje y enseñanza en relación a la resolución de casos de problemas de salud-enfermedad, de procedimientos avanzados, herramientas de diagnóstico y tratamientos y de procesos novedosos de investigación.

La tabla 43 muestra los resultados de *si existen rotaciones o no programadas en el plan de estudio y qué tipo de centros son los utilizados*.

**Tabla 43**  
**Rotaciones programadas en otros hospitales**

Hospitales	Rotaciones en otros hospitales		Tipo de centros		
	SI	NO	Nacionales	Internacionales	Ambas
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	242	35	149	4	89
Hospital José María Cabral y Báez	99	66	35	6	58
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	53	72	20	10	23
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	76	41	70	-	6
Hospital Salvador B. Gautier	111	57	34	5	72
Hospital Francisco Moscoso Puello	99	38	67	-	32
Hospital Presidente Estrella Ureña	65	36	53	-	12
Hospital General Plaza de la Salud	52	47	17	3	32
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	35	53	19	6	10
<b>Totales</b>	<b>832</b>	<b>445</b>	<b>464</b>	<b>34</b>	<b>334</b>

De los 1,277 residentes, respondieron que sí tienen rotaciones 832 (65%), mientras que 445 (35%) dicen no tener. La mitad de los que respondieron que *no*, 236 (53%) son los R1 que recién inician. También 118 (27%) son R2; 50 (11%) son R3; 15 (3%) son R4 y; 26 (6%) dicen no tener rotaciones.

Los que menos rotan en cantidad son los residentes de los hospitales Cabral y Báez, Robert Reid, Plaza de la Salud y CEDIMAT.

De los 832 residentes que respondieron que *sí tienen rotaciones*, 464 (56%) dijeron que las rotaciones se realizan a nivel nacional; 34 (4%) a nivel internacional y 334 (40%) marcaron que ambas.

### ***Evaluaciones de los residentes***

En la primera parte de la lectura de los cuestionarios de los coordinadores sostenemos algunas teorías sobre las evaluaciones y procesos de evaluaciones formativas, centradas en quien aprende, en personas adultas y profesionales con un título para ejercer la medicina general.

Los procesos evaluativos en las residencias médicas deben estar centrados sobre una estrategia dialogante de manera tal que el residente vaya descubriendo sus propios aprendizajes y programar con ayuda de los tutores las estrategias mas convenientes para avanzar en dicho aprendizaje sopesando las lagunas de conocimientos, prácticas que necesitan y el interés en profundizar su aprendizaje.

Las tablas 44 a la 47 muestran distintas respuestas de los residentes a una serie de preguntas relacionadas con *el sistema de evaluación de los distintos programas académicos que participaron*.

**Tabla 44**  
**Evaluación de los residentes por parte de la Universidad**

Hospitales	Frecuencia de evaluación por Universidades						
	1	2	3	4	5	6	7
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	13	30	1	3	22	19	189
Hospital José María Cabral y Báez	55	33	-	20	7	7	43

Hospital Dr. Robert Reid Cabral	2	14	1	1	13	15	79
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	4	7	-	5	8	12	81
Hospital Salvador B. Gautier	1	12	-	5	4	5	141
Hospital Francisco Moscoso Puello	5	8	-	1	12	7	104
Hospital Presidente Estrella Ureña	9	24	-	15	3	9	41
Hospital General Plaza de la Salud	21	40	3	9	3	10	13
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	4	13	-	17	15	7	32
Totales	114	181	5	76	87	91	723

Lectura de la tabla: 1= mensual; 2= Trimestral; 3= Cuatrimestral; 4= Semestral; 5= Anual; 6= Se desconoce; 7= Nunca

En la tabla 44 se recoge la información suministrada por los residentes acerca de la *participación de las universidades en las evaluaciones a los residentes y la frecuencia con que las realizan*.

Ciento catorce (9%) residentes dicen que la universidad evalúa mensualmente; 181 (14%) marcaron que las evaluaciones se realizan trimestralmente; 5 (0.39%) cuatrimestral; 76 (6%) semestral; 87 (7%) anual; 91 (7%) desconoce y; 723, es decir, el 57% dice que nunca. Este último porcentaje habría que tomarlo en consideración en la discusión futura con las universidades.

**Tabla 45**  
**Frecuencia de evaluación del aprendizaje por el cuerpo docente del hospital**

Hospitales	Frecuencia							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	3	64	94	-	14	5	54	43
Hospital José María Cabral y Báez	3	86	21	-	11	9	12	23
Hospital Dr. Robert Reid Cabral								
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	1	37	33	1	7	5	16	17
Hospital Salvador B. Gautier	2	40	53	4	11	3	28	27
Hospital Francisco Moscoso Puello		45	36	2	2	9	7	36
Hospital Presidente Estrella Ureña		40	25	1	13	3	8	11
Hospital General Plaza de la Salud		46	37	-	5	-	9	2
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	2	27	19	-	7	2	27	3
Totales	14	421	352	9	80	40	179	182

Lectura de la tabla: 1= Siempre; 2= Mensual; 3= Trimestral; 4= Cuatrimestral; 5= Semestral; 6= Anual; 7= Se desconoce/otro; 8= Nunca

El cuerpo docente del hospital, a juicio de los residentes evalúa: 14 (1%) siempre; 421 (33%) mensual; 352 (28%) trimestral; 9 (1%) cuatrimestral; 80 (6%) semestral; 40 (3%) anual; 179 (14%) desconoce y; 182 (14%) dijo que nunca se evalúa por parte del cuerpo docente.

La misma frecuencia de evaluación sobre *las evaluaciones de parte de los coordinadores de los programas* puede observarse en la tabla 46 a continuación:

**Tabla 46**  
**Frecuencia de evaluación por parte de coordinador del programa**

Hospitales	Frecuencia evaluación coordinador							
	1	2	3	4	5	6	7	8

Hospital Central de las Fuerzas Armadas	14	89	56	-	12	3	87	16
Hospital José María Cabral y Báez	9	105	10	1	6	5	23	6
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	8	44	34	1	7	2	20	9
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	9	36	25	3	5	3	21	15
Hospital Salvador B. Gautier	5	54	30	-	6	1	66	6
Hospital Francisco Moscoso Puello	1	40	42	-	6	1	36	11
Hospital Presidente Estrella Ureña	3	45	19	1	15	1	14	3
Hospital General Plaza de la Salud	8	45	17	-	4	-	25	-
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	12	25	13	1	5	1	30	1
Totales	69	483	246	7	66	17	322	67

Lectura de la tabla: 1= Siempre; 2= Mensual; 3= Trimestral; 4= Cuatrimestral; 5= Semestral; 6= Anual; 7= Se desconoce/otro; 8= Nunca

Sesenta y nueve residentes (5%) dijeron que el coordinador de su programa los evalúa *siempre*; 483 (38%) que mensualmente; 246 (19%) trimestral; 7 (1%) cuatrimestral; 66 (5%) semestral; 17 (1%) anual; 322 (25%) desconoce y; 67 (5%) consideró que nunca los evalúan.

En la tabla 47 se pueden observar el *tipo de evaluación que se utiliza*.

**Tabla 47**

**Tipo de evaluación que utilizan los docentes para evaluar los residentes**

Hospitales	Tipo de evaluación											
	1		2		3		4		5		6	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	219	58	173	104	101	176	51	226	131	146	153	124
Hospital José María Cabral y Báez	106	59	67	98	40	125	45	120	74	91	119	46
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	104	21	43	82	32	93	36	89	83	42	85	40
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	94	23	63	54	42	75	31	86	59	58	75	42
Hospital Salvador B. Gautier	93	75	86	82	49	119	52	116	89	79	112	56
Hospital Francisco Moscoso Puello	82	55	39	98	23	114	30	107	56	81	74	63
Hospital Presidente Estrella Ureña	70	31	43	58	17	84						
Hospital General Plaza de la Salud	66	33	48	51	33	66	35	64	60	39	56	43
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	76	12	37	51	41	47	46	42	76	12	81	7
Totales	910	367	599	678	378	899	334	943	661	616	815	462

Lectura de la tabla: 1= Evaluación escrita- selección múltiple; 2= Evaluación escrita-desarrollo; 3= Evaluación escrita-solución de problemas; 4=Trabajos de investigación; 5= Estudios de casos; 6= Evaluación práctica a partir del desarrollo de las actividades diarias.

En cuanto al tipo de evaluación que utilizan los docentes, se definieron 6 opciones para que marcaran todas aquellas que se aplican en su programa.

Sobre la selección múltiple, es la marcada con mayor puntuación, 910 (71%), seguida de la evaluación práctica a partir del desarrollo de las actividades diarias con una respuesta de 815 (64%) residentes y los estudios de casos con 661 respuestas correspondiente a 52% de todas las respuestas. En orden descendente le siguen la evaluación escrita de desarrollo con 599 (47%); la evaluación por solución de problemas con 378 (30%) respuestas, siendo la de menor puntuación la de los trabajos de investigación con 334 (26%).

En orden inverso, los que contestaron que *no se utilizan los tipos de evaluaciones* que se indicaron en el cuestionario fueron: evaluación por trabajos de investigación 943 (74%); Evaluación escrita por solución de problemas 899 (70%); evaluación escrita de desarrollo 678 (53%); estudios de casos 616 (48%); evaluación a partir de las actividades diarias 462 (36%) y; selección múltiple 367 (29%).

### ***Trato recibido y comodidades para su estancia dentro del hospital***

Las noticias acerca de que los residentes no son tratados como corresponde han sido denunciados en algunos países, especialmente por los excesos de autoritarismo y la jerarquía vertical que impera en las residencias.

Las autoridades de salud han querido conocer a través del cuestionario presentado a los residentes el sentir de ellos mismos. Las tablas de la 48 a la 56 presentan los resultados sobre el *trato recibido por los especialistas, los residentes superiores y el director del hospital, las sanciones y frecuencia de las mismas, los horarios adicionados, así como el respeto al descanso y alimentación.*

**Tabla 48**  
**Trato por los especialistas del hospital y residentes superiores**

Hospitales	Por los especialistas			Por los residentes superiores		
	1	2	3	4	5	6
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	88	177	12	106	145	26
Hospital José María Cabral y Báez	15	146	4	34	123	8
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	18	95	12	15	98	12
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	27	81	9	28	82	7
Hospital Salvador B. Gautier	27	132	9	42	103	23
Hospital Francisco Moscoso Puello	35	94	8	47	86	4
Hospital Presidente Estrella Ureña	23	69	9	24	59	18
Hospital General Plaza de la Salud	13	84	2	17	77	5
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT		88		1	85	2
<b>Totales</b>	<b>246</b>	<b>966</b>	<b>65</b>	<b>314</b>	<b>858</b>	<b>105</b>

Lectura de la tabla: 1= Autoritario; 2= Cordial/respetuoso; 3= Poco amable; 4= Autoritario 5=Cordial/respetuoso; 6= Poco amable.

La información recopilada en la tabla 48 intenta dar cuenta de dos preguntas para conocer *el trato recibido por parte de los especialistas del hospital y de los residentes superiores.*

De los 1277 encuestados, 966 (76%) dijeron recibir un trato cordial y respetuoso por parte de los especialistas del hospital, 246 (19%) dijeron reciben un trato autoritario y 65 (5%) contestaron que el trato recibido es poco amable.

En relación a los residentes superiores, 858 (67%) respondieron que reciben un trato cordial y respetuoso; 214 (25%) que el trato recibido es autoritario y; 105 (8%) que es poco amable.

En ambos casos prima el trato cordial y respetuoso, pero aproximadamente un cuarto de esta muestra de residentes dice recibir un trato autoritario y poco amable.

**Tabla 49**  
**Trato recibido por parte del director hospital y sanción abusiva por parte de algún superior**

Hospitales	Tipo de trato por parte del director			Sanción abusiva por parte de un superior	
	Autoritario	Cordial respetuoso	Poco amable	SI	NO
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	28	240	9	137	140
Hospital José María Cabral y Báez	6	149	10	27	138
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	5	119	1	26	99
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	15	96	6	36	81
Hospital Salvador B. Gautier	36	114	18	48	120
Hospital Francisco Moscoso Puello	37	71	29	42	95
Hospital Presidente Estrella Ureña	32	55	14	45	56
Hospital General Plaza de la Salud	15	69	15	22	77
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	7	81		1	87
<b>Totales</b>	<b>181</b>	<b>994</b>	<b>102</b>	<b>384</b>	<b>893</b>

La tabla 49 muestra dos tipos de preguntas relativas al *trato recibido por parte del director del hospital y si han recibido o no sanciones que consideran abusivas por parte de un superior*.

Las respuestas a la primera pregunta señalado por la mayoría, 994 (78%) es que reciben un trato cordial por parte de los directores del hospital que alberga su programa. Sin embargo, 181 (14%) señalaron que reciben un trato autoritario y otros 102 (8%) poco amable. De éstos últimos resaltan el hospital Moscoso Puello y el Gautier.

En relación a las sanciones abusivas, 893 (70%) dijeron que no reciben sanciones abusivas, pero 384 (30%) consideró que sí las recibía.

Aproximadamente la mitad de los residentes de los hospitales de la FFAA, Moscoso Puello y Presidente Ureña señalaron que si han recibido sanciones abusivas. Igual el Gautier presenta un número bastante elevado.

**Tabla 50**  
**Sanciones por parte especialistas y frecuencia**

Hospitales	Sanción de especialistas		Frecuencia					
	SI	NO	Diario	Semanal	C/15 días	Mensual	+ de 2 meses	Total
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	191	86	27	53	18	29	64	191
Hospital José María Cabral y Báez	35	130	1	2	3	3	26	35
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	36	89	-	-	1	6	29	36
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	53	64	5	17	7	7	17	53
Hospital Salvador B. Gautier	55	113	7	16	7	2	23	55
Hospital Francisco Moscoso Puello	62	75	9	11	6	4	32	
Hospital Presidente Estrella Ureña	58	43	6	11	5	12	24	58
Hospital General Plaza de la Salud	39	60	1	6	-	8	24	39
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	3	85	-	-	-	-	3	3
<b>Totales</b>	<b>532</b>	<b>745</b>	<b>56</b>	<b>116</b>	<b>47</b>	<b>71</b>	<b>242</b>	<b>532</b>

La tabla 50 presenta también el resumen de dos preguntas. En la primera, se les preguntaba a los residentes *si había recibido o no alguna sanción por parte de los médicos especialistas que implique permanencia adicional al horario de trabajo del hospital* y la segunda preguntaba *la frecuencia promedio con la que recibe dichas sanciones por parte de los médicos especialistas*.

La respuesta a la primera pregunta es la siguiente: 745 (58%) dijeron que *no* han recibido y 532 (42%) dijeron que *si han tenido sanciones*.

Sobre la segunda pregunta, relacionada con la frecuencia en que son recibidas estas sanciones, los que respondieron que *si* reciben señalaron lo siguiente: 56 (11%) dice recibirlas diariamente; 116 (22%) dijo que semanal; 47 (9%) cada quince días; 71 (13%) mensual y; 245 (45%) señaló una frecuencia de más de dos meses.

La frecuencia más alta es la señalada por los hospitales Central de las FFAA, el Presidente Ureña, el Gautier y la también Maternidad la Altagracia.

**Tabla 51**  
**Sanciones por parte médicos residentes y frecuencia que implique permanencia adicional al horario de trabajo**

Hospitales	Sanción de residentes		Frecuencia					
	SI	NO	Diario	Semanal	C/15 días	Mensual	+ de 2 meses	Total
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	192	85	54	59	18	20	41	192
Hospital José María Cabral y Báez	60	105	2	8	8	10	32	60
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	18	107	1	2	1	3	11	18
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	49	68	5	17	3	8	16	49
Hospital Salvador B. Gautier	86	82	24	26	7	9	20	86
Hospital Francisco Moscoso Puello	64	73	22	10	1	16	15	64
Hospital Presidente Estrella Ureña	63	38	17	22	6	6	12	63
Hospital General Plaza de la Salud	48	51	4	9	9	3	23	48
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	5	83		-	-	-	5	5
<b>Totales</b>	<b>585</b>	<b>692</b>	<b>129</b>	<b>153</b>	<b>53</b>	<b>75</b>	<b>175</b>	<b>585</b>

La tabla 51 presenta también el resumen de dos preguntas. En la primera se les preguntaba a los residentes *si había recibido o no alguna sanción por parte de los médicos residentes que implique permanencia adicional al horario de trabajo del hospital* y la segunda preguntaba *la frecuencia promedio con la que recibe dichas sanciones por parte de los médicos residentes*.

En la pregunta de sí o no, 585 (46%) dijeron que *si* habían recibido sanciones de parte de los médicos residentes y 692 (54%) que *no* habían recibido.

Los que sí habían recibido señalaron la frecuencia que presentaba el cuestionario y los resultados son los siguientes: 129 (22%) señaló que diario; 153 (26%) marcó la casilla de semanal; 53 (9%) cada quince días; 75 (13%) marcó que mensual y; 175 (30%) que recibe sanción con una frecuencia de más de dos meses.

Si hacemos una revisión por hospital encontramos que de los 585 residentes que respondieron que reciben sanciones de parte de los médicos residentes, 192 (33%) de este total son del hospital de las FFAA. Sobre la base de los 277 residentes de este hospital que contestaron la encuesta, encontramos que el 69% de ese total ha recibido el mayor número de sanciones.

Los resultados del hospital Presidente Estrella muestran que 63 (11%) marcaron positivo la casilla de recibir sanciones, pero en relación al total de los residentes de ese hospital (101) el porcentaje asciende a 62%.

El hospital Gautier también presenta un número elevado de sanciones por parte de los residentes. De los que contestaron que *sí*, representan 86 (15%) pero del total de residentes del hospital que contestaron la encuesta (168) representan el 51% de los que señalaron recibir sanciones. De igual manera, el Cabral y Báez marcaron que *sí* reciben sanciones 60 (10%) de los residentes que marcaron que *sí*, pero en relación al número de su hospital (165) el porcentaje es de 36%.

**Tabla 52**  
**Otras funciones no contempladas en el programa académico**

Hospitales	SI	NO	Frecuencia				
			Diario	Semanal	C/15 días	Mensual	+ de 2 meses
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	71	206	27	9	4	15	16
Hospital José María Cabral y Báez	24	141	9	5	1	-	9
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	13	112	3	2	-	3	5
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	10	107	1	3	-	3	3
Hospital Salvador B. Gautier	32	136	18	6	2	2	4
Hospital Francisco Moscoso Puello	31	106	15	10	-	1	5
Hospital Presidente Estrella Ureña	37	64	19	8	1	4	5
Hospital General Plaza de la Salud	17	82	5	6	2	-	4
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	2	86	-	-	-	-	2
<b>Totales</b>	<b>237</b>	<b>1040</b>	<b>97</b>	<b>49</b>	<b>10</b>	<b>28</b>	<b>53</b>

En la tabla 52 se presentan los resultados de dos preguntas que buscan indagar *sobre si los residentes han sido asignados a cumplir alguna función no contemplada en su programa académico por parte del director del hospital* y la segunda buscaba conocer en caso positivo *la frecuencia con la que es designado*.

Del total de los residentes encuestados, 1,040 (81%) contestó que no se les asignan otras funciones que no sean las que contempla el programa académico. Doscientos treinta y siete (19%) marcó que sí han sido asignadas otras tareas.

De los 237 que marcaron positivo, 97 (41%) dijo que la frecuencia de cumplir otras funciones que no están en el programa es diaria; 49 (21%) dijo que semanal; 10 (4%) cada 15 días; 28 (12%) mensual y; 53 (22%) respondió la frecuencia de más de dos meses.

Los hospitales con mayor número de respuestas positivas fueron: el Central de las FFAA con 71 (30%) del total, pero con un porcentaje de 26% con respecto al total de residentes de este hospital que respondieron las encuestas. La frecuencia más marcada por estos residentes fue la “diaria”.

Le sigue el Presidente Ureña con 37 (16%) que respondieron de manera positiva, con mayor frecuencia también la “diaria” y con respecto al número total de residentes de este hospital que contestaron (137) el porcentaje asciende a 37%.

Tanto el Gautier como el Moscoso Puello presentan números y porcentajes altos con respecto al resto. El primero con 31 (14%), pero en relación al número total de sus residentes que participaron en la encuesta 168, el porcentaje de los que creen que hacen otras funciones que no están en el programa académico sube a 19%.

En el Moscoso Puello respondieron de manera afirmativa 31 (13%) que con respecto al total de los 237 que respondieron que realizaban otras funciones no propias del programa académico, representando además el 23% de dicho hospital. El 11% de ellos marcaron que dichas funciones la realizan diariamente.

**Tabla 53**

<b>Respeto a la Post-guardia, almuerzo y descanso</b>								
<b>Hospitales</b>	<b>Respeto a la Post Guardia</b>		<b>Horas de almuerzo y descanso</b>		<b>Área de descanso</b>			
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Excelente</b>	<b>Buena</b>	<b>Regular</b>	<b>Mala</b>
<b>Hospital Central de las Fuerzas Armadas</b>	101	176	93	184	10	57	94	116
<b>Hospital José María Cabral y Báez</b>	37	128	57	108	5	27	56	77
<b>Hospital Dr. Robert Reid Cabral</b>	36	89	35	90	5	31	62	27
<b>Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia</b>	53	64	59	58	41	56	18	2
<b>Hospital Salvador B. Gautier</b>	61	107	78	90	4	28	34	102
<b>Hospital Francisco Moscoso Puello</b>	43	94	46	91	2	6	47	82
<b>Hospital Presidente Estrella Ureña</b>	19	82	32	69	1	11	38	51
<b>Hospital General Plaza de la Salud</b>	40	59	46	53	11	29	33	26
<b>Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT</b>	61	27	76	12	42	32	10	4
<b>Totales</b>	<b>451</b>	<b>826</b>	<b>522</b>	<b>755</b>	<b>121</b>	<b>277</b>	<b>392</b>	<b>487</b>

En la tabla 53 se observan las respuestas a 3 preguntas que buscaban conocer *si se respetan o no la post-guardia, las horas de almuerzo y descanso y; como califica el área de descanso de los residentes.*

Los resultados dicen que 826 (65%) residentes dijeron que no se respetan la post guardia, mientras 451 (35%) sostuvieron que sí se respetan. En todos los hospitales primó que no se respeta, menos en el hospital CEDIMAT aunque esta opción *no* fue respondida por 27 residentes para un porcentaje de 44% en relación al total de sus residentes.

En relación a las horas de almuerzo y descanso, 755 (59%) dicen que no se respetan y 522 (41%) dice que si se respetan. Se observa que el doble de los residentes de los hospitales Central de las FFAA, Cabral y Báez, Robert Reid, Moscoso Puello, y Presidente Ureña marcaron que no se respetan. También marcaron que no se respetan la mitad de los residentes de la

Maternidad Altagracia y Plaza de la Salud. Sólo 12 (14%) los residentes de CEDIMAT marcaron que no se respetan estas horas de descanso y almuerzo.

Sobre el área de descanso, 487 (38%) de los residentes marcaron que es mala; 392 (31%) dijeron que es regular; 277 (22%) que es buena y; 121 (9%) que es excelente. Sólo el 31% de los residentes valora su área de descanso como buena o excelente.

**Tabla 54**  
**Respeto fechas licencias, vacaciones**

Respeto fechas licencias, vacaciones						
Hospitales	SI	NO	Programa no lo contempla	El reglamento residencia no contempla	Coordinador decide	Otra
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	226	51	6	4	30	11
Hospital José María Cabral y Báez	149	16	2	2	10	2
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	113	12	2	-	2	8
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	70	47	6	4	31	6
Hospital Salvador B. Gautier	145	23	3	5	12	3
Hospital Francisco Moscoso Puello	115	22	1	2	12	7
Hospital Presidente Estrella Ureña	85	16	-	3	12	1
Hospital General Plaza de la Salud	83	16	6	5	2	3
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	86	2	-	-	2	-
<b>Totales</b>	<b>1072</b>	<b>205</b>	<b>26</b>	<b>25</b>	<b>113</b>	<b>41</b>

Respecto a las fechas de licencias y vacaciones 1072 (84%) dijo que *sí* se respetan, mientras que 205 (16%) respondió que *no* se respetan.

De los que contestaron que *no*, 113 (55%) dice que el coordinador es quien decide si se otorgan o no las fechas de licencias y vacaciones; 26 (13%) dice que el programa no lo contempla y 25 (12%) que el reglamento de la residencia no lo contempla. Cuarenta y un residentes (20%) respondieron que otro.

**Tabla 55**  
**Calidad y porciones de la alimentación**

Hospitales	Tamaño de las porciones				Calidad de las porciones			
	Excelente	Bueno	Regular	Mala	Excelente	Bueno	Regular	Mala
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	2	24	46	205	2	18	57	200
Hospital José María Cabral y Báez	1	7	22	135	1	5	24	135
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	5	27	50	43	2	10	54	59
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	24	50	29	14	12	45	43	17
Hospital Salvador B. Gautier	5	12	66	85	1	15	72	80
Hospital Francisco Moscoso Puello	1	11	34	91	-	6	22	109
Hospital Presidente Estrella Ureña	1	9	32	59	1	5	38	57
Hospital General Plaza de la Salud	7	24	20	48	6	20	27	46
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	5	18	25	40	7	22	25	34
<b>Totales</b>	<b>51</b>	<b>182</b>	<b>324</b>	<b>720</b>	<b>32</b>	<b>146</b>	<b>362</b>	<b>737</b>

La tabla 55 reúne los resultados de dos preguntas *sobre el tamaño de las porciones de la alimentación ofrecida por el hospital a sus residentes y la calidad de dichas porciones.*

Sobre la primera pregunta, encontramos que sólo 51 (4%) de los residentes dijo que el tamaño de las porciones era excelente, de igual manera sobre la calidad de las porciones, sólo 32 (3%) dijo que eran excelentes.

En cuanto al tamaño, 182 (14%) dijo que son buenas y 146 (11%) dice que su calidad es buena.

En orden descendente, 324 (25%) respondieron que las porciones son regulares y 362 (28%) que la calidad también es regular.

En la opción *malo*, encontramos que 720 (56%) de los residentes dijo que las porciones son malas y 737 (58%) que la calidad de la alimentación es mala también.

### ***Principales problemas de los programas de residencias expresados por los residentes***

Al final del cuestionario se solicitó a los residentes expresar dos problemas que les preocupan y tres recomendaciones. Para fines de agilizar la lectura se hizo un resumen con los problemas que más se repiten y se organizaron se acuerdo a las siguientes variables:

#### ***Sobre la organización y desarrollo curricular***

En cuanto a la organización y desarrollo curricular muchos siguen sosteniendo dentro de las preocupaciones, la ausencia de un programa académico estructurado y que no hay consistencia académica. Los temas desarrollados se presentan de forman desorganizada y rápida y requieren de más tiempo para cada uno de ellos. Algunos residentes señalan no saber “cual es el programa a completar... no se que cantidad de temas o patologías debo dominar en cantidad de tiempo”.

Una de las carencias para el sostenimiento del programa es la no disponibilidad de bibliografía actualizada con revistas por especialidad y una biblioteca adecuada para la formación, por lo cual hay “poco enfoque en la docencia sobre artículos de investigación”.

También algunos expresaron la ausencia de investigaciones académicas y la ausencia de actividades académicas de carácter interdisciplinario con otras especialidades y sub-especialidades. Además, la cantidad de procedimientos que hacen es insuficiente para el programa académico de algunas especialidades.

Como parte del desarrollo curricular también fueron identificadas como problema que les preocupa la disponibilidad de rotaciones a nivel nacional e internacional.

#### ***Sobre la función docente de enseñanza y evaluación***

La mayoría de residentes han expresado su preocupación acerca de la falta de “clases” o las “pocas horas docentes” tanto de los especialistas como de los residentes superiores, señalando que la docencia es irregular y que los residentes superiores no se enfocan en la enseñanza. Muchos dicen ser “autodidactas”, es decir, que “tienen que asumir su propio aprendizaje ante la ausencia de docencia por parte de los especialistas”.

Por otro lado, algunos sostienen que “los médicos especialistas no explican la clase, no hablan con base científica, hablan de su experiencia, no son académicos, no escuchan”. Los residentes dicen sentirse “perdidos” porque “no les dan clases ni les explican como se hacen las cosas”.

Les preocupa la carencia de métodos pedagógicos en ambos casos y que siempre se ofrecen los mismos temas curriculares. Dado el exceso del trabajo mecánico, las teorías sólo se ofrecen para los exámenes y cuando el alumno necesita conocer mejor algún problema “los mandan a leer por su cuenta”. Algunos sostuvieron que “no tenemos el detalle de cómo obtenemos nuestra puntuación. Por más que nos esforcemos siempre son malas. Tampoco nos dan la corrección del examen”.

Algunos plantearon que cuando se imparte docencia se hace de manera monótona, con conferencia que sólo aprende el expositor.

Por otra parte, sostienen que no existe retroalimentación y supervisión por parte de los docentes tanto del desempeño de cada residente como en actividades específicas como las rotaciones.

También presentan muchos problemas de los residentes superiores en tanto éstos “no nos explican cómo realizar el trabajo y nos hacen repetir una y otra vez sin enseñarnos. Nos dejan a cargo de un área la cual no sabemos manejar”. Algunos han señalado que “nadie les ha enseñado a hacer un procedimiento determinado y sin embargo, los están realizando.”

En cuanto a las evaluaciones, sostienen que éstas no son inclusivas y no promueven ni la participación ni la comunicación. “El sistema de evaluación no es transparente y no refleja el rendimiento ni la calidad de cada residente”.

### ***Sobre el proceso de aprendizaje, tiempo de estudio y los horarios de práctica y sanciones***

La mayoría de los residentes se quejan de disponer muy poco tiempo para estudiar por el exceso de horas laborales que algunos dicen van de 7am a 8pm, coincidiendo en parte con lo expresado en las preguntas de los cuestionarios relativas a los horarios prolongados de práctica. Estos horarios sostienen que son “agotadores”, implican mucho desgaste y no permiten la recuperación adecuada para asumir el estudio individual requerido para profundizar sus conocimientos.

A esto le agregan muchos, que no se respetan las post-guardias y que son sometidos a trabajos propios de camilleros, enfermeras y administrativos, limpiezas, trabajos de contención física de pacientes psiquiátricos, llenado de documentación a mano, con lo cual además de someterles a trabajos que no son propios de un programa de formación de especialistas, no se respetan los horarios establecidos en el programa para actividades de carácter académico.

Más de uno señaló que: “el desgaste físico interfiere con el aprendizaje, la calidad del servicio ofertado y la salud física y mental” y que “el abuso de trabajo como mano de obra barata sin respetar derechos humanos básicos, no dando tiempo para una adecuada formación académica y todas las dependientes de ésta”.

Unido a estas situaciones, califican un número importante de sanciones como “abusivas”, ejerciendo sobre ellos mucha presión, lo que les impide asimilar el programa educativo como debería ser.

### ***Sobre la participación de las universidades***

Muchos residentes sienten la ausencia de las universidades que avalan los programas en su compromiso y apoyo, tanto con los residentes como los profesores. “No hay un cuerpo docente en la universidad ni en el hospital que dedique tiempo a explicarnos los temas teóricos y prácticos con el rigor y la calidad que amerita, y eso debe estar contemplado en los deberes de dicho personal sobre todo por parte de la universidad, a la cual le pagamos un sueldo mensual para que avale nuestro título”.

Dicen que las universidades les aportan muy poco en relación al costo académico que exigen.

### ***Sobre la organización de los hospitales para albergar programas de residencias***

Además de las quejas sobre la alimentación, muchos residentes expresaron la carencia de suministros que les permitan realizar los procedimientos necesarios para aprender determinadas prácticas. Dicen que faltan equipos apropiados y modernización de los hospitales. Algunos señalaron las pocas oportunidades en tiempo para las prácticas quirúrgicas.

También señalaron la falta de internet para poderse conectar a bases de datos y revistas actualizadas con información médica y la carencia de computadoras.

Lo más preocupante que señalan la mayoría de los residentes sobre el hospital es la **carga excesiva de trabajo, que los desgasta y no les permite estudiar como se debería**; el autoritarismo y el terror a las sanciones que son excesivas. Señalaron el autoritarismo desmedido de los residentes superiores. Sienten que en el hospital se vive un ambiente tóxico por el ambiente hostil y autoritario. Algunos hablaron de maltrato y *bullying* (acoso).

Creen que las tareas de “trabajo” que les impone el hospital son excesivas y que les impide cumplir con su principal función que es la académica, tanto para el estudio, la investigación y la oportunidad de recibir docencia de los especialistas del hospital o de la universidad. Los residentes viven muy cansados, estresados y con pocas horas de sueño que les impide estudiar con dedicación. Algunos sostienen que “el hospital se enfoca en que el residente saque todo el trabajo del hospital y no tanto en la formación académica”.

También plantean como problema el no ser adecuadamente informados y orientados sobre las funciones del hospital, cómo hacer el trabajo y el llenado adecuado de los formularios. “No me explican las cosas antes de hacerlas, no se rigen por un protocolo”.

En cuanto a las entregas de guardia no cuenta con suficientes especialistas para dichas entregas. Adicionan que el hospital a veces los acusa de problemas con los pacientes cuando todos saben que ellos son médicos en proceso de formación.

Por otro lado, dicen que deben utilizar muchas veces sus teléfonos personales para realizar contactos con otros servicios intrahospitalarios para los pacientes.

### ***Principales recomendaciones expresadas por los residentes para el mejoramiento de los programas académicos***

Las principales recomendaciones se derivan de los distintos problemas identificados por los mismos residentes. De igual manera que los problemas, hemos seleccionado para este análisis aquellos que se repiten de manera sistemática y se hace un resumen en cada una de las variables utilizadas relacionadas con la organización y el desarrollo curricular; la función docente de

enseñanza y la evaluación; el proceso de aprendizaje, tiempo de estudio, los horarios y sanciones; la participación de las universidades y la organización de los hospitales para albergar programas de residencias.

### ***Sobre la organización y desarrollo curricular***

Muchos residentes hicieron recomendaciones puntuales para “mejorar”, “actualizar”, “cumplir”, “desarrollar”, “estructurar” los programas académicos de las residencias.

Se deben mejorar las jornadas académicas con “temas de actualización”, mejorando tanto su organización como el tiempo requerido para ello.

Para llevar adelante los programas recomiendan que el hospital disponga de una biblioteca actualizada, con revistas especializadas al día, con acceso a internet y computadoras y acceso a bases de datos nacionales e internacionales.

Mejorar e incrementar las investigaciones ha sido recomendado por un gran número de residentes. Entienden que la mejor manera de aprender no es sólo la práctica sino el estudio y la investigación sistemática, para lo cual necesitan tiempo y apoyo del hospital y de los docentes.

Muchos sienten la necesidad de realizar rotaciones nacionales e internacionales para complementar lo que su propio programa no les proporciona, recomendando tanto al Ministerio de Salud Pública y especialmente a las Universidades ayudarles con este tema. El tema de las rotaciones y consultas intrahospitalarias fue recomendado por muchos de los residentes.

Dada la situación de los programas académicos algunos sugieren intercambiar con otras escuelas los programas académicos, realizar más estudios de casos clínicos y participar en los congresos.

### ***Sobre la función docente de enseñanza y evaluación***

Mejorar las jornadas académicas por parte de los docentes y especialistas es la mayor recomendación realizada por los residentes. Solicitan encarecidamente que los docentes “les den clases”, ya que son médicos en proceso de formación para obtener un título de especialidad. Consideran que los médicos residentes superiores “no están en capacidad para hacer este trabajo”, que son aprendices igual que ellos y que además, repiten las mismas conductas de los docentes especialistas en cuanto a la motivación y rapidez en las presentaciones de los temas. Reclaman que “los médicos bases deben darnos docencia ellos, son los que están capacitados y no nosotros los residentes”.

Tener docentes “con deseos de enseñar” es una recomendación de muchos residentes y que las coordinaciones de las residencias se preocupen más por la parte académica del programa y su cumplimiento. En general, sienten que “no se les enseña” y que tienen que “aprender solos” en la medida del escaso tiempo con que cuentan para este aprendizaje solitario. Recomendamos buscar profesores “que les interese la academia” y que sean capaces de implementar estrategias pedagógicas novedosas, pasando de las clásicas conferencias a “establecer mesas redondas, donde cada quien pueda discutir los temas y poner más énfasis en preguntas dirigidas”.

Otra recomendación importante es “recibir supervisión y retroalimentación de parte de los especialistas”, evitando el esquema del miedo y las amenazas que interfieren en la motivación para el aprendizaje y representan esquemas educativos obsoletos. Unido a esto se recomienda que los propios docentes “se actualicen y nos permitan discusiones abiertas para beneficio del paciente”.

En relación a las evaluaciones sugieren mejorarlas, ya que se siguen utilizando exámenes con temas que no se han presentado ni discutido y sobre la base teórica que no han estudiado. Algunos recomendaron utilizar la “evaluación del desempeño” e incorporar más el diálogo sobre lo que van aprendiendo en la práctica diaria.

Además de sugerir que se respete el esfuerzo del residente por aprender, algunos solicitaron que no se expulsen residentes por bajas académicas y que se mejore la manera de evaluación en forma de exámenes de desarrollo o de otro tipo.

### ***Sobre el proceso de aprendizaje, tiempo de estudio y los horarios de práctica y sanciones***

La mayor queja identificada y por tanto la recomendación que la mayoría de los residentes expresaron es que “se respeten los horarios y tiempos de descanso, así como las post-guardias”. El “cansancio acumulado es abrumador, porque la carga laboral es demasiada y dificulta la concentración”. Se debe “dar mayor espacio para el estudio y la reflexión” y, que ese estudio y reflexión este acompañado por los docentes especialistas del hospital.

Muchos residentes recomiendan de manera repetida “aligerar la carga de trabajo físico fuera de mis responsabilidades como médico para así mejorar el desempeño académico”. Muchos sugieren que se les descargue de los trabajos de “camilleros”, del trabajo de “enfermería”, del trabajo “administrativo” e incluso del “trabajo físico” relacionado con la carga de pacientes de camillas a camas.

Recomiendan mejorar las conductas de “irrespeto” y “sanciones permanentes”. Muchos se sienten maltratados tanto por el personal hospitalario, los especialistas y los propios residentes superiores. Consideran que este tipo de conductas no son propias de programas de formación de especialistas, por tanto, recomiendan “mejorar el trato hacia los residentes y permitirles solicitar orientación”.

El cansancio no les permite mayor concentración para los estudios, por tanto, consideran que se debe mejorar esta situación ya que “son los pacientes los que se perjudican al aumentar la incidencia de errores médicos”.

Recomiendan que “las sanciones deberían ser meramente académicas, respetando la integridad del ser humano y su necesidad de reposo”. Además de recomendar “la post-guardia, la revisión obligatoria de sanciones impuestas que salgan de los reglamentos establecidos, así como de las horas laborales fuera de sitio y encontrar de la salud del residente”.

### ***Sobre la participación de las universidades***

Algunas recomendaciones puntuales se hicieron con respecto a la ausencia de las universidades en los procesos educativos. Se les pide mayor participación en todas las etapas del desarrollo

curricular y su contribución a la docencia, la información científica, el acceso a sus bibliotecas y el desarrollo de las investigaciones.

Recomiendan que por el pago que hacen a las universidades que avalan, éstas deberían estar más involucradas en los procesos de las residencias.

### ***Sobre la organización de los hospitales para albergar programas de residencias***

Las sugerencias al hospital vienen sustentadas en las quejas masivas acerca de los horarios extendidos de trabajo. Se solicita a los hospitales respetar las post-guardias ya que los residentes después de una guardia se quedan de corrido trabajando en el hospital.

También se recomienda mejorar la alimentación y se les ofrezcan las cenas de las noches, así como respetar los horarios de descanso y mejorar los lugares de descanso incluyendo los baños para tener mayor privacidad.

Se recomendó revisar las sanciones excesivas y permanentes que asignan a los residentes por parte de los especialistas docentes y especialmente por parte de los residentes superiores. Unido a esto, muchos residentes creen que se les trata con “irrespeto” y que esa conducta debe mejorar dentro del hospital por todo el personal que allí labora.

Dadas las observaciones realizadas acerca del escaso tiempo que disponen para estudiar, algunos creen necesario contratar médicos generales, para que ayuden con el trabajo en el hospital y así los residentes poder tener más tiempo para estudiar.

La entidad hospitalaria debe luchar para conseguir que el resto del personal hospitalario realice las tareas correspondientes y no se les cargue a ellos tareas que no son propias de médicos, lo que implica una reorganización de las tareas del personal o la contratación de otro tipo de personal para hacer determinadas tareas.

Finalmente, algunos recomiendan que el hospital cuente con servicios propios para el desarrollo de la parte de docencia y aprendizaje como son el acceso a internet, a revistas especializadas, a bibliotecas y a equipos con los cuales los residentes puedan practicar bajo la supervisión de los especialistas.

## 4- Conclusiones principales

Desde que se inició este estudio en febrero de 2019, el Ministerio de Salud ha avanzado completando algunas de las informaciones necesarias para contar con un mapa general sobre el número de programas académicos de formación de especialistas existentes por hospitales en el país, los nombres de los programas, el número de egresados hasta este año y el número de residentes por niveles.

Parte de las recomendaciones realizadas en el protocolo de investigación son “construir un sistema de planificación de residencias médicas que permitan tomar decisiones acercadas a corto y mediano plazo sobre el tipo de especialidades que necesita el país, a fin de contribuir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible en Salud del 2030”.

La búsqueda de la información básica ha constituido un trabajo importante por parte del departamento de Residencias del Ministerio de Salud, siendo éste el inicio de un proceso de acopio y ordenamiento de la información.

Lo obtenido en este estudio, a través de dos cuestionarios diseñados para los coordinadores de los programas y los residentes de todos los niveles se ha presentado de manera resumida en dos partes, obteniéndose una información valiosa en cada uno de ellos, desde aspectos generales hasta consideraciones conceptuales relativas a la formulación del programa de estudio, el desarrollo curricular, la práctica educativa y los mecanismos de aprendizaje de los residentes.

Mirada de manera conjunta, la información sugiere la forma como es concebida la actividad académica, como es interpretada por sus distintos interlocutores (coordinadores y residentes) cuyas respuestas traducen algunas situaciones que ameritan seguir profundizando.

De ninguna manera se presentan conclusiones cerradas sobre la información obtenida; se presenta tanto los resultados y análisis posibles que de ellos surgen, planteándose en algunos casos dudas, interpretaciones educativas sobre la base del marco teórico presentado en el protocolo y nuevas preguntas que permitan pensar en discusiones entre los actores que intervienen en los distintos niveles de los procesos curriculares para avanzar hacia un camino de construcción de la calidad de los formación de los futuros especialistas del país.

### *Las informaciones generales*

Al día de hoy se conoce que el número de programas de formación de especialistas en el año 2019 asciende a 214 en todo el país, el número de egresados entre los años 2016 al 2019 son 3907, que sumados a los 12,245 egresados hasta el 2015\* hacen un total de 16,152 egresados de las residencias médicas dominicanas desde su inicio hasta este año. (Ver Cuadro 1 en Anexos)

Estos números muestran que en los últimos 4 años se han formado el 24% de todos los egresados de residencias nacionales del país, lo que significa un incremento importante del número de plazas con respecto al período anterior hasta el 2015.

---

\* Esta información fue obtenida a partir del estudio del Dr. Héctor Eusebio, presentada en el protocolo de investigación.

El total de egresados no muestra de ninguna manera la disponibilidad del total de egresados en los servicios públicos y privados. Podría ser que muchos de ellos ya se hayan retirado, jubilado, migrado e incluso fallecido, tomando en consideración que son 5 décadas de formación de especialistas que tiene el país. **Nuevamente se insiste en estas conclusiones, sobre la necesidad de crear el sistema de información sobre médicos y especialistas con la ayuda de otras fuentes y mecanismos para conocer la disponibilidad de esta parte de la fuerza de trabajo en salud.**

En el protocolo de investigación se sugerían una serie de variables para el desarrollo de un sistema de planificación que permitan prever las disparidades entre las necesidades, demandas y la oferta de este tipo de personal especializado, aun conociendo que la planificación del personal de salud no es una ciencia exacta<sup>20</sup>

Para la construcción de ese sistema de planificación se sugirieron las dimensiones, variables e indicadores básicos entre los que se encuentran como grandes dimensiones la oferta de médicos, el empleo de médicos generales y especialistas en el sector público, la demografía de la población dominicana, los indicadores de salud y enfermedad, entre otros<sup>21</sup>.

En este estudio participaron 9 hospitales elegidos por el Ministerio de Salud. Estos fueron: el Hospital Gautier, Hospital Robert Reid Cabral, Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, Hospital Francisco Moscoso Puello, Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT, Hospital General Plaza de la Salud, Hospital José María Cabral y Báez y el Hospital Presidente Estrella Ureña. Estos dos últimos están ubicados en la ciudad de Santiago de los Caballeros.

Estos 9 hospitales constituyeron en principio una muestra representativa de 119 programas de residencias, es decir, un 56% de los 214 de los programas de residencias del país. De estos 119 programas, contestaron la encuesta 89 coordinadores, representando el 75% de los mismos.

Por otra parte, respondieron el cuestionario diseñado especialmente para los residentes de todos los niveles 1277, correspondiente al 74% de los 1716 residentes en total que tienen los 9 hospitales y al 38% del total de residentes (3364) que tienen los 214 programas de todo el país. De haber sido contestados por todos los residentes de los 9 hospitales se hubiera obtenido el 51% de los residentes totales del país, pero esto no fue posible lograrlo.

Participaron de la encuesta 381 residentes R1 correspondiente al 30% de los que llenaron la encuesta; 339 R2 equivalente a 27%; 293 son R3 conformando un 23%; 194 son R4 resultando un 15% y 70 son R5 representando un 5% de los residentes que llenaron la encuesta.

La primera residencia en el país inicia en la década de los 60, tras la caída de la dictadura. La apertura y los *avales* de los programas que participaron en este estudio pueden observarse por décadas en la tabla 56.

---

<sup>20</sup> Ono, T., G. Lafortune and M. Schoenstein (2013), "Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries", OECD Health Working Papers, No. 62, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5k44t787zcwb-en>

<sup>21</sup> Ver Cuadro 1 sobre Dimensiones, Variables e Indicadores para el desarrollo de los mecanismos de planificación en el Protocolo de Investigación de marzo de 2019.

**Tabla 56**

**Década de apertura de los programas y década de obtención del aval**

Hospitales	Apert 60'	Aval 60'	Apert 70'	Aval 70'	Apert 80'	Aval 80'	Apert 90'	Aval 90'	Apert 2000	Aval 2000	Apert 2010	Aval 2010
FFAA	-	-	-	-	3	2	4	3	2	4	1	2
Cabral	-	-	1	1	9	6	2	4	7	7	2	2
Reid	1	-	1	-	2	-	-	1	4	4	4	7
Maternidad	-	-	2	1	1	-	-	2	1	1	-	-
Gautier	-	-	3	-	2	1	-	-	-	3	-	1
Moscoso	-	-	2	1	3	3	-	-	1	3	-	-
Presidente	-	-	-	-	2	2	1	1	3	3	1	1
Plaza	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3	8	7
CEDIMAT	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	9	8
Total	1	-	9	3	22	14	7	11	21	29	25	28

Es a partir de los 70' cuando comienzan 9 programas en distintos hospitales, que son acompañados por la Universidad Autónoma de Santo Domingo.

Tanto el año de apertura de los programas como los *avales* otorgados por las universidades de manera formal a los programas de residencias fue respondida por 85 de los 89 coordinadores que participaron de la encuesta.

La mayoría de los avales se han otorgado varios años después de la apertura de los programas, especialmente en las décadas iniciales de los programas. La tendencia inicial era abrir el programa de residencias en el hospital y luego pasar por un proceso de negociación formal con una determinada universidad hasta conseguir la formalidad del aval. Los dos hospitales que abrieron sus puertas más tarde como la Plaza de la Salud y CEDIMAT, prácticamente inician sus programas de residencias con el aval otorgado el mismo año.

Llama la atención que el programa de Fisiatría y Rehabilitación del Cabral y Báez abrió en el año 1981 y no se sabe si tiene aval y en que año lo recibió. También el programa de Cirugía General del Moscoso Puello comenzó en el 1981 y recibió su aval en el 2000, es decir, 19 años después.

Sin lugar a dudas, la incorporación de las universidades en los programas académicos de la formación de médicos especialistas ha sido un proceso a lo largo de las décadas, impulsado en gran parte por las entidades rectoras de la educación superior como el antiguo CONES, ahora por el MESCyT y el propio Ministerio de Salud con la participación de las universidades.

Otras informaciones encontradas en este estudio y que se presentan más adelante, acerca de la participación de las universidades que avalan en los programas, constituyen **uno de los puntos críticos que debe someterse a una discusión de mayor profundidad acerca del significado, alcance y compromisos de este mecanismo de aval.**

Las *prioridades sobre el tipo de especialistas que ha venido formando el país* se muestran en la tabla 57.

**Tabla 57**  
**Especialidades con número de egresados y mayor porcentaje en relación al total de los egresados hasta 2019**

Especialidad	No. Total de egresados	Porcentaje (%) en relación al total de egresados
Ginecología y Obstetricia	2,974	18
Pediatría	2,353	15
Medicina Interna	1,742	11
Medicina familiar y comunitaria	1,400	9
Anestesiología	1,166	7
Cirugía general	933	6
<b>Total</b>	<b>10,568</b>	<b>65</b>

Fuente: Elaboración propia con datos retomados del levantamiento del Dr. Héctor Eusebio por parte del MESCyT ya citado y la complementación de los datos de egresados de 2016 a 2019 elaborados por el Ministerio de Salud.

En 5 décadas, de 16,152 egresados en total hasta el 2019, el país ha invertido el 65% en las plazas de formación de las especialidades básicas de Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna, Medicina Familiar y Comunitaria, Anestesiología y Cirugía General. Si se comparan el período hasta el 2015 y el período entre el 2016-2019, se observa que Ginecología y Obstetricia aumento 14%, Pediatría 19%, Medicina Interna 35%, Medicina Familiar y Comunitaria 31%, Anestesiología 22% y Cirugía General 25%.

Si bien el egreso total en Ginecología y Obstetricia y Pediatría suman 5327 (33%) se observa una disminución porcentual en los últimos 4 años, ya que hasta el 2015 los egresados de estas dos especialidades ocupaban el 37%. Este egreso es importante porque muestra de alguna manera la preocupación por las especialidades básicas relacionadas con las mujeres y los niños, siendo consistente con los dos grupos que más indicadores críticos de salud enfermedad presentan en la sociedad.

**Cabe preguntarse si las tendencias en cuanto a la inversión de plazas en todos los programas de formación ha sido producto de una planificación enfocada las demandas de los problemas de salud- enfermedad o han primado otras razones como la tradición de ofertar determinado número de cupos que garanticen el funcionamiento de los hospitales.**

El cuadro 1 anexo muestra claramente como otros programas de residencias han incrementado sus cupos entre los años 2016-2019 con respecto al período hasta el 2015, tales como los de Cardiología (25%), Emergenciología (57%), Gastroenterología (24%), Geriatria (66%), Imagenología (25%), Neurología, (56%) Oftalmología (16%), Psiquiatría (19%), Reumatología (67%) y Urología (14%); además de 14 nuevos programas que inician en este período del 2016-2019.

### ***Los programas y planes de estudio***

Sostuvimos en el protocolo de investigación que el concepto de currículo es considerablemente más amplio que la noción de programa o plan de estudio, éste constituye un componente de fundamental importancia, pues es la expresión orgánica de aquello que se pretende formar, establece los procesos y medios para lograrlos y fundamenta las decisiones que se toman para tales fines.

Más allá de un *plan de estudio* escrito, el análisis de las prácticas educativas y las reglas implícitas de interacción, distribución y evaluación han llevado a construir la noción de currículum “oculto” o “latente”, como configurador real de la acción. La literatura especializada le otorga una importancia decisiva por el papel destacado que juega en la construcción de significados y valores de los que el colectivo docente y el propio alumnado no son plenamente conscientes<sup>22</sup>.

El currículo es una praxis antes que un objeto estático emanado de un modelo coherente de pensar la educación o los aprendizajes necesarios de los alumnos, que no se agota en la parte explícita y que reagrupa en torno a él una serie de subsistemas o prácticas diversas, entre las que se encuentra la práctica pedagógica.

Aun así, se consideraron algunas variables para conocer de entrada la forma como se concibe un programa, si efectivamente se define y por quien se define, que tipo de perfil de residente se quiere formar en cada especialidad, con cuales competencias y mecanismos pedagógicos para alcanzar los resultados esperados.

Varias preguntas al respecto de los programas fueron realizadas tanto a los coordinadores como a los residentes, algunas de las cuales presentan discrepancias cuando se trata de unos o de otros. La tabla 58 muestra *el número de programas entregados por los hospitales y si los mismos definen los objetivos de aprendizaje, el perfil del egresado y las competencias y cuáles de ellos son simplemente un listado de temas a desarrollar*.

**Tabla 58**  
**Programas entregados y definición de objetivos, perfil, competencias o sólo listado de temas (contenido)**

Hospitales	Número programas	Numero Programas entregados	Objetivos definidos	Perfil Egresado definido	Compe-tencias definidas	Sólo Listado temas
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	13	12	8	6	1	-
Hospital José María Cabral y Báez	21	16	10	10	-	7
Hospital Dr. Robert Reid Cabral	16	14	13	12	1	-
Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	5	1	1	1	0	-
Hospital Salvador B. Gautier	23	1	0	1	0	-
Hospital Francisco Moscoso Puello	10	8	8	5	1	-
Hospital Presidente Estrella Ureña	8	6	2	1	0	4
Hospital General Plaza de la Salud	11	11	11	11	10	
Hospital Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina CEDIMAT	12	10	10	7	0	-
<b>Totales</b>	<b>119</b>	<b>79</b>	<b>63</b>	<b>54</b>	<b>13</b>	<b>11</b>

El 98% de los coordinadores respondió que se disponía de un plan de estudio, pero sólo el 89% entregó una copia física, la que fuera solicitada con anticipación. De éstos, 12 son del Hospital

<sup>22</sup> Torres J. El currículum oculto. Madrid: Morata, 6ta. Ed; 1998. P.10.

de las FFAA, 16 del Cabral y Baéz, 14 del Robert Reid, 1 de la Maternidad Altagracia, 1 de Gautier, 8 del Moscoso Puello, 6 del Presidente Ureña, 11 de Plaza de la Salud y, 10 de CEDIMAT.

Resulta llamativo que el 24% de los residentes dicen no conocer el programa, siendo el 40% de éstos R1, es decir, residentes de nuevo ingreso que no conocen el tipo de proceso educativo van a cursar y del cual son parte importante por la responsabilidad que implica formarse y trabajar en el recinto hospitalario. La respuesta por parte de los residentes se reafirma cuando el 41% sostiene que no ha recibido una copia del mismo. Cabe aclarar además que cuando se aplicó la encuesta ya los residentes R1 tenían un mes de haber entrado al programa.

Los residentes son profesionales de la medicina, son hombres y mujeres que ya han pasado por un sistema universitario, que buscan seguir perfeccionando sus conocimientos y obtener un título de especialista, ofreciendo al mismo tiempo un servicio al sistema hospitalario del país. **No pueden existir excusas para que dicho programa no se discuta y se perfeccione, si es necesario, a partir del diálogo con los interesados de nuevo ingreso y con los que ya han pasado un tiempo cursando dicho programa.**

Como parte del diseño de un programa educativo y por reglamentaciones de la MESCyT se solicita definir el **perfil de egresados** que se desea formar.

El 82% de los coordinadores sostiene en el cuestionario que el perfil ha sido definido en el plan de estudio, el 8% se encuentran en proceso de definición y el 3% en proceso de redefinición. Cuando se leen los 79 programas entregados, se encontró que el 80% de los entregados tienen definido el perfil de egresados, lo que significa 71% de los 89 coordinadores que contestaron positivamente el cuestionario. También, el 26% de los residentes sostienen que no se ha discutido con ellos el perfil del egresado que se pretende en teoría formar.

En un análisis pormenorizado de las descripciones de los perfiles descritos en los programas académicos se pudo observar que los programas diseñados por las universidades que avalan o en conjunto con ellas, los presentan con un esquema de definición particular que las mismas han adoptado. Esto quiere decir, que no existe un único modo de definirlos y en algunos de ellos se describen los perfiles como las competencias que se desean desarrollar. Se presentan aquí algunos ejemplos de definición de perfiles que muestran claramente las distintas formas de definirlos:

“Un profesional de sólidos conocimientos médicos y quirúrgicos, humanísticos y sociales, capacitado para brindar atención integral al paciente que requiera sus servicios, ajustándose a los principios éticos universales...domina el manejo de los diferentes equipos monitorizando fisiológica, circuitos ventilatorios, aparatos de anestesia, aplica reanimación cardio- pulmonar efectiva, maneja dolor post quirúrgico, conoce los cambios patofisiológicos que ocurren en el paciente crítico bajo anestesia, relacionado con su sistema circulatorio, equilibrio ácido base y alteraciones del balance electrolítico, contribuye con la continuidad de un ejercicio profesional humano, reflejado en una relación médico-paciente, compasiva, segura y efectiva. Participa en las actividades educativas del programa, asumiendo responsabilidad para enseñar y supervisar a otros residentes”. UASD- Especialidad de Anestesiología de varios hospitales. 2008.

“El perfil comprende tres vertientes de logros educativos que se esperan como efectos del proceso de educación formal, a saber: la orientación humano profesional (el ser), la formación intelectual (el saber) y el desempeño operativo del especialista médico (el saber hacer). A través de una práctica médica sustentada en una metodología educativa centrada en la solución de problemas, se propone lograr que el egresado de la Maestría de Medicina Interna sea un experto en el cuidado del adulto, con una visión holística, integral, humanista, de profundos conocimientos científicos, altamente competente en su

ámbito específico de acción, para ser capaz de\*: haber completado el programa establecido, utilizar un abordaje médico adecuado con sentido crítico, diagnosticar y tomar decisiones en la mayoría de las patologías, integrar conocimientos y destrezas, asumir una visión integradora, actuar de acuerdo a las necesidades físicas, sociales y mentales de las personas, identificar situaciones de salud y problemas relevantes, transmitir conocimientos y experiencias, mantener una actualización médica continua, sostener una adecuada relación médica-paciente, desarrollar conciencia de las molestias y eventuales riesgos de los procedimientos, poseer actitudes y comportamientos éticos, aplicar con actitud responsable los conocimientos y técnicas, sustentar las actividades asistenciales en la investigación científica...” PUCMM. Medicina Interna. 2015.

“El perfil de Medicina Interna debe enmarcarse en cuatro funciones: Atención Integral, docente, administrativa e investigación\*: Abordar el tratamiento integral de los pacientes, brindar apoyo a especialistas de otras ramas médicas, determinar conductas terapéuticas oportunas, establecer patrones preventivos, fomentar el trabajo de grupo interdisciplinarios, proponer líneas de investigación, establecer planes de trabajo, tener alta responsabilidad en funciones educativas, aplicar los procedimientos y técnicas de investigación científica, emitir juicios críticos basados en los fundamentos metodológicos de la investigación...” UASD. Medicina Interna para varios hospitales. 2006.

“El médico internista egresado de la Residencia de Medicina Interna del Hospital General Plaza de la Salud, será un proveedor de salud que contará con los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la atención integral de los pacientes de la población adulta. Esta atención integral comprenderá desde la promoción de salud y prevención de enfermedades hasta el diagnóstico oportuno y tratamiento de las mismas y se apoyará en la capacidad del médico de coordinar equipos multidisciplinarios para el cuidado de los pacientes. Es un médico cuyo eje central son sus principios éticos y bioéticos y que brinda una atención médica caracterizada por empatía, humanidad y calidez de manera que el paciente se sienta en plena confianza y control sobre sus decisiones de salud. Su práctica tendrá como base la formación intelectual del profesional, su razonamiento clínico y la aplicación intrínseca del método científico mediante la constante recolección de evidencias que sirvan para sustentar las decisiones clínicas tomadas. De esta manera, este profesional egresado del programa en cuestión tendrá las habilidades y contará con un alto nivel de compromiso con la generación de nuevos conocimientos para la comunidad científica”. UNIBE, Plaza de la Salud, Medicina Interna, 2019.

“El Médico Familiar Comunitario es un(a) profesional que utiliza la estrategia de Atención Primaria de la Salud como elemento fundamental de la práctica. Proporciona cuidados continuados a los individuos y sus familias, en los diferentes niveles de atención y en el área geográfica asignada, independientemente de su edad, sexo, religión, filiación política, condición de salud y/o enfermedad, poniendo énfasis a la promoción, educación, prevención en salud y en la gestión de los servicios propiciando una relación de confianza que pueda utilizar profesionalmente. Trabaja en cooperación con otros colegas, médicos y no médicos; así como organizaciones comunitarias. Sabrá cómo y cuando intervenir por medio del tratamiento, prevención y/o educación para promover la salud”. SNS, UASD. Moscoso Puello, Medicina Familiar y Comunitaria, 2018-2019.

“El egresado de la especialidad debe observar las características profesionales y conductuales según se muestra a continuación\*: Estar preparado para la toma de muestras citológicas, dominar las técnicas de preparación y tinción, estar capacitados para hacer diagnósticos tempranos de patologías, debe ser un profesional que reúna características integradas en un perfil docente para la propia especialidad, proporcionar un servicio médico competente, certificar sólo lo que ha visto microscópicamente, respetar los códigos de ética profesional, debe ser un profesional consciente de sus deberes ante sus pacientes y ante la sociedad”. UCE, FFAA, Citología, 2016.

“El especialista de Gastroenterología debe tener los conocimientos habilidades y actitudes necesarias para orientar clínicamente el diagnóstico de los pacientes con enfermedades digestivas, aplicar las pruebas complementarias más apropiadas, siguiendo criterios de coste/beneficio que contribuyan a

---

\* Por razones de espacio se resume todo lo que sigue a continuación

\* Se presenta también un resumen

\* Se presenta también un resumen

realizar este diagnóstico, determinar el pronóstico y recomendar la terapéutica más apropiada”. CEDIMAT, Gastroenterología, 2018.

“El perfil profesional esta encaminado a la formación de un especialista polivalente con los conocimientos necesario para sumir el papel asistencial, gerencial, docente y de investigación propias del ámbito de la Cardiología en los perfiles de atención al adulto. El residente debe contar con capacidad de dirigir la preparación de los pacientes, resolución de complicaciones, entre otros aspectos asociado con el manejo adecuado del paciente. Los conocimientos adquiridos deberá aplicarlos divididos según los tipos de funciones asistencial, gerencial, docente y función investigativa. INTEC, CEDIMAT, Cardiología, 2015.

“Al realizar los dos años de entrenamiento de postgrado en Neurología Pediátrica el residente habrá recibido formación con los más altos criterios éticos y humanos en las áreas de servicio-asistencial e investigación”. UASD, Neurología Pediátrica, 2016-2019.

“Desarrolla una amplia visión de la salud infantil en el ámbito mundial, latinoamericano y nacional; será proveedor (a) de una ética ligada a la honestidad del ejercicio profesional, a la dignidad humana y al bienestar social; obtendrá una formación en consonancia con el desarrollo científico y tecnológico propio del área de trabajo profesional; se integra a la salud comunicaría participando en actividades ligadas a la salud y preservación del ambiente y la vida humana en sentido general; estará en capacidad de prevenir, diagnosticar y curar las enfermedades infantiles, manejará aspectos fundamentales de la investigación énfasis en la salud infantil y podrá abordar eficiencia aspectos gerenciales y administrativos relacionados con el sector salud. UASD, Pediatría, 2008.

Como puede observarse en la lectura de algunos perfiles escogidos, no existe una forma única de describirlos, unos están descritos en forma de competencias, unos más holísticos y generales que otros, unos en forma de objetivos de aprendizaje, comprendiendo aspectos éticos, bioéticos y humanísticos algunos y otros más centrados en aspectos clínicos.

El perfil describe el conjunto integrado de funciones, capacidades y habilidades que los profesionales deben adquirir de manera paulatina y de acuerdo a estándares de profesionalidad y responsabilidad social. De allí la importancia de contar con una clara visión de los problemas de salud- enfermedad y socio- sanitario del contexto nacional, local e internacional y los posibles perfiles ocupacionales.

Existen preguntas básicas en materia educativa que se necesitan plantear ante las declaraciones en las definiciones: ¿cómo desarrollar las estrategias curriculares y pedagógicas necesarias para fomentar el trabajo interdisciplinario? ¿Cómo desarrollar la capacidad científica que se pretende que los residentes desarrollen a lo largo de los años de estudios? ¿Cómo adoptar la ética y bioética en la práctica? ¿Cuáles herramientas educativas se utilizarán para que el egresado tenga la calidad que se dice buscar? ¿Cómo desarrollar la investigación científica y que sea además el eje fundamental del aprendizaje? **Cada una de las declaraciones que se escriben tanto en el perfil del egresado que se pretende desarrollar en los años de formación tienen que ser programadas en el ejercicio de la práctica del servicio, del estudio y de las investigaciones apropiadas para generar análisis y conocimiento.**

Además de la consecución en la práctica de las actividades que conllevaran a los aprendizajes buscados, lo importante es poder discutir los perfiles entre el conjunto de docentes y el conjunto de los residentes lo que se espera del desarrollo del programa y de las responsabilidades de cada uno. Unos, en su condición de especialistas expertos, que además se dedican a la docencia y otros, en calidad de aprendices de una nueva práctica laboral y de aprendizaje de nuevos conocimientos.

De igual manera, existen distintas formas de **definición de competencias**. El 82% de los coordinadores de programas dicen en los cuestionarios que tienen definidas competencias y en la revisión de los programas que se entregaron, tal como muestra la tabla 58 se encontró que el sólo el 16% de los programas las tienen definidas, correspondiendo al 15% de los que marcaron en el cuestionario que sí los tienen.

Estas discrepancias podrían estar traduciendo alguna confusión por parte de los coordinadores e incluso de las universidades acerca de las teorías que plantean el enfoque de las competencias en educación, coincidiendo con lo planteado por Gimeno Sacristán acerca de que “hoy en día, los educadores de países desarrollados admiten que no hay acuerdos respecto a que son las competencias, con lo cual es imposible que lo haya con respecto a cuántas y cuáles deben ser. La competencia, señalan algunos expertos de este campo del saber, ya no es un concepto preciso, lo cual dificulta, para empezar la comunicación. La educación no es un producto que se consigue ni un producto terminado y acabado, sino que es un proceso dinámico. Las competencias no pueden entenderse como algo que se tiene o no se tiene, no representan estados o logros terminados sino estados en proceso de evolución<sup>23</sup>.”

Lo importante de esta afirmación es entonces analizar cómo se definen las competencias y su correspondencia con el programa que se define y como se desarrolla en la cotidianidad. En este análisis sólo hemos tomado algunos de los ejemplos encontrados para contrastarlos con las observaciones que hoy en día se discuten a nivel mundial:

“Competencias a desarrollar en el primer año académico: dominar el uso correcto del microscopio, manejar correctamente las muestras en citología y las diferentes técnicas de tinciones existentes, conocimientos esenciales de la historia de la citología, de la célula y de sus organelos, aprender la anatomía, fisiología e historia del aparato sexual femenino, diferenciar todas las alteraciones que se dan en la célula de forma benigna y maligna, diferenciar una lesión de alto grado de una de bajo grado, identificar características de las neoplasias, dominar las características propias de las neoplasias que permitan mejores diagnósticos en etapas iniciales o in situ. Las competencias a desarrollar en el segundo año académico son: identificar las lesiones de mama, poder diferenciar las lesiones benignas de las malignas, programar con los diagnósticos obtenidos nuevos programas preventivos, diferenciar los tipos de lesiones benignas y malignas del tiroides, dominar las diferentes técnicas para tomar muestras de órganos, reconocer de forma rápida y segura las lesiones de los diferentes órganos”. Citología, FFAA, UCE, 2016.

“Las competencias determinarán el buen desempeño en contextos diversos y auténticos basado en la integración y activación de conocimientos, normas, técnicas, procedimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores. Se contemplan competencias *transversales* o generales y competencias específicas. Las competencias transversales de especialización en radiología son aquellas comunes a todas las disciplinas del programa. Las instrumentales son\*: capacidad de análisis, síntesis, crítico, sistémico y reflexivo, capacidad de organización y planificación, capacidad de gestionar el tiempo, capacidad de comunicación oral y escrita, capacidad para resolver problemas y tomar decisiones, capacidad para uso de las TIC. En cuanto a las competencias *personales*: capacidad de trabajar en equipo, de realizar trabajo interdisciplinario, reflexionar con sentido crítico, conocer la historia crítica de la enfermedad y los niveles de prevención, la patología y fisiopatología de los padecimientos en general, deberá interpretar los resultados de los estudios de laboratorio, evaluar de manera integral a los pacientes, recolectar e interpretar datos, conocer los fundamentos del método científico y tener la capacidad de aplicarlo y tener la capacidad de seleccionar, analizar y valorar la literatura médica de su especialidad aplicándola en su quehacer cotidiano”. Imágenes diagnósticas y radiología. UCE, FFAA, 2018.

---

<sup>23</sup> Gimeno Sacristán (Comp). Educar por competencias, ¿qué hay de nuevo?. Madrid. Ediciones Morata. 2011

\* Se presentan de manera resumida

“Las competencias de Patología\* tienen tres áreas fundamentales: asistencia, docencia e investigación. En la asistencia el patólogo debe asumir la responsabilidad del diagnóstico de todas las autopsias, biopsias, piezas quirúrgicas y citologías, así como utilizar en las muestras biológicas las técnicas que permitan estudiar las modificaciones morfológicas o estructurales a nivel de órganos, tejidos, células, etc. En el área docente la anatomía patológica juega un papel fundamental en los tres niveles de la educación médica: formación de pregrado, de postgrado y continuada, por tanto, los residentes serán un soporte tanto para los residentes propios como para los de otras especialidades. En el área de investigación básica y clínica tiene uno de sus apoyos en la Patología, estando considerada como método a aplicar a las investigaciones planteadas por las especialidades médicas, las médicas quirúrgicas y por otras disciplinas básicas”. Anatomía Patológica. UASD. Moscoso Puello. Sin año.

El programa de Gastroenterología describe “Perfil profesional basado en competencias” en materia *disciplinar, metodológico y socio-humanista* para los R1, R2 y R3. Se resumen aquí solo las competencias del R1 resumidas: *Disciplinar*: conocer el tratamiento médico de las enfermedades más frecuentes, conocer las indicaciones, tratamientos quirúrgicos en pacientes referidos a cirugía, realizar endoscopia superior e inferior, identificar anomalías de los estudios de imágenes y laboratorio; *Metodológico*: Paracentesis, consulta externa, preparación de casos clínicos, preparación de material bibliográfico y de revisión, desarrollar línea de investigación asignada, asistencia al congreso nacional de gastroenterología; *Socio-Humanista*: promover la relación médico-paciente basada en: comunicación llana y precisa, respeto, honestidad, eficiencia, así como trabajo en equipo y espíritu de servicio”. Gastroenterología, UASD, Moscoso Puello, 2019.

“Los egresados del programa estarán en condiciones de: evaluar clínicamente y establecer diagnósticos correctos de las enfermedades neurológicas y neuroquirúrgicas; prestar atención adecuada de todo tipo de emergencia neurológica y realizar de manera eficaz todos los gestos neuroquirúrgicos de emergencia; realizar con destreza las intervenciones neuroquirúrgicas más frecuentes; llevar a cabo estudios científicos de investigación con el rigor adecuado a fin de que el mismo sea de valor para ser publicado en congresos y seminarios nacionales e internacionales. UNIBE, Plaza de la Salud, Neurocirugía, 2016.

Observando los *objetivos\** de los programas, los *perfiles* de los egresados y las *competencias* presentadas por unos cuantos programas podemos decir que la gran mayoría están expresados en términos de los clásicos objetivos que se han utilizado desde que surgiera la taxonomía de objetivos de Bloom en 1971, diseñada para la ordenación de objetivos a tener en cuenta en las programaciones de la enseñanza y el aprendizaje. Muchos otros avanzan en la formulación de competencias que podrían ser demostrables siempre que las reflexiones evaluativas acompañaran la adquisición de dichos aprendizajes.

Las críticas a la pedagogía por objetivos ya han sido discutidas de manera reiterativa en el mundo de la educación, ya que ésta nace al amparo del eficientismo social que mira a los programas educativos y al currículo como un instrumento para lograr los productos que la sociedad en un momento determinado requiera, pero que no responden a los problemas más graves que presentan dicha sociedad y sus instituciones educativas. La preocupación radica en encontrar una respuesta eficaz como remedio fácil, en lugar de analizar el problema desde otra perspectiva<sup>24</sup>.

El mismo autor citado sostiene que “cuanto mejor se delimite el objetivo, más claridad tendremos para enfocar el camino a emprender y más nítida será la visión del logro anticipado que representa, pero no por introducir mucha precisión en la formulación del objetivo que

---

\* Se presentan de manera resumida

\* No se presentan los objetivos de cada programa en estas conclusiones por constituir un listado gigantesco.

<sup>24</sup> Gimeno Sacristán. La pedagogía por objetivos: obsesión por la eficiencia. Madrid: Morata. 1997.

realicemos aumenta la capacidad de saber como lograrlo. El fin orienta e incita a la acción, pero no prescribe el hacer”<sup>25</sup>.

Existen múltiples intentos de definir las competencias médicas en términos de valores profesionales, actitudes, comportamiento y ética; fundamentos científicos de la medicina; las habilidades clínicas; las habilidades de comunicación el sistema de salud. El esfuerzo de definir competencias pasa por utilizar objetivos que impliquen acciones observables. Por ejemplo: “comprender y reconocer los agentes causantes y factores de riesgos que determinan los estados de salud y el desarrollo de la enfermedad”, “elaborar una historia clínica que contenga toda la información relevante”, “redactar historias clínicas y otros registros médicos de forma comprensible a terceros”, etc.<sup>26</sup>. Esta forma de redacción también se realiza sobre la base de competencia específicas.

Muchos países entraron a la moda de las competencias hace más de 20 años, tiene ya una larga tradición y se encuentra “contaminada por una carga pesada de interpretaciones conductistas que poco han contribuido a comprender la complejidad de los procesos de enseñanza y aprendizaje de los seres humanos”<sup>27</sup>. Este autor señala tres características que cuestionan el potencial científico de las *competencias* y su virtualidad educativa como son: la necesidad de fragmentar los comportamientos y las conductas complejas en tareas o actividades, la concepción mecanicista y lineal de las relaciones entre microcompetencias, entre estímulos y respuestas o entre acontecimientos y comportamientos y; la necesidad de sumar y yuxtaponer las microconductas y competencias para la formación de comportamientos más complejos.

En el documento de Definición y Selección de Competencias (DeSeCo) presentado por la OCDE<sup>28</sup>, se presenta el concepto de competencias dentro de una interpretación distinta, comprensiva, holística y basada en los principios del constructivismo. Una competencia es más que conocimientos, habilidades y actitudes como fueron inicialmente enfocadas, es la capacidad de afrontar demandas complejas en un contexto particular, un saber hacer complejo, resultado de la integración, movilización y adecuación de capacidades, conocimientos, actitudes y valores, utilizados eficazmente en situaciones reales<sup>29</sup>. En las recomendaciones de este estudio se retoman algunas sugerencias para avanzar en una reorganización del programa académico que tome en cuenta el concepto de competencias fundamentales.

La tabla 58 también muestra que 11 (14%) programas de los entregados son simplemente listados de temas o contenidos a desarrollar, algunos de los cuales hasta se presentan con los nombres de los expositores. En relación al total de los coordinadores que respondieron que sí disponían de competencias representan el 15%.

### ***Los programas educativos no pueden quedarse sin evaluar y actualizar cada año.***

En relación a la formulación del programa de estudio, 69% dijo que son diseñados por el Consejo de Enseñanza, 31% son diseñados por las universidades que avalan los programas y

---

<sup>25</sup> Gimeno Sacristán. “Diez tesis sobre la aparente utilidad de las *competencias* en educación”. En: Gimeno Sacristán (Comp). Educar por competencias, que hay de nuevo?. Madrid. Ediciones Morata. 2011

<sup>26</sup> Peinado Herreros, J. Competencias Médicas. Educación Médica. Edu. Méd. Vol.8 supl.2 sep. 2015

<sup>27</sup> Pérez Gómez, A. “Competencias o pensamiento práctico? La construcción de los significados de representación y de acción. En: Gimeno Sacristán (Comp). Educar por competencias, que hay de nuevo?. Madrid. Ediciones Morata. 2011. P.76

<sup>28</sup> DeSeCo. Definición y selección de competencias llave. OCDE. 2003

<sup>29</sup> IBID. Pérez Gomez.2011

72% dicen discutirlos con las universidades. En cuanto a la frecuencia de actualización de los programas, 89 coordinadores, el 27% dice que el programa se actualiza anualmente, imaginando que esta regularidad coincide con la nueva entrada de residentes cada año. El 12% de los programas lo revisan cada dos años. El 6% lo realiza cada 3 años y 43% en un período mayor de 3 años. Un 12% de los coordinadores admitió no haberlo actualizado nunca.

A partir de las evaluaciones del desarrollo curricular siempre hay algo que repensar desde los contenidos, las evaluaciones, la bibliografía utilizada, las investigaciones que pueden y deben realizarse cada año, los tipos de procedimientos, los resultados de las rotaciones y prácticas, los mejores prácticas de aprendizaje, es decir, hay mucho para evaluar respecto a la experiencia educativa y ajustar, mejorar e incorporar además las novedades científicas que año tras año salen publicadas en el mundo acerca de cada una de las especialidades.

Los residentes han manifestado en los problemas básicos solicitados en el cuestionario la ausencia de un programa académico estructurado y que no hay consistencia académica. Algunos sostienen que los temas, refiriéndose a los contenidos, se presentan de forma desorganizada y no está claro la cantidad de temas y patologías que deben dominar.

La revisión de los programas entregados física o electrónicamente muestra claramente una mayor coherencia cuando son diseñados por las universidades porque tienen alguna estructura curricular definida previamente.

Sin embargo, se observa que los programas en general no tienen una estructura única, muchos mezclan reglamentos y normas para los residentes con lo que podría ser una orientación académica, algunos incluso son planteados en forma de artículos, otros inician con el sistema de evaluaciones como si esto fuera lo más importante, la mayor preocupación sigue centrada en los temas, en algunos de los cuales se presentan objetivos y con nombres de “expositores” y se incluyen en muchos programas antecedentes e historia de los hospitales y las universidades. También se incluyen infraestructura física, tecnológica, personal administrativo, recursos financieros, etc., lo que hace más confuso la lectura de dichos programas.

En muchos de los programas se plantea la “justificación” del mismo, enfocada casi siempre a la necesidad del hospital de tener un programa de esa naturaleza para la “ayuda a la población” pero con poca orientación sobre la situación de salud y enfermedad de la población dominicana relacionadas con la especialidad.

**Esta diversidad sobre la forma de concebir un programa académico o de estudio y especialmente la forma de abordar el desarrollo curricular constituye un punto crítico del sistema de residencias en el país.**

De hecho, así lo interpretamos cuando se les preguntó a **los residentes si el programa cumple con sus expectativas. El 42% dijo que su programa no cumple con las mismas**, siendo este un tema de mucha importancia a tomar en consideración para mejorar la motivación, satisfacción y compromiso de los residentes con sus estudios en la práctica del trabajo hospitalario.

## *El desarrollo curricular y las estrategias pedagógicas*

Para los dos cuestionarios se pensaron algunas preguntas acerca de las condiciones para el desarrollo en la práctica del programa de estudio y las estrategias pedagógicas mayormente utilizadas, valoradas desde la posición de los coordinadores y desde los residentes de todos los niveles.

Las respuestas sobre determinados recursos y estrategias educativas para llevar adelante los programas presentan algunas diferencias porcentuales entre docentes y residentes. Un ejemplo claro es el uso de bibliografía actualizada, pregunta que el 90% de los docentes consideró que las usaban para apoyar el proceso educativo. Si embargo en otra de las preguntas realizada al mismo grupo, sólo 27% respondieron tener disponibilidad de bibliotecas especializadas y actualizadas y 25% consideró que el programa dispone de suscripciones anuales de revistas especializadas.

Sólo el 18% de los residentes dijo contar con apoyo de una biblioteca especializada y actualizada y sólo el 10% de los residentes respondió de manera afirmativa la pregunta si cuentan con suscripciones anuales a revistas especializadas, observaciones ratificadas en los problemas fundamentales que identificaron al final de la encuesta. **Cabe preguntarse ¿cómo pueden los programas educativos formar especialistas de calidad cuando la información científica actualizada no está disponible?**

La producción de investigaciones científicas en todas las áreas de la medicina se incrementa cada año y la aparición hace más de 20 años de internet en el mundo, ha hecho posible un mayor acceso a esa información, incluyendo muchas revistas médicas que también se han sumado al mundo digital. A esto habría que sumarle la apertura de la web 2.0 que ha facilitado determinadas publicaciones de grupos de trabajo de diversos contextos y la posibilidad de constituir redes de trabajo que permiten la demostración de resultados, sus metodologías y fundamentalmente la reflexión y discusión entre grupos de trabajo de investigación.

En cuanto al desarrollo de investigaciones sobre situaciones de salud del hospital y nacionales el 90% de los coordinadores dijo se incorporaban a lo largo del desarrollo curricular. De igual manera, la pregunta sobre los estudios de casos que llegan al hospital y la comparación con estadísticas nacionales fue respondida de manera positiva por el 90% de los coordinadores. En otra pregunta relacionada sobre las condiciones necesarias para realizar las investigaciones, el 51% dijo contar con la participación de las universidades, mientras sólo el 25% dijo contar con una agenda de investigación, mostrando también algunas discrepancias en las respuestas.

Una pregunta parecida se realizó a los residentes y el 72% sostuvo que se realizan estudios a partir de las patologías observadas en el hospital, observándose diferencias entre los hospitales que pueden verse en las lecturas de los dos cuestionarios. Sin embargo, tanto en los problemas como en las recomendaciones realizadas por los residentes, la mayoría expresó la **ausencia de investigaciones académicas** y la **ausencia de actividades de carácter interdisciplinarias**.

Sobre la incorporación de contenidos de **promoción de la salud y prevención de la enfermedad** en el programa educativo, el 79% de los coordinadores sostuvo que sí se incorporan en el desarrollo curricular mientras que el 68% de los residentes respondió de la misma manera. Relacionado con este tema, sólo el 28% de los coordinadores encuestados respondió que el programa contemplaba actividades relativas a las actividades comunitarias. **Estos temas requieren de una revisión profunda de los programas y especialmente de la**

**actualización en estos temas tanto de los docentes especialistas como de los médicos generales que forman las universidades.**

En general, los porcentajes sobre las condiciones necesarias para el aprendizaje por parte de los residentes fueron mayoritariamente bajos. Además de la biblioteca actualizada y las suscripciones a revistas ya mencionadas, sólo el 39% dijo tener acceso a internet en el hospital; el 60% dijo tener espacio adecuado para la docencia; 26% respondió que tienen un espacio adecuado para el estudio y sólo 18% contestó que tienen acceso fácil a las bases de datos de las universidades que avalan sus programas. Sobre este tema de acceso a las bases de datos de las universidades, el 38% de los coordinadores respondió afirmativamente. **Estas otras condiciones ameritan una reflexión y toma de decisión conjunta por parte de los organismos rectores de los programas.**

En las respuestas sobre la realización de rotaciones, el 89% de los coordinadores respondió que se realizan a nivel interno y 87% consideraron que se realizan a nivel externo. Comparando estas respuestas sobre las rotaciones con lo expresado por los residentes, se encontró que con respecto a las rotaciones externas, respondieron positivamente el 65% de ellos. De estos, 56% dijo que las rotaciones se realizan a nivel nacional, sólo 4% dijo que se realizan a nivel internacional y 40% que en ambos. **Un número importante de residentes (35%) dice no tener rotaciones, tema sugerido como recomendación por una buena parte de los residentes.**

Sobre las actividades de enseñanza y aprendizaje utilizadas, los coordinadores respondieron con un alto porcentaje positivo la utilización de conferencias generales, demostración las conferencias generales con 99%; la exposición por parte de los alumnos y las presentaciones de casos con 98%; la demostración práctica y la presentación por parte de los profesores 85%.

Resulta llamativo las respuestas sobre la utilización de los ateneos clínicos 49%, las tutorías 66% y la enseñanza entre pares 44% tengan un valor por debajo de lo esperado, siendo éstas dos estrategias de enseñanza fundamentales en los procesos de formación en el sistema de residencias médicas. A estas respuestas habría que añadir que el 63% de los coordinadores respondieron haber recibido capacitación pedagógica.

En otra pregunta sobre la realización de actividades de discusión entre residentes, coordinadores y docentes el 90% de los coordinadores respondió que se realizaban y en relación a la frecuencia con que se hacían, el 61% dijo que siempre, 28% que casi siempre y 10% dijo que nunca.

Todos estos altos porcentajes sobre las estrategias de enseñanza expresados por los coordinadores contrastan de manera significativa con lo expresado por la mayoría de los residentes en los problemas presentados acerca de la falta de “clases” o las “pocas horas docentes” tanto de los especialistas como de los residentes superiores, la “docencia irregular”. Muchos dicen ser “autodidactas”, es decir, que “tienen que asumir su propio aprendizaje ante la ausencia de docencia por parte de los especialistas”.

Por otro lado, algunos sostienen que “los médicos especialistas no explican la clase, no hablan con base científica, hablan de su experiencia, no son académicos, no escuchan”. Los residentes dicen sentirse “perdidos” porque “no les dan clases ni les explican como se hacen las cosas”. Les preocupa la carencia de métodos pedagógicos de los especialistas y residentes superiores y que siempre se ofrecen los mismos temas curriculares. Dado el exceso del trabajo mecánico,

las teorías sólo se ofrecen para los exámenes y cuando el alumno necesita conocer mejor algún problema “los mandan a leer por su cuenta”.

**Las actividades de enseñanza y aprendizaje en los programas de residencias representan temas cruciales para la formación de especialistas y los resultados sugieren repensarlas después de 50 años de experiencias, al unísono de los avances de las ciencias de la educación sobre las mejores maneras de aprender.**

### *Acompañamiento, supervisión y evaluación*

Sobre estos temas se diseñaron varias preguntas tanto para los coordinadores como para los residentes. El 100% de los coordinadores respondió que participaban en la supervisión de las actividades educativas de los residentes y el 36% contestaron que las universidades que avalan participan de la supervisión y evaluación de los programas.

A los residentes se les preguntó si estaban acompañados y supervisados en las guardias, las consultas, los procedimientos y las emergencias por parte de médicos especialistas. El 71% dijo estar acompañados en las guardias; el 74% dijo estar acompañados en las consultas; el 73% en la realización de los procedimientos y 53% son acompañados en las emergencias. Sobre éstos últimos preocupa que, el 28% de los que respondieron que *no son acompañados en las emergencias* y dentro de éstos, el 28% son R1 y el 30% son R2.

Estos porcentajes suben un poco más cuando el acompañamiento lo realizan los residentes superiores: 88% son acompañados en las guardias; 67% en las consultas; 85% en los procedimientos y 77% en las emergencias.

En cuanto a la frecuencia de las evaluaciones a los residentes, 45% coordinadores respondieron que las realizan mensualmente; 25% realizan cada tres meses; 21% la realiza con una frecuencia cuatrimestral; 3% con una frecuencia semestral y ningún coordinador dijo realizar evaluaciones anuales. Entre los métodos de evaluación del aprendizaje, la escrita es la más utilizada por el 97% y de todas las evaluaciones escritas, la más utilizada por el 89% es la de selección múltiple.

La evaluación práctica en el desarrollo de las actividades diarias es utilizada por el 88% y la presentación de casos por el 83% según dijeron los coordinadores.

De los 79 programas entregados, encontramos que 22% no describe el sistema de evaluación que utilizaría con sus residentes.

También se les preguntó a los coordinadores sobre la frecuencia de la evaluación contempla la cantidad de procedimientos realizados y el 70% contestaron que *siempre*; 22% dijeron que *casi siempre*; 4% que nunca.

Sobre la frecuencia de las evaluaciones, los residentes sostuvieron que el 1% del cuerpo docente evalúa *siempre*; 33% evalúa *mensualmente*; 28% trimestral; 9% *cuatrimestral*; 6% *semestral*; 3% *anual*; 14% *desconoce* y 14% dijo que *nunca* se evalúa por parte del cuerpo docente. Estos porcentajes cambian cuando la pregunta se centra en la frecuencia de evaluación por parte del coordinador. Sobre éste, 5% dijeron que los evalúa *siempre*; 38% que *mensualmente*; 19% *trimestral*; 1% *cuatrimestral*; 5% *semestral*; 1% *anual*; 25% *desconoce* y; 5% consideró que *nunca* los evalúan.

Preocupa, además de las diferencias porcentuales encontradas entre las respuestas de los coordinadores y las de los residentes, la concepción instalada en los programas sobre la evaluación y la calificación. Adicionalmente, son inquietantes algunas expresiones de los residentes acerca del tema de evaluación sobre que “las teorías se ofrecen para los exámenes”, “no tenemos los detalles de cómo obtenemos nuestra puntuación”, “tampoco nos dan la corrección del examen” y, “no existe retroalimentación y supervisión por parte de los docentes tanto del desempeño de cada residente como en actividades específicas como las rotaciones”.

El examen, “combina las técnicas de la jerarquía que vigila y las de la sanción que normaliza. Es una mirada normalizadora, una vigilancia que permite calificar, clasificar y castigar. Establece sobre los individuos una visibilidad a través de la cual se los diferencia y se los sanciona. A esto se debe que, en todos los dispositivos de disciplina, el examen se halle altamente ritualizado”<sup>30</sup>.

La evaluación refiere a un proceso complejo y lo más completo posible del desarrollo de los individuos, de sus fortalezas, debilidades y su crecimiento en cada uno de los componentes que describen el perfil y las competencias. La calificación es la reducción del diagnóstico a una categoría numérica, que, sobre todo, utilizando exámenes de selección múltiple o de desarrollo deforman las posibilidades del diagnóstico educativo que es mucho más complejo. Este tipo de evaluación- calificación en sistemas educativos de “aprender haciendo bajo orientación y supervisión” pierde la posibilidad de entender procesos, factores intervinientes y, por tanto, formas de mejorar y rectificar los errores, lagunas o deficiencias.

De lo que se trata en programas de adultos de esta naturaleza en **evaluar para aprender de manera continua y formativa**, no para calificar los aspectos memorísticos de conocimientos que se tienen, sino para valorar como lo están haciendo en la práctica cotidiana y recibir el apoyo requerido para saber cómo hacerlo mejor y dónde encontrar más información para la profundización y contrastación de los conocimientos.

### *Aprendiendo sobre la base del trabajo, pero con cansancio extremo, castigo y autoritarismo*

En relación a las horas reglamentadas para actividades docentes, de estudio, investigación y prácticas asistenciales, los coordinadores respondieron que los residentes tienen un promedio aproximado de 13 horas semanales para actividades docentes ya sea en aula o en salón de estudio, correspondiente aproximadamente a dos horas y media de lunes a viernes.

Un promedio de 126 horas se invierte en la formación en investigación. Un 44% de los coordinadores señalaron que los residentes pasan entre 65 y 72 horas en prácticas asistenciales, equivalente a 10 horas diarias. Un 19% señaló que esas horas están entre 73 y 80 horas para un promedio de 11 horas diarias. Un 12% concuerda que las horas de los residentes en el hospital van desde 89 y 96 horas con un promedio de 14 horas diarias; 11% dijo que superaban las 97 horas correspondiendo a 15 horas diarias.

La mayoría de los residentes respondieron que efectivamente pasan un promedio de 72 horas prácticas en su hospital, correspondiendo a 14 diarias de lunes a viernes y las horas de estudio 19, lo que calculamos 3 horas aproximadamente de formación- estudio calculando los 7 días

---

<sup>30</sup> Foucault, M. Vigilar y Castigar. México: Siglo XXI editores. Trigésima edición en español; 2000, P.189.

de la semana. Resultó sorprendente el promedio de 3 guardias de lunes a viernes y las 3 guardias de fines de semanas en un mes.

Esta información puede corroborarse con lo expresado por la mayoría de los residentes en los problemas escritos donde se quejan de disponer muy poco tiempo para estudiar por el exceso de horas laborales que algunos dicen van de 7am a 8pm. Estos horarios sostienen que son “agotadores”, implican mucho “desgaste” y no permiten la recuperación adecuada para asumir el estudio individual requerido para profundizar sus conocimientos. Más de uno señaló que “el desgaste físico interfiere con el aprendizaje, la calidad del servicio ofertado y la salud física y mental”. Lo peor es que algunos sostienen que esta situación va en detrimento de los propios pacientes.

A esto le agrega que muchos residentes escribieron que no se respetan las post-guardias y que son sometidos a trabajos propios de camilleros, enfermeras y administrativos, limpiezas, trabajos de contención física de pacientes psiquiátricos, llenado de documentación a mano, con lo cual, además de someterles a trabajos que no son propios de un programa de formación de especialistas, no se respetan los horarios establecidos en el programa para actividades de carácter académico.

El 65% de residentes dicen que no se respetan la post guardia, mientras 35% dijo que sí se respetan. En todos los hospitales primó que no se respeta, menos en el hospital CEDIMAT aunque esta opción *no* fue respondida por el 44% en relación al total de sus residentes.

En relación a las licencias y vacaciones el 84% dijo que *sí* se respetan, mientras que el 16% respondió que *no* se respetan.

En cuanto al trato recibido, de los 1277 encuestados, 76% dijeron recibir un trato cordial y respetuoso por parte de los especialistas del hospital, 19% respondieron que reciben un trato autoritario y 5% contestaron que el trato recibido es poco amable.

En relación a los residentes superiores, el 67% contestaron que reciben un trato cordial y respetuoso; 25% que el trato recibido es autoritario y; 8% que es poco amable.

La mayoría de los residentes, 78%, dicen recibir un trato cordial por parte de los directores del hospital que alberga su programa. Sin embargo, 14% señalaron que reciben un trato autoritario y otros 8% poco amable.

En relación a las sanciones abusivas, 70% dijeron que no las reciben, pero 30% dijo que sí las recibía. En otra de las preguntas sobre las sanciones por parte de los especialistas y los residentes superiores estos porcentajes cambiaron: el 42% dice recibir sanciones; 11% dice recibirlas diariamente, 22% semanal; 9% cada 15 días, 13% mensual y 45% señaló una frecuencia de más de dos meses.

Las sanciones por parte de los médicos residentes superiores, 46% dijeron que *sí* habían recibido sanciones de parte de los médicos residentes y 54% que *no* habían recibido. Los que sí habían recibido señalaron la frecuencia que presentaba el cuestionario y los resultados son los siguientes: 22% señaló que diario; 26% marcó la casilla de semanal; 9% cada quince días; 13% marcó que mensual y; 30% que recibe sanción con una frecuencia de más de dos meses.

Estos porcentajes coinciden con los problemas que describieron al término del cuestionario donde sostienen unos cuantos que “el abuso de trabajo como mano de obra barata sin respetar derechos humanos básicos, no dando tiempo para una adecuada formación académica y todas las dependientes de ésta”. Unido a estas situaciones, los programas establecen un número importante de sanciones que califican de “abusivas”, ejerciendo sobre ellos mucha presión, lo que les impide asimilar el programa educativo como debería ser.

Desde hace muchos años, los teóricos de la educación, han criticado las teorías conductistas acerca de los castigos como métodos educacionales. El castigo es un método bastante deficiente para el aprendizaje de los alumnos y en algunos países se ha avanzado en denunciarlo y penalizarlo. El acoso y abuso de poder en educación debe ser eliminado como parte del desarrollo curricular.

**Educación bajo la perspectiva de la sanción, el miedo y el autoritarismo implica reconocer que dichas conductas pueden ser repetidas no sólo con los residentes que vienen detrás, sino también con las personas que acuden a un servicio. Los estudiantes en general reproducen el poder y las creencias con las que han sido educadas y ese mismo sometimiento les impide aprender y reflexionar con libertad en un mundo científico con tantas incertidumbres.**

Ya decía Foucault, “el castigo, en la disciplina, no es sino un elemento de un sistema doble: gratificación-sanción. Y es este sistema el que se vuelve operante en el proceso de encausamiento de la conducta y de corrección. El maestro debe evitar, tanto como se pueda, usar de castigos; por el contrario, debe tratar de hacer que las recompensas sean más frecuentes que las penas, ya que los perezosos se sienten más incitados por el deseo de ser recompensados como los diligentes que por el temor de los castigos; por lo cual se obtendrá un fruto muy grande cuando el maestro, obligado a usar del castigo, conquiste si puede el corazón del alumno, antes que aplicarle aquel”<sup>31</sup>.

Además de ser estos métodos obsoletos para el *aprender a aprender* que tanto se sostiene en muchos programas académicos y en el campo de la educación en general, este tipo de sistemas educativos, carentes de espacios para disenter, cuestionar y reflexionar con libertad, van desarrollando lo que Bourdieu ha llamado el “hábito mental” acerca de la modalidad de trabajo. Como fuerza formadora de hábitos, “la escuela (en este caso el hospital escuela) provee a los que han estado sometidos directa e indirectamente a su influencia, no tanto de esquemas de pensamientos particulares, sino de una disposición general, generadora de esquemas particulares susceptibles de ser aplicados en campos diferentes de pensamiento y acción, a lo cual llama *habitus cultus*”<sup>32</sup>.

### ***La participación de las universidades***

Los coordinadores expresaron la necesidad la falta de acompañamiento e integración de las universidades que avalan los programas de formación; la ausencia de clases teóricas que pudieran ofrecer y la necesidad de ayudar en la educación continua para los docentes, así como el apoyo para la evaluación de los docentes.

---

<sup>31</sup> Foucault, M. Op. Cit. P. 185

<sup>32</sup> Bourdieu P. Sistemas de enseñanza y sistemas de pensamiento. En: Gimeno Sacristán y Pérez Gómez. La enseñanza: su teoría y su práctica. Madrid: Akal; 1989. P. 25

La revisión de los programas muestra que las universidades han intervenido en el diseño de algunos de los programas, pero todavía existen un buen número de ellos formulado por el grupo de docente del hospital y su coordinador.

Cuando se les preguntó a los residentes acerca de la frecuencia de evaluación por parte de las universidades, 9% sostuvo que las mismas evalúan mensualmente; 14% marcaron que trimestralmente; 0.39 cuatrimestral; 6% semestral; 7% anual; 7% desconoce y el 57% dijo que nunca eran evaluados por las universidades.

Aunque fue realizada esta pregunta, esta preocupación no debería estar presente en el contexto de los programas dado que es muy difícil que, si las universidades no han acompañado la docencia, las prácticas y las investigaciones a lo largo del programa educativo por año, resulta difícil establecer procesos de evaluación, a menos que sean de tipo exclusivamente teórico.

**Los residentes sienten la ausencia y la necesidad de que las universidades participen en los procesos educativos, tanto por la calidad teórica educativa que podrían aportar como también por las cuotas económicas que les aportan a las mismas para recibir la titulación.**

### *Condiciones apropiadas para el estudio*

La alimentación que se reciben los residentes en el hospital fue incorporada dentro de las preguntas del cuestionario diseñado para ellos. En relación a las horas de almuerzo y descanso, el 59% dicen que no se respetan y el 41% dice que si se respetan.

El 4% de los residentes dijo que el tamaño de las porciones es excelente, el 14% dijo que son buenas y acerca de la calidad de las mismas, el 11% dice que su calidad es buena y sólo el 3% respondió que eran excelentes. En orden descendente, 25% respondieron que las porciones son regulares y 28% que la calidad también es regular. En el indicador *malo*, encontramos que 56% de los residentes dijo que las porciones son malas y 58% que la calidad de la alimentación es mala también.

En la descripción de los problemas que más le preocupan se realizaron algunas críticas y observaciones que ameritan discutirse con los directores de hospitales con son la excesiva carga de trabajo que se ha comentado en puntos anteriores que les impide dedicar más tiempo al estudio y la solicitud de que el hospital disponga de mejores condiciones para el desarrollo de la investigación como parte de su programa académico. A esto se le agrega la necesidad de contar con bibliotecas y revistas actualizadas, acceso a internet y a bases de datos nacionales e internacionales.

Señalan la necesidad de contar con especialistas para la entrega de guardias, sintiéndose que son ante todo residentes en proceso de formación que necesitan retroalimentación y acompañamiento permanente en determinados momentos.

Entre las recomendaciones más repetidas están las del respeto a las post guardias, a los horarios establecidos para el descanso y para el estudio.

Algunos señalaron el autoritarismo desmedido hacia ellos y las tareas propias de otro tipo de personal que les son adjudicadas a ellos.

**Mejorar cada una de estas necesidades mencionadas constituyen requisitos básicos para que cada uno de los hospitales puedan ser sedes apropiadas para generar la calidad del aprendizaje de los futuros especialistas del país.**

## Anexo 1

**Cuadro 1**  
**Cantidad de egresados de residencias en el país hasta el año 2019**

	Especialidad	Número de egresados hasta 2105	Número de egresados 2016 hasta 2019	Total egresados
1	Anatomía Patológica	182	28	210
2	Anestesiología (Anestesia, Analgesia y Reanimación)	905	261	1166
3	Anestesiología Pediátrica	5	15	20
4	Cardiología	222	75	297
5	Cardiología Pediátrica	34	12	46
6	Cirugía Bucal Máximo Facial/ Cirugía Cérvico Bucal Máximo Facial	156	35	191
7	Cirugía de la piel	52	16	68
8	Cirugía General	698	235	933
9	Cirugía Oncológica	54	7	61
10	Cirugía Pediátrica	21	18	39
11	Cirugía Plástica y reconstructiva	41	12	53
12	Citología	45	9	54
13	Cuidados intensivos/Terapia intensiva de adultos/Medicina Crítica	69	73	142
14	Cuidados intensivos pediátricos/ Medicina crítica pediátrica	5	10	15
15	Dermatología	272	49	321
16	Diabetología y Nutrición	105	27	132
17	Emergenciología/ Emergencias y Desastres/ Medicina de emergencias	153	205	358
18	Endocrinología ginecológica	49	14	63
19	Endocrinología pediátrica	6	8	14
20	Estrabología	7	1	8
21	Gastroenterología	271	84	355
22	Gastroenterología pediátrica	4	9	13
23	Geriatría	16	31	47
24	Glaucoma	5	3	8
25	Hematología clínica	7	10	17
26	Hematología pediátrica	18	9	27
27	Imagenología/ Imágenes diagnósticos/ Radiología	284	96	380
28	Infectología pediátrica	35	7	42
29	Medicina crítica pediátrica	5	-	5
30	Medicina familiar y comunitaria	971	429	1400
31	Medicina Física y rehabilitación/ Fisiatría	66	14	80
32	Medicina Interna	1,131	611	1742
33	Medicina legal y forense/ Medicina forense	96	27	123
34	Medicina materno fetal	15	14	29
35	Medicina nuclear	10	-	10
36	Nefrología	24	32	56
37	Nefrología pediátrica	3	8	11
38	Neonatología	47	12	59
39	Neumología pediátrica	12	8	20
40	Neurocirugía	26	14	40
41	Neurología	14	18	32
42	Neurología pediátrica	3	1	4
43	Nutrición clínica hospitalaria	3	6	9

44	Obstetricia y Ginecología/ Ginecología y Obstetricia	2,555	419	2974
45	Oftalmología	235	45	280
46	Oncología ginecológica/ Ginecología oncológica	47	19	66
47	Oncología médica	37	7	44
48	Ortopedia y Traumatología	369	98	467
48	Pediatría	1,917	436	2353
50	Perinatología	515	129	644
51	Psiquiatría	152	35	187
52	Reumatología/ Reumatología e Inmunología clínica	9	18	27
52	Urología	261	44	305
54	Urología pediátrica	1	2	3
55	Ginecología y Cirugía pélvica	-	2	2
57	Otorrinolaringología	-	8	8
58	Psiquiatría Infantil	-	3	3
59	Emergenciología Pediátrica	-	6	6
60	Ecocardiografía	-	32	32
61	Patología Oncológica	-	2	2
62	Oncología Pediátrica	-	1	1
63	Neumología	-	14	14
64	Infectología	-	8	8
65	Endrocrinología	-	7	7
66	Hemodinamia	-	2	2
67	Cirugía bariátrica	-	2	2
68	Cirugía de columna	-	1	1
69	Pie diabético	-	14	14
	<b>TOTAL</b>	<b>12,245</b>	<b>3907</b>	<b>16152</b>

Fuente: Organización propia con datos retomados del levantamiento del Dr. Héctor Eusebio por parte del MESCyT y citado en esta propuesta y los egresados 2016-2019 de datos del Ministerio de Salud.

## 5- Recomendaciones para la reflexión y el cambio

Las recomendaciones que se presentan a continuación son producto fundamentalmente de las informaciones encontradas en los cuestionarios aplicados y de la revisión de los programas de estudio entregados, así como de ideas que se han ido madurando con el tiempo, sobre la necesidad de trascender los paradigmas con los cuales se aborda la educación de los futuros especialistas de la medicina en espacios complejos y dinámicos.

### 5.1 Una nueva manera de pensar la educación de los futuros especialistas en la era digital

Después de cinco décadas, los problemas sustantivos de las residencias médicas del país reflejan una realidad educativa obsoleta y desbordada de planteamientos en defensa de las tradiciones jerárquicas hospitalarias, con una cultura que podría interpretarse como resistente a los desafíos de un mundo global, comunicado, acelerado e incierto.

Vivimos en la aldea global como ya muchos han llamado y en la era de la información, una era de cambio vertiginoso, caracterizado por el incremento de la interdependencia y de la complejidad sin precedente, que está provocando una alteración radical en la forma de comunicarnos, actuar, producir, consumir, pensar y expresar<sup>33</sup>.

La aparición del internet se convirtió en un contexto potente para el intercambio humano y no solo un almacén inagotable de información y una base más o menos ordenada o caótica de datos, conceptos y teorías, una excelente biblioteca al alcance de todos, un espacio para la interpretación y la acción, una plataforma para la colaboración de proyectos conjuntos, la constitución de comunidades virtuales; una tecnología inteligente que ha desarrollado una cultura digital, hipertextual e hipermedia, de razonamiento rápido y simultáneo<sup>34</sup>.

Existen escuelas de Medicina hoy en día, cuyo medio de información principal es una *Tablet* conectada a múltiples sitios de acopio de información, libros de textos y las revistas científicas, por las cuales pagan una suscripción menor que las que se pagan por las revistas impresas. La habilidad clave de todo este nuevo entramado de la educación en la era digital es aprender y orientar como extraer nueva información de un caudal permanente y arrollador de información científica y de las múltiples redes que están trabajando problemas de salud en diferentes contextos.

La era digital requiere de aprendizajes de orden superior que ayuden a vivir en la incertidumbre y la complejidad. La memorización de datos, en la que todavía insisten los programas de residencias, a través del uso de algunas estrategias de enseñanzas y mecanismos como el examen de “selección múltiple”, ya no se aprecia ni requiere tanto como la habilidad para organizar las ideas a favor de un pensamiento independiente, fundamentado y contextualizado.

Esta era digital requiere entonces desarrollar hábitos intelectuales, para un futuro en el cual casi todo es más accesible, complejo, global, flexible y sobre todo cambiante y que por tanto exige la capacidad de afrontar niveles de ambigüedad e incertidumbre.

El déficit de las nuevas generaciones no es tanto disponer de bibliotecas actualizadas y revistas especializadas como sostienen la mayoría de ellos; es la posibilidad de acceder a la información

---

<sup>33</sup> Pérez Gómez, A. Educarse en la era digital. Madrid: Morata, 2012.

<sup>34</sup> Pérez Gómez, A. IBID. 2012.

a través de internet y la organización significativa que requiere la enorme cantidad de información científica que muchas veces está fragmentada y sesgada. Esto no quiere decir que no se utilicen libros de texto básicos y clásicos en la literatura de cada especialidad, incluyendo las revistas especializadas, que pueden suscribirse también vía digital y que el hospital debe velar para que así se efectúe.

Por otra parte, el problema del acceso al conocimiento desde la producción científica ya no es la cantidad de información, sino la calidad de la misma, la capacidad de seleccionarla, organizarla, procesarla, asimilarla, aplicándola a los diferentes contextos de la práctica médica en cada uno de los hospitales y especialidades. En estos procesos, la orientación de los especialistas expertos, constituyen una ayuda determinante.

En el mundo digital contemporáneo, lo importante no es el volumen de los conocimientos acumulados en un proceso académico. A veces más contenidos en educación significa menos aprendizaje. Lo importante no es la retención memorística de hechos científicos, sino la capacidad de utilizar el método científico para hacerse preguntas relevantes, formular hipótesis, recoger evidencias y analizarlas a la luz de fuentes científicas y nuevas propuestas.

Este cambio de mirada educativa seguramente despertará el interés y la motivación de los residentes y les ofrecerá mayor seguridad en su camino de formación profesional.

Pero esta nueva mirada de pensar la educación debe comenzar por los propios docentes y la jerarquía al más alto nivel de los hospitales, conjuntamente con los dos ministerios involucrados en la tarea de velar por la formación de los especialistas. En general, la generación de los docentes no ha sido formados en esta nueva cultura educativa y mantienen tanto las convicciones epistemológicas sobre lo que significar enseñar, transmitiendo lo que se ha aprendido tal como se les ha enseñado a ellos mismos. Se repite un modelo propio que se fue adquiriendo y desarrollando en los hospitales pero que evidentemente en el mundo de la información merece abrirse a nuevas formas, tanto para enseñar como para aprender.

El internet y la Web 2.0 (y en el futuro Web.3.0 y 4.0) ya no se pueden obviar en los programas educativos, no solo por la información que aportan sino por ser un espacio de expresión creativa en lo profesional, donde encontramos innumerables redes sociales y científicas que se han convertido en nuevos contextos de comunicación y aprendizaje. La democratización de la información ha roto en lo digital con quienes decidían lo que era publicable o no, lo que era merecedor de ser difundido o no, e incluso lo que es verdad o no<sup>35</sup>.

Además de saber manejar la sobrecarga de información, que es compleja y multiforme, se requiere la capacidad crítica para localizar, seleccionar y evaluar esta información con el objetivo de encontrar la más rica y veraz y la fiabilidad de la misma.

De lo que se trata con este nuevo paradigma del aprendizaje en la era digital es construir una educación que facilite la construcción del pensamiento crítico, autónomo y propio, basada en diálogo y la reflexión y en la libertad para generar preguntas y poner sobre el tablero dudas que merecen ser investigadas.

---

<sup>35</sup> Vázquez Recio, R (Coord.) Reconocimiento y bien común en educación. Madrid: Morata, 2018.

### **5.1.1- La construcción y revisión permanente del programa por el conjunto de los participantes del mismo**

El programa de estudios no debería ser diseñado de manera exclusiva por una de las partes involucradas o corresponsables del mismo. Tampoco su revisión y evaluación. Sostuvimos en el protocolo para desarrollar este estudio el concepto de currículo expresado por Stenhouse, un autor que cambió, a partir de sus investigaciones educativas, las teorías curriculares en el mundo.

Este autor<sup>36</sup>, describe el currículo como un proyecto a experimentar en la práctica, lejos de marcos institucionales rígidos, de políticas educativas dirigistas que no abren espacio a la participación tanto de profesores como alumnos para modelar su propia práctica como de teóricos que pretenden ayudar a la educación desde otro ángulo separado de la enseñanza.

Este autor define el currículo como “una tentativa para comunicar los principios y rasgos esenciales de un propósito educativo, de forma tal que permanezca abierto a discusión crítica y pueda ser trasladado efectivamente a la práctica”. Se trata de una definición interesante porque “pone énfasis en el currículo como un tipo de *punte* entre los principios y la práctica educativa y en las actividades para relacionar conscientemente ambos, así como realizar los vínculos entre ellos en un sentido de escrutinio crítico que incluye la prueba de las propuestas curriculares y de las teorías educativas en la práctica” ... “El problema central del estudio del currículo es el vacío existente entre nuestras ideas y aspiraciones y la intención de hacerlas operativas”<sup>37</sup>.

Insistió en que el cambio del currículo es necesario, porque generalmente es parcial y fragmentado, tiene siempre que combatir la tradición, los hábitos más cómodos y fáciles, reconociendo que para los profesores resulta difícil salir de esa comodidad que les ofrece seguridad.

Señalaba la necesidad de poner a prueba el currículo hipotético contando con la cooperación de sus alumnos. Esto significa que los residentes deberían participar también en la evaluación de la propuesta y su posible modificación, considerando sus limitaciones, pero seguramente con aportes a situaciones educativas creativas y novedosas.

El esfuerzo de revisión permanente del currículo no es solo revisar o actualizar los contenidos y los métodos de enseñanza como muchas veces se realiza, tampoco es adecuarlos de manera exclusiva a las normas; debe ser realizado con un entendimiento claro acerca de una teoría curricular que vincule especialmente la relación entre la teoría y la práctica, entendida como la posibilidad de ser una construcción social para la formación del nuevo tipo de profesionales comprometidos con lo que necesita y demanda el país y el mundo.

La construcción y revisión curricular implica definir mecanismos conjuntos entre todos los actores universitarios y hospitalarios que tienen responsabilidades en las residencias, con ayuda de pedagogos que contribuyan a identificar los mecanismos necesarios para analizar todas las prácticas de la enseñanza y el aprendizaje y, repensarlas desde perspectivas curriculares más novedosas en esta era digital y de las competencias fundamentales.

---

<sup>36</sup> Stenhouse L. Investigación y desarrollo del currículo. Madrid: Morata, 3ra ed: 1991. P.29

<sup>37</sup> Kemmis, S. El curriculum: más allá de la teoría de la reproducción. Madrid: Morata; Segunda Edición, 1986.

Ninguno de los programas educativos existentes en el país debe quedar sin evaluar *como programa* cada año. Cada año la experiencia es distinta de la anterior, los grupos de residentes se comportan de distintas maneras, la enseñanza puede haber sufrido cambios importantes o no, el hospital fue mejorado o no, se publicaron nuevos descubrimientos científicos y así un número infinito de situaciones que hacen posible la educación de calidad, que hay que evaluarlas, con la inclusión de los propios residentes, algún otro personal del hospital, el cuerpo docente y las universidades que avalan, para transitar hacia la búsqueda de una calidad educativa.

Lejos de ser una evaluación de carácter punitivo, debe ser entendida como una oportunidad para mejorar todos los procesos y las actividades educativas y de aprendizaje correspondientes a los distintos actores docentes, aprendices y supervisores que forman parte de cada uno de los programas.

Para ambos procesos de construcción y revisión curricular hay que plantearse preguntas que hagan pensar escenarios distintos sobre los que se pretende incidir:

¿Se quiere inculcar o reproducir el conocimiento existente, consensuado y presentado en forma de colecciones de datos organizados, donde no aparece la duda, la incertidumbre ni la conciencia de la relatividad?

¿Realizamos un salto cualitativo para desarrollar habilidades cognitivas de orden superior como el pensamiento crítico, la formulación y solución de problemas, las situaciones relevantes de aprendizajes disciplinares e interdisciplinares y los retos de los trayectos personales para desarrollar la capacidad de investigación y comprensión?

Todas las recomendaciones que aquí se presentan intentan aportar ideas sobre la necesidad de pensar un cambio enfocado en la segunda pregunta.

### ***5.1.2- La educación centrada en el aprendizaje requiere algunos cambios del paradigma educativo***

En aprendizaje centrado en el estudiante ha tenido muchos exponentes a lo largo del pasado y presente siglo. Autores como John Dewey, Jean Piaget, Lev Vygotsky contribuyeron a difundir teorías y propuestas pedagógicas novedosas para invertir el tradicional proceso de la educación centrado en los docentes y sus mecanismos de transmisión de conocimientos a otro enfocado en el aprendizaje de los alumnos.

Sobre estas bases teóricas se han desarrollado algunos modelos que han avanzado demostrando la importancia del quehacer de la experimentación como camino para la adquisición de significados. Aprender es adquirir significados.

Los descubrimientos y aportes de la neurociencia actual han podido determinar que el cerebro humano está diseñado para aprender, para modificarse en función de la experiencia personal. No es estático, está construido para el aprendizaje y se cambia en función de lo que experimenta y de las operaciones que lleva a cabo. Se ajusta, adapta y cambia y las experiencias personales van rotulando los circuitos y potenciando las futuras experiencias<sup>38</sup>.

---

<sup>38</sup> Perez Gomez, A. Op. Cit. 2012

Las relaciones y experiencias constituyen también a conformar el cerebro, determinando las conexiones que establecerán las neuronas y que configurarán nuevos circuitos.

La metáfora del conducto funciona hasta cierto punto para aprender fragmentos de información, pero para usar el conocimiento en lugar de recitar hechos. Los cognitivos y los neurocientíficos están reemplazando la metáfora del conducto con un modelo de conocimiento construido activamente. Las personas construyen conocimiento al usarlo activamente para hacer cosas en el mundo<sup>39</sup>.

De ahí que muchas teorías acerca del aprendizaje centrado en el alumno se hayan fortalecido en los últimos años y afianzado ideas acerca de que el conocimiento se construye activamente por el aprendiz y no se recibe pasivamente desde fuera; que éste se presenta a la situación de aprendizaje con ideas previas y algunas poco establecidas e inseguras, como es el caso de muchos egresados de la carrera de medicina.

Pérez Gómez<sup>40</sup> destaca una serie de aspectos y factores que intervienen en el aprendizaje, sugeridos por la APA Work Group of the Board of Education Affairs. Escogimos uno de cada uno de ellos como ejemplos para fines de estas reflexiones:

En los aspectos cognitivos y metacognitivos el aprendizaje “es estratégico cuando el sujeto conforma modelos mentales, repertorios de significados que pueden utilizar como heurísticos para descubrir nuevas relaciones, problemas, posibilidades y alternativas para cumplir metas complejas”;

En relación a los factores motivacionales y emotivos del aprendizaje, “la motivación es el motor del aprendizaje y la motivación se encuentra influida por las emociones, las creencias, los intereses y los valores”;

En relación a factores sociales y de desarrollo, “el conocimiento se construye a través de la reflexión sobre los mal definidos y caóticos problemas de la práctica”.

Estas ideas centrales sobre el aprendizaje sugieren que en programas para adultos profesionales sustentados en el “aprender haciendo”, como muchos definen las residencias médicas hospitalarias, deben enfocarse a descubrir los modos habituales de afrontar e interpretar la práctica médica, pero al mismo tiempo utilizar estrategias pedagógicas que permitan cuestionar, enriquecer, ampliar y reconstruir los modos de interpretación de dicha práctica.

Este cambio del foco de atención de la educación centrado en el aprendizaje y la necesidad de abordar las situaciones problemáticas de salud y enfermedad que se presentan en los hospitales, conduce a pensar en un currículo basado en problemas diversos y no tanto sobre temas o contenidos desconectados de dichos problemas. En lugar de un “temario” o unos contenidos sugeridos muchas veces por los libros, se podría pensar en problemas típicos de la especialidad, como estudiarlos y abordarlos y sobre todo, cómo desarrollar investigaciones de cada uno de ellos a lo largo de sus años de estudio.

---

<sup>39</sup> Fischer, K. “Mind, Brain, and Education: Building a Scientific Groundwork for Learning and Teaching”. *Mind, Brain and Education Journal*, 3 (1). 2009.

<sup>40</sup> Pérez Gómez, A. “¿Competencias o pensamiento práctico? La construcción de los significados de representación y acción”. En: Gimeno Sacristán. *Educación por competencias ¿qué hay de nuevo?* Madrid: Morata. Tercera edición, 2011.

Un currículo basado en el aprendizaje se construye fundamentalmente por problemas sobre los que se debería pensar el tipo de conocimientos previos relevantes para comprender la naturaleza de la situación problemática, cuáles son los aspectos críticos y determinantes de la situación, cómo se relacionan entre sí, cuáles son las formas clásicas de su abordaje clínico, procedimental, quirúrgica y farmacológica y cuáles otras de cuidado y promoción para ayudar a la persona que acude al hospital.

De lo que se trata es de elaborar una red de comprensión, que al mismo tiempo deje abierto a la búsqueda de otros patrones de interpretación disciplinar e interdisciplinar. El aprendizaje relevante es aquel que prepara a las personas para ver la realidad desde distintos puntos de vistas y esto solo se logra accediendo a la pluralidad de las miradas, con la indagación, la reflexión y el debate.

### ***5.1.3- La reflexión en la acción como método de aprendizaje***

La idea de la práctica reflexiva es un medio de estimular a los alumnos “para que desarrollen la capacidad de observarse a sí mismos y de emprender un diálogo crítico con ellos mismos en relación con todo lo que piensan y hagan...es un procedimiento reflexivo en que el alumno/alumna se interroga sobre sus pensamientos o acciones. El resultado deseado del aprendizaje de cada uno de los estudiantes es el de profesional reflexivo”<sup>41</sup>.

Este concepto novedoso fue propuesto y desarrollado por Donald Schön<sup>42</sup>, a partir de sus observaciones acerca de que los profesionales que egresan de las universidades salen con un conocimiento “proposicional” limitado porque no tienen en cuenta las realidades de la vida y la práctica profesionales.

Cuando salen a la práctica se enfrentan con lo imprevisto, lo incierto, los conflictos de valor, las condiciones indeterminadas y desconocidas de la práctica cotidiana para la que no existen respuestas en los libros.

Además de aprender escuchando, observando, haciendo, lo que Schön plantea es, continuar reflexionado sobre como se desarrolló la acción, aportando en la próxima acción lo que aprendieron y reflexionaron. El residente será capaz de describir o nombrar lo ocurrido y después reflexionar sobre la acción ocurrida con el material que tiene. Este autor ha descrito los niveles de acción y reflexión sobre la acción como los peldaños de una escalera. Al ascender por la misma, el alumno convierte en objeto de reflexión lo ocurrido en el escalón inferior.

El “aprendizaje críticamente reflexivo es lo que permite que el alumno realice un aprendizaje profundo y transformador. Sin la interacción provocada por el diálogo no puede producirse el aprendizaje críticamente reflexivo”<sup>43</sup>. De ahí la necesidad de reforzar la calidad de ese diálogo.

---

<sup>41</sup> Barnett, R. “Improving Higher Education”. En: Brockbank, A. y McGill I. Aprendizaje reflexivo en la educación superior. Madrid: Morata; 2002.

<sup>42</sup> Schön D. La formación de los profesionales reflexivos: hacia un diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Barcelona, Buenos Aires, México: Paidós, primera edición; 1992.

<sup>43</sup> Brockbank, A. y McGill I. Aprendizaje reflexivo en la educación superior. Madrid: Morata; 2002. P.95

Hay tres elementos importantes en el procedimiento reflexivo propuesto por Boud y colaboradores<sup>44</sup> que vale la pena tomarla como ejemplo:

Volver a la experiencia, repitiéndola mediante una descripción de algún tipo, p.ej., describiéndosela a los demás. Esta descripción proporciona datos y una posible clarificación para el propio residente y para el resto y puede permitir que se aprecien aspectos no reconocidos en la experiencia, incluidos sentimientos.

Prestar atención a los sentimientos asociados a la experiencia. Posiblemente éstos pueden haber afectado, en el momento de la acción su forma de responder a los acontecimientos, traduciéndose en una respuesta menos eficaz. La vuelta al acontecimiento le permitiría dedicarse a la reflexión sobre sus acciones con una visión desde fuera de lo ocurrido si participa en un diálogo con otros.

Reevaluar la experiencia después de prestar atención a la descripción y sentimientos. Aunque la reflexión sea una experiencia, no es un fin en sí misma. Tiene el objetivo de disponernos para nuevas experiencias, una nueva forma de hacer algo, la clarificación de alguna cuestión, el desarrollo de una destreza o la resolución de un problema. Puede surgir un nuevo mapa cognitivo o identificarse un nuevo conjunto de ideas.

La reflexión en la acción como método de aprendizaje también se aplica a los docentes que intervienen en el proceso educativo y a la evaluación de los programas. Es un mecanismo que busca profundizar sobre cómo se ha transitado en el proceso educativo y cómo se puede mejorar.

#### ***5.1.4- La investigación como método de profundización del aprendizaje y la generación de conocimientos***

La mayoría de residentes encuestados reclaman la posibilidad de participar en procesos de investigación. Nos preguntamos, ¿de cuál tipo de investigación están hablando los residentes? ¿Cuál es su imaginario acerca de la investigación en los hospitales donde estudian-trabajan? ¿Qué tipo de investigaciones están generando dichos hospitales? Este sería un tema de análisis importante para conocer tanto el aporte de los hospitales como sus posibilidades de incorporar una línea de investigación en los programas educativos de los futuros especialistas.

Mediante la indagación vamos estableciendo “relaciones que conforman modelos de interpretación, cuya consistencia, validez y fiabilidad, se ponen en entredicho al vivir las experiencias en los contextos sociales de intervención y vida. Este proceso cuando se plantea de forma intencionada y sistemática configura la investigación”<sup>45</sup>.

La enseñanza en cualquier contexto, pero sobre todo en el campo de la salud y de la medicina en particular, supone adoptar un enfoque de aprendizaje estratégico, por la profundidad que significa enfrentarse a situaciones nuevas o a nuevos aspectos de fenómenos más o menos conocidos que tienen que ver con la vida de las personas. Es necesario trasladarse de las clásicas fórmulas de repetición y reproducción para unos muy conocidos (referidas a los docentes

---

<sup>44</sup> Boud y cols. “Reflection: turning experience into learning”. En: En: Brockbank, A. y McGill I. Aprendizaje reflexivo en la educación superior. Madrid: Morata; 2002. P. 96.

<sup>45</sup> Pérez Gómez. Op. Cit. 2012. P. 200

especialistas) a otras estrategias de indagación, para implicar a los residentes en el desarrollo completo de sus competencias o cualidades básicas de comprensión y acción.

Las propuestas educativas con una fuerte estrategia de investigación seducen a los estudiantes en un proceso ordenado de diagnóstico de problemas, búsqueda de información, observación y recogida de datos, diferenciación de alternativas, diseño y planificación de la indagación, desarrollo de hipótesis, discusión entre iguales, búsqueda de información de los expertos, desarrollo de procesos de análisis, formulación de argumentos y propuestas de síntesis<sup>46</sup>.

La enseñanza basada en la investigación supone el compromiso inevitable con la práctica y con las condiciones reales del escenario complejo donde se realice dicha práctica. Esto significa que la investigación que se realice en un hospital, fundamentalmente de carácter público, debe tener como propósito fundamental indagar lo que sucede en materia de salud y enfermedad en la población dominicana que acude a los mismos, mejorar los procedimientos aplicados, analizar los tratamientos y verificar su calidad, analizar la gestión y calidad hospitalaria para el bien de sus pacientes, analizar y cambiar prácticas obsoletas, entre muchos otros propósitos que se pueden enumerar.

La investigación estimula la libertad para aprender, no solo como la posibilidad de desarrollar las propias inclinaciones, sino también como la posibilidad de acceder a ellas y nuevas formas de pensar y hacer. La libertad, a diferencia del miedo, del castigo y la sanción de la que son víctima muchos de los residentes, implica búsqueda, confusión, confrontación, descubrimiento y el sufrimiento que implica la inseguridad de enfrentarse a un mundo y una profesión cambiante, posiblemente incierta en muchos aspectos.

Algunas investigaciones establecidas como método de aprendizaje en los hospitales deberían ser de carácter interdisciplinar, como una forma de entender la complejidad de los problemas y las distintas miradas disciplinarias, incluyendo otras no médicas, en la que cada uno aporta sus riquezas diferenciales, indispensables para abordar el problema de manera satisfactoria.

Es fundamental que las universidades formen a los alumnos de medicina y otras carreras de Ciencias de la Salud en metodologías de investigación científica y que luego contribuyan a reforzar dichos conocimientos en los postgrados.

Los problemas a investigar deben ser auténticos, aquellos que presentan la mayoría de las personas que acuden a los hospitales, aquellos que son colocados como de mayor preocupación a las autoridades de salud por su incidencia y prevalencia, aquellos que no son sencillos y no tienen mucha claridad en el contexto nacional y que no pueden abordarse mediante soluciones mecánicas, aquellos que en definitiva ameriten una mayor profundización y clarificación para los residentes y el propio hospital.

No descartamos que los programas de las residencias puedan adoptar la *investigación-acción*<sup>47</sup>, como un medio de conectar el conocimiento proposicional formal con el conocimiento experimental. En este tipo de investigación acción debe encontrarse un modo de proporcionar libertad al docente y al residente dentro de los términos de referencia de la

---

<sup>46</sup> Pérez Gómez. Op. Cit. 2012.

<sup>47</sup> Usher, R y Bryant. La educación de adultos como teoría, práctica e investigación. El triángulo cautivo. La Coruña: Fundación Paidea; 2da. Edición. 1997.

investigación, para comprobar algunas hipótesis que tienen alguna lógica y que se presentan como dudas a disipar.

La investigación- acción se centra fundamentalmente en tentativas de cambiar y mejorar determinadas prácticas, por los mismos grupos que intervienen en el proceso educativo, mediante sus mismas acciones prácticas y a través de su propia reflexión sobre los efectos de esas acciones. Existe una interacción entre comprensión y cambio, la comprensión esta orientada por el interés en el cambio y el propio cambio incrementa la comprensión.

El debate en plenarias grupales de los hospitales sobre las conclusiones constituye otro espacio de aprendizaje para todos los integrantes del hospital y la colocación de los resultados de las mismas en la Web.2.0 para el intercambio con otros programas de las residencias del país puede ser de gran estímulo para los residentes y docentes participantes.

### **5.1.5- Los ateneos interdisciplinarios**

Si hay alguna metodología educativa para rescatar en las residencias médicas, esa es la de los ateneos clínicos. Se recupera como parte de estas recomendaciones dado que, menos de la mitad de los coordinadores encuestados sostuvieron que los ateneos son utilizados como espacios de aprendizaje.

Un ateneo es una “reunión de los integrantes de un servicio asistencial donde se desarrolla la presentación y discusión académica sobre uno o varios casos clínicos que ameriten por su particularidad, una revisión en conjunto con los integrantes del servicio e integrantes de otras especialidades”<sup>48</sup>.

El propósito de este tipo de encuentros de carácter académico es producir conocimiento y reflexión sobre aspectos básicamente clínicos y patológicos de uno o más casos clínicos que están en discusión en un momento determinado.

Este espacio se prepara por un grupo de expertos en un ambiente académico donde se presentan de forma detallada los aspectos más relevantes de la situación del paciente, su evolución y la posible resolución diagnóstica y terapéutica.

Un ateneo sigue siendo un espacio clave para la formación del médico en el ámbito de postgrados como las residencias; generan un “alto impacto pedagógico en varios de los aspectos de la formación profesional integral y no solamente en el marco de la disciplina específica”<sup>49</sup>.

Este autor sostiene que de los ateneos surge un tipo de *estilo*, de *personalidad* de la residencia, donde se van puliendo las formas de presentación, de discusión y de preparación de los mismos para poder arribar a un diagnóstico y a todas las posibles conductas que de allí se desprenden.

Los que preparan los ateneos deben prestar mucha atención a la metodología para organizar el encuentro, mirándolo siempre como una forma de innovación pedagógica que se va perfeccionando con el tiempo y agregando otros mecanismos, ya sea de presentación, reflexión,

---

<sup>48</sup> Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”. Facultad de Medicina de la República. Montevideo, Uruguay. 2016.

<sup>49</sup> Salvioli, E. “Pensar la residencia”. Ateneos de Clínica Médica. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de la Plata. La Plata, Argentina. 2017.

diálogo y conclusiones, dejando siempre abierto a posibles vueltas sobre casos semejantes o distintos que ameriten otros encuentros.

Lo importante en su proceso práctico de realización es tomar notas sobre lo que hace falta para una mejor comprensión, que tipos de lecturas previas tienen que realizar los residentes y si tanto las presentaciones como las conclusiones de todos los aspectos del caso quedaron claramente explicitadas y discutidas por los participantes.

Se presenta un ejemplo resumido elaborado por el autor citado de cómo preparar un ateneo clínico:

- Se seleccionan pacientes sin diagnóstico final, con problemáticas ambulatorias y patologías prevalentes;
- Se analiza el área psico-social del paciente;
- Se utiliza la *línea de tiempo* como síntesis de la historia clínica;
- Se programa espacio para analizar errores cometidos;
- Se analizan los caminos de razonamiento clínico detrás de cada conclusión o propuesta diagnóstica;
- Se actualizan las temáticas planteadas en la discusión en forma de talleres con el objetivo de responder a preguntas.

La preparación del ateneo comienza unas semanas antes por el grupo coordinador asignado, una primera parte es para el desarrollo del caso clínico buscando la mayor discusión posible y una segunda parte de actualización.

El autor piensa que la función fundamental del ateneo es la de estimular un proceso de razonamiento basado fundamentalmente en un ejercicio de diagnóstico diferencial y del uso adecuado y adaptado al caso clínico de los métodos complementarios de estudio. Todos deben de tomar notas sobre los problemas que el caso plantea y de las dudas que los residentes y docentes presentan, para reconvertirlas en núcleos problemáticos generales y no tanto en un diagnóstico específico.

Los programas podrían plantear un número determinado de ateneos por años, sugerir grandes problemas en función de los grandes problemas de salud y enfermedad del país y de acuerdo a las especialidades que cada hospital concentra, estando siempre abiertos a las necesidades de aprendizaje de los residentes. Los ateneos interdisciplinarios son siempre los que generan mayor enriquecimiento a todos los participantes.

### **5.1.6- El portafolio educativo**

La noción de *portafolio educativo* ha logrado un alto consenso en el mundo y por tanto, su implementación en programas con un paradigma centrado en el aprendizaje, la reflexión y la investigación.

Existen múltiples definiciones y clasificaciones de portafolios. La revisión que hace Laura Pérez y colaboradores, nos muestra las definiciones más utilizadas en el momento actual. Hay cierto consenso en considerarlo como “una colección de materiales seleccionados para mostrar

el aprendizaje realizado a lo largo de un tiempo determinado donde el estudiante tiene una implicación activa en todo el proceso”<sup>50</sup>.

Es una especie de la historia documental de un conjunto de desempeños que han recibido preparación con ayuda tutorial y que representan los trabajos de un residente, su escritura reflexiva, sus dudas, sus preguntas, sus hipótesis, la búsqueda de información, la deliberación, sus progresos y logros en un área determinada.

El portafolio permite evidenciar como se producen los procesos de enseñanza y aprendizaje en cada contexto, desde el punto de vista de sus propios protagonistas. No es una colección de evidencias, su organización debe explicitar el proceso de aprendizaje de cada residente y el desarrollo de sus competencias. Por tanto, cada uno selecciona, organiza, estructura los diferentes elementos que componen su manera única y personal de cómo hacerlo.

Una revisión de cada uno de los portafolios de sus residentes sirve a los docentes para apreciar el esfuerzo de cada uno, su talento, su creatividad, dificultades, problemas y sus logros. Servirá a los residentes para obtener una comprensión más profunda de sí mismo acerca de la forma que aprende y planear sus estrategias para adquirir mayores conocimientos y competencias.

Se presentan algunas características de los portafolios recopiladas en el libro citado<sup>51</sup> que ilustran con mayor precisión aspectos a tomar en cuenta:

- Consiste en una colección sistemática y organizada de evidencias del trabajo de un estudiante;
- Estimula la implicación autónoma del alumno en la selección de los trabajos que desea incluir como muestra de sus procesos y progresos;
- Posibilita los procesos de reflexión del alumno sobre sus aprendizajes y el desarrollo de su conciencia intencional acerca de los propios procesos de pensamiento y aprendizaje;
- Permite al alumno identificar lo que conoce y sabe, planear sus estrategias de procesamiento de la información, tener conciencia de sus fortalezas y debilidades como aprendiz, reflexionar acerca del propio rendimiento y evaluar su productividad y su propio funcionamiento intelectual;
- Permite al docente conocer los resultados y caminos complejos que sigue el alumno y la forma como incorpora conocimientos para resolver problemas y plantear alternativas;
- Los registros, los datos, los argumentos y las reflexiones deben reflejar lo que el alumno vive, experimenta, sabe y hace.

Cada portafolio es entonces una creación única ya que alumno decidirá qué tareas de su proceso de aprendizaje incluirá. Esto significa que podrá elegir libremente la forma de pensar su portafolio. En ellos podrían incluirse:

- diarios, como material para relatar procesos y evitar el olvido;

---

<sup>50</sup> Pérez Granados, L. y Col. “Revisión bibliográfica sobre el portafolios”. En: Pérez Gómez (Dir.) El portafolios educativo en educación superior. Argentina, España, México: Akal, 2016. P. 22

<sup>51</sup> Pérez Gómez y Serván Núñez. Naturaleza y sentido del portafolio educativo”. En: Pérez Gómez (Dir.). El portafolios educativo en educación superior. Argentina, España, México: Akal, 2016.

- documentos de todo tipo, desde trabajos de investigación realizados, las bibliografías propias de dicho trabajo, actividades realizadas, conclusiones de los ateneos, etc.;
- testimonios, desde documentos sobre los casos estudiados, informes de las rotaciones por otros servicios u otros hospitales, participación en congresos e ideas sobre lo aprendido;
- autoevaluaciones, sobre su propio informe reflexivo de autoevaluación de distintos momentos y experiencias;
- evaluaciones de los docentes: los informes de las evaluaciones de los docentes, los acuerdos establecidos con ellos y los nuevos propósitos que se disponga a conseguir.

En cada uno de los tránsitos educativos, el residente podrá identificar en su portafolio lo que conoce, lo que desconoce, lo que observa, lo que aportan los demás, las conclusiones sugeridas de las bibliografías estudiadas, de los procedimientos realizados, valorando, además, lo que le interesa o no y tomando decisiones acerca de la incorporación de nuevos datos en su portafolio.

### ***5.1.7- La autoevaluación y la evaluación del programa y sus docentes***

La pedagogía conductista centrada en la transmisión de conocimiento ha utilizado históricamente el examen como principal instrumento de *medición* y para establecer *comparaciones*. La evaluación de los conocimientos de los alumnos en estos espacios de residencias constituye una tendencia; habría que dar un viraje importante para también evaluar los procesos, los contextos de aprendizaje, los programas y también la enseñanza.

Las propuestas de cambio de mirada de la educación que aquí se han presentado, centrada en el aprendizaje, la reflexión y la investigación, también requieren de un cambio de paradigma sobre la evaluación, en consonancia con los nuevos enfoques.

La evaluación educativa en las residencias no debería descansar en los exámenes de selección múltiple, que son los más utilizados de acuerdo a las respuestas encontradas. Este tipo de evaluación se ve limitado por los resultados que obtienen los residentes ya que, la atención se centra en las calificaciones que concretan los resultados y dan por cerrado y concluido un proceso que debe permanecer abierto e inacabado.

Ya decía Einstein que “no todo lo importante se puede medir, ni todo lo que se mide es importante”<sup>52</sup>. Esto quiere decir que poca importancia tiene para el propósito de ir construyendo aprendizajes significativos, nuevas competencias y cualidades humanas y éticas en el ejercicio de la función médica, si el residente es capaz de repetir de memoria listados de informaciones o clasificaciones que no le ayudan a entender mejor la realidad compleja en la que vive dentro de un hospital y organizar de modo racional y responsable su conducta personal, profesional y social.

La evaluación *educativa* ha de concebirse como una estrategia privilegiada para fomentar la mejora constante de los procesos de aprendizaje y también de la enseñanza por parte de los docentes.

Considerada de esta manera, es una herramienta fundamental para la construcción del conocimiento, porque puede ofrecer la información adecuada para contribuir al cambio en los aprendizajes de ambos actores y mejorar los procesos deficientes.

---

<sup>52</sup> Pérez Gómez. A. Op. Cit. 2012. P. 229- 230.

La evaluación educativa de los residentes “ha de entenderse básicamente como *evaluación formativa*, en el convencimiento de que los estudiantes logran los mejores aprendizajes cuando entienden lo que están aprendiendo y el sentido de lo que aprenden, consiguen la retroalimentación necesaria para valorar como lo están haciendo y reciben el apoyo requerido para saber cómo pueden mejorarlo<sup>53</sup>.

La evaluación educativa formativa invita a pasar del “requisito” de control burocrático, mecánico, descontextualizado de la práctica y cuya función es sancionar y clasificar, a otro centrado en la evaluación *para* los aprendizajes y la evaluación *como* aprendizaje. La evaluación debe estar al servicio de quien aprende. De paso, también ayudará a quien enseña como mejorar la acción pedagógica.

Evaluar sistemas de aprendizaje que funcionan con una complejidad de elementos en las actuaciones humanas y que tienen que ver con la vida de las personas, implican la búsqueda de nuevos modelos, estrategias e instrumentos de evaluación adecuados para captar dicha complejidad y enfatizar el valor de los informes detallados y completos de diagnóstico sobre los procesos, los resultados y los contextos.

La evaluación formativa es un proceso complejo y *flexible* de diagnóstico, descripción e interpretación, donde se resalte ante todo, el desarrollo de los residentes en sus distintas dimensiones, sus cualidades, fortalezas y debilidades. Entendiéndolo en materia de competencias holísticas, habría que considerar los conocimientos, habilidades, emociones, actitudes, valores, responsabilidades, es decir, como sistema de comprensión en y para la toma de decisiones y la actuación ante los complejos problemas de la práctica.

Lo que pretende la evaluación formativa es medir el aprendizaje, valorar la comprensión de los residentes en contextos reales y las habilidades de los mismos para desenvolverse en el mundo real de cada una de las especialidades elegidas.

Desde esta perspectiva, una pluralidad de instrumentos y procedimientos, congruentes con la nueva perspectiva de aprendizaje y enseñanza, serían necesarios de repensar y diseñar:

- Trabajos de ensayo científico con estudios de casos o problemas de salud-enfermedad comunes en el hospital;
- Proyectos de investigación sobre temas particulares que ameriten profundizar y generar nuevos conocimientos;
- Observación sistemática de casos contrastando con referencias bibliográfica y de nuevos estudios publicados en el mundo;
- Los portafolios, como instrumento que presenta los procesos de aprendizaje y el camino recorrido, de los cuales hemos hecho referencia. Este instrumento, ofrece oportunidades de autoevaluación de cada residente en tanto ofrece posibilidades de reflexión sobre el antes y después de cada proceso de aprendizaje y de los recursos utilizados para mejorar dichos aprendizajes;
- Entrevistas sobre sus procesos de aprendizaje, caminos recorridos, dudas encontradas en los distintos procesos de aprendizaje y caminos diseñados para su superación y avance, que faciliten además recibir la retroalimentación (*feedback*) necesaria de los docentes o compañeros;

---

<sup>53</sup> Pérez Gómez, A. Op. Cit. 2016. P. 43

- Exposiciones orales y presentaciones en ateneos, seminarios y talleres y espacios de reflexión;
- Reflexiones realizadas luego de sus distintas experiencias con alguna metodología específica diseñada para tales fines;
- Análisis de documentos y materiales; las revisiones y reflexiones de bibliografía actualizada sobre temas observados en el hospital.

Estas propuestas y otras más que pudiesen incluirse deberían ante todo incluir evidencias que demuestren que el residente ha desarrollado las siguientes cualidades<sup>54</sup>:

- Comunica adecuadamente conceptos, sucesos, emociones;
- Escribe de manera eficiente, utilizando gráficos u otros recursos de apoyo;
- Relaciona los conceptos principales a los problemas reales;
- Refleja los procesos personales de aprendizaje, las actitudes, las habilidades y compromisos;
- Utiliza las convenciones más consolidadas de su campo profesional;
- Desarrolla autoevaluación satisfactoria;
- Piensa de manera crítica al componer y sintetizar ideas e informaciones pertinentes.

La calidad del proceso educativo, que incluye la evaluación educativa, consiste en corregir y buscar nuevos rumbos que permitan mejorar todos los procesos educativos, por tanto, exige invertir tiempo para el desarrollo creativo, pensamiento divergente a la norma establecida hace 50 años, imaginación e innovación en todos los aspectos de dicho proceso.

## 5.2- La participación de la universidad: repensar su función

Martha Nussbaum, filósofa estadounidense contemporánea, que en conjunto con Amartya Sen promovió el concepto de *enfoque basado en capacidades* y que formula su propuesta sobre la base a una perspectiva *aristotélica* dice que, “en un tiempo de incertidumbre como el que vivimos, la educación corre el riesgo de perderse en un sinfín de propuestas sin que exista un debate riguroso acerca de una pregunta esencial para cualquier educador: cuál es el modelo de persona y de sociedad por el que apuesta, y hacia el que se han de dirigir todas sus acciones educativas”. Presenta algunas líneas fundamentales que deberá recoger la educación: la de contribuir a formar el pensamiento crítico y reflexivo y la de ser pluralista y formarnos en una ciudadanía múltiple o compleja<sup>55</sup>.

El mundo ha estado envuelto en los últimos 20 años en la discusión de una de las tantas propuestas, la de las competencias, los perfiles de profesionales y los perfiles laborales que necesitan los países y en la marcada orientación de implantarlos desde la formación universitaria. La justificación viene, en todos los casos, de la necesidad de *adaptación* de los futuros egresados al mundo del trabajo y por ende al mercado. Organizar los perfiles y las competencias, decían sus promotores, ayudará a reorganizar la docencia y sus contenidos esenciales para ofrecer promesas laborales a quienes transitan por sus aulas.

<sup>54</sup> Lombardi M. (2008) citado por: Pérez Gómez. A. Op. Cit. 2012. P.238

<sup>55</sup> Guichot-Rein, V. El *enfoque de capacidades* de Martha Nussbaum y sus consecuencias educativas: hacia una pedagogía socrática y pluralista. En: España: ediciones Universidad de Salamanca. Teor. Educ. 27, 2-2015. P. 45-70.

El aprendizaje y solución profesional se ve reducida entonces a soluciones instrumentales y a problemas descontextualizados. Los estudios de Schön, ya citados, vienen a confirmar que el modo pensado sobre como los profesionales resuelven problemas no se adapta al modelo técnico- mecanicista de entender la relación teoría- práctica.

Formar un profesional experto “depende de cuestiones tan fundamentales como el conocimiento práctico, el desarrollo de su juicio, la calidad de sus experiencias y su intuición ilustrada” .... “Formar profesionales competentes no es lo mismo que formar con o a través de competencias” ... “La universidad, tiene, sin embargo, que crear las condiciones para que el alumnado pueda convertirse en un profesional responsable y llegue a ejercer su profesión de manera competente”<sup>56</sup>

Los requerimientos técnicos para el desempeño de los trabajos cambian rápidamente, en la medida que las nuevas teorías, conocimientos y los avances tecnológicos van cambiando y lo que los alumnos están aprendiendo en estos momentos puede quedar obsoleto cuando salgan de las aulas.

La alternativa de las universidades es preparar a sus alumnos para un mundo de retos e incertidumbres, que les permitan generar los cambio que la sociedad espera de ellos. La universidad tiene una misión basada en unos valores de autonomía de la consciencia, la primacía de la verdad, la problematización de los problemas de la sociedad, la ética del conocimiento, con lo cual la investigación abierta y plural constituye su motor principal.

Ya decía Edgar Morín<sup>57</sup>, sociólogo e investigador francés que necesitamos una educación que cure la ceguera del conocimiento, una educación que garantice el conocimiento pertinente, enseñar la condición humana, enseñar la identidad terrenal, enfrentar las incertidumbres, enseñar la comprensión y, la ética del género humano.

Retomamos de nuevo a Martha Nussbaum, en su análisis de las capacidades y la educación, quien plantea que “la primera es la habilidad para un examen crítico de uno mismo y de las propias tradiciones, que nos permita experimentar lo que, siguiendo a Sócrates podríamos llamar *vida examinada*. Es decir, una vida que no acepta la autoridad de ninguna creencia por el solo hecho de que haya sido transmitida por la tradición o se haya hecho familiar a través de la costumbre.... La disciplina requiere el desarrollo de la habilidad de razonar lógicamente, de poner a prueba lo que uno lee o dice desde el punto de vista de la solidez del razonamiento, de la exactitud de los hechos y la precisión del juicio”<sup>58</sup>.

Estas ideas ayudan a pensar en una universidad distinta para una sociedad que ha cambiado y seguirá cambiando, rescatando principios y valores sobre cuestiones fundamentales de la dignidad humana, el cuidado de los demás, los derechos humanos, el ambiente y las costumbres ciudadanas, la ética, entre otros muchos puntos que requieren ser debatidos.

Sabemos que un cambio de perspectiva de la educación es ante todo un proceso y un camino largo y engorroso por lo complejo de las perspectivas acumuladas e incluso por las impuestas por las instituciones normativas; pero ya no se puede retardar más el inicio

---

<sup>56</sup> Gimeno Sacristán, J. Educar por competencias, ¿qué hay de nuevo. Madrid: Morata; 3ra edición; 2011. P. 200

<sup>57</sup> UNESCO. Morín E. Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Francia: UNESCO; 1999.

<sup>58</sup> Nussbaum, M. El cultivo de la humanidad: una defensa clásica de la educación liberal. Barcelona: Paidós. 2005. P. 28-29.

de una reflexión ante las evidencias sobre la calidad educativa de los alumnos dominicanos en todos los niveles.

En este debate sobre el nuevo pensamiento educativo necesario en el país, las universidades también deberían incorporar y acompañar a los programas de residencias médicas en este tipo de discusión, en cómo generar programas novedosos, en los significados del aprender haciendo sobre la base del aprendizaje y la reflexión, el aprender a lo largo de toda la vida, el desarrollo de capacidades para el desarrollo de la investigación científica y la investigación- acción y sobre los nuevos pilares de la evaluación formativa, entre otros.

Las observaciones encontradas en este estudio demandan una revisión del conjunto de los actores que participan de la labor de formar médicos especialistas sobre el significado del aval. Se sugieren algunas funciones necesarias para la discusión:

- la participación de las universidades en discusiones para repensar un cambio sustantivo y profundo sobre el desarrollo educacional de los programas en todas sus complejidades, acompañando no solo el diseño del programa sino el acompañamiento del mismo en momentos específicos de su desarrollo y evaluación;
- que las universidades acompañen a los programas en los aspectos de desarrollo de la investigación, sus diseños metodológicos, seguimiento del proceso de reflexión que conlleven las investigaciones y las evaluaciones de las mismas. Además, deben generar capacidades en metodología de investigación;
- las universidades deben contribuir al perfeccionamiento docente con discusiones sobre su quehacer y las nuevas miradas que aquí se han expuesto, acompañándolos además en el desarrollo de las mismas, como modelos experimentales que deben perfeccionarse y comprobar sus resultados;
- en esta era digital, las universidades podrían diseñar cursos *online*, aprovechando que algunas hasta tienen plataformas de enseñanza- aprendizaje virtuales. Estos cursos podrían contribuir con diferentes temas y problemas, desde los enfocados en el desarrollo científico en cada una de las áreas de especialidades, otros que aborden temas de conocimientos transversales para todas las especialidades (los de ética y bioética, por ejemplo) así como aquellos que puedan potencializar la formación permanente de las competencias profesionales del profesorado;
- las universidades deben también contribuir con el intercambio de residentes con otras universidades nacionales e internacionales para su participación en cursos que puedan ser de provecho tanto para el residente como para el país.

Es mucho lo que las universidades pueden aportar en este camino de repensar una nueva educación para los profesionales y especialistas que el país necesita. El poder de crear es una de sus grandes funciones.

### 5.3- Condiciones apropiadas para el aprendizaje en los servicios hospitalarios

Los hospitales son instituciones sumamente complejas por su labor primaria de atender con la calidad más alta posible los problemas de salud y enfermedad de la población que allí concurre. Es conocido el incremento del número de personas que acuden a los hospitales dominicanos, en parte por el aumento de la población, pero también por el abandono paulatino y poco desarrollo que ha tenido la estrategia de Atención Primaria en el país en todos los niveles, pero principalmente en el primer nivel de atención, como una de sus puertas principales de entrada al sistema.

Estas condiciones pudieran estar imprimiendo un desbordamiento en sus clásicas funciones, donde el gasto se incrementa y el personal es cada vez más reducido dado la alta demanda. También habría que agregar la poca resolución de los problemas y la fragmentación y segmentación del Sistema de Salud.

A esta complejidad hay que añadirle la de formar a los futuros especialistas del país, lo que conlleva a organizar otra práctica muy distinta y para la cual se necesita organizar un entramado de situaciones educativas que permitan desarrollarla con calidad.

La principal responsabilidad en esta tarea educativa es contribuir a crear condiciones óptimas para el cumplimiento de su misión educativa. Además de la racionalidad y administración hospitalaria que demanda el hospital en todas sus dimensiones de atención, se le agrega esta función de organización de *una escuela de formación de especialistas*.

Desde hace unos años, en América Latina, se observa un deterioro de los programas educativos de las residencias en general y como consecuencia han surgido en múltiples debates algunas preguntas: ¿Están los hospitales a la altura de los procesos educativos para formar con calidad los especialistas que necesita el país? ¿Son los residentes profesionales y al mismo tiempo estudiantes para obtener un nuevo grado en su carrera profesional? ¿Son los residentes parte de la planta de trabajo hospitalario o deberían ser becarios en proceso de formación para obtener un nuevo título universitario? ¿Están los residentes asumiendo tareas y responsabilidades que corresponde al personal permanente de la planta hospitalaria?

Este tipo de preguntas sobre las distintas realidades de las residencias en el país también hay que colocarlas en la mesa de discusiones entre los diferentes actores que ocupan tanto la rectoría de los programas como el desarrollo de los mismos.

Admitir la complejidad de la gestión hospitalaria y la gestión educativa y trazar un camino para alcanzar la calidad en la atención y la calidad educativa es un proceso que debe partir de la capacidad de sincerarse y valorar las reales capacidades, además de trazarse algunos mapas de ruta para resolver algunos problemas que ya son muy obvios y requieren soluciones.

Algunos problemas inadmisibles surgieron de las encuestas. El derecho al respeto del descanso del residente, el abandono definitivo del autoritarismo, de los abusos de poder y las llamadas sanciones. Estos deben ser abordados por parte de la dirección de los hospitales y trabajar sobre nuevos reglamentos y reflexiones que contribuyan a mejorar el trato que se les da a los profesionales alumnos. Ya hemos expresado en las conclusiones que, no se aprende bajo situaciones de stress, presiones y castigos y que estos esquemas obsoletos de “enseñar como aprendimos” deben ser cambiados y asumido otro pensamiento educativo que forme

profesionales con capacidades técnicas pero comprometidos para contribuir a una mejor sociedad.

Como cualquier espacio para la formación de nuevos profesionales o niveles educativos, se deben preparar y cuidar los ambientes para el aprendizaje, entre ellos, un aula de trabajo colectivo y de estudio, un entorno de trabajo en equipo donde prime el respeto y humanismo entre todos, los espacios y tiempos para el intercambio y participación, los tiempos de estudio, reflexión e investigación académica-hospitalaria, el acceso a internet y fuentes de información actualizada e identificadas.

Conjuntamente con las universidades, se deben de generar ambientes virtuales de aprendizaje, diseñados a través de internet, en las propias plataformas educativas virtuales de las universidades que avalan. Sin lugar a dudas esta propuesta serviría a crear esta nueva mirada de aprender y de reflexionar sobre la práctica hospitalaria y para generar nuevos conocimientos.

El reto de la transformación de las residencias médicas es de todos los involucrados legalmente. Han pasado 50 años desde la apertura de este sistema, que sin duda ha dejado un conjunto de especialistas útiles para el país. Las críticas de cómo están funcionando actualmente pueden y deben superarse. Se necesita voluntad y deseos para hacerlo y lo más importante, pensar en los nuevos especialistas de calidad que el país necesita y como construir los caminos apropiados para alcanzarlo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aisenberg, B y Alderoqui, S (Comps.). Didáctica de las ciencias sociales. Buenos Aires: Paidós; 1994.
2. Borrell, R. La educación médica de postgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa. Buenos Aires: OPS/OMS; 2005.
3. Borrell, R. Protocolo de investigación sobre residencias médicas del servicio de salud de la República Dominicana. OPS/OMS-Ministerio de Salud. Santo Domingo, marzo 2019.
4. Brockbank, A. y McGill, I. Aprendizaje reflexivo en la educación superior. Madrid: Morata; 2002.
5. Contreras, J. Enseñanza, currículum y profesorado: Introducción crítica a la didáctica. Madrid: Ed. Akal; 1990.
6. DeSeCo. Definición y selección de competencias llave. OCDE. 2003.
7. Eusebio, H. Segundo informe diagnóstico programas residencias médicas. Santo Domingo: Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología; 2015.
8. Fenstermacher, G. “Tres aspectos de la filosofía de la investigación sobre la enseñanza. En: Wittrock, M. La investigación de la enseñanza. 1: Enfoques, teorías y métodos. España: Paidós; 1989.
9. Fischer, K. “Mind, Brain, and Education: Building a Scientific Groundwork for Learning and Teaching”. *Mind, Brain and Education Journal*. 2009. 3(1).
10. Foucault, M. Vigilar y castigar. 3. Ed. México: Siglo XXI Editores; 2000.
11. Gimeno Sacristán y Pérez Gómez. La enseñanza: su teoría y su práctica. Madrid: Akal; 1989.
12. Gimeno Sacristán. La pedagogía por objetivos: obsesión por la eficiencia. Madrid: Morata; 1997.
13. Gimeno Sacristán et al. Educar por competencias: ¿Qué hay de nuevo? 3. Ed. Madrid: Ediciones Morata; 2011.
14. Gomera, A. Diagnóstico situacional de las residencias médicas. Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología; 2013.
15. Guichot-Rein, V. El enfoque de capacidades de Martha Nussbaum y sus consecuencias educativas: hacia una pedagogía socrática y pluralista. Salamanca, España: ediciones Universidad de Salamanca. *Teor. Educ.* 2015. 27(2):45-70.

16. Kemmis, S. El curriculum: más allá de la teoría de la reproducción. 2. Ed. Madrid: Morata; 1986.
17. Litwin, E. Las configuraciones didácticas: Una nueva agenda para la enseñanza superior. Buenos Aires: Paidós Educador; 1997.
18. Morín, E. Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Paris: UNESCO; 1999.
19. Naciones Unidas. Transversalización, aceleración y asesoría política (MAPS). Informe de la misión conjunta interagencial. Grupo de las Naciones Unidas para el desarrollo América Latina y el Caribe. Santo Domingo: NU; 2018.
20. Nussbaum, M. El cultivo de la humanidad: una defensa clásica de la educación liberal. Barcelona: Paidós. 2005.
21. Ono, T; LaFortune, G; Schoenstein, M. Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries. OECD Health Working Papers, No. 62, OECD Publishing.
22. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030. 69.a Asamblea Mundial de la Salud. Proyecto de resolución WHA 69.19. Ginebra: OMS; 2016.
23. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal. Proyecto de resolución. 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 69ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington D. C.: OPS; 2017.
24. Organización Panamericana de la Salud. Preparar a la Región de las Américas para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre la salud. Washington, D.C.: OPS; 2015.
25. Organización Panamericana de la Salud. Residencias médicas en América Latina. Serie: Renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Washington D.C.: OPS/OMS; 2011.
26. Peinado Herreros, J. Competencias Médicas. Educación Médica. Septiembre 2015. Vol.8 supl.2.
27. Pérez Gómez, A. Educarse en la era digital. Madrid: Morata; 2012.
28. Pérez Gómez (Dir.) El portafolios educativo en educación superior. Argentina, España, México: Akal, 2016.
29. República Dominicana. Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología. Reglamento del nivel de postgrado de las instituciones de educación superior. Santo Domingo: MESCyT; 2009.

30. Salvioli, E. Pensar la residencia. Ateneos de Clínica Médica. La Plata, Argentina: Universidad Nacional de la Plata, Facultad de Ciencias Médicas; 2017.
31. Schön, D. La formación de los profesionales reflexivos: hacia un diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Barcelona: Paidós; 1992.
32. Stenhouse, L. Investigación y desarrollo del currículo. 3. Ed. Madrid: Morata; 1991.
33. Torres, J. El currículum oculto. 6. Ed. Madrid: Morata; 1998.
34. Usher, R y Bryant. La educación de adultos como teoría, práctica e investigación. El triángulo cautivo. 2. Ed. La Coruña, España: Fundación Paidea; 1997.
35. Vázquez Recio, R (Coord.) Reconocimiento y bien común en educación. Madrid: Morata; 2018.