

**Universidad Nacional Experimental
de los Llanos Occidentales
“EZEQUIEL ZAMORA”**



La Universidad que siembra

**Vicerrectorado de Infraestructura
y Procesos Industriales
Programa de Estudios Avanzados
Maestría en Ciencias de la Educación
mención Docencia Universitaria**

**PROGRAMA DE PERFECCIONAMIENTO PROFESIONAL EN
ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE PARA
MÉDICOS Y MÉDICAS**

AUTOR:

**Miguel A. Martino Gonzalez
C. I. Nro. V-16.775.531**

San Carlos, mayo de 2019

**Universidad Nacional Experimental
de los Llanos Occidentales
“EZEQUIEL ZAMORA”**



La Universidad que siembra

**Vicerrectorado de Infraestructura
y Procesos Industriales
Programa de Estudios Avanzados
Maestría en Ciencias de la Educación
mención Docencia Universitaria**

**PROGRAMA DE PERFECCIONAMIENTO PROFESIONAL EN
ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE PARA
MÉDICOS Y MÉDICAS**

**Caso: Red de Servicios de Salud del municipio autónomo Ezequiel Zamora,
estado Bolivariano de Cojedes**

Requisito parcial para optar al grado de
Magíster Scientiarum

AUTOR:

Miguel A. Martino Gonzalez
C. I. Nro. V-16.775.531

TUTOR: Reynaldo Mujica Mendoza

San Carlos, mayo de 2019



Programa de Estudios Avanzados

ACTA DE PRESENTACIÓN / DEFENSA TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO, TESIS DOCTORAL

Nosotros, miembros del jurado de:

Trabajo Especial de Grado	X	Trabajo de Grado	Tesis Doctoral
---------------------------	---	------------------	----------------

Titulado:

PROGRAMA DE PERFECCIONAMIENTO PROFESIONAL EN ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE PARA MÉDICOS Y MÉDICAS

Elaborado por el participante:

Nombres, Apellidos y Cédula de Identidad

MIGUEL ANGEL MARTINO GONZALEZ, C.I. V-16.775.531

Como requisito parcial para optar al grado académico de: Magister Scientiarum, el cual es ofrecido en el programa de: Maestría en Ciencias de la Educación, mención Docencia Universitaria, del Programa de Estudios Avanzados del Vicerrectorado de Infraestructura y Procesos Industriales de la UNELLEZ - San Carlos, hacemos constar que hoy, viernes, 17 de mayo de 2019, a las 10:00 horas de la mañana, se realizó la presentación / defensa del mismo, acordando:

- APROBAR LA PRESENTACIÓN / DEFENSA DEL TRABAJO / TESIS.
- APROBAR LA PRESENTACIÓN / DEFENSA DEL TRABAJO / TESIS, OTORGANDO MENCIÓN PUBLICACIÓN.
- APROBAR LA PRESENTACIÓN / DEFENSA DEL TRABAJO / TESIS, OTORGANDO MENCIÓN HONORÍFICA.
- APROBAR LA PRESENTACIÓN / DEFENSA DEL TRABAJO / TESIS, OTORGANDO MENCIÓN PUBLICACIÓN Y HONORÍFICA.

Dando fe de ello levantamos la presente acta, la cual finalizó a las

10:40 am.

1.- Jurado Coordinador

MSc. Reynaldo Mujica Mendoza
C.I. V-16.425.858 (Tutor-UNELLEZ)

2.- Jurado Principal

MSc. Ghèyla Peralta González
C.I. V-20.485.178 (UNELLEZ)

3.- Jurado Principal

Dra. Emilia Lugo Tovar
C.I. V-7.006.117 (UC)

4.- Jurado Suplente 1

Dr. Danny Orasma Villamediana
C.I. V-11.964.355 (UNELLEZ)



5.- Jurado Suplente 2

MSc. Rafael Reyes
C.I. V-6.898.573 (UNESR)

Nota: Esta acta es válida con tres (03) firmas y un sello.

**UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL DE LOS
LLANOS OCCIDENTALES “EZEQUIEL ZAMORA”
PROGRAMA DE ESTUDIOS AVANZADOS
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
MENCIÓN DOCENCIA UNIVERSITARIA**

APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, Reynaldo Mujica Mendoza, titular de la cédula de identidad Nro. V-16.425.858, hago en mi carácter de tutor del Trabajo de Grado titulado: **PROGRAMA DE PERFECCIONAMIENTO PROFESIONAL EN ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE PARA MÉDICOS Y MÉDICAS**, presentado por el ciudadano Miguel A. Martino Gonzalez, titular de la cédula de identidad Nro. V-16.775.531, para optar al título de *Magíster Scientiarum* en Ciencias de la Educación mención Docencia Universitaria, por medio de la presente certifico que he leído el trabajo, por lo cual considero que reúne las condiciones para ser defendido y evaluado por el jurado examinador que se le designe.

En la ciudad de San Carlos, a los 15 días del mes de abril del año 2019.



Reynaldo Mujica Mendoza
Firma de Aprobación del Tutor

DEDICATORIA

Dedicado otra vez a todas aquellas personas que están empeñadas en la consolidación del Sistema Público Nacional de Salud en Venezuela (SPNS)...

Y así, se ha escrito este Trabajo para que podamos comprender el papel del Médico en nuestro SPNS. Tremenda deuda...

Miguel Angel Martino Gonzalez.

AGRADECIMIENTO

A la omnipotencia suprema del Padre Creador, por su amor infinito. A Elena, mi madre, por su valiosa comprensión y ser mi pilar fundamental en cada meta alcanzada. A mis hermanos Elena, Leonel y Heylenne, siempre presentes a mi lado, apoyándome. A mi hermano y amigo Reynaldo Mujica Mendoza, porque sin su invaluable ayuda como tutor, no habría podido llevar a feliz término esta investigación. A todos los profesionales que de manera directa o indirecta me permitieron utilizar su material como ilustración y colaboraron en la culminación de éste trabajo, a todos, mi gratitud infinita.

Miguel Angel Martino Gonzalez.

ÍNDICE

	pp.
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
LISTA DE TABLAS	ix
LISTA DE IMÁGENES.....	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	14
HOLÓN I: PROBLEMATIZACIÓN.....	16
El Problema.....	16
Sistematización de las Experiencias Vividas por el Investigador.....	17
Pregunta Generadora de la Investigación.....	22
Concepto Sensibilizador: Praxis Médico-Docente.....	24
Propósitos de la Investigación.....	26
Propósito general.....	26
Propósitos específicos.....	26
Justificación e Importancia de la Investigación.....	27
HOLÓN II: TEÓRICO INICIAL.....	28
La Teoría.....	28
Experiencias Previas.....	31
Teorías Sustantivas.....	35
Teorías Generales.....	41
Marco Legal Aplicable.....	44
HOLÓN III: METÓDICA.....	47
Adscripción Paradigmática.....	47
Tipo de Investigación.....	48
Diseño de la Investigación.....	49
Actores Sociales.....	50
Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información.....	52
Técnica de Interpretación y Análisis de la Información.....	53
Validez y Fiabilidad de la Investigación.....	55
HOLÓN IV: DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO.....	57

Categorías Axiales que emergieron del Fenómeno en Estudio.....	78
HOLÓN V: PLANIFICACIÓN.....	80
Fundamentación Teórica.....	80
Objetivo General del Programa de Perfeccionamiento Profesional.....	81
Destinatarios.....	81
Estructura del Programa de Perfeccionamiento Profesional.....	81
HOLÓN VI: EJECUCIÓN.....	92
HOLÓN VII: VALORACIÓN DE LOS HALLAZGOS.....	115
Reflexión Final.....	128
REFERENCIAS CONSULTADAS.....	130

LISTA DE TABLAS

TABLA	pp.
1. Sistematización del concepto sensibilizador expuesto por los actores sociales.....	23
2. Categorización abierta de la narratividad del actor social MÉDICO-1...	57
3. Categorización abierta de la narratividad del actor social MÉDICO-2...	59
4. Categorización abierta de la narratividad del actor social MÉDICO-3...	61
5. Categorización abierta de la narratividad del actor social MÉDICO-4...	64
6. Categorización abierta de la narratividad del actor social MÉDICO-5...	66
7. Categorización abierta de la narratividad del informante clave IC-1.....	69
8. Categorización abierta de la narratividad del informante clave IC-2.....	72
9. Categorización axial de la narratividad de los actores sociales y de los informantes claves.....	74
10. Cronograma de Actividades Módulo I: Comunicación Médica.....	85
11. Cronograma de Actividades Módulo II: Sociología de la Enseñanza en Medicina.....	86
12. Cronograma de Actividades Módulo III: Psicología del Aprendizaje Médico.....	87
13. Cronograma de Actividades Módulo IV: Didáctica Aplicada en las Ciencias Médicas.....	88
14. Cronograma de Actividades Unidad V: Planificación en la Educación Médica.....	89
15. Cronograma de Actividades Unidad VI: Evaluación de los Aprendizajes en Medicina.....	90
16. Categorización abierta de las observaciones registradas durante la ejecución de actividades del módulo I: Comunicación Médica.....	91
17. Categorización abierta de las observaciones registradas durante la ejecución de actividades del módulo II: Sociología de la Enseñanza en Medicina.....	94
18. Categorización abierta de las observaciones registradas durante la ejecución de actividades del módulo III: Psicología del Aprendizaje Médico.....	96
19. Categorización abierta de las observaciones registradas durante la ejecución de actividades del módulo IV: Didáctica Aplicada en las Ciencias Médicas.....	98
20. Categorización abierta de las observaciones registradas durante la ejecución de actividades del módulo V: Planificación en la Educación Médica.....	103
21. Categorización abierta de las observaciones registradas durante la ejecución de actividades del módulo VI: Evaluación de los	

Aprendizajes en Medicina.....	107
22. Categorización axial de las observaciones registradas durante la ejecución del Programa.....	110
23. Narratividad del actor social MÉDICO-1 sobre su experiencia personal	115
24. Narratividad del actor social MÉDICO-2 sobre su experiencia personal	115
25. Narratividad del actor social MÉDICO-3 sobre su experiencia personal	116
26. Narratividad del actor social MÉDICO-4 sobre su experiencia personal	116
27. Narratividad del actor social MÉDICO-5 sobre su experiencia personal	117

LISTA DE IMÁGENES

IMAGEN	pp.
1. Codificación Axial con las categorías y subcategorías emergentes del actor social MÉDICO-1.....	59
2. Codificación Axial con las categorías y subcategorías emergentes del actor social MÉDICO-2.....	61
3. Codificación Axial con las categorías y subcategorías emergentes del actor social MÉDICO-3.....	64
4. Codificación Axial con las categorías y subcategorías emergentes del actor social MÉDICO-4.....	66
5. Codificación Axial con las categorías y subcategorías emergentes del actor social MÉDICO-5.....	69
6. Codificación Axial con las categorías y subcategorías emergentes del informante clave IC-1.....	71
7. Codificación Axial con las categorías y subcategorías emergentes del informante clave IC-2.....	74

**UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL DE LOS
LLANOS OCCIDENTALES “EZEQUIEL ZAMORA”
PROGRAMA DE ESTUDIOS AVANZADOS
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
MENCIÓN DOCENCIA UNIVERSITARIA**

**PROGRAMA DE PERFECCIONAMIENTO PROFESIONAL EN
ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE PARA
MÉDICOS Y MÉDICAS**

AUTOR: MIGUEL A. MARTINO G.

TUTOR: REYNALDO MUJICA MENDOZA

AÑO: 2019

RESUMEN

El propósito general de la presente investigación, fue “transformar la praxis docente de los médicos y médicas de la red de servicios de salud pública en el municipio Ezequiel Zamora del estado bolivariano de Cojedes, a través de un programa de perfeccionamiento profesional en estrategias didácticas de enseñanza-aprendizaje”. El estudio fue elaborado entre marzo 2018 y abril 2019. Metodológicamente la investigación se enmarcó en el paradigma socio-crítico, enfocada en el método de la Investigación Acción Participativa (IAP), mediante cuatro fases: Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Reflexión para la evaluación de los resultados. Se conformó un grupo de investigación acción participativa (GIAP), integrado por cinco actores sociales y dos informantes claves. La recolección de información se llevó a cabo mediante la entrevista semiestructurada, lo que permitió el abordaje a los profesionales de la salud, pertenecientes a la precitada red. Se aplicó un plan de acción representado en un programa de perfeccionamiento profesional en estrategias didácticas de enseñanza-aprendizaje para médicos y médicas, dictado por la Dirección de Investigación y Educación de la Dirección Estatal de Salud (DES) Cojedes. Como resultados significativos se mencionan los siguientes: Médicos sensibilizados por la labor docente que realizan otros médicos, pero que también reconocen el trabajo profesoral ejecutado por otros profesionales de la salud; médicos-docentes que ahora realizan diagnósticos participativos a fin de planificar las estrategias de enseñanza-aprendizaje y establecer las herramientas de evaluación; médicos-docentes que se inician en el empleo de rúbricas de evaluación y que ahora comprenden el alcance de la evaluación formativa; médicos que decidieron cursar estudios de cuarto nivel en materia educativa luego de culminar el programa.

Palabras Claves: Investigación Acción Participativa, Paradigma Socio-Crítico, Transformación, Praxis Médico Docente, Formación Médica Continua.

**UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL DE LOS
LLANOS OCCIDENTALES “EZEQUIEL ZAMORA”
PROGRAMA DE ESTUDIOS AVANZADOS
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
MENCIÓN DOCENCIA UNIVERSITARIA**

**PROGRAM OF PROFESSIONAL DEVELOPMENT IN TEACHING-
LEARNING STRATEGIES FOR MEDICALS**

**AUTHOR: MIGUEL A. MARTINO G.
TUTOR: REYNALDO MUJICA MENDOZA
YEAR: 2019**

ABSTRACT

The general purpose of the present investigation was “to transform the teaching praxis of the doctors of the public health service network in the Ezequiel Zamora municipality of the Bolivarian state of Cojedes, through a program of professional development in teaching-learning strategies”. The study was developed between March 2018 and April 2019. Methodologically, the research was framed in the socio-critical paradigm, focused on the Participatory Action Research (PAR) method, through four phases: Diagnosis, Planning, Execution and Reflection for evaluation from the results. A participatory action research group (PARG) was formed, composed of five social actors and two key informants. The collection of information was carried out through the semi-structured interview, which allowed the approach to health professionals, belonging to the aforementioned network. An action plan was applied, represented in a program of professional development in teaching-learning strategies for doctors, dictated by the Dirección de Investigación y Educación de la Dirección Estatal de Salud (DES) Cojedes. The following are mentioned as significant results: Physicians sensitized by the teaching work carried out by other doctors, but who also recognize the teaching work carried out by other health professionals; doctors-teachers who now perform participatory diagnostics in order to plan the teaching-learning strategies and establish evaluation tools; doctors-teachers who begin in the use of evaluation rubrics and who now understand the scope of the formative evaluation; doctors who decided to study fourth level in education after completing the program.

Key Words: Participatory Action Research, Socio-Critical Paradigm, Transformation, Medical Teaching Praxis, Continuing Medical Education.

INTRODUCCIÓN

Se dispone usted –apreciado lector– a consultar la memoria escrita de una ardua tarea que empezamos hace más de un año, la cual constituye el informe final de nuestro trabajo de investigación, presentado ante el Programa de Estudios Avanzados de la UNELLEZ-VIPI, para alcanzar el grado académico de *Magíster Scientiarum* en Educación mención Docencia Universitaria.

Esta brevísima reseña –tomando en consideración de todo el trabajo realizado y la información recabada–, se estructura en siete (7) capítulos que hemos denominado “holones”, siguiendo lo escrito por el doctor Gerardo Molina, insigne profesor de este vicerrectorado, en su texto: «El Proyecto de Investigación Acción Participativa en Educación, Teoría y Práctica» (2016).

En el primer holón, nombrado “Problematización”, se halla la sistematización de mis años de experiencias vividos como médico de Salud Pública, en el cual tuve el honor de desempeñarme –entre otras funciones– como Director de un hospital Materno, Coordinador Adjunto en Fundación Misión Barrio Adentro, Director Principal de FUNDASALUD Cojedes y como Sub-Director Estatal de Salud en el estado bolivariano de Cojedes, lo cual dio origen a la descripción ampliada del problema en estudio, con las consecuentes preguntas generadoras que orientaron el curso de la investigación.

En el segundo estadio u holón, llamado “Teórico Inicial”, contrastamos la teoría preliminar generada con este trabajo, consistente en la construcción colectiva y colaborativa del concepto sensibilizador de «Praxis Médico-Docente», creado a partir de los discursos expuestos por los actores sociales, con las investigaciones que sobre la materia ha hecho la doctrina especializada. Adicional, presentamos las teorías sustantivas, las teorías generales y el marco legal aplicable que circunda al problema de investigación.

La “Metódica” –nuestra tercera fase u holón– explica la naturaleza del estudio, la adscripción paradigmática, la forma cómo se recabó la información y la manera en que fueron interpretados esos datos; quiénes fungieron como actores sociales e

informantes claves, a través de la conformación de un Grupo de Investigación Acción Participativa (GIAP). Es decir, en este capítulo se explica el cómo se llevó a cabo la investigación.

El “Diagnóstico Participativo” –quinto holón– muestra los hallazgos obtenidos con las entrevistas hechas a los referidos actores sociales e informantes claves, mediante la codificación axial de las categorías y subcategorías que emergieron de sus discursos, y que constituyeron el *sumun* –la esencia– para avanzar hacia la siguiente estación.

En el holón “Planificación” –sexto peldaño– se presenta el plan de trabajo diseñado con los resultados del diagnóstico participativo, su fundamentación y justificación, consistente en el contenido curricular de un programa de perfeccionamiento profesional en estrategias didácticas de enseñanza-aprendizaje, especialmente dirigido a médicos que cumplen el rol docente.

En el sexto momento –holón “Ejecución”– se expresa el accionar de la planificación, a través del registro diario de actividad, tomado durante cada una de las clases realizadas en lo que fue la prueba piloto. Y finalmente, en la séptima fase –nombrada “Valoración de los Hallazgos”–, se presenta la reflexión sobre las intenciones propuestas y los resultados obtenidos.

HOLÓN I

PROBLEMATIZACIÓN

“El hombre no es otra cosa que su proyecto. Existe solo en la medida que se realiza, es la suma de sus actos, no es sino su vida” (Jean Paul Sartre).

El Problema

Concebida la idea, corresponde al investigador profundizar en el tema a fin de plantear el problema, lo cual significa afinar formalmente dicha idea de investigación. Todo proceso investigativo –necesariamente– inicia con la identificación y descripción del problema. En Investigación Acción Participativa (IAP), el problema es definido por quienes viven y sobrellevan la dificultad. Para Molina (2016), constituye una “una construcción colectiva, participativa, reflexiva, crítica y dialógica” (p. 52), que no responde a las necesidades particulares del investigador, como sí ocurre bajo el enfoque del paradigma positivista.

Problematizar, en el enfoque socio-crítico, ha de entenderse como la acción encaminada a hacer surgir las dudas e inquietudes que guiarán el desarrollo de la labor investigativa, por tanto, Molina (ob. cit.) precisa que “la problematización se da en un momento dado, en un contexto específico y con unos protagonistas específicos” (*Ibidem*). Formular la pregunta general de la investigación, significa –para el citado investigador– “un proceso complejo porque emerge de la intersubjetividad de los protagonistas del acto [...] e implica un procedimiento de síntesis de los diversos y contradictorios puntos de vistas que enuncian los sujetos en su dialogar” (p. 53).

Para la identificación y selección del problema, el autor *in comento* plantea una o la combinación de varias de las siguientes opciones y/o rutas:

- a) Por demanda institucional. b) Por demanda comunal. c) Por sistematización de experiencias que realiza el docente. d) Por jerarquización de dificultades. e) Por rizomatización de los problemas. f) Por triangulación de las subjetividades narradas por los sujetos. g) Por holarquización de las necesidades enunciadas (p. 56).

Devela, pues, este investigador la forma de alcanzar la identificación y selección del problema, empleando una o varias alternativas. Para la determinación de mi problema de investigación, me incliné hacia la sistematización de experiencias. Jara (2011), conceptualiza la sistematización de experiencias como el “proceso de reflexión e interpretación crítica sobre la práctica y desde la práctica, que se realiza con base en la reconstrucción y ordenamiento de los factores objetivos y subjetivos que han intervenido en esa experiencia, para extraer aprendizajes y compartirlos” (p. 67).

Sistematización de las Experiencias Vividas por el Investigador

La red de servicios de salud del municipio autónomo Ezequiel Zamora, capital del estado bolivariano de Cojedes, está conformada –en un sentido estricto– por once (11) Consultorios Populares Tipo 1; ocho (8) Consultorios Populares Tipo 2; y doce (12) Consultorios Populares Tipo 3. Esta reclasificación de los establecimientos de salud la efectuó el titular del despacho del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPPS), según Resolución Nro. 400, publicada en Gaceta Oficial Nro. 40.723, siguiendo lo escrito por Martino (2016), “tomando en cuenta una serie de criterios enmarcados en el número de habitantes, número de familias y servicios médicos que se ofertan en los mismos” (p. 17).

La ciudad de San Carlos –capital del aludido municipio–, dispone de cuatro (4) establecimientos que complementan el nivel primario de atención, pertenecientes a la Red Ambulatoria Especializada. En primer lugar, el Ambulatorio “Augusto Malavé Villalba” conocido como La Morena, ubicado en la avenida Ricaurte de la ciudad; el Ambulatorio “Blanca de Pérez”, el cual se ubica en el sector Los Malabares; Ambulatorio “Menca de Leoni”, ubicado en el sector Limoncito; y finalmente, la Unidad Sanitaria “Dr. Cándido Díaz Carballo” que se ubica en el cruce de las calles Páez y Manrique, frente a la Plaza Bolívar. Tanto los consultorios populares, como

los ambulatorios de la red especializada, pertenecen a la Red de Servicios de Salud, dependiente de la Dirección Estatal de Salud (DES), órgano desconcentrado de la Administración Pública Estatal, el cual representa el brazo ejecutivo del MPPPS en la entidad llanera.

Durante el año 2016, el municipio autónomo Ezequiel Zamora contaba con una población de 117.505 habitantes, de acuerdo a la proyección realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), distribuida en una superficie de 2.507 kilómetros cuadrados; y para completar la Red de Servicios de Salud que atiende a dicha población, se cuenta con un hospital general denominado “Hospital General Dr. Égor Nucete”, el cual –de acuerdo a lo expuesto por Martino (ob. cit.)–, “presta servicios especializados que solo brinda el sector público, como por ejemplo el servicio de Neonatología y la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), con un alcance a todo el estado Cojedes” (Pp. 16-17).

La red que se acaba de describir someramente, es atendida por ciento siete (107) profesionales de la medicina, de los cuales cuarenta y siete (47) son médicos integrales comunitarios, mientras que el resto son galenos egresados de las denominadas «universidades tradicionales». Así, pues, los médicos y médicas autorizados para el ejercicio de la profesión conforme a la ley que rige la materia, deben cumplir con cuatro tareas básicas a saber: Un rol asistencial, el cumplimiento de funciones administrativas-gerenciales, una labor investigativa y una función docente. Sobre este particular, Goic (2000), citado por Cortés (2009), precisa:

El propósito de la educación médica es capacitar al estudiante para promover la salud, prevenir las enfermedades, resolver los problemas de salud oportunamente y contribuir al desarrollo del individuo, familia y sociedad. Para lograrlo el alumno debe adquirir el dominio sobre el primer pilar de la medicina: el arte clínico (p. 320).

Escribe el citado autor que resulta una obligación directa del médico-docente, facilitar la búsqueda de herramientas para que los participantes adquieran una formación clínica sólida, basada en evidencias, un espíritu de investigación, la capacidad para recolectar datos útiles a su auto aprendizaje y estimularlo a emprender

una educación continua. Todo esto debiera culminar en que el estudiante al finalizar su pregrado, esté en condiciones para desenvolverse temporalmente en los ámbitos iniciales de la práctica de la Medicina y, posteriormente, acceder a los programas de formación de especialistas (*Ibídem*).

Entonces, penetrando en la problemática que presentan los médicos y médicas en ejercicio de su función docente, bien sea en el área hospitalaria, en las consultorios de atención primaria, en las consultas especializadas o de atención médica secundaria, se observa que ésta inicia con un perfil académico que no corresponde con los requerimientos que reclama una tarea educativa cada vez más compleja, en aras de propiciar aprendizajes significativos en los participantes, apoyados en herramientas pedagógicas eficaces, bases filosóficas, científicas y tecnológicas adecuadas a las circunstancias históricas de cambio.

La función de médico-docente presenta varias perspectivas u ópticas, lo cual dista mucho de ser un simple proveedor de información, pues a éste le compete convertirse en un agente que propicie situaciones de aprendizaje que marquen la vida de sus estudiantes, por ende, resulta un modelo a seguir; debe ser facilitador, evaluador, planeador, mediador, diseñador de recursos didácticos, investigador académico y agente activo de cambios y transformaciones. Un verdadero rol transcomplejo.

Sin embargo, muchos de los médicos en funciones docentes carecen de las herramientas pedagógicas para cumplir con tales funciones, por tanto, la eficiencia en este ámbito resulta altamente cuestionable. Castilla *et al* (2007), afirma que “estos hallazgos son similares a los encontrados en otros estudios a nivel mundial y que hacen necesario establecer una mirada hacia la capacitación pedagógica del médico, que a su vez favorezca y mejore la enseñabilidad de las ciencias médicas” (p. 1). En este sentido, Da Silva (2010) señala que:

La actuación docente en el área médica se restringe a la reproducción de modelos considerados válidos, aprendidos anteriormente, y a la experiencia práctica cotidiana. Esa actuación refleja la formación no profesional, adquirida de forma no reflexiva, como algo natural, llamado sentido común y es aceptada en gran parte por los docentes,

ya que escapa a la crítica y se transforma en un concepto espontáneo y generalizado sobre lo que es enseñar (p. 3).

El citado autor asegura cuestiones realmente alarmantes y es que investigaciones realizadas con profesores de medicina, revelan que la docencia es considerada una actividad secundaria a la profesión médica y que la carrera de docente no es considerada una profesión. Esos mismos profesores –a groso modo–, son considerados buenos profesionales en su área específica de actuación y el criterio de contratación de los médicos para que impartan cursos de medicina, se basa en la calidad de su desempeño en su área técnica de actuación (*Ibidem*).

La praxis docente del médico generalmente está marcada por el conocimiento adquirido de sus profesores, mediante clásicos métodos presenciales, clases magistrales y evaluación a través de exámenes escritos, siendo los futuros médicos receptores pasivos del conocimiento, lo cual se pone en evidencia durante la práctica profesional. La presente investigación propone la necesidad de un cambio de paradigma cuyo interés sea contribuir con la integración de valores del médico al campo de la docencia universitaria, lo cual se traduzca en un mayor beneficio para los médicos en formación.

Se hace, entonces, necesario modelar los lineamientos para construir el perfil médico como docente, fundamentado sobre los cimientos científicos del conocimiento, las habilidades, valores y actitudes para el desenvolvimiento adecuado como formadores y mediadores del aprendizaje en el ámbito andragógico universitario hospitalario. Salcedo (2015) precisa que “la educación médica en el ámbito hospitalario es realizada por médicos especialistas que se encargan de formar a los estudiantes de medicina y a los alumnos de las especializaciones médicas y quirúrgicas, y, simultáneamente, cumplen con funciones en la atención a los pacientes” (p. 77).

Este autor escribe que la enseñanza de la medicina se realiza, preferencialmente, en el hospital universitario, lo que lo constituye en un espacio educativo que permite el estudio de las particularidades de la educación médica, así como el estudio de las vivencias de los profesores de medicina, para comprender las características de la

educación en esta profesión y conocer aspectos de lo que es ser profesor de medicina (*Ibidem*). Ahora bien, resulta interesante traer a colación lo escrito por Berríos (2008), cuando afirma que:

La formación médica debe ser integral, en el currículo médico se debe incluir aspectos relacionados con las humanidades que permitan a los estudiantes llegar a ser profesionales competentes, de conducta ética y sensibilidad estética adecuada, a fin de constituirse en un elemento que no sólo satisfaga las exigencias de la sociedad, sino que contribuya a su perfeccionamiento (p. 319).

En los estudios de medicina –sin duda alguna–, la formación básica se consigue en la denominada educación universitaria, empero, resulta necesario que esta formación deba complementarse y prolongarse durante toda la vida, con la intención de que el médico adquiera las habilidades y destrezas necesarias para su ejercicio profesional; además de una actitud conveniente a fin de mantener una conducta adecuada, de acuerdo con los principios de la ética y las buenas costumbres. Nogueira *et al*, citados por Lizaraso (2013), precisan algunas de las competencias básicas que debe tener el Docente en Medicina:

Preparación docente sistemática; Dominio de los contenidos que se deben impartir; Selección de los métodos de enseñanza según el contenido y el tipo de clase; Comprensión de los objetivos que deben lograr los estudiantes; Tratamiento ético en las situaciones de enseñanza-aprendizaje; Utilización de una comunicación que permita el aprendizaje; Relación de los objetivos con la evaluación; Organización del grupo de estudiantes; Participación del estudiante en su propio aprendizaje (p. 4).

Valdez *et al* (2007) entienden al perfil del médico como docente en la educación universitaria, como “el conjunto de cualidades o rasgos personales más significativos y caracterizadores, para proporcionar ayuda no sólo al médico en formación, sino también al equipo paramédico, para bien del paciente y comunidad en general” (p. 250). Se requieren médicos que sean verdaderos docentes, con una sólida preparación pedagógica, plenos de valores patrios y humanísticos y con sólidas competencias profesionales, capaces de formar íntegros profesionales de la salud.

Durante mis años como Subdirector Estatal de Salud en el estado Cojedes (2013-2016), y luego como investigador activo en el desarrollo de la Maestría en Gerencia Pública, cursada en esta prestigiosa casa de estudios universitarios (UNELLEZ, 2016), pude evidenciar las deficiencias y carencias pedagógicas de los médicos y médicas adscritos a la red de servicios donde se ha de circunscribir el estudio, quienes en cumplimiento de su función docente, emplean estrategias y métodos de enseñanza-aprendizaje que pecan por ser excesivamente conductistas, reactivos y hasta hostiles, en detrimento de la calidad en la formación de los estudiantes de medicina.

La razón es que éstos médicos en ejercicio de su rol profesoral, fueron formados de esa manera y se limitan a reproducir –como una copia al carbón– un patrón que se considera “normal” en la pedagogía médica. Estas estrategias didácticas hoy día se consideran, por escribir lo menos, anacrónicas, desfasadas, contrarias a principios constructivistas y humanistas que deben regir todo proceso de educación, máxime tratándose de una profesión que amerita –ante todo– una profunda vocación de servicio y un alto sentido de altruismo.

Ese amor por y para la pedagogía y el aprendizaje continuo, debería ser transmitido tempranamente en el aula de clases, en la relación médico-docente y estudiante de medicina, teniendo en cuenta lo escrito por Borges *et al* (2014), al señalar que la universidad está obligada a “garantizar el desarrollo y perfeccionamiento continuo de los recursos humanos en salud para garantizar la calidad de la atención al paciente, la familia, la comunidad y el medio ambiente y elevar el estado de salud de la población” (p. 2).

Pregunta Generadora de la Investigación

Molina (ob. cit.) nos dice que la pregunta generadora de la investigación no sale de la nada, sino que, muy por el contrario:

Se visibiliza cuando las personas como respuestas a preguntas exploratorias sobre sus necesidades, narran desde sus subjetividades las dificultades que viven en el aula de clase, institución educativa o comunidad y se contrastan con las observaciones que los y las docentes han venido sistematizando durante la interacción con el grupo

de estudiantes para llegar por consenso o mayoría, a identificar y seleccionar el problema que genera la investigación, el cual se expresa como una interrogante que desafía el saber (p. 53).

Parafraseando a Chávez (2004), es posible aseverar que formular la inquietud que guía una investigación, implica hacer salir a la luz el problema desde la interioridad de los sujetos a través de interrogantes, lo cual es una acción esencialmente mayéutica que significa “sacar a la luz” (p. 64). Para Molina (ob. cit.), la pregunta generadora “es la interrogante principal que define el problema y en consecuencia direccionará el proceso de investigación durante los subsecuentes pasos y ciclos o momentos de la IAP” (p. 73). A su juicio, “este constituye el paso número dos de la metódica o procedimiento del momento problematización” (*Ibídem*).

Así las cosas, de lo expuesto hasta ahora, surgió la siguiente pregunta generadora que guió el desarrollo de la presente investigación: «¿Cómo transformar la praxis docente de los médicos y médicas de la red de servicios de salud pública en el municipio Ezequiel Zamora del estado bolivariano de Cojedes, a través de un programa de perfeccionamiento profesional en estrategias didácticas de enseñanza-aprendizaje?».

Para esclarecer a esta inquietud, fue necesario dar respuesta otras interrogantes secundarias: ¿Cuál es la situación actual de los médicos y médicas en ejercicio de su rol cómo docentes-formadores? ¿Qué áreas temáticas deben tomarse en cuenta para el diseño de un programa de perfeccionamiento profesional en estrategias didácticas de enseñanza-aprendizaje, de acuerdo a la realidad evidenciada en los médicos y médicas? ¿En qué medida cambiaría la praxis docente de los actores sociales, con la ejecución del programa de perfeccionamiento profesional en estrategias didácticas de enseñanza-aprendizaje? ¿Cuál sería el resultado de la ejecución del programa de perfeccionamiento profesional en estrategias didácticas de enseñanza-aprendizaje dirigido a médicos y médicas?

Concepto Sensibilizador: Praxis Médico-Docente

Para avanzar en el proceso de la problematización, me planteé indagar las concepciones existentes de cada actor social. Sobre este particular, Robledo (2009), define a los actores sociales como “aquellas personas que, por sus vivencias, capacidad de empatizar y relaciones que tienen en el campo pueden apadrinar al investigador, convirtiéndose en una fuente importante de información, a la vez que le va abriendo el acceso a otras personas y a nuevos escenarios” (p. 3).

Mi selección de los actores sociales, fue realizada basándome en los siguientes criterios: Médicos Cirujanos –egresados de universidades tradicionales– dedicados a la atención primaria de salud; y Médicos Integrales Comunitarios dedicados a la atención primaria de salud. De acuerdo al criterio esbozado por Strauss *et al* (2002), es importante realizar al mismo tiempo la recolección y el análisis de los datos (p. 61). Para ello tome una muestra teórica de cinco actores sociales, pertenecientes a la Red de Servicios de Salud del municipio autónomo Ezequiel Zamora, estado Bolivariano de Cojedes, quienes fueron co-investigadores en la presente labor.

En función de la entrevista inicial, los actores sociales dieron una concepción desde su perspectiva y sus conocimientos, sobre lo que el grupo focal entendía por «Praxis Médico-Docente», además de narrar sus experiencias y anécdotas, con respecto a la interrogante planteada. Esta integración permitió humanizar en esta primera fase, la participación protagónica de los actores sociales, quienes por ser co-investigadores, contaron con un rol dinámico durante todo el proceso, los cuales empezaron a compartir sus anécdotas y saberes sobre el tema. De todos sus discursos, sistematicé la narrativa que a continuación se presenta (Tabla 1).

Tabla 1
Sistematización del concepto sensibilizador expuesto por los actores sociales

Actor Social	Socialización del concepto de «Praxis Médico-Docente»
MÉDICO-1	Son las habilidades y destrezas que posee un médico para dar clases, transmitiendo conocimientos a los estudiantes de medicina , y de la educación que puede brindar a la población desde el consultorio.
MÉDICO-2	Para mi ese es la manera en que el médico se forma y se desenvuelve como profesor en el área de la medicina .
MÉDICO-3	Yo lo definiría como aquellos elementos que utiliza el médico a la

	hora de brindar de manera correcta una verdadera promoción de salud, así como técnicas de prevención en salud tanto para la población como para otros profesionales de la salud.
MÉDICO-4	Es la forma práctica en que un médico brinda su conocimiento a los estudiantes de medicina, médicos, profesionales de salud o al pueblo.
MÉDICO-5	Es el arte mediante el cual los médicos impregnan a los estudiantes y otros profesionales de la salud de los conocimientos médicos necesarios para preservar el estado de salud de la población, así como lograr la transformación del estilo de vida a un modo saludable.

Fuente: Elaboración Propia (2019).

Se visualiza en la tabla precedente, una dispersión en los componentes que, a criterio de los actores sociales, definen el concepto de «Praxis Médico-Docente», pues el primero de ellos considera que se refiere a “habilidades y destrezas”, otro refiere que son “elementos”; el siguiente piensa que es una “forma práctica”; mientras que el último cree que es un “arte”. Todos, sin embargo, coinciden en que atañe directamente a quienes ejercen la profesión de la Medicina, entiéndase a los médicos. Tres lo asocian con “conocimientos”, pero uno indica que se refiere a su “transmisión”, otro a “brindarlo” y otro a “impregnar” de conocimientos a los estudiantes de medicina y a otros profesionales de la salud. Otros dos incluyen elementos que resultan interesantes para la construcción del concepto sensibilizador, que es la “promoción de la salud” o “transformación del estilo de vida” y las “técnicas de prevención en salud” o “preservar el estado de salud”.

Molina (ob. cit.), precisa que los conceptos sensibilizadores, son aquellos que “emergen de la experiencia concreta y del caso particular en estudio, del cual se efectúan generalizaciones para incrementar su significación” (p. 95). Así, pues, para Molina (ob. cit.):

La investigación acción (IA) emplea conceptos sensibilizadores; mientras que, la investigación tradicional conceptos definidores. El concepto definidor es aquel que demarca claramente las características comunes a una clase de objetos en su dimensión individual y en su ámbito. El concepto sensibilizador proporciona un sentido general y de orientación para aproximarse a los casos empíricos (p. 31).

Se les llama conceptos sensibilizadores, pues surgen de la intersubjetividad de los actores sociales involucrados en el proceso, desde el sentido común. Así, pues, habiendo analizado la similitud conceptual de los discursos expuestos por los co-investigadores, se obtuvo como resultado el concepto sensibilizador de «Praxis Médico-Docente» que se esboza en el acápite siguiente:

«Se entiende por praxis médico-docente a todas aquellas habilidades y destrezas, prácticas o el arte que emplea el médico con el objetivo de transmitir, brindar e impregnar de conocimientos técnico-científicos a los estudiantes de Medicina y a otros profesionales de la salud, abarcando la educación que éstos ofrecen a la población o al pueblo, en cuanto a la promoción de la salud (transformación hacia estilos de vida saludables) y las técnicas de prevención y preservación de la salud».

Propósitos de la Investigación

Propósito general

Transformar la praxis docente de los médicos y médicas de la red de servicios de salud pública en el municipio Ezequiel Zamora del estado bolivariano de Cojedes, a través de un programa de perfeccionamiento profesional en estrategias didácticas de enseñanza-aprendizaje.

Propósitos específicos

1. Reconocer, a través del diagnóstico participativo, la situación actual de los médicos y médicas en ejercicio de su rol como docentes-formadores.
2. Generar con la participación de los actores sociales, los contenidos programáticos para el diseño de un programa de perfeccionamiento profesional en estrategias didácticas de enseñanza-aprendizaje, de acuerdo a la realidad evidenciada en los médicos y médicas.
3. Ejecutar el programa de perfeccionamiento profesional en estrategias didácticas de enseñanza-aprendizaje.
4. Reflexionar acerca de los resultados obtenidos con la ejecución del programa de perfeccionamiento profesional en estrategias didácticas de enseñanza-aprendizaje dirigido a médicos y médicas.

Justificación e Importancia de la Investigación

La presente investigación se encuentra enmarcada en el Área de Ciencias de la Educación, del Plan General de Investigación de la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales “Ezequiel Zamora” (2008), bajo la línea “Educación y Sociedad” (p. 22). Se realiza como un requisito parcial que debo cumplir como investigador, para optar al grado académico de *Magister Scientiarum* en Ciencias de la Educación mención Docencia Universitaria.

El producto de la labor investigativa pretende constituirse en una herramienta transformadora y revolucionaria, de la praxis educativa de los médicos y médicas pertenecientes a la red de servicios de salud del municipio Ezequiel Zamora, evidenciado –así como ha quedado escrito–, el problema de la capacitación académica en su rol como docentes, formadores de otros profesionales de la medicina y las consecuencias que ello acarrea en su desempeño profesional, bien sea ejerciendo el rol asistencial, investigativo y/o funciones administrativas.

Desde el punto de vista epistémico, este trabajo de investigación constituye una guía con significativos aportes teóricos y científicos, sentando las bases para la transformación de la praxis educativa de los galenos, a través del desarrollo de un programa de perfeccionamiento profesional en estrategias didácticas de enseñanza-aprendizaje, beneficiando de manera directa a los médicos y médicas que serán los destinatarios de este proyecto, e indirectamente a los estudiantes de éstos médicos y médicas, pero también favorecerá a profesionales de otras áreas de la salud, como enfermeras y enfermeros, bioanalistas, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros, que cursen el aludido programa. Finalmente, el trabajo constituye un antecedente para futuras investigaciones en el ámbito médico, pero también en el área educativa, relacionadas con el tema de la formación médica continua.

HOLÓN II

TEÓRICO INICIAL

“Lo que un Copérnico o un Darwin realmente lograron no fue el descubrimiento de una teoría verdadera sino el de un punto de vista fértil” (Wittgenstein Ludwig).

La Teoría

Este segundo momento o fase, denominado teórico inicial o simplemente marco teórico, como lo significa Molina (ob. cit.), representa “el conjunto de ideas y concepciones que definen el paradigma, las concepciones generales sobre la sociedad y el cambio social y los conceptos de sentido sustantivos más acotados al tema” (p. 93). A criterio del citado autor, se califica de «inicial» puesto que “constituye, reflexiva y críticamente, la primera aproximación teórica al objeto de estudio previo al diagnóstico, donde se concluye el segundo momento teórico cuando se interpreten los datos que explican las causas de la problemática abordada” (*Ibidem*).

Sautu (2005), define la teoría como “el conjunto de proposiciones lógicamente interrelacionadas del cual se derivan implicaciones que se usan para explicar algunos fenómenos” (p. 23). Para esta autora, las teorías adquieren tres niveles de abstracción interconectados: teorías específicas, sustantivas y generales. En este sentido, Molina (ob. cit.), precisa lo siguiente:

El momento concepto sensibilizador (CS), es el detonante de los sustentos epistemológico en la IAP y unidad teórica más específica que emerge de la PGI [Pregunta General de Investigación]. El CS es el elemento que interconecta el holón problematización con el teórico inicial, generando este último. El momento teorías sustantivas (TS), relaciona crítica y reflexivamente el cuerpo teórico vinculado con el hecho concreto. El momento teorías generales (TG), consiste en la argumentación de las teorías implicadas, las de carácter propiamente generales y el marco legal aplicable (p. 93).

Siguiendo las ideas de este autor, corresponde en este instante “identificar, definir, confirmar, refutar, re-conceptualizar y re-definir el concepto sensibilizador” (p. 99). Este procedimiento es denominado por algunos investigadores –tal es el caso de Elliott y Schutz–, como “verosimilitud”. Así, pues, se acuerdo a Molina (ob. cit.), se debe proceder a confirmar el concepto sensibilizador, “por semejanzas con los conceptos definidores” (p. 100). Recordemos que el concepto sensibilizador de «Praxis Médico-Docente», desarrollado a partir de las ideas de los actores sociales, fue el siguiente:

Se entiende por praxis médico-docente a todas aquellas habilidades y destrezas, prácticas o el arte que emplea el médico con el objetivo de transmitir, brindar e impregnar de conocimientos técnico-científicos a los estudiantes de Medicina y a otros profesionales de la salud, abarcando la educación que éstos ofrecen a la población o al pueblo, en cuanto a la promoción de la salud (transformación hacia estilos de vida saludables) y las técnicas de prevención y preservación de la salud.

Ahora bien, haciendo una revisión a la literatura disponible, es posible afirmar que no encontramos un referente epistémico que defina «Praxis Médico-Docente», sino que autores como Rodríguez (2004) se enfocan a conceptuar «Educación Médica», en los siguientes términos:

El profesor de medicina, tiene una función que está más allá de la instrucción. Su función no es solo instructiva; está ubicada en la esfera de los intelectuales transformativos (Giroux 1990), que tienen el compromiso de hacer de la enseñanza un acto político, en la medida en que devela las relaciones de poder que se encuentran vigentes en el conocimiento. Los intelectuales transformativos asumen, además, la pedagogía como un espacio propicio para su práctica emancipadora, política y cultural (p. 72).

Hablar de educación médica no resulta extraño o difícil, pues se inscribe en un marco de preocupaciones propias del ejercicio profesional. Rodríguez (ob. cit.), nos dice que “desde el informe Flexner en 1910 (Vicedo 2002), la educación médica ha estado presente en muchas reflexiones sobre la formación de profesionales médicos para la nueva sociedad” (p. 73), con implicaciones para los diferentes espacios o

aspectos de su formación: los docentes, el plan de estudios, la práctica y el ejercicio de la profesión. Así que –para esta autora– hablar de educación médica no es una pretensión o un invento, sino un reconocimiento de la constitución de un área de saber que debe posicionarse en el entorno universitario, como una forma particular de producir conocimiento pedagógico y didáctico (*Ibíd.*).

Medina (2018), por parte, se refiere a la «Praxis Docente del Médico» de la siguiente manera:

La praxis docente del va más allá del simple traspaso de información pues constituye una actividad compleja que requiere para su ejercicio, la comprensión del fenómeno educativo con visión de planificación instruccional holística como norte, de participación con respeto mutuo a pesar de las opiniones diferentes (Ejemplo en la estrategia de discusión dirigida), basados en los siete principios básicos del pensamiento complejo (p. 20).

Este autor precisa que todo profesional de la salud, durante su formación de pregrado, recibe lo más útil y necesario, es decir, “el conocimiento para su aplicación del ejercicio para y por los habitantes de la sociedad, que son exigentes día tras día” (p. 22). Empero, es enfático al señalar que durante la formación como Médicos Cirujanos de la República “no recibimos, o no se nos imparte en ella, la unidad curricular Capacitación Pedagógica, herramienta necesaria para la transmisión del conocimiento idóneo hacia los futuros estudiantes en formación médica profesional” (*Ibíd.*).

Es más, –continúa señalando dicho autor– que muchos de los profesionales médicos que se dedican a la enseñanza carecen de estas herramientas de la educación, donde en el componente docente se presentan contenidos como: Planificación y evaluación de los aprendizajes, estrategias didácticas, entre otras; de allí que, hoy día el profesional de la salud debe ser sometido a una rigurosa transfiguración de la docencia en pro de la Educación Médica.

Cortés (2009), quien también escribe sobre «Educación Médica» la obligación del médico-docente es “facilitar la búsqueda de herramientas para que [los estudiantes de Medicina] adquiera una formación clínica sólida, basada en evidencias, una

formación ética, una formación de hábitos para obtener un aprendizaje activo y significativo, un espíritu de investigación, la capacidad para recolectar datos útiles a su auto aprendizaje y estimularlo a emprender una educación continua” (p. 320). Según este autor, “todo esto debiera culminar en que el estudiante al finalizar su pregrado, esté en condiciones para desenvolverse temporalmente en los ámbitos iniciales de la práctica de la Medicina y, posteriormente, acceder a los programas de formación de especialistas (*Ibidem*).

Este investigador indica que el deber del médico dedicado a la docencia, no es sólo poseer conocimientos técnicos, sino que también debe mostrarse como modelo, por cuanto sus actitudes y conductas pedagógicas van a estar siendo reproducidas por los estudiantes, no sólo a nivel individual, sino que como modelo social en el contexto sociocultural histórico actual. Estas definiciones, sin duda alguna, se relacionan con nuestro concepto sensibilizador porque abarcan los componentes esenciales expuestos por nuestros actores sociales, entonces, consideramos que hemos hecho un pequeño pero significativo aporte al campo del conocimiento objeto de estudio.

Experiencias Previas

Molina (ob. cit.), nos dice que “las experiencias previas son todas aquellas vivencias investigativas realizadas por otros grupos de investigación acción participativa en otros contextos e incluso en otros países a los que tenga acceso el GIAP” (p. 100), es decir, el grupo de investigación. De acuerdo a su criterio, las experiencias previas “aportan a la experiencia en desarrollo insumos tanto teóricos como procedimentales y técnicos que pudiesen ser de importancia para el caso en estudio”. De igual forma, “suministran el relato de la experiencia vivida, los cambios alcanzados y las reflexiones finales” (*Ibidem*). A continuación, haremos referencia de experiencias previas sobre vivencias investigativas relacionadas con el caso de estudio.

Mujica (2018), realizó un trabajo titulado: “Programa de ampliación de conocimiento para la transformación de la praxis médico-legal de los médicos de

atención primaria”, presentado ante el Programa de Estudios Avanzados de la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales “Ezequiel Zamora”, UNELLEZ (Cojedes, Venezuela), para optar al grado académico de *Magister Scientiarum* en Ciencias de la Educación mención Docencia Universitaria. El propósito de la investigación, fue “transformar la praxis médico-legal de los médicos de atención primaria adscritos a la Red de Servicios de Salud del municipio autónomo Ezequiel Zamora, estado Bolivariano de Cojedes, a través de un Programa de Ampliación de Conocimiento” (p. 25).

Metodológicamente la investigación se enmarcó en el paradigma socio-crítico, enfocada en el método de la Investigación Acción Participativa (IAP). Se conformó un grupo de investigación acción participativa (GIAP), integrado por cinco actores sociales y tres informantes claves. La recolección de información se llevó a cabo mediante la entrevista semiestructurada, lo que permitió el abordaje a los profesionales de la salud. Aplicó un plan de acción representado en un programa de ampliación de conocimiento en responsabilidad médico-legal, dictado por el Área de Postgrado –hoy día Programa de Estudios Avanzados– de la UNELLEZ-VIPI.

Como resultados significativos menciona los siguientes: Médicos empoderados de terminología y herramientas legales indispensables para su óptimo ejercicio profesional; médicos sensibilizados por la labor de otros profesionales en el campo legal, como abogados y funcionarios policiales; médicos con una visión transformada sobre el uso de las tecnologías de la información y la comunicación, como herramienta de enseñanza-aprendizaje.

Hernández (2017), en su trabajo titulado “Pertinencia social en la formación profesional del Médico. Centro de Rotación Hospitalaria (CRH) ‘Dr. Égor Nucete’ San Carlos, estado Cojedes”, presentado ante el Programa de Estudios Avanzados de la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales “Ezequiel Zamora”, UNELLEZ (Cojedes, Venezuela), para optar por el título de *Magister Scientiarum* en Ciencias de la Educación mención Docencia Universitaria, se propuso como objetivo general: “Analizar la pertinencia social en la formación profesional del

médico en el Centro de Rotación Hospitalaria (CRH) “Dr. Égor Nucete” de San Carlos, estado Cojedes” (p. 8).

La investigadora se apoyó en el enfoque cualitativo, adoptando una matriz epistémica fenomenológica que integró el método etnográfico y el hermenéutico. El método de Spiegelberg fue el escogido para el análisis e interpretación de los datos. Tuvo como informantes a tres docentes. Utilizó la entrevista semiestructurada para recoger los datos. Las categorías que emergieron fueron la “formación profesional del médico con pertinencia social”. Como hallazgos evidenció que se sigue privilegiando el modelo biomédico individualizado y la falta coherencia con planes de estudio y el perfil del egresado.

Lara (2017), en su trabajo titulado “Transformación del modo de hacer investigación de los docentes del Programa Ciencias Sociales y Jurídicas de la UNELLEZ San Carlos”, presentado ante el Programa de Estudios Avanzados de la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales “Ezequiel Zamora”, UNELLEZ (Cojedes, Venezuela), para optar por el título de *Magister Scientiarum* en Gerencia General, se estableció como principal intencionalidad, la siguiente: “Transformar el modo de hacer investigación de los docentes del Programa Ciencias Sociales y Jurídicas de la UNELLEZ” (p. 14).

El estudio estuvo soportado en la teoría crítica, teoría fundamentada en la comunicación. El diseño corresponde a una Investigación Acción Participativa enmarcada en el paradigma socio-crítico. La recolección de información se llevó a cabo mediante la entrevista semiestructurada. Como resultados significativos se menciona la producción colectiva del conocimiento, rompiendo el monopolio del saber y la información, permitiendo así la evolución en la postura investigativa, lo que indujo a los actores sociales que se mostraran motivados e interesados.

López (2017), en su trabajo titulado “Transformación de la comprensión del subproyecto Cálculo IV en los estudiantes de la carrera Ingeniería Agrícola de la UNELLEZ VIPI”, presentado ante el Programa de Estudios Avanzados de la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales “Ezequiel Zamora”, UNELLEZ (Cojedes, Venezuela), para optar por el título de *Magister Scientiarum* en

Ciencias de la Educación mención Docencia Universitaria, se propuso como objetivo general: “Transformar la comprensión del subproyecto Cálculo IV en los estudiantes de la carrera Ingeniería Agrícola de la UNELLEZ VIPI” (p. 7).

Esta autora se afianzó en el enfoque cualitativo, apoyada en el paradigma socio-crítico, mediante la aplicación de la metódica Investigación Acción Participativa (IAP). Asumió un diseño de teoría fundamentada y de tipo sistemático. Conformó un grupo de investigación integrado por nueve actores sociales. Como técnica para la recolección de información, empleó la observación participativa y la entrevista semi-estructurada; mientras que el diario de campo fue su instrumento empleado. Como hallazgos constató que el accionar del plan de estrategias propuesto, se convirtió en una espiral de reflexiones y cambios constantes, orientados al logro de los propósitos planteados y, en consecuencia, a la transformación de la realidad de estudio.

Rojas (2015), en su trabajo de ascenso titulado: “La tridimensionalidad en la formación del médico: Visión recursiva del holograma social emergencista”, tuvo como propósitos “caracterizar desde el contexto universitario cómo ocurre el proceso formativo del médico venezolano”, “interpretar desde la perspectiva comunitaria las creencias, actitudes y opiniones con relación al profesional médico”, “conocer la apreciación que las instituciones de salud del país tienen en relación al desempeño del profesional médico” y “generar una aproximación teórica sobre la formación del médico venezolano bajo una perspectiva emergente”.

Se adoptó una matriz epistémica compleja. La selección de los participantes inició escogiendo intencionalmente informantes clave, usando la técnica de grupos focales por escenario. Para categorizar la información de los entrevistados, se tomó en cuenta la pertinencia y relevancia del discurso, seguida del proceso de triangulación y reflexión epistemológica. Usando los hallazgos, se procedió a realizar la teorización, considerando que la realidad emergente presenta obstáculos epistemológicos para el avance o progreso de la educación médica. Como aporte se elaboró un conjunto de preceptos teóricos a ser considerados para iniciar el debate y la transformación de la misma en Venezuela.

Teorías Sustantivas

Las teorías sustantivas guardan relación directa tanto con el problema de estudio como con los datos compilados durante el proceso investigativo. Elliott citado por Molina (ob. cit.), refiere que “una teoría sustantiva explica los tipos de acción naturales según son especificados por los conceptos de curso de acción de sentido común” (p.102). Entonces, la teoría sustantiva “centra su interés en la explicación del concepto sensibilizador [...]” (*Ibidem*). A continuación, procederemos a exponer una serie de teorías, a fin de comprender la definición de «Praxis Médico-Docente» surgida en la construcción colaborativa de dicho concepto sensibilizador.

Atención primaria de salud

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2008), señala que la Atención Primaria de Salud (APS) fue definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978), como:

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación (p. 3).

Empero, a pesar de que el planeta incuestionablemente ha cambiado en estos casi cuarenta años desde que ese expuso tal definición, persisten las grandes inequidades, debilidades e inconsistencias en algunos de los enfoques de la atención primaria de salud. Franco (2011) precisa que la APS es analizada como la alternativa “que devolvería a los sistemas de salud el rol que cumplieron hacia finales del siglo xx, colaborando con otros sectores en implementar las acciones de la promoción de la salud para mejorar la calidad de vida y la equidad” (p. 83).

De acuerdo con estos postulados –continúa señalando este autor–, la APS se propone llegar a todos, principalmente a los más pobres, enfocada en los hogares y en las familias. La APS resurge, así como la alternativa que devolvería a los sistemas de salud el rol que cumplieron hacia finales del siglo xx. “El rol (...) de manera

preferencial es colaborar con otros sectores en implementar las acciones estratégicas de la promoción de la salud mejorando la calidad de vida y la equidad” [...]. Esta renovación es un reconocimiento a los esfuerzos en el final siglo xx para “establecer políticas y programas de atención primaria como eje central de los sistemas de salud” (Pp. 84-85).

Red de servicios de salud

La introducción del concepto de redes de servicios de salud fue en principio utilizado por Gillies (1993), comentado por Morales (2011), al definirlos como un conjunto de “organizaciones que ordenan o proveen un continuum de servicios coordinados a una población definida y toman la responsabilidad de los resultados clínicos y fiscales, así como del estado de salud de la población beneficiada” (p. 6). Es decir, la red entendida como una organización cuyo accionar apunta hacia la provisión de servicios de salud que de manera ordenada y coordinada asume las responsabilidades fiscales y asistenciales propias de la atención de sus usuarios en pro de su bienestar. Según lo establecido por la OPS (2009), se concibe la red de servicios de salud de la siguiente manera:

Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve (p. 11).

Dentro de la jurisdicción del municipio autónomo Ezequiel Zamora, esta red de servicios de salud se encuentra conformada por todos los establecimientos que prestan servicios de salud públicos, en este caso, por Consultorios Populares, Ambulatorios y el Hospital General “Dr. Égor Nucete”.

Comunicación en medicina

Suárez *et al* (2016), indican que “el hombre no puede vivir, trabajar y satisfacer sus necesidades materiales y espirituales sin comunicarse con otros; por ello, cualquier proyecto curricular que se precise de calidad para el desarrollo integral de la

personalidad debe concederle particular importancia a la formación de habilidades comunicativas” (p. 229). Estos autores precisan que “para lograr un conocimiento científico de la comunicación es imprescindible no solo tener en cuenta su comprensión teórica general, sino también su contenido psicopedagógico y en el ámbito educativo este término adquiere un lugar protagónico”, por cuanto en el proceso enseñanza aprendizaje “todos los participantes desarrollan actividades y se comunican de maneras distintas en aras de alcanzar los objetivos previstos” (p. 230).

Así pues, el médico-docente ha de ser un educador permanente en la preparación del hombre para la vida, que trabaja por su bienestar y felicidad, debe ampliar su propia competencia comunicativa y lograr un nivel óptimo en sus relaciones interpersonales con los alumnos, además de trabajar por el desarrollo de las posibilidades comunicativas de estos como parte esencial de su desempeño profesional (*Ibidem*). En este mismo sentido, Toledo *et al* (2016), escriben que:

La comunicación oral es predominante en la interacción de los pacientes y usuarios con los profesionales sanitarios. La comunicación a través de textos es más limitada y suele consistir en documentos escritos que son entregados por los profesionales sanitarios, médicos y de enfermería, a los pacientes y usuarios del SNS [Sistema Nacional de Salud] en el marco de las consultas clínicas (p. 127).

Para los citados autores, los documentos escritos que se entregan a los pacientes son de características y géneros textuales diversos, pero cumplen cuatro funciones principales: “información sobre el proceso de salud que les afecta, consentimiento, comunicación de resultados y derivaciones o salvoconductos. Cada una de estas cuatro funciones se relaciona con documentos de géneros textuales específicos y con formas concretas de autocuidado de la salud y empoderamiento” (*Ibidem*).

Sociología de la enseñanza médica

De Miguel (1976), indica que la sociología de la medicina constituye una disciplina reciente. Apareció como una parte de la sanidad pública, e incluso de la asistencia social. El interés concreto por el estudio de los factores socio-culturales en la salud humana se desarrolla a partir de 1930 en varios sitios a la vez: En la escuela

de Chicago con los trabajos seminales de Faris y Dunham; en Nueva York con los proyectos de sociología de la educación médica; y en la Universidad de Yale con los estudios epidemiológicos y antropológicos aplicados a la comunidad de New Haven (p. 211).

Este autor señala que se podría afirmar que “la sociología de la medicina es un caso típico de profesionalización acelerada de una disciplina con un cuerpo teórico limitado”. El enfoque de las ciencias sociales en el campo de la sanidad fue aceptado apresuradamente cuando planificadores y gobernantes se dieron cuenta de que, a pesar de los magníficos descubrimientos médicos del siglo pasado, –entre ellos la penicilina–, la reducción de la mortalidad se debía fundamentalmente al desarrollo de la higiene pública, educación de la población, urbanización y desarrollo económico (p. 212).

Ramos (2006), nos dice que fue en el año 1957, cuando Robert Strauss introduce la distinción entre Sociología en la Medicina y Sociología de la Medicina. “La primera involucra a los sociólogos que proporcionan su conocimiento y métodos de investigación para la producción de información útil a los médicos, servicios de salud e instancias decisoras de las políticas del sector”. Sus temas y muchos de sus conceptos vienen definidos desde la medicina (Pp. 6-7). La Sociología de la Medicina, por su parte, “aborda la salud y la medicina como fenómenos sociales, con valores normas, rituales, estructuras organizacionales, analizables bajo el prisma de la teoría sociológica. Sus preguntas y nociones eran formuladas desde la propia sociología” (*Ibidem*).

Psicología del aprendizaje médico

Para el inicio de este acápite, resulta menester citar a Varela (2004), quien dando respuesta a la interrogante: “¿Qué principios del aprendizaje aporta la ciencia cognoscitiva a la enseñanza de la medicina?”, responde lo siguiente:

Las teorías cognoscitivas se centran en el cómo se aprende; se sustentan en un postulado constructivista, en donde el sujeto construye su conocimiento del mundo a partir de la acción. El aprendizaje se considera no como un proceso pasivo y receptivo, no es una mera

copia de la realidad sino como una complicada tarea que da significados, un proceso interactivo y dinámico a través del cual la información externa es interpretada y reinterpretada por la mente que va construyendo progresivamente modelos explicativos cada vez más complejos; por ello, es un proceso activo (p. 307).

En este sentido, la citada autora enumera una lista de las estrategias cognoscitivas que más están impactando a la enseñanza de la medicina, presentado un panorama con las más importantes: Los planes de estudio por competencias profesionales; a la planeación, el control y la supervisión de procesos cognoscitivos para aprender; aprendizaje basado en problemas; mapas conceptuales y mapas mentales; la identificación de los estilos de aprendizaje; la medicina basada en evidencias (MBE); los portafolios y el examen clínico estructurado objetivamente (ECO) (p. 308).

Respecto a la enseñanza de la clínica, Lifshitz (2004), escribe que la clínica se puede conceptualizar como “la parte práctica de la medicina, una integración (horizontal y vertical) del conocimiento médico, como la aplicación del conocimiento médico a la solución de los problemas del paciente, y hasta como la expresión sumaria del saber médico” (p. 312). Puede verse tan sólo como un cuerpo de conocimientos o como la habilidad para atender a los pacientes, la actitud o disposición para ayudarlos auténticamente, y como una competencia o conjunto de competencias.

Para este autor, “el aprendizaje de la clínica difícilmente puede obedecer a las estrategias utilizadas en otro tipo de aprendizajes” pues, para empezar, “no se logra mediante memorización y lecturas, las actividades tradicionales de aula son relativamente ineficientes, es muy difícil de sistematizar en la medida en que las oportunidades para la práctica obedecen a la satisfacción de demandas de salud y no a una planificación educativa”, y es que además “posee una fuerte carga afectiva en los alumnos relacionada con la confrontación con la enfermedad y la muerte, que necesariamente influye en el aprendizaje” (*Ibidem*).

Planificación en la educación médica

Rodríguez *et al* (s/f), –médicos e investigadores cubanos–, escriben que, en la universalización de la educación médica universitaria, las clases son impartidas y planificadas por profesores que en su mayoría no tienen una formación pedagógica y que están vinculados a la labor [médico] asistencial”, no obstante, “se les exige un proceso docente educativo de calidad en el que se logren los objetivos del proceso formativo de pregrado” (p. 112).

En opinión de los citados autores, en el proceso de planificación de las clases se deben tomar en cuenta algunas consideraciones metodológicas para estructurarlas, en correspondencia con el contexto en que se desarrollan y las características particulares de la cada asignatura en cuestión. El orden que en que se presentan no significan una lógica formal o lineal, sino dialéctica, en la que realmente alcanza su valor metodológico, en la sinergia que se logra configurando un proceso de planificación de las clases acorde con las exigencias didácticas y metodológicas.

Así, pues, éstas son algunas de las consideraciones metodológicas que proponen para la planificación de las clases en la Educación Médica universitaria: Conocimiento de la Didáctica General; conocer el modelo del futuro egresado de las ciencias de la salud; caracterización psicopedagógica del grupo de estudiantes; el Programa y sus Orientaciones Metodológicas; Dosificación de contenidos; Concepción de sistema de clases; Estructura metodológica de los diferentes tipos de clases; Derivación gradual de los objetivos de la clase; Lenguaje científico de la asignatura y la comprensión de este por parte de los estudiantes; Las estrategias curriculares y extracurriculares; Trabajo político-ideológico y formación de valores; Medios, métodos de enseñanza y formas de organización; Dominio y científicidad de los contenidos; Motivación durante toda la clase; y Sistema de evaluación (Pp. 112-113).

Estiman, entonces, los autores, que dichas consideraciones metodológicas constituyen elementos necesarios para la planificación de las clases en la educación médica, contribuyendo a perfeccionar el proceso.

Evaluación de los aprendizajes en medicina

Para Flores *et al* (2012), “la evaluación en el contexto de la educación médica considera las actividades inherentes a cada asignatura o ciclo de formación, y es ahí donde el abanico de posibilidades para el desarrollo de diversos instrumentos de evaluación se amplía sustancialmente” (p. 45). No obstante, se puede partir de algún punto en común como elemento base para el desarrollo de diversos instrumentos de evaluación.

A juicio de los citados autores, “en primera instancia resulta útil definir el objetivo del instrumento de manera clara y sencilla, el ¿qué? (objeto a evaluar), que será la base para la toma de decisiones a partir de los criterios o indicadores establecidos”. Por otra parte, el propósito de la evaluación “establece el ¿para qué? se va a evaluar, y estará asociada a contenidos, funciones o finalidades de la evaluación; ésta puede ser diagnóstica, formativa o sumativa”. La definición del qué y para qué, –precisan– permite ubicar los posibles datos cuantitativos y cualitativos que se requieren para juzgar el mérito o valor del objeto evaluado (aprendizaje o desempeño) de los estudiantes y definir el ¿cómo evaluar? (instrumento de evaluación empleado) partiendo de su pertinencia, objetividad, alcance y viabilidad (*Ibidem*).

Teorías Generales

El paradigma socio-crítico, de acuerdo a lo escrito por Arnal (1992), adopta la idea de que la teoría crítica es una ciencia social que no es puramente empírica ni sólo interpretativa. Sus contribuciones se originan, pues “de los estudios comunitarios y de la investigación participante” (p. 98). Tiene como propósito, propiciar las transformaciones sociales, dando respuestas a problemas específicos presentes en el seno de las comunidades, pero con la participación de sus integrantes.

Entre los caracteres más resaltantes del paradigma socio-crítico, aplicado al ámbito de la educación, se encuentran la adopción de una visión global y dialéctica de la realidad educativa; la aceptación compartida de una visión democrática del conocimiento, así como de los procesos implicados en su elaboración; y la asunción de una visión particular de la teoría del conocimiento y de sus relaciones con la

realidad y con la práctica. Toda comunidad se puede considerar como escenario importante para el trabajo social asumiendo que es en ella donde se dinamizan los procesos de participación. A juicio de Lara (ob. cit.), se puede asegurar que:

La respuesta más concreta a la búsqueda de soluciones está en establecer acciones a nivel de la comunidad con una incidencia plurifactorial y multidisciplinaria, es decir, de todas las organizaciones políticas y de masas, además de todos los representantes de las instituciones de cada esfera del conocimiento, no sólo para resolver problemas, sino para construir la visión de futuro que contribuirá a elevar la calidad de vida de esas personas o la calidad del desempeño de ellas en el ámbito de su acción particular ya sea el educativo, el político, social, el general u otro (p. 23).

Según Creswell (2012), la investigación acción participativa “implica una inclusión completa y abierta de los participantes en el estudio, como colaboradores en la toma de decisiones, comprometiéndose como iguales para asegurar su propio bienestar” (p. 583). Esta es la principal particularidad de esta vertiente metodológica, es el único indicado cuando el investigador no sólo quiere conocer una determinada realidad o un problema específico de un grupo, sino que desea también resolverlo. En este caso, los sujetos investigados participan como co-investigadores en todas las fases del proceso, entiéndase el planteamiento del problema, recolección de la información, interpretación de la misma, planeación y ejecución de la acción concreta para la solución del problema, evaluación posterior sobre lo realizado y reflexiones finales.

Martínez (1999), nos dice que el objetivo primordial de estas investigaciones no es algo exógeno a las mismas, sino que está orientado hacia la concientización, desarrollo y emancipación de los grupos estudiados y hacia la solución de sus problemas (p. 56). La investigación acción participativa se caracteriza por un conjunto de principios, normas y procedimientos metodológicos que permite obtener conocimientos colectivos sobre una determinada realidad social, uno de sus objetivos principales es producir conocimiento llegando a la unión de teoría y práctica y potenciar el carácter educativo de la investigación desde una perspectiva comunitaria.

De acuerdo a López *et al* (1997), los caracteres de la investigación acción participativa son:

Interviene sobre situaciones reales, no de laboratorio. Una realidad integrada por personas pertenecientes a una comunidad real, con sus vivencias, su proceso histórico y sus representaciones sociales. Parte desde, y está orientada hacia, la realidad social más próxima a los ciudadanos. No sólo se parte de hechos y datos, sino también de la percepción subjetiva que la población tiene de su realidad. Se pone en marcha en contextos de escala humana, actuando en pequeña escala y facilitando una implicación mayor y más rápida de los actores sociales. Es un proceso dialéctico de conocer y actuar (p. 11).

En este marco teórico debemos tomar en cuenta el pensamiento de Pablo Freire (1974) –citado por Ocampo (2008)–, cuando señala que la liberación para los oprimidos tendrá un parto muy doloroso. “Cuando el oprimido alcance su liberación, será un «Hombre nuevo», y lo deseable es que alcance a una sociedad de armonía en la justicia social, y en donde el bienestar de las gentes no esté basado en la dominación y explotación que hacen unos hombres sobre otros” (p. 63).

Ocampo (ob. cit.), escribe que en su obra «Pedagogía del oprimido», el educador Freire dice que “las masas oprimidas deben tener conciencia de su realidad y deben comprometerse, en la praxis, para su transformación. En ello tiene gran solución la educación, pues la pedagogía del oprimido busca crear conciencia en las masas oprimidas para su liberación”. La alfabetización del oprimido debe servir para enseñarle, no solamente las letras, las palabras y las frases, sino lo más importante, «la transmisión de su realidad y la creación de una conciencia de liberación para su transformación en un hombre nuevo» (p. 64).

Freire, ahora desde la perspectiva de Becerra (2015), nos dice que “Nadie se libera solo”, puesto que el acto de liberación o emancipación, no viene de fuera ni es individual. Se trata de acción y reflexión en común, un compromiso de todos en la transformación de la realidad, las cuales no se hacen en solitario. “Nadie educa a nadie”, sino que nos educamos entre todos mediados por el mundo. Y, finalmente, afirma que “somos seres inconclusos”. El autor pone en el centro a hombres y

mujeres que, como seres históricos, incompletos, inacabados, se hacen y rehacen socialmente. Así la transformación es permanente (Pp. 152-513).

Marco Legal Aplicable

El marco legal aplicable está constituido por el conjunto de documentos de naturaleza normativa que sirven de testimonio referencial, brindando soporte o asidero jurídico a la investigación realizada. Este marco regulatorio suele presentarse siguiendo el orden piramidal propuesto por Hans Kelsen en su obra *Teoría Pura del Derecho* (1934). En este sentido, Muñoz (s/f) señala que “el vértice del ordenamiento jurídico lo constituye la norma fundamental” (p. 181), entiéndase la Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela (CNRBV) y “después de ésta se encuentra la norma secundaria” (p. 184), entiéndase por tal a la ley –bien sea orgánica, ordinaria y/p decreto-ley–, seguida de los reglamentos; por último, se hallan las normas jurídicas individualizadas –sentencias y resoluciones–.

A continuación, se presentan las bases legales de este estudio respetando el orden *supra* señalado. Iniciamos con la CNRBV, ley de leyes, publicada en la Gaceta Oficial Nro. 36.860 del 30 de diciembre de 1999, constituye la norma suprema que encabeza y determina todo el ordenamiento jurídico venezolano. Dentro del Título III denominado “De los Derechos Humanos y Garantías, y de los Deberes”, se encuentra el Capítulo V referido a los “Derechos Sociales y de las Familias”. El artículo 83 es enfático al estatuir que “la salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida”. Asimismo, preceptúa que “todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa”. Por su parte el artículo 102 precisa lo siguiente:

La educación es un derecho humano y un deber social fundamental, es democrática, gratuita y obligatoria. El Estado la asumirá como función indeclinable y de máximo interés en todos sus niveles y modalidades, y como instrumento del conocimiento científico, humanístico y tecnológico al servicio de la sociedad. La educación es un servicio público y está fundamentada en el respeto a todas las corrientes del

pensamiento, con la finalidad de desarrollar el potencial creativo de cada ser humano y el pleno ejercicio de su personalidad [...].

Estos artículos guardan relación con nuestro estudio, al referir el respeto a la diversidad de corrientes del pensamiento, el desarrollo del potencial creativo de cada persona y la participación activa, consciente y solidaria en los procesos de transformación social. La Ley Orgánica de Salud (LOS), un instrumento normativo anterior a la CNRBV, promulgada por el extinto Congreso Nacional, publicada en la Gaceta Oficial Nro. 36.579, de fecha 11 de noviembre de 1998, en cuyo primer artículo consagra que ésta “regirá todo lo relacionado con la salud en el territorio de la República. Establecerá las directrices y bases de salud como proceso integral, determinará la organización, funcionamiento, financiamiento y control de la prestación de los servicios de salud”.

En su artículo 2 precisa que “se entiende por salud no sólo la ausencia de enfermedades sino el completo estado de bienestar físico, mental, social y ambiental”, siendo un concepto totalmente desfasado conforme a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el artículo 3 señala que “los servicios de salud garantizarán la protección de la salud a todos los habitantes del país” y funcionarán de conformidad con los principios de universalidad, participación, complementariedad, coordinación y calidad. Con relación a los artículos contenidos en leyes orgánicas, citamos el artículo 4 de la Ley Orgánica de Educación (2009), el cual expresa lo siguiente:

La educación como derecho humano y deber social fundamental orientada al desarrollo del potencial creativo de cada ser humano en condiciones históricamente determinadas, constituye el eje central en la creación, transmisión y reproducción de las diversas manifestaciones y valores culturales, invenciones, expresiones, representaciones y características propias para apreciar, asumir y transformar la realidad.

Por su parte, el artículo 5 *ejusdem* precisa que “el estado docente es la expresión rectora del estado en educación, en cumplimiento de su función indeclinable y de máximo interés como derecho humano universal y deber social fundamental”. Estas

normas guardan relación con nuestra investigación, al señalar que la educación se orienta al desarrollo del potencial creativo y constituye el eje central de diversas manifestaciones y valores para apreciar, asumir y transformar la realidad.

Finalmente, la Ley de Ejercicio de la Medicina, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Nro. 39.823, de fecha 19 de diciembre de 2011, en su artículo 107 prevé: “Las sanciones disciplinarias y las administrativas se aplicarán sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal a que haya lugar, como consecuencia de la acción, omisión, impericia, imprudencia o negligencia en el ejercicio profesional”. Asimismo, el artículo 4 *ejusdem* establece que “sin perjuicio de lo dispuesto en el Código Penal, las sanciones establecidas en la presente Ley son de tres tipos: 1. De carácter disciplinario. 2. De carácter administrativo. 3. De carácter penal”.

HOLÓN III

METÓDICA

“Las ciencias de la salud son típicamente ciencias de frontera. Las soluciones surgen de las áreas de contacto entre la medicina, la biología, la farmacología, la química, las ciencias sociales, etc... Avanza no sólo el que tenga más conocimientos, sino el que mejor los combine” (Agustín Lag).

Arias (2006) señala que el marco metodológico constituye el “conjunto de pasos, técnicas y procedimientos que se emplean para formular y resolver problemas” (p.16). En otras palabras, en este capítulo del informe final presento mi postura como investigador con respecto al paradigma, diseño, tipo y los instrumentos utilizados, lo cual constituye una serie de técnicas y procedimientos para procesar y sistematizar la información.

Adscripción Paradigmática

En primer lugar, resulta impostergable acotar que la naturaleza del presente estudio estuvo enmarcada desde lo cualitativo. En atención a ello, Martínez (2015), escribió:

La investigación cualitativa trata de identificar, básicamente, la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones. De aquí que lo cualitativo (que es el todo integrado) no se opone de ninguna forma a lo cuantitativo (que es solamente un aspecto), sino que lo implica e integra, especialmente donde sea importante (p. 66).

Los supuestos que orientaron esta investigación, se apoyaron en el paradigma socio-crítico, el cual es empleado cuando se quiere transformar y dar respuesta a problemas específicos en las comunidades, siendo necesario para ello, la acción y la

reflexión de cada uno de sus miembros. En este sentido, Alvarado *et al* (2008), precisan lo siguiente:

El paradigma socio-crítico se fundamenta en la crítica social con un marcado carácter autorreflexivo; considera que el conocimiento se construye siempre por intereses que parten de las necesidades de los grupos; pretende la autonomía racional y liberadora del ser humano; y se consigue mediante la capacitación de los sujetos para la participación y transformación social. Utiliza la auto reflexión y el conocimiento interno y personalizado para que cada quien tome conciencia del rol que le corresponde dentro del grupo; para ello se propone la crítica ideológica y la aplicación de procedimientos del psicoanálisis que posibilitan la comprensión de la situación de cada individuo, descubriendo sus intereses a través de la crítica (p. 190).

Sobre la base de este argumento, asumí la adscripción al paradigma socio-crítico, para transformar tanto la realidad que se investiga, como la realidad de los actores sociales, mediante la aplicación de la metódica Investigación Acción Participativa (IAP).

Tipo de Investigación

El método de Investigación Acción Participativa (IAP), para Rojas (2010) “desarrolla un proceso dialéctico en el cual la acción genera conocimiento y la investigación conduce a la transformación” (p. 51). El autor señala que este proceso de investigación se da a través de cuatro momentos: Reflexión inicial sobre la preocupación temática; planificación en conjunto para mejorar la situación; ejecución del plan y observación del proceso; reflexión en torno al proceso y los resultados (*ejusdem*).

Martínez (ob. cit.), escribe que la IAP “representa un proceso por medio del cual los sujetos investigados son auténticos co-investigadores, participando muy activamente en el planteamiento del problema que va a ser investigado (que será algo que les afecta e interesa profundamente)”, suministrando “la información que debe obtenerse al respecto (que determina todo el curso de la investigación)”, siendo determinantes “en los métodos y técnicas que van a ser utilizados, en el análisis y en

la interpretación de los datos y en la decisión de qué hacer con los resultados y qué acciones se programarán para su futuro” (p. 240).

Balcázar (2003), citando a Selener (1997), señala que la IAP ha sido conceptualizada como “un proceso por el cual miembros de un grupo o una comunidad oprimida, colectan y analizan información, y actúan sobre sus problemas con el propósito de encontrarles soluciones y promover transformaciones políticas y sociales” (p. 60).

Kemmis *et al* (1992), mencionan algunas de las características de la IAP. En primer lugar, constituye un proceso social que estudia la relación entre la esfera individual y la sociedad. Es participativa, pues promueve que las personas examinen su conocimiento y la forma en la que se interpretan a ellas mismas y su acción en el contexto social y material. Es práctica y colaborativa; emancipadora en cuanto contribuye a que las personas se recuperen y/o liberen de la constricción que suponen e imponen las estructuras sociales y que limitan su autodesarrollo y autodeterminación (p. 568).

Es una metódica crítica, puesto que contribuye a que las personas se recuperen y/o liberen de las constricciones que generan los medios sociales, a través de los cuales interactúan. Es un proceso de reflexión continuo, porque pretende investigar la realidad para cambiarla y cambiar la realidad para investigarla. Articula y desarrolla teoría y práctica mediante un razonamiento crítico sobre ellas y sus consecuencias (*Ibidem*).

Diseño de la Investigación

Según, Hernández, Fernández y Baptista (2010), el diseño en el marco de una investigación cualitativa se refiere al abordaje general que se utiliza en el proceso de investigación, es más flexible y abierto. Sustentado en estos autores, el diseño de esta investigación es complementario integrando a la modalidad sistémica o emergente con investigación acción modalidad participativa (p. 510).

Se asumió, entonces, un diseño de Investigación Acción Participativa (IAP) puesto que se acciona, reflexiona y desarrolla una actitud de crítica y transformación

de la realidad con la participación de los actores sociales. La Investigación Acción Participativa, según Balcázar (ob. cit.) “considera a los participantes como actores sociales, con voz propia, habilidad para decidir, reflexionar y capacidad para participar activamente en el proceso de investigación y cambio [...] para que desarrollen una conciencia crítica de la realidad y realicen su potencial transformador” (p. 67).

Dada la naturaleza que presenta la investigación, se asumió también un diseño de teoría fundamentada y tipo sistemático. El primero, de acuerdo a Strauss *et al* citados en esta oportunidad por Giraldo (2011), “utiliza el método comparativo constante: el cual consiste en codificar y analizar datos en forma simultánea para desarrollar conceptos” (p. 80). El segundo, conforme explican Hernández, Fernández y Baptista (2010), apropia un proceso no lineal para la recopilación y análisis de los datos siguiendo el procedimiento de codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva sobre la base de los datos compilados de manera sistemática e interpretados por el investigador en el proceso investigativo (p. 510).

El diseño de la investigación adopta el método inductivo porque sigue el orden micro, meso y macro. Asume el estudio de casos puesto que se estudian casos concretos. Es dialéctico porque saca a la luz las contradicciones de los actores sociales para derivar síntesis. Se fundamenta en la mayéutica porque la información se obtiene en conversatorios mediante preguntas. Es hermenéutico puesto que el proceso culmina con la interpretación de los datos y la correspondiente generación de la teoría sustantiva.

Actores Sociales

Pérez (1998), define a los actores sociales como “unidades reales de acción en la sociedad: tomadores y ejecutores de decisiones que inciden en la realidad local. Son parte de la base social, son definidos por ella, pero actúan como individuos o colectivos que, además, están sometidos a otras condiciones (p. 3). Tal y como refiere Lara (ob. cit.), lo que quiere decir este autor, es que “el soporte de los hechos es la

democracia participativa para que la gestión de los mismos actores sociales defiendan sus intereses, transformen su situación y den respuestas a sus necesidades” (p. 40).

Nos apoyamos en las orientaciones expuestas por Molina (ob. cit.), para desarrollar el procedimiento realizado y visualizar el procedimiento a seguir en las sucesivas fases –las cuales llama holones– de la dinámica espiral de la IAP. Antes de iniciar el recorrido por esta dinámica espiral, nos informamos y formamos en IAP a fin de conocer y fortalecer los conocimientos, técnicas y procedimientos de la metódica. Luego, nos organizamos como Grupo de Investigación Acción Participativa (GIAP), para planificar y protagonizar tanto el momento de problematización como los subsecuentes momentos del ciclo IAP.

Desde esta perspectiva, el GIAP lo conformaron cuatro (4) Médicos de Atención Primaria de Salud (APS), graduados como Médicos Integrales Comunitarios, dos de ellos de sexo femenino y dos de sexo masculino. Dos de los actores sociales *in comento*, un médico y una médica, son postgraduados como especialistas en Medicina General Integral (MGI). El quinto de los actores sociales es Médico Cirujano, especialista en Traumatología y Ortopedia. Todos pertenecen a la Red de Servicios de Salud del municipio autónomo Ezequiel Zamora, estado Bolivariano de Cojedes.

Esta selección me permitió clasificar a los actores sociales, siguiendo el siguiente criterio: 1. Los que poseían conocimiento y experiencia práctica en materia médico-docente; 2. Los que tenían poco conocimiento y ninguna experiencia en materia médico-docente; 3. Los que no tenían conocimiento ni experiencia en materia médico-docente. A fin de resguardar la identidad y mantener la confidencialidad de nuestros actores sociales, nos referiremos a ellos, con la nomenclatura MÉDICO-1, MÉDICO-2, MÉDICO-3, MÉDICO-4 y MÉDICO-5.

A este GIAP conformado por cinco (5) actores sociales, lo completaron dos médicos que fungieron como Informantes Claves (IC), uno de sexo masculino y otra de sexo femenino. El primero de los informantes claves (IC-1) es Médico Cirujano, especialista en Pediatría y Puericultura, especialista en Gestión de la Salud Pública, *Magister Scientiarum* en Atención Primaria de Salud, se ha desempeñado como

docente universitario de pre y postgrado y ha ocupado altos cargos gerenciales dentro de la Dirección Estatal de Salud (DES). Nuestra segunda informante clave (IC-2) es Médico Cirujano, especialista en Medicina General Integral (MGI) y Especialista en Gerencia Hospitalaria, *Magister Scientiarum* en Derecho Médico, *Magister Scientiarum* en Ciencias de la Educación mención Docencia Universitaria y Doctora en Derecho Médico, también con experiencia en altos cargos gerenciales dentro de la red de servicios de salud.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información

Arias (ob. cit.), establece que “se entenderá por técnica, al procedimiento o forma particular de obtener datos o información” (p. 67), definiendo al instrumento de recolección de datos como “cualquier recurso, dispositivo o formato (en papel o digital), que se utiliza para obtener, registrar o almacenar información” (p. 69). Martínez (ob. cit.), precisa que “los instrumentos, al igual que los procedimientos y estrategias que se van a utilizar, los dicta el método escogido” (p. 87), empero, en investigación cualitativa “básicamente, se centran alrededor de la entrevista semiestructurada y la observación directa o participativa” (*Ibidem*).

El autor señala que, la metodología cualitativa, sin embargo, “entiende el método y todo el arsenal de medios instrumentales como algo flexible, que se utiliza mientras resulta efectivo, pero que se cambia de acuerdo con el dictamen, imprevisto, de la marcha de la investigación y de las circunstancias” (p. 88). En efecto, para el desarrollo de la presente investigación se empleó el uso de la observación participativa y de la entrevista semiestructurada, como técnicas para la recolección de la información.

En lo que respecta a la observación participativa, Martínez (ob. cit.), expresa que “ésta es la técnica clásica primaria y más usada por los investigadores cualitativos para adquirir información. Para ello, el investigador vive lo más que puede con las personas o grupos que desea investigar, compartiendo sus usos, costumbres, estilo y modalidades de vida” (p. 89). Podría sintetizarse su actividad –precisa el citado autor– con el siguiente esquema: “El investigador cualitativo debe tratar de responder

a las preguntas de quién, qué, dónde, cuándo, cómo y por qué alguien hizo algo; es decir, se consideran importantes los detalles” (*Ibídem*). Ahora bien, el instrumento de la observación participativa es la nota o el diario de campo. Al respecto Martínez (ob. cit.), escribe lo siguiente:

Al participar en sus actividades corrientes y cotidianas, [el investigador] va tomando notas de campo pormenorizadas en el lugar de los hechos o tan pronto como le sea posible. Estas notas son, después, revisadas periódicamente con el fin de completarlas (en caso de que no lo estén) y, también, para reorientar la observación y la investigación (p. 89).

La entrevista en la investigación cualitativa, aduce Martínez (ob. cit.), “es un instrumento técnico que tiene gran sintonía epistemológica con este enfoque y también con su teoría metodológica” (p. 93). El citado autor precisa que “esta entrevista adopta la forma de un diálogo coloquial o entrevista semiestructurada, complementada, posiblemente, con algunas otras técnicas escogidas entre las señaladas y de acuerdo con la naturaleza específica y peculiar de la investigación que se va a realizar” (*Ibídem*). Con respecto a los instrumentos de la entrevista, se tienen a “las grabaciones de audio y de video, que le permitirán –al investigador– observar y analizar los hechos repetidas veces y con la colaboración de diferentes investigadores” (p. 88).

Técnica de Interpretación y Análisis de la Información

Para interpretar la información recabada durante el desarrollo de nuestro estudio, seguimos el modelo hermenéutico de Gadamer y el modelo dialéctico de Habermas, integrados ambos, como un modelo hermenéutico-dialéctico, bajo las orientaciones de Molina (ob. cit.), cuando expresa que “ambos modelos hermenéuticos se pueden complementar porque podemos organizar los registros de información por similitud agrupando por semejanzas y por diferencias para posteriormente contrastar y abstraer una síntesis dialéctica como interpretación. Acá estamos frente a una hermenéutica dialéctica” (p. 137).

Asimismo, empleamos la interpretación por teoría fundamentada, sobre la narratividad de los actores sociales e informantes claves, registradas y sistematizadas en

la guía de entrevistas y observación participativa, realizando y desarrollando la acción de interpretación de los datos y generando las teorías sustantivas de manera sistemática, es decir, bajo el procedimiento de codificación abierta, axial y selectiva, propuesto por Strauss *et al*, ya citados.

De acuerdo a estos autores, la codificación abierta es “el proceso analítico por medio del cual se identifican los conceptos y se descubren en los datos sus propiedades y dimensiones” (p. 110). La codificación axial corresponde al “proceso de relacionar las categorías a sus subcategorías, denominado “axial” porque la codificación ocurre alrededor del eje de una categoría, y enlaza las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones” (p.149). Finalmente, la codificación selectiva es el “proceso de integrar y refinar la teoría” (p. 172).

Molina (ob. cit.), detalla respecto al procedimiento propuesto por Strauss *et al*, que el propósito de la codificación abierta es conceptualizar asignando una categoría y subcategorías a un conjunto de datos agrupados por similitud y que es abierta porque permite la libre expresión de los actores sociales sobre sus pensamientos, ideas y significados en torno al sentido de la interrogante en discusión. La codificación axial conlleva al agrupamiento de las categorías identificadas en la codificación abierta en torno a una categoría eje que se relaciona con las demás, respecto a propiedades y dimensiones.

La codificación selectiva, como proceso que integra y refina la teoría, acepta la integración entre las categorías y los datos, entre las categorías y entre las oraciones que expresen relaciones, a fin de descubrir la categoría central relacionada con el tema principal de la investigación. En nuestro caso de estudio, la integración de la teoría sustantiva, la realizaremos integrando las categorías.

Referente a la refinación de la teoría, está se da, esbozando esquemas teóricos, recortando las categorías excedentes y completando las categorías poco desarrolladas. El arsenal de técnicas, descritas anteriormente, se convertirá en fundamento y guía, del proceso interpretativo de la información recabada en nuestro estudio.

Validez y Fiabilidad de la Investigación

A criterio de Martínez (ob. cit.), “una investigación tiene un alto nivel de validez si al observar, medir o apreciar una realidad, se observa, mide o aprecia esa realidad y no otra” (p. 254), entonces, “la validez puede ser definida por el grado o nivel en que los resultados de la investigación reflejan una imagen clara y representativa de una realidad o situación dada” (*Ibidem*). En las investigaciones cualitativas, la validez viene dada por “el modo de recoger los datos, de captar cada evento desde sus diferentes puntos de vista, de vivir la realidad estudiada y de analizarla e interpretarla inmersos en su propia dinámica” (p. 255), lo cual –a juicio del autor citado– “ayuda a superar la subjetividad y da a estas investigaciones un rigor y una seguridad en sus conclusiones que muy pocos métodos pueden ofrecer” (*Ibidem*).

Una vez interpretada la información y emergida la teoría sustantiva, se procedió a su validación empleando las técnicas de contrastación y triangulación. En cuanto a la contrastación, Martínez (ob. cit.), refiere:

Esta etapa de la investigación consistirá en relacionar y contrastar sus resultados con aquellos estudios paralelos o similares que se presentaron en el marco teórico referencial, para ver cómo aparecen desde perspectivas diferentes o sobre marcos teóricos más amplios y explicar mejor lo que el estudio verdaderamente significa (p.103).

En este sentido, realizamos comparaciones de la teoría sustantiva emergente con las teorías generales del marco teórico referencial, para explicar y verificar mediante el criterio de congruencia la verosimilitud existente entre ellas, generando un conocimiento transformador con relación a nuestro caso de estudio. El mismo autor, hace referencia de la triangulación como herramienta heurística de gran eficacia que “consiste en determinar ciertas intersecciones o coincidencias a partir de diferentes apreciaciones y fuentes informativas o varios puntos de vista del mismo fenómeno” (p. 122) y señala diferentes tipos de triangulación, que pueden emplearse para mejorar notablemente los resultados de la investigación.

El autor distingue, como tipos básicos de triangulación, los siguientes: triangulación de métodos y técnicas, triangulación de datos, triangulación de

investigadores, triangulación de teorías y triangulación interdisciplinaria. En nuestro caso de estudio, emplearemos la triangulación de datos, que “utiliza una variedad de datos, provenientes de diferentes fuentes de información, para realizar el estudio” (p. 123) y la triangulación de teorías que “consiste en emplear varias perspectivas para interpretar y darle estructura a un mismo conjunto de datos” (*Ibidem*).

HOLÓN IV

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

“No es suficiente enseñar a los hombres una especialidad. Con ello se convierten en algo así como en máquinas utilizables, pero no en individuos válidos” (Albert Einstein).

En esta fase o estadio, presentaremos la sistematización y categorización de las entrevistas semi-estructuradas, realizadas a los actores sociales y a los informantes claves. El diagnóstico participativo consistió en registrar la manifestación de todos los problemas médico-docentes recopilados con la participación de los médicos de atención primaria que conformaron el grupo de investigación. El primer acercamiento con los actores sociales, se efectuó en fecha sábado veinticuatro de marzo de dos mil dieciocho, en horas de la mañana, en la sede de la Sala Situacional de la Dirección Estatal de Salud (DES), Cojedes.

Murcia (1992), nos dice que “es la comunidad la que decide cuáles son los problemas relevantes y cómo se van a formular, la nueva concepción y visión del docente como rector de la educación” (p. 12), donde la integración fue relevante para la materialización de los propósitos de nuestro estudio. El diagnóstico participativo, de acuerdo a lo escrito por López *et al* (ob. cit.), constituye el “análisis y valoración de los datos, que interpreta la realidad para un momento y espacio determinado” (p. 31), por tanto, se caracteriza por ser dinámico y cambiante. En esta fase detallamos los inestimables y profusos discursos de los actores sociales.

Posteriormente, utilizamos la codificación abierta, axial y selectiva, la cual es conceptuada por Guba *et al* (2000), como “el proceso mediante el cual se identifican conceptos y se descubren los datos, sus propiedades y dimensiones [...] el proceso de vinculación entre las categorías y sus subcategorías”, mientras que la codificación selectiva sería “integrar a una sola categoría” (p. 110). El propósito de la codificación abierta es conceptualizar asignando una categoría y subcategorías a un conjunto de datos agrupados por similitud. La codificación axial consiste en el procedimiento de

agrupar las categorías identificadas en la codificación abierta en torno a una categoría, relacionándola con sus subcategorías para formar explicaciones más precisas y completas enlazando las categorías y subcategorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones. Las tablas siguientes, desde tabla 2 hasta tabla 6, detallan la categorización abierta de los actores sociales, donde la sistematización de cada tabla, corresponde a la narratividad de un actor social.

Tabla 2
Categorización abierta de la narratividad del actor social MÉDICO-1 realizada en fecha sábado 24 de marzo de 2018, a las 10:00 horas de la mañana

Línea	Narrativa del Actor Social	Subcategorías	Categorías
1	1. ¿Ha recibido usted algún tipo de		
2	formación profesional para el ejercicio de		
3	su rol docente en medicina?		
4	<i>A pesar de que estudié medicina integral, y</i>		
5	<i>muchos dicen que sólo vemos materias</i>	Carencia de	
6	<i>comunitarias, creo que es verdad. <u>Nunca</u></i>	formación	Formación
7	<i><u>tuve formación profesional en el área</u></i>	docente.	Médico-
8	<i><u>docente</u>, creo que eso es lo que hizo que <u>no</u></i>		Docente.
9	<i><u>me guste mucho la docencia</u>, fíjate, a veces</i>	Desagrado por	
10	<i>me da <u>rabia</u> cuando me obligan a dar clases.</i>	la docencia.	
11	<i>¿Por qué o para qué? Si nunca nadie me ha</i>		
12	<i>enseñado a dar clases.</i>		
13	2. ¿Cómo ha sido su experiencia médica		
14	ejerciendo el rol de docente-formador de		
15	nuevos médicos?		
16	<i><u>Ha sido muy mala</u>. Es lo que te decía..., me</i>		
17	<i>obligaban a dar clases a los nuevos, pero sin</i>	Mala	Experiencia
18	<i>prepararme. Me llamaban una noche antes y</i>	experiencia	Médico-
19	<i>me decían: “Mañana inicia el nuevo curso,</i>	médico-	Docente.
20	<i>te tocó dar Morfofisiopatología a los de</i>	docente.	
21	<i>segundo”. No logro planificar bien. Evaluó</i>		
22	<i>muy fácil a veces y otras veces muy dura.</i>		
23	3. De acuerdo a su experiencia, ¿qué		
24	contenidos debería incluir un programa		
25	de perfeccionamiento profesional en		
26	estrategias didácticas de enseñanza-		
27	aprendizaje especialmente dirigido a		
28	médicos y médicas?		
29	<i>Es fácil, fíjate... te dije que no lograba</i>	Planificación	
30	<i>planificar bien, eso es vital, algo de</i>	Educativa.	

31	<i>planificación...</i> , sí, <i>planificación educativa</i> .		
32	Otro módulo debería ser <i>evaluación</i> , en mi	Evaluación.	Estrategias
33	caso me costaba evaluar, pues era muy fácil		para la
34	o muy difícil mi forma para evaluar. Ah		enseñanza
35	bueno, me interesaría algo relacionado a	Técnicas para	de la
36	esas <i>técnicas de dar clases</i> , pues sólo se de	dar clases.	Medicina.
37	conferencias, exposiciones y cuestionarios.		
38	Todas esas técnicas las aprendí de quienes		
39	me dieron clases.		
40	4. ¿Considera usted que siendo formado		
41	en estrategias didácticas de enseñanza-		
42	aprendizaje, transformaría su praxis		
43	médico-docente?		
44	Claro, hacer un curso de esos sería bueno,	Función	
45	así no me costaría mucho si me toca	docente.	
46	<i>trabajar como docente</i> , adicional me		
47	ayudaría a <i>enseñar a los familiares y</i>	Enseñanza a	Praxis
48	<i>pacientes</i> y me pregunto ¿podría enseñar	familiares y	Médico-
49	con estas técnicas nuevas? Quizás daría	pacientes.	Docente.
50	charlas..., sería bueno. Yo estaría <i>dispuesta</i>		
51	<i>a participar en esta formación</i> si se da.	Disposición.	

Fuente: Elaboración propia (2019).

El actor social MÉDICO-1 se mostró bastante nerviosa e inquieta al momento de rendir la entrevista semiestructurada por separado. Recién salíamos de un primer acercamiento grupal, hecho en la Sala Situacional de la Dirección Estatal de Salud, donde explicamos los propósitos y el alcance de la investigación y todos estuvieron encantados. Compartimos galletas y jugo de naranja con el equipo que aceptó nuestra invitación, a fin de romper el hielo y crear empatía. Empero, ser entrevistada a solas, fue algo que le generó algo de ansiedad; y así nos lo hizo saber.

Imagen 1.

Codificación Axial con las categorías y subcategorías emergentes del actor social MÉDICO-1.



Fuente: Elaboración propia (2019).

Tabla 3

Categorización abierta de la narratividad del actor social MÉDICO-2 realizada en fecha sábado 24 de marzo de 2018, a las 10:20 horas de la mañana

Línea	Narrativa del Actor Social	Subcategorías	Categorías
52	1. ¿Ha recibido usted algún tipo de		
53	formación profesional para el ejercicio de		
54	su rol docente en medicina?		
55	<i>Nunca. Jamás, es más, una vez queríamos</i>	Nula	
56	<i>entrar a la Universidad Abierta, sabes que</i>	formación	
57	<i>allí dan cursos de categoría docente, pero era</i>	médico-	
58	<i>los sábados, lo cual no podíamos pues esos</i>	docente.	Formación
59	<i>días teníamos que hacer trabajo integrado</i>		Médico-
60	<i>comunitario. Mi experiencia ha sido de</i>		Docente.
61	<i>modelaje, sólo repetir lo que veía en mis</i>	Modelaje y	
62	<i>profesores de medicina y cuando hice el</i>	repetición.	
63	<i>postgrado de Medicina General Integral.</i>		
64	<i>Actualmente creo que ha sido más</i>		
65	<i>desvirtuada la formación, no se ven esas</i>	Función	
66	<i>funciones del médico, las que tanto nos</i>	médica.	
67	<i>achacaban.</i>		
68	2. ¿Cómo ha sido su experiencia médica		
69	ejerciendo el rol de docente-formador de		

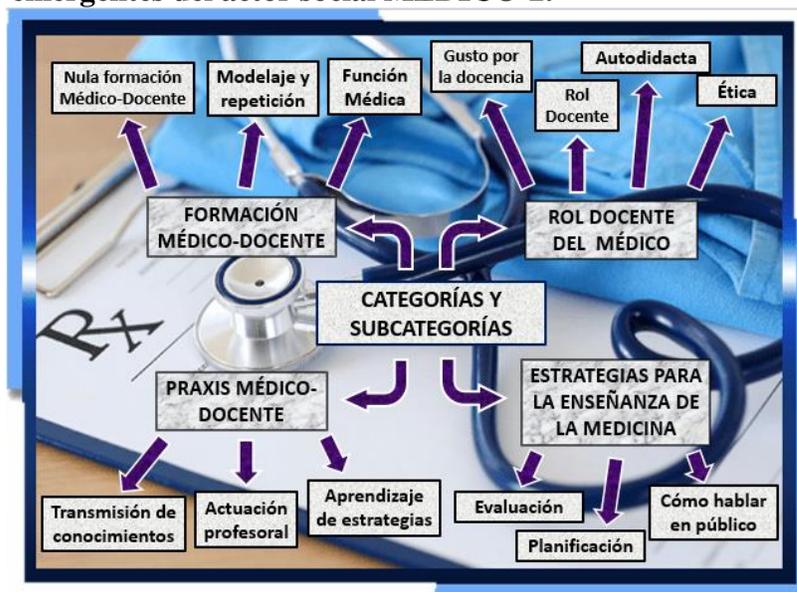
70	nuevos médicos?		
71	A mí me <i>gusta mucho la docencia</i> , lástima	Gusto por la	
72	que nunca me enseñaron a pesar de eso que	docencia.	
73	siempre nos decían del <i>rol docente</i> , pero a		
74	veces uno se cuestiona si lo hace bien o lo	Rol docente.	Rol
75	hace mal. <i>Yo por mi parte intento leer</i>		Docente
76	<i>muchas separatas de educación</i> : ¿Cómo dar	Autodidacta.	del
77	clases? ¿Cómo vencer el miedo? Los nuevos		Médico.
78	médicos, bueno... los aspirantes a médicos		
79	tienen muchas expectativas, uno debe	Ética.	
80	esforzarse muchísimo, pero ha sido		
81	relativamente buena he mantenido mi <i>ética</i> a		
82	la hora de evaluar, he tratado de ser los más		
83	objetiva posible al momento de poner notas.		
84	3. De acuerdo a su experiencia, ¿qué		
85	contenidos debería incluir un programa		
86	de perfeccionamiento profesional en		
87	estrategias didácticas de enseñanza-		
88	aprendizaje especialmente dirigido a		
89	médicos y médicas?		
90	Oye, un contenido importante es eso de		
91	vencer el miedo. Me da algo de temor		
92	pararme frente a un auditorio grande, quizás	Cómo hablar	
93	algo de eso... <i>vencer el miedo, algo sobre</i>	en Público.	
94	<i>cómo hablar en público</i> . Adicional, tienen		
95	que dar <i>planificación</i> , pues tuve un profesor		
96	con falta de ética, a veces llegaba y si le	Planificación.	Estrategias
97	gritaban o amenazaban, tenía que pasarle la		para la
98	materia, allí uno se confunde, siempre veo		enseñanza
99	que eso es por falta de <i>planificación</i> , algo		de la
100	como en la UNEFA que firman un contrato		Medicina.
101	de aprendizaje. <i>Cómo evaluar</i> , cómo		
102	establecer esas diversas herramientas. Por lo	Evaluación.	
103	general yo hago sólo interrogatorios, los		
104	mando a estudiar un tema del libro y luego		
105	los interrogo.		
106	4. ¿Considera usted que siendo formado		
107	en estrategias didácticas de enseñanza-		
108	aprendizaje, transformaría su praxis		
109	médico-docente?	Aprendizaje de	
110	Es buena idea, estoy convencida de que eso	estrategias.	
111	nos ayudaría a <i>aprender esas estrategias</i> ,	Actuación	
112	mejoraría sustancialmente nuestra <i>actuación</i>	profesoral.	
113	<i>como profesores</i> . Sería mejor esa enseñanza,	Transmisión	Praxis

114	podríamos <i>transmitir mejor nuestros</i>	de	Médico-
115	<i>conocimientos.</i>	conocimientos.	Docente.

Fuente: Elaboración propia (2019).

El actor social MÉDICO-2, otra dama, no mostró síntomas de nerviosismo al momento de rendir la entrevista semiestructurada por separado. Al contrario, parecía disfrutar saber que estaba siendo grabada en audio, mediante un dispositivo de telefonía móvil celular, impresionaba alegría y fue ella quien pidió tomarse una fotografía con quienes le entrevistábamos, no sin antes acomodarse un tanto su lacia cabellera, recogiénola mediante una cola de caballo. A continuación (**Imagen 2**) se presenta la codificación axial, con las categorías y subcategorías emergidas de su narratividad.

Imagen 2.
Codificación Axial con las categorías y subcategorías emergentes del actor social MÉDICO-2.



Fuente: Elaboración propia (2019).

Tabla 4
Categorización abierta de la narratividad del actor social MÉDICO-3 realizada en fecha sábado 24 de marzo de 2018, a las 10:40 horas de la mañana

Línea	Narrativa del Actor Social	Subcategorías	Categorías
116	1. ¿Ha recibido usted algún tipo de		

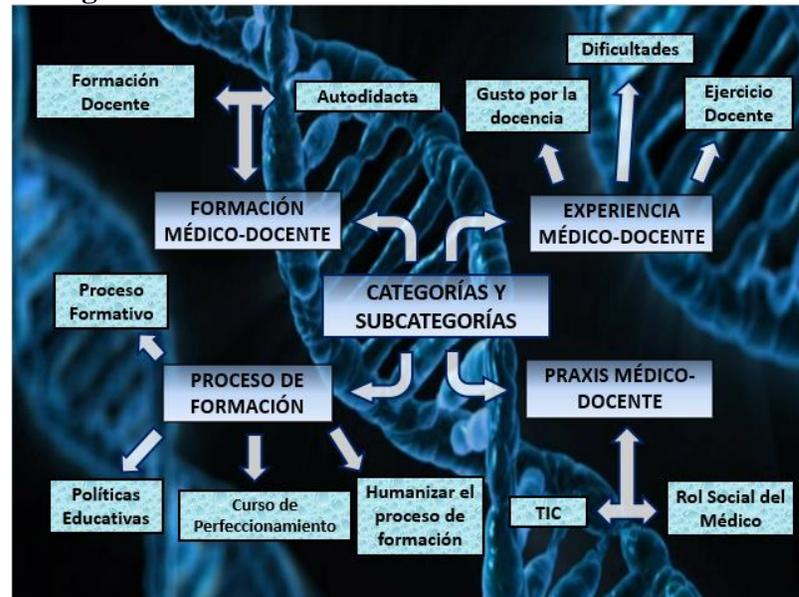
117	formación profesional para el ejercicio de su rol docente en medicina?		
118			
119	Recibí <i>formación docente</i> en la UPEL, pero	Formación	Formación
120	eso fue por mi cuenta. En la carrera jamás	Docente.	
121	me dieron materias sobre pedagogía ni cómo		Médico- Docente.
122	enseñar. Es más, en ese componente aprendí		
123	a evaluar y planificar. Todo fue <i>por cuenta</i>	Autodidacta.	
124	<i>propia.</i>		
125	2. ¿Cómo ha sido su experiencia médica		
126	ejerciendo el rol de docente-formador de		
127	nuevos médicos?		
128	Mi experiencia ha sido <i>chévere</i> , tanto así		
129	que me <i>gusta mucho dar docencia</i>	Gusto por la	
130	<i>actualmente soy profesor en el hospital.</i> Allí	Docencia.	
131	tengo a mis muchachos aprendiendo		Experiencia
132	bastante. Les asigno seminarios y		
133	exposiciones. Ellos tienen sus <i>dificultades,</i>	<i>Dificultades.</i>	Médico- Docente.
134	<i>me veo reflejado en ellos.</i> He brindado		
135	materias relacionadas a la epidemiología		
136	para que comprendan el fenómeno del	Ejercicio	
137	proceso salud enfermedad, asimismo les	Docente.	
138	insisto en que escriban bien en las historias,		
139	como se relacionan con el paciente y esos		
140	temas principales.		
141	3. De acuerdo a su experiencia, ¿qué		
142	contenidos debería incluir un programa		
143	de perfeccionamiento profesional en		
144	estrategias didácticas de enseñanza-		
145	aprendizaje especialmente dirigido a		
146	médicos y médicas?		
147	Algún contenido que nos sirva para		
148	sensibilizar a nuestros estudiantes en el <i>rol</i>	Rol social del	Praxis
149	<i>que ejerce el médico dentro de la sociedad,</i>	médico.	
150	porque hoy día esta carrera no es para		Médico- Docente.
151	hacerse rico sino por vocación. Yo te diría		
152	que también sobre <i>tecnologías de la</i>		
153	<i>comunicación,</i> muchas veces el médico se	TIC.	
154	gradúa sin saber utilizar una simple hoja de		
155	cálculo en Excel, luego se complica cuando		
156	debe cumplir su función administrativa para		
157	cotejar la morbilidad si se la piden transcrita.		
158	4. ¿Considera usted que siendo formado		
159	en estrategias didácticas de enseñanza-		
160	aprendizaje, transformaría su praxis		

161	médico-docente?		
162	Sería más <u>humano en el proceso de</u>		
163	<u>formación</u> . Más solidario, más sensible en	Humanizar el	
164	ese proceso. Quizás pudiera decir que haría	proceso de	
165	de la docencia un momento necesario para	formación.	
166	aprender enseñando. Yo siempre pienso en	Curso de	
167	cuál será el motivo por el cual nuestros	perfecciona-	
168	jefes, no se preocupan en darnos <u>cursos para</u>	miento.	Proceso de
169	<u>perfeccionarnos</u> . Creo que la <u>política</u>		formación.
170	<u>educativa</u> va por un lado y la de salud por	Políticas	
171	otro lado. Deben ir juntas. Aquí el medico es	Educativas.	
172	formado en establecimientos de salud, pero		
173	quien se cree su dueño es el Ministerio del		
174	Poder Popular para la Educación		
175	universitaria Ciencia y tecnología hasta el		
176	sexto año, desde allí, salgan a la calle a ver		
177	que hacen. Estaríamos más seguros cuando		
178	nos enfrentemos a los pacientes que buscan	Proceso	
179	mucha información, a los familiares y a los	Formativo.	
180	alumnos que tenemos bajo nuestra		
181	responsabilidad en el <u>proceso formativo de</u>		
182	<u>pregrado y/o postgrado</u> .		

Fuente: Elaboración propia (2019).

El actor social MÉDICO-3, un caballero, fue el más sobrio, parco y templado al momento de la socialización grupal. Fue quien menos intervino durante el debate general que se protagonizó, cuando discutíamos los principales problemas médico-legales que se les presentan a los galenos durante el ejercicio profesional médico. Estuvo muy pendiente de su teléfono celular, respondiendo mensajes de texto. Empero, las respuestas que ofreció durante la entrevista semiestructurada por separado, fueron bastante interesantes. Luego de ello debió retirarse de la Sala Situacional de la Dirección Estatal de Salud, excusándose en asuntos personales que debía atender. De seguidas (**Imagen 3**), se presentan las categorías y subcategorías emergidas de su entrevista.

Imagen 3.
Codificación Axial con las categorías y subcategorías emergentes del actor social MÉDICO-3.



Fuente: Elaboración propia (2019).

Tabla 5
Categorización abierta de la narratividad del actor social MÉDICO-4 realizada en fecha sábado 24 de marzo de 2018, a las 11:00 horas de la mañana

Línea	Narrativa del Actor Social	Subcategorías	Categorías
183	1. ¿Ha recibido usted algún tipo de		
184	formación profesional para el ejercicio de		
185	su rol docente en medicina?		
186	<i>En el pregrado, nunca nos enseñan a dar</i>	Nula formación	Formación
187	<i>clases. Hice mi <u>componente docente</u> en el</i>	docente durante	Médico-
188	<i>Instituto de Estudios Avanzados (IDEA),</i>	pregrado.	Docente.
189	<i>pero para serte franca, fue por un contacto</i>	Componente	
190	<i>que tenía.</i>	Docente.	
191	2. ¿Cómo ha sido su experiencia médica		
192	ejerciendo el rol de docente-formador de		
193	nuevos médicos?		
194	<i>Me declaro muy <u>conductista</u>. Entradas a</i>	Conductismo.	
195	<i>tiempo, si no pierden la clase. Salidas a la</i>		
196	<i>hora, si no quedan inasistentes. Es un tema</i>		
197	<i>de mi personalidad, soy así. Yo creo que en</i>	Rigidez	Experiencia
198	<i>medicina se debe ser <u>rígido</u> en muchas</i>	Pedagógica.	Médico-
199	<i>materias, quizás en la <u>práctica</u> sí se puede</i>		Docente.
200	<i>variar, recuerda que por lo general en</i>		
201	<i>medicina se ve una materia con dos o más</i>	Teoría y	

<p>202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243</p>	<p>profesores, pues uno o dos dan el horario de <u>teoría y el restante da la práctica</u>. Me cuesta cuando tengo <u>grupos grandes</u>, por lo general no puedo dar clases a más de 10 o 12 <u>estudiantes o médicos en proceso de formación</u>.</p> <p>3. De acuerdo a su experiencia, ¿qué contenidos debería incluir un programa de perfeccionamiento profesional en estrategias didácticas de enseñanza-aprendizaje especialmente dirigido a médicos y médicas?</p> <p>Algunas <u>teorías o modelos de aprendizaje</u>, como es el establecimiento de objetivos, o el aprender enseñando. Debe meterse allí el aprendizaje significativo, el aprendizaje para toda la vida, pues uno debe hacer para aprender, no podemos olvidar la combinación de la práctica y la teoría. El paciente nos da más que la teoría, pero sin la teoría no podríamos introducirnos en explorar la salud. Se debe incluir la <u>evaluación específicamente en el campo de la medicina</u>, creo que dista un poco del resto de las áreas del conocimiento. Aplicar nuevas formas de evaluar, no solo con clases expositivas o exámenes escritos, pues quizá en algunas unidades o materias, se puede evaluar con técnicas grupales, conversatorios, cine foros y hasta presentación de casos clínicos. Por eso, cuando llega el medico a formarse en postgrados clínicos o quirúrgicos, les va mal, pues jamás lograron en pregrado hacer una ficha, un buen seminario o presentar una buena historia o un caso clínico.</p> <p>4. ¿Considera usted que siendo formado en estrategias didácticas de enseñanza-aprendizaje, transformaría su praxis médico-docente?</p> <p>Definitivamente sí, pues al final de cuentas el <u>médico se transforma</u> día a día. Así sea que en todo el curso sólo se aprenda a <u>planificar</u>, pero cuanto no sería, pues antes</p>	<p>Práctica Médica.</p> <p>Procesos Formativos.</p> <p>Teorías de Aprendizaje.</p> <p>Evaluación Médica.</p> <p>Transformación médica.</p> <p>Planificación.</p>	<p>Estrategias para la enseñanza de la Medicina.</p>
--	---	--	--

244	no sabía y ahora sí. El médico sería más cónsono con la realidad, mejor humano a la hora de evaluar, sin dejar la rigidez, pero quizás pudiera encontrar formas de hacer más <i>sensible la enseñanza</i> sin dejar de ser estricto y exigente en el proceso.	Sensibilización de la Enseñanza.	Proceso de formación.
245			
246			
247			
248			
249			

Fuente: Elaboración propia (2019).

El actor social MÉDICO-4, especialista en Medicina General Integral (MGI), al momento de la entrevista cumplía funciones gerenciales como regente de un establecimiento de salud, además de ser docente de pregrado en Medicina Integral Comunitaria (MIC), e impresionaba ser un individuo extrovertido y espontáneo.

Imagen 4.
Codificación Axial con las categorías y subcategorías emergentes del actor social MÉDICO-4.



Fuente: Elaboración propia (2019).

Tabla 6
Categorización abierta de la narratividad del actor social MÉDICO-5 realizada en fecha sábado 24 de marzo de 2018, a las 11:20 horas de la mañana

Línea	Narrativa del Actor Social	Subcategorías	Categorías
250	1. ¿Ha recibido usted algún tipo de formación profesional para el ejercicio de su rol docente en medicina?		
251			
252			

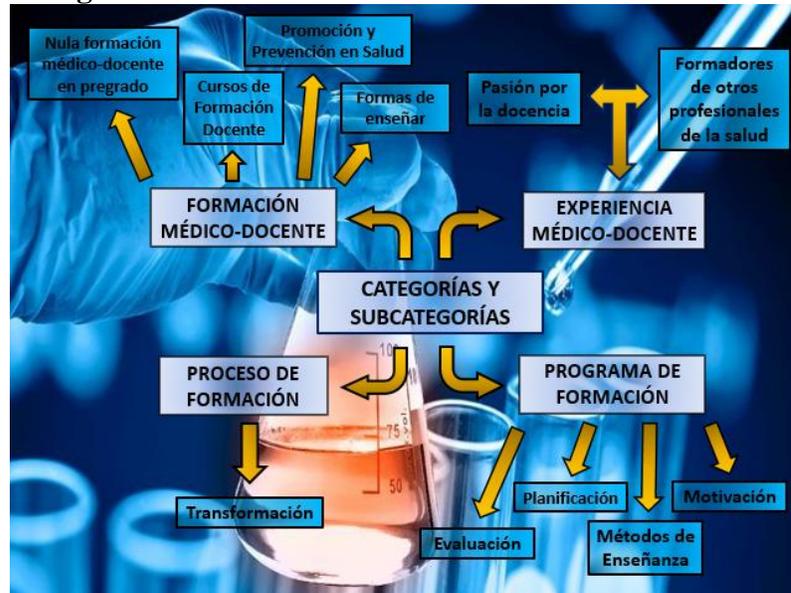
<p>253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296</p>	<p>Durante mi <i>formación como médico</i>, nunca recibí formación para ejercer cómo docente, sin embargo en el camino tuve que integrarme a <i>cursos de formación docente</i>, pues la necesidad de lograr mayor empatía a la hora de realizar actividades de <i>promoción y prevención</i> en salud me lo exigían. Debía buscar <i>nuevas formas de enseñar</i>, de transmitir, de dirigir una política de salud, es que nosotros podemos ser ejemplos positivos o negativos en la formación de otros profesionales o de la misma población.</p> <p>2. ¿Cómo ha sido su experiencia médica ejerciendo el rol de docente-formador de nuevos médicos?</p> <p>Mi experiencia la describo única, pues a mí <i>me fascina dar clases</i>, brindar docencia a todos los niveles de la educación. Es que sencillamente <i>el tema docente me apasiona</i> tanto, pues logras hasta <i>motivar</i> mediante tu enseñanza o método a aquel estudiante que anda desmoralizado por la situación del país en que resulta más atractivo dedicarse a otras áreas que al estudio de una carrera tan vital, como la constituye la medicina. Ojo, nosotros <i>también somos formadores</i> en algunas áreas de aprendizaje de los profesionales de la enfermería, bioanalistas, odontólogos, trabajadores sociales entre <i>otros profesionales</i> vinculados directamente al área de la salud.</p> <p>3. De acuerdo a su experiencia, ¿qué contenidos debería incluir un programa de perfeccionamiento profesional en estrategias didácticas de enseñanza-aprendizaje especialmente dirigido a médicos y médicas?</p> <p>Sin pensarlo mucho, creo que deberían incluirse <i>temas motivacionales</i>, pues vencer hoy en día el tema del bajo salario, pero que te obliguen a dar clases, si obliguen, pues no te pagan más. Es un tema altruista diría yo. Deben incluirse temas como el desempeño</p>	<p>Nula Formación médico-docente en pregrado.</p> <p>Cursos de Formación Docente.</p> <p>Promoción y Prevención en salud.</p> <p>Formas de Enseñar.</p> <p>Pasión por la docencia.</p> <p>Motivación.</p> <p>Formadores de otros profesionales de la salud.</p> <p>Motivación.</p>	<p>Formación Médico-Docente.</p> <p>Experiencia Médico-Docente.</p>
--	---	--	---

297	en público, pues hoy día ante el déficit,	Métodos de Enseñanza.	Programa de Formación.
298	muchos médicos recién egresados han		
299	tenido que asumir el rol docente, pero sin la		
301	debida preparación como docentes,		
302	entonces reproducen un <u>método de</u>		
303	<u>enseñanza</u> anclado al modelaje, modelaje		
304	que puede ser negativo en muchos casos.		
305	<u>Planificar</u> , dirigir grupos de clases, <u>evaluar</u>		
306	y diversas <u>técnicas para concretar en el</u>	Evaluación.	
307	<u>salón</u> el plan de estudios. Es largo, pero		
308	necesario.		
309	4. ¿Considera usted que siendo formado		
310	en estrategias didácticas de enseñanza-		
311	aprendizaje, transformaría su praxis		
312	médico-docente?		
313	Más allá de la <u>transformación</u> , creo que lo	Transformación.	Proceso de Formación.
314	que se buscaría es que ese medico sea más		
315	solidario con su entorno. El médico estaría		
316	<u>transformándose</u> asimismo en el momento		
317	en que transforme al medio que le rodea.		
318	Cuando el médico le dice a la madre “Mire		
319	señora, dele agua hervida a su hijo”, la		
320	madre quizás no lo entiende así, pero		
321	cuando le dices “Mamá, debe hervir el agua,		
322	para evitar que su bebe tome agua sucia,		
323	llena de bacterias o parásitos que pueden		
324	enfermarlo” allí, la madre lo hace por cómo		
325	se lo dices, no por lo que le dices..., en este		
326	caso, mediante la forma de decírselo a la		
327	madre, <u>transformamos</u> el medio..., creo		
328	que, en esencia, eso es la intención del		
329	médico.		

Fuente: Elaboración propia (2019).

En la narratividad del actor social MÉDICO-5 se evidenció mucha seguridad y confianza en sí mismo, suponemos que por poseer una especialidad clínica en Traumatología y Ortopedia. Quizás se sentía con cierta superioridad respecto a los demás médicos que conformaban el grupo de investigación, ya que él es médico cirujano egresado de una universidad tradicional y no Médico Integral Comunitario. Sin embargo, fueron interesantes las categorías y subcategorías que emergieron de su discurso (**Imagen 5**).

Imagen 5.
Codificación Axial con las categorías y subcategorías emergentes del actor social MÉDICO-5.



Fuente: Elaboración propia (2019).

Las tablas 7 y 8 muestran la categorización abierta de la narratividad de los dos (2) informantes claves que completaron el GIAP.

Tabla 7
Categorización abierta de la narratividad del informante clave IC-1 realizada en fecha lunes 26 de marzo de 2018, a las 4:00 horas de la tarde

Línea	Narrativa del Informante Clave	Subcategorías	Categorías
330	1. ¿Ha recibido usted algún tipo de		
331	formación profesional para el ejercicio de		
332	su rol docente en medicina?		
333	Yo he sido afortunado, recibí un curso de		
334	<i>formación docente</i> cuando realicé mis	Formación	
335	estudios en la Universidad de Carabobo, aun	Docente.	
336	siendo médico me permitieron <i>formarme</i> ,		Formación
337	pues era preparador a otros estudiantes de		Médico-
338	medicina. Desde allí, nació mi mayor	Vocación	Docente.
339	<i>vocación de ser médico</i> . Posteriormente,	Médica.	
340	cuando realicé mi artículo 8 me		
341	correspondió en el Baúl, allí duré varios		
342	meses antes de partir a mi postgrado en		
343	Pediatría y Puericultura. Estando en el	Evaluación del	

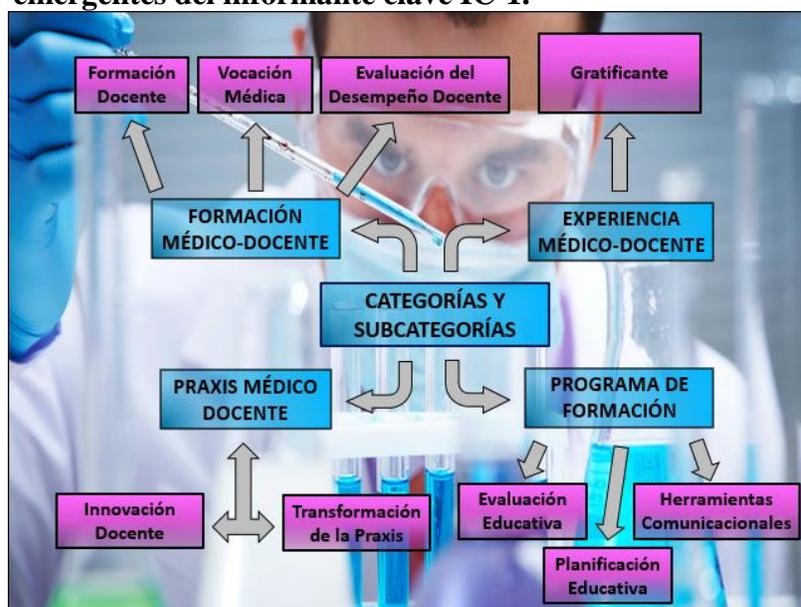
<p>344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387</p>	<p>Postgrado, me <u>evaluaban al ascender a otro año de la especialidad</u>, les di clases a mis subordinados del año inmediato inferior. Recibí mi título de Pediatra, posterior hice un componente docente en la Universidad Nacional Abierta, el cual me gustó. Todas esas experiencias fomentaron valores en mí, por eso me desempeño aún como docente.</p> <p>2. ¿Cómo ha sido su experiencia médica ejerciendo el rol de docente-formador de nuevos médicos?</p> <p>Ha sido muy <u>gratificante</u>. Somos docentes desde que nos graduamos como médicos. Nos enseñan a ser docentes. Damos clases a los pacientes, a los familiares, a médicos en formación, a la comunidad. Es una experiencia valiosa, permite que nos reconozcamos como lo que somos, un maestro.</p> <p>3. De acuerdo a su experiencia, ¿qué contenidos debería incluir un programa de perfeccionamiento profesional en estrategias didácticas de enseñanza-aprendizaje especialmente dirigido a médicos y médicas?</p> <p>Es importante que se incluya las <u>herramientas comunicacionales</u>, para establecer canales de comunicación eficientes y eficaces. La comunicación es vital, así como diversas estrategias de resolución de conflictos, pues habrá momentos en los que tengamos que ser mediadores o conciliadores ante un determinado problema. Además, es necesario que se establezcan algunos <u>principios de planificación educativa y evaluación educativa</u>. En estas áreas, lo subjetivo juega un papel crucial, pues algunas personas sin conocimiento suficiente son capaces de dejarse llevar por sus emociones a la hora de enseñar o evaluar.</p> <p>4. ¿Considera usted que siendo formado en estrategias didácticas de enseñanza-</p>	<p>Desempeño Docente.</p> <p>Gratificante.</p> <p>Herramientas Comunicacionales.</p> <p>Planificación Educativa.</p> <p>Evaluación Educativa.</p>	<p>Experiencia Médico- Docente.</p> <p>Programa de Formación.</p>
--	--	---	---

388	aprendizaje, transformaría su praxis		
389	médico-docente?		
390	En definitiva, se <i>transformaría la praxis.</i>	Transformación de la praxis.	Praxis Médico- Docente.
391	Nuestra área del conocimiento es netamente		
392	pragmática. Por encima de cualquier		
393	conocimiento, la praxis nos alimenta nuestro		
394	caudal de conocimientos, estaríamos más		
395	preparados y mejor, ante esta nueva		
396	sociedad. El pueblo de ayer, es distinto al de		
397	hoy y al de mañana. El arte de la <i>docencia</i>		
398	<i>en el médico, sería innovadora</i> si tomamos	Innovación	
399	nuevas formas de enseñar, evaluar,	docente.	
400	<i>transformar el conocimiento.</i>		

Fuente: Elaboración propia (2019).

El informante clave identificado como IC-1 se mostró receptivo al momento de la entrevista, la cual fue realizada en su propia casa, donde fuimos recibidos de manera amena, compartimos café y torta. En la imagen que se presenta a continuación (**Imagen 6**), es posible visualizar las categorías y subcategorías que emergieron de su discursiva.

Imagen 6.
Codificación Axial con las categorías y subcategorías emergentes del informante clave IC-1.



Fuente: Elaboración propia (2019).

Tabla 8
Categorización abierta de la narratividad del informante clave IC-2 realizada en fecha lunes 26 de marzo de 2018, a las 5:30 horas de la tarde

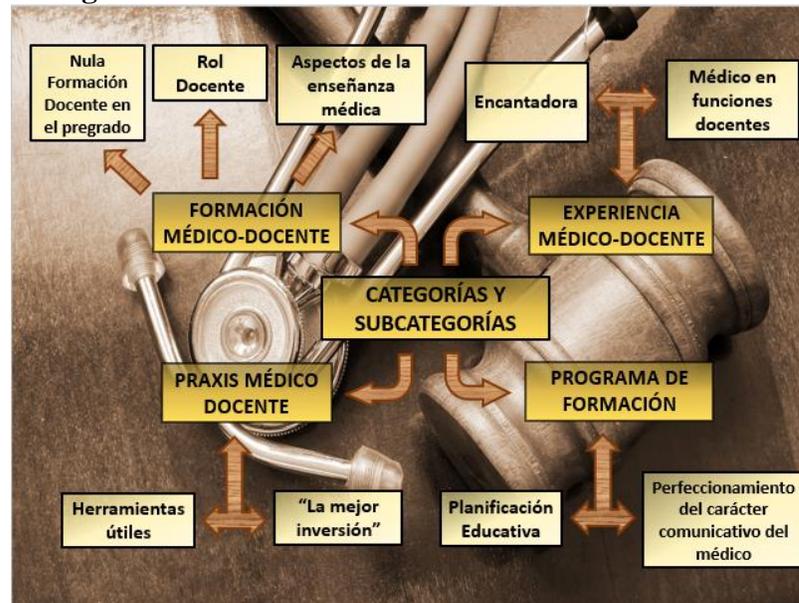
Línea	Narrativa del Informante Clave	Subcategorías	Categorías
401	1. ¿Ha recibido usted algún tipo de formación profesional para el ejercicio de su rol docente en medicina?		
402			
403			
404	<i>Yo recibí <u>formación como docente una vez</u></i>	Nula	
405	<i><u>graduada de médico</u>, pues decidí por cuenta propia indagar donde daban el curso de</i>	formación	
406	<i>componente docente, adicional tenía familiares muy cercanos que eran maestros y</i>	docente en el	
407	<i>compartieron conmigo algunas de sus experiencias. Pero en la carrera, a pesar de</i>	pregrado	Formación
408	<i>que salimos con el <u>rol docente</u>, no vemos ninguna materia específica en el Pensum de</i>	Médico.	Médico-
409	<i>estudios enlazada al ejercicio docente, somos muy <u>biologicistas y positivistas en</u></i>	Rol Docente.	Docente.
410	<i><u>estos aspectos de la enseñanza</u>.</i>	Aspectos de la	
411	2. ¿Cómo ha sido su experiencia médica ejerciendo el rol de docente-formador de nuevos médicos?	Enseñanza	
412		Médica.	
413			
414			
415			
416	<i>He tenido una <u>experiencia cada día</u></i>	Encantadora.	
417	<i><u>encantadora</u>, pues me ha permitido desmitificar que la medicina sólo se aprende</i>		
418	<i>con el positivismo, cuando no es así. He conocido gracias a mis estudios</i>		
419	<i>complementarios, que realmente éste <u>ejercicio de la docencia</u> entusiasma hasta el</i>	Médico en	Experiencia
420	<i>punto de querer impartir clases para aprender más y más. Puede incluso que los</i>	funciones	Médico-
421	<i>médicos en formación o médicos a nivel de postgrado tengan problemas en algunas</i>	docentes.	Docente.
422	<i>materias para la comprensión de contenidos difíciles, pero con mucho tacto por parte del</i>		
423	<i>docente, es capaz de que ese muchacho se transforme en un estudiante brillante. Es</i>		
424	<i>cuestión de conocer al estudiante y que se genere un vínculo de confianza.</i>		
425			
426			
427			
428			
429			
430			
431			
432			
433			
434			
435			
436	3. De acuerdo a su experiencia, ¿qué contenidos debería incluir un programa de perfeccionamiento profesional en estrategias didácticas de enseñanza-aprendizaje especialmente dirigido a		
437			
438			
439			
440			

441	médicos y médicas?		
442	Es básico que se pueda <u>perfeccionar el</u>		
443	<u>carácter comunicativo del médico</u> y su		
444	relación al secreto médico, pues en	Perfecciona-	
445	ocasiones el médico jojotico, es quien da las	miento del	
446	malas noticias a familiares en estado de	carácter	
447	gravedad. Les toca a ellos, pero lo hacemos	comunicativo	Programa
448	para que tengan tacto, sean enfrentados a la	del médico.	de
449	muerte, pero sobre todo para que aprendan		Formación.
450	<u>el arte de comunicarse</u> y hacerlo bien.		
451	Además de eso, también interesa que el		
452	médico aprenda a <u>planificación educativa.</u>	Planificación	
453	Eso le ayudará no solo con los contenidos a	Educativa.	
454	la hora de dar una charla o impartir un		
455	conversatorio dirigido a un grupo particular		
456	de pacientes o familiares sino también		
457	resultaría útil para su vida, como se organiza		
458	en la carrera.		
459	4. ¿Considera usted que siendo formado		
460	en estrategias didácticas de enseñanza-		
461	aprendizaje, transformaría su praxis		
462	médico-docente?		
463	Lo considero <u>la mejor inversión del médico</u>	“La mejor	
464	<u>una vez que se gradúe.</u> Me atrevo a decir	inversión”.	Praxis
465	que antes de hacer postgrados clínicos o		Médico-
466	quirúrgicos, le vendría mejor un curso de		Docente.
467	esta categoría, pues le dará <u>herramientas</u>	Herramientas	
468	<u>útiles</u> a la hora de enfrentarse a seminarios,	útiles.	
469	pacientes con cierto grado de dificultad para		
470	relacionarse con el médico, pero sobre todas		
471	las cosas, sería integral a la hora de cumplir		
472	como docente.		

Fuente: Elaboración propia (2019).

Al informante clave identificado como IC-2, le conozco desde hace años. Conozco su pasión por la medicina, particularmente por la especialidad clínica que desempeña con ahínco, pasión y mucha vocación de servicio. Cuando busqué su ayuda para conformar este GIAP, la obtuve de manera inmediata y sin objeciones.

Imagen 7.
Codificación Axial con las categorías y subcategorías emergentes del informante clave IC-2.



Fuente: Elaboración propia (2019).

Tabla 9
Categorización axial de la narratividad de los actores sociales y de los informantes claves

Actores Sociales e Informantes Claves	Interrogantes	Categorías Abiertas	Categorías Axiales	
MÉDICO-1	1	- Carencia de formación médico-docente.	1. Estrategias para la enseñanza de la Medicina. 2. Experiencia Médico-Docente. 3. Formación Médico-Docente. 4. Praxis Médico-Docente. 5. Proceso de Formación. 6. Programa de Formación. 7. Rol Docente del Médico.	
		- Desagrado por la docencia.		
	2	- Mala experiencia médico-docente.		
		3		- Planificación Educativa.
				- Evaluación.
	4	- Técnicas para dar clases.		
		- Función docente.		
- Enseñanza a familiares y pacientes.				
- Disposición.				
		- Nula formación		

MÉDICO-2	1	médico-docente.	1. Estrategias para la enseñanza de la Medicina.			
		- Modelaje y repetición.				
		- Función médica.				
	2	- Gusto por la docencia.		2. Experiencia Médico-Docente.		
		- Rol docente.				
		- Autodidacta.				
		- Ética.				
	3	- Cómo hablar en Público.			3. Formación Médico-Docente.	
		- Planificación.				
		- Evaluación.				
	4	- Aprendizaje de estrategias.				4. Praxis Médico-Docente.
		- Actuación profesoral.				
- Transmisión de conocimientos.						
MÉDICO-3	1	- Formación Docente.	5. Proceso de Formación.			
		- Autodidacta.				
	2	- Gusto por la Docencia.		6. Programa de Formación.		
		- Dificultades.				
		- Ejercicio Docente.				
	3	- Rol social del Médico.				
		- TIC.				
	4	- Humanizar el proceso de formación.				
		- Curso de perfeccionamiento.				
		- Políticas Educativas.				
		- Proceso Formativo.				
	MÉDICO-4	1			- Nula formación docente durante pregrado.	7. Rol Docente del Médico.
- Componente Docente.						
		- Conductismo.				
		- Rigidez Pedagógica.				

	2	- Teoría y Práctica Médica.	1. Estrategias para la enseñanza de la Medicina.				
		- Procesos Formativos.					
	3	- Teorías de Aprendizaje.		2. Experiencia Médico-Docente.			
		- Evaluación Médica.					
	4	- Transformación médica.			3. Formación Médico-Docente.		
		- Planificación.					
- Sensibilización de la Enseñanza.							
MÉDICO-5	1	- Nula Formación médico-docente en pregrado.	4. Praxis Médico-Docente.				
		- Cursos de Formación Docente.					
		- Promoción y Prevención en salud.					
		- Formas de Enseñar.					
	2	- Pasión por la docencia.		5. Proceso de Formación.			
		- Formadores de otros profesionales de la salud.					
	3	- Motivación.			6. Programa de Formación.		
		- Métodos de Enseñanza.					
		- Planificación.					
	4	- Evaluación.				7. Rol Docente del Médico.	
		- Transformación.					
	IC-1	1		- Formación Docente.			7. Rol Docente del Médico.
- Vocación Médica.							
- Evaluación del Desempeño Docente.							
2		- Gratificante.	7. Rol Docente del Médico.				
		- Herramientas Comunicacionales.					
3		- Planificación Educativa.		7. Rol Docente del Médico.			
		- Evaluación Educativa.					
4		- Transformación de la praxis.			7. Rol Docente del Médico.		

		- Innovación docente.	
IC-2	1	- Nula formación docente en el pregrado Médico.	1. Estrategias para la enseñanza de la Medicina. 2. Experiencia Médico-Docente. 3. Formación Médico-Docente. 4. Praxis Médico-Docente. 5. Proceso de Formación. 6. Programa de Formación. 7. Rol Docente del Médico.
		- Rol Docente.	
		- Aspectos de la Enseñanza Médica.	
	2	- Encantadora.	
		- Médico en funciones docentes.	
	3	- Perfeccionamiento del carácter comunicativo del médico.	
		- Planificación Educativa.	
	4	- La mejor inversión.	
		- Herramientas útiles.	

Fuente: Elaboración propia (2019).

Categorías Axiales que emergieron del Fenómeno en Estudio

Estas categorías axiales que se presentan a continuación, fueron las que emergieron a partir de las narrativas, temáticas, ideas y sentires de los actores sociales y de los informantes claves que conformaron el Grupo de Investigación Acción Participativa (GIAP), los cuales aportaron los diversos significados de lo planteado, siendo el inicio del proceso de teorización. Las categorías son conceptos derivados de los datos que representan fenómenos, es decir, son ideas analíticas pertinentes emergidas o surgidas de los integrantes del GIAP, perteneciente a la red de servicios de salud del municipio Ezequiel Zamora, del estado bolivariano de Cojedes.

Emergieron, entonces, siete (7) categorías axiales: 1. Estrategias para la enseñanza de la Medicina; 2. Experiencia Médico-Docente; 3. Formación Médico-Docente; 4. Praxis Médico-Docente; 5. Proceso de Formación; 6. Programa de Formación; 7. Rol Docente del Médico (Ver **Tabla 9**). De cada una de estas categorías, surgieron subcategorías que integran los elementos temáticos, las cuales fueron presentadas previamente mediante imágenes (de la **Imagen 1** a la **Imagen 7**).

En la categoría «Estrategias para la enseñanza de la Medicina», de la narrativa de nuestros actores sociales, surgieron cuatro (4) subcategorías que la definen: Evaluación Médica; Planificación Educativa; Técnicas para dar clases; y Teorías de Aprendizaje. En la categoría «Experiencia Médico-Docente», emergieron las siguientes subcategorías: Conductismo y Rigidez Pedagógica; Dificultades para el ejercicio Médico-Docente; Formadores de otros profesionales de la salud; Gratificante y encantador el ejercicio Médico-Docente; Gusto y Pasión por la Docencia Médica; Malas experiencias Médico-Docente; Teoría y Práctica Médica.

Para el caso de la categoría «Formación Médico-Docente» surgieron las subcategorías siguientes: Aspectos de la Enseñanza Médica; Autodidacta; Componente Docente; Cursos de Formación Docente; Desagrado por la Docencia; Evaluación del Desempeño Médico-Docente; Formas de Enseñar; Función Médica; Modelaje y repetición; Nula formación docente en el pregrado médico; Promoción y Prevención en Salud; Rol Docente; y Vocación Médica. De la categoría «Praxis Médico-Docente», emergieron las subcategorías que siguen: Cómo hablar en Público; Disposición; Enseñanza a familiares y pacientes; Evaluación; Función Docente; Herramientas Útiles; Innovación Docente; “La mejor inversión”; Planificación; Rol Social del Médico y TIC.

Respecto a la categoría «Proceso de Formación» emergieron las subcategorías: Curso de perfeccionamiento; Humanizar el proceso de formación; Políticas Educativas; Proceso Formativo; Sensibilización de la Enseñanza; Transformación de la Praxis Médico-Docente. En relación a la categoría «Programa de Formación», emergieron las subcategorías siguientes: Evaluación Educativa; Herramientas Comunicacionales; Métodos de Enseñanza; Motivación; Comunicación médica; y Planificación Educativa. Finalmente, respecto a la categoría «Rol Docente del Médico», emergieron las subcategorías que se señalan: Autodidacta; Ética; Gusto por la Docencia y Rol Médico-Docente.

HOLÓN V

PLANIFICACIÓN

“No se puede probar nada en el reino del pensamiento; pero el pensamiento puede explicar muchas cosas” (Martin Heidegger).

Lara (ob. cit.) escribe que el plan de acción “es una actividad estratégica en donde se logra la interacción, fortalecimiento de los valores, las relaciones interpersonales y el sentido de pertenencia, esto conlleva a la formulación de una planificación eminentemente práctica que permita resolver la problemática planteada” (p. 68).

De las necesidades descritas en el diagnóstico participativo de la fase anterior, emergió el plan de acción que se explica en este capítulo, elaborado en construcción colectiva y colaborativa con los actores sociales e informantes claves, materializado en un Programa de Perfeccionamiento Profesional en Estrategias Didácticas de Enseñanza-Aprendizaje para Médicos y Médicas, avalado por la Dirección de Investigación y Educación de la Dirección Estatal de Salud (DES) Cojedes, modalidad presencial, acreditado con cinco (05) unidades de crédito, por ciento cuarenta y cuatro horas (144h) académicas teóricas.

Fundamentación Teórica

El *Deber Ser* es que los profesionales de las ciencias médicas ejerzan cuatro roles fundamentales en el mantenimiento de la salud y en la prevención y tratamiento de enfermedades: Un papel asistencial, investigativo, gerencial y finalmente un rol docente. El ejercicio adecuado de la función médica depende –entre otros factores– de la calidad de la educación recibida en las diferentes etapas: En el pregrado, en la formación médica especializada y en el desarrollo profesional continuo.

La preparación académica será de más calidad cuanto mayor sea el grado de preparación de los docentes implicados en la formación de otros médicos. Para asegurar la calidad pedagógica, se hace necesario que los profesionales con

responsabilidades profesoras posean los aprendizajes necesarios y adecuados para llevar a cabo la función académica.

En la actualidad se plantea que la preparación para la enseñanza resulta esencial, por lo que atendiendo a la misión de servicio y la vinculación socio-comunitaria de nuestra UNELLEZ, se ha implementado este programa de perfeccionamiento profesional en estrategias didácticas de enseñanza-aprendizaje, especialmente diseñado de acuerdo a las necesidades formativas de los profesionales de las ciencias de la salud, en una modalidad semi-presencial (*E-learning*), como un aporte a la difusión de prácticas educacionales efectivas en la comunidad universitaria dedicada al área médica.

Hace énfasis en una práctica docente basada en la evidencia que les permitirá a los participantes, desarrollarse en ámbitos como el diseño y planificación de las actividades de aprendizaje, enseñanza y apoyo a los estudiantes, evaluación de los aprendizajes y la realimentación, investigación y gestión educativa. Se utilizarán metodologías de aprendizaje activo basadas en los principios de aprendizajes de adultos, a objeto de facilitar la construcción colaborativa de los saberes científicos en un contexto clínico.

Objetivo General del Programa de Perfeccionamiento Profesional

Facilitar la adquisición de las competencias necesarias para que profesionales de la salud puedan llevar a cabo las funciones de enseñanza-aprendizaje, gestión educativa y liderazgo en educación de forma eficiente.

Destinatarios

Profesionales en ciencias de la salud que ejerzan funciones docentes.

Estructura del Programa de Perfeccionamiento Profesional

Módulo I: Comunicación Médica

Dieciséis (16) horas teóricas presenciales por semana. Dos semanas, dos encuentros presenciales por semana. Ocho (8) horas teóricas en entorno virtual. Para un total de veinticuatro (24) horas teóricas.

Objetivo General

- ✓ Reflexionar acerca de la importancia que tiene para un profesional de la salud, en especial para quien ejerce funciones docentes, el comunicarse de manera adecuada, tanto en forma verbal como escrita.

Objetivos Específicos

- ✓ Propiciar habilidades y destrezas para la comunicación eficaz del médico-docente en la interacción con sus estudiantes, pacientes, familiares y con otros profesionales de la salud.
- ✓ Conocer la naturaleza y elementos de la comunicación médica, principales modelos y las barreras que inciden negativamente en ella.
- ✓ Reconocer la importancia de redactar historias clínicas y otros registros médicos de manera comprensible a terceros.

Módulo II: Sociología de la Enseñanza en Medicina

Dieciséis (16) horas teóricas presenciales por semana. Dos semanas, dos encuentros presenciales por semana. Ocho (8) horas teóricas en entorno virtual. Para un total de veinticuatro (24) horas teóricas.

Objetivo General

- ✓ Analizar el vínculo entre la medicina y las ciencias sociales, con especial énfasis en la educación, al tiempo de discutir algunos de los inconvenientes que se presentan para una colaboración más productiva entre estos campos del saber.

Objetivos Específicos

- ✓ Develar el sentido social que subyace en las prácticas pedagógicas del médico en su rol docente.
- ✓ Contextualizar a la educación médica como un fenómeno determinante en la resolución de diversas problemáticas sociales.
- ✓ Aportar elementos teórico-prácticos para la reflexión acerca de la relación «sociología y salud», desde una perspectiva pedagógica.

- ✓ Reflexionar sobre los retos que se presentan actualmente en la formación médica.

Módulo III: Psicología del Aprendizaje Médico

Dieciséis (16) horas teóricas presenciales por semana. Dos semanas, dos encuentros presenciales por semana. Ocho (8) horas teóricas en entorno virtual. Para un total de veinticuatro (24) horas teóricas.

Objetivo General

- ✓ Comprender las principales teorías psicológicas del aprendizaje que a lo largo de la historia han influido en los procesos de formación del médico, y las tendencias modernas que en la actualidad se emplean en la enseñanza de las ciencias médicas.

Objetivos Específicos

- ✓ Efectuar un esbozo sobre los postulados más significativos que la pedagogía conductista, cognitivista y constructivista han dado a la enseñanza de la medicina.
- ✓ Estudiar la aplicación de los principios teóricos educacionales en la enseñanza de las materias clínicas.
- ✓ Hacer un bosquejo acerca de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC's), en la enseñanza-aprendizaje de la medicina.

Módulo IV: Didáctica Aplicada en las Ciencias Médicas

Dieciséis (16) horas teóricas presenciales por semana. Dos semanas, dos encuentros presenciales por semana. Ocho (8) horas teóricas en entorno virtual. Para un total de veinticuatro (24) horas teóricas.

Objetivo General

- ✓ Examinar las estrategias didácticas de enseñanza-aprendizaje más innovadoras que modernamente se emplean en la formación académica de los profesionales de la salud.

Objetivos Específicos

- ✓ Disponer de distintos métodos para la enseñanza de la medicina y la importancia de elegir la mejor opción según los objetivos de aprendizaje, el número de estudiantes y los recursos disponibles.
- ✓ Profundizar en los fundamentos epistémicos del estudio de casos clínicos, como herramienta que contribuye a dar sustento pedagógico a la formación de los médicos.
- ✓ Mejorar el desempeño del médico-docente en su rol de tutor-formador, empleando el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) como metodología didáctica en la enseñanza de las ciencias médicas.

Módulo V: Planificación en la Educación Médica

Dieciséis (16) horas teóricas presenciales por semana. Dos semanas, dos encuentros presenciales por semana. Ocho (8) horas teóricas en entorno virtual. Para un total de veinticuatro (24) horas teóricas.

Objetivo General

- ✓ Utilizar de manera efectiva distintas estrategias para el diseño y desarrollo exitoso del proceso de enseñanza-aprendizaje en la medicina.

Objetivos Específicos

- ✓ Trazar una ruta metodológica para que el médico-docente cumpla satisfactoriamente con el proceso de planeación educativa en la enseñanza de la medicina.
- ✓ Introducir innovaciones de cara a mejorar la actuación profesional del médico-docente y los resultados en el aprendizaje de sus estudiantes.
- ✓ Enfocar los procesos formativos de los estudiantes de medicina en el desarrollo de competencias que les permitan resolver problemas de su propia realidad educativa.

Módulo VI: Evaluación de los Aprendizajes en Medicina

Dieciséis (16) horas teóricas presenciales por semana. Dos semanas, dos encuentros presenciales por semana. Ocho (8) horas teóricas en entorno virtual. Para un total de veinticuatro (24) horas teóricas.

Objetivo General

- ✓ Empoderar al médico-docente de estrategias adecuadas para la evaluación de los aprendizajes en la enseñanza de las ciencias médicas.

Objetivos Específicos

- ✓ Presentar un marco conceptual general sobre la evaluación de los aprendizajes en el contexto de las ciencias de la salud y sus diferencias con el acto de calificar.
- ✓ Conocer la variedad de estrategias que pueden ser utilizadas para la evaluación del aprendizaje en los estudiantes de medicina y las competencias clínicas.
- ✓ Desarrollar instrumentos de evaluación congruentes, reconociendo el uso de la rúbrica como una herramienta para hacer más objetivo el proceso valorativo en la educación médica.

A continuación, se muestra la propuesta de Cronograma de Actividades aprobado por el GIAP, para la ejecución de Programa de Perfeccionamiento Profesional en Estrategias Didácticas de Enseñanza-Aprendizaje para Médicos y Médicas, cuyo plan piloto fue dictado en las instalaciones de la Dirección Estatal de Salud (DES), Cojedes, desde el día sábado ocho (8) de septiembre de dos mil dieciocho (2018), hasta el sábado trece (13) de octubre de dos mil dieciocho (2018).

Tabla 10
Cronograma de Actividades Módulo I: Comunicación Médica

OBJETIVO GENERAL: Reflexionar acerca de la importancia que tiene para un profesional de la salud, en especial para quien ejerce funciones docentes, el comunicarse de manera adecuada, tanto en forma verbal como escrita.						
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO	ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE	RECURSOS PARA EL APRENDIZAJE	FECHAS PARA LA EJECUCIÓN	HORAS ACADÉMICAS	FORMADOR
<p>Propiciar habilidades y destrezas para la comunicación eficaz del médico-docente en la interacción con sus estudiantes, pacientes, familiares y con otros profesionales de la salud.</p> <p>Conocer la naturaleza y elementos de la comunicación médica, principales modelos y las barreras que inciden negativamente en ella.</p> <p>Reconocer la importancia de redactar historias clínicas y otros registros médicos de manera comprensible a terceros.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los roles del docente en la educación médica. 2. Funciones de la comunicación médico-docente. Errores y barreras en la comunicación. 3. Peculiaridades de la comunicación en los ámbitos ambulatorios y hospitalarios. 4. La escucha activa en la comunicación médico docente y médico-asistencial. 5. La comunicación verbal y no verbal en la entrevista médica. La observación en la comunicación asistencial. 6. La transmisión del diagnóstico y las estrategias terapéuticas al paciente, familiares y otros profesionales. 7. Redacción de historias, informes, instrucciones y otros registros de forma comprensible al paciente, a los familiares y a otros profesionales. 	<p>Exposición del formador basada en la mayéutica socrática, fomentando la intervención de los participantes, lo que permita orientar los conocimientos y la concatenación de cada módulo, estimulando la discusión de problemas y conflictos médico-docente, aportando ejemplos, comentarios y diversas opiniones a objeto de ilustrar las explicaciones. Exposición por parte de los participantes de los módulos establecidos en el contenido programático. Realización de talleres, discusiones y síntesis de carácter grupal, donde se lleguen a razonamientos colectivos, luego sean socializadas en una plenaria con la totalidad de los participantes. Consulta bibliográfica anticipada para lograr la fijación de conocimientos y un óptimo desarrollo del módulo correspondiente. artículos científicos, entre otros), haciendo uso de actividades de comprensión. Foros virtuales a fin de incentivar la interacción, discusión y síntesis. Producción colaborativa de conocimiento.</p>	<p>Dinámica de grupos. Transparencias, retroproyector, fichas. Video Beam. Películas. Discusiones grupales. Pizarra acrílica y marcadores. Mapas Conceptuales. Láminas de Papel Bond. Consulta a textos, leyes y códigos.</p>	<p>Sábado 8 de septiembre de 2018</p>	<p>Ocho (8) horas teóricas presenciales.</p>	<p>Dra. Carolina Barrera Médico Cirujano UC, Especialista en Gestión de Salud Pública, Especialista en Epidemiología-IAES.</p>

Fuente: Elaboración Propia (2019).

Tabla 11
Cronograma de Actividades Módulo II: Sociología de la Enseñanza en Medicina

OBJETIVO GENERAL: Analizar el vínculo entre la medicina y las ciencias sociales, con especial énfasis en la educación, al tiempo de discutir algunos de los inconvenientes que se presentan para una colaboración más productiva entre estos campos del saber.						
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO	ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE	RECURSOS PARA EL APRENDIZAJE	FECHAS PARA LA EJECUCIÓN	HORAS ACADÉMICAS	FORMADOR
<p>Develar el sentido social que subyace en las prácticas pedagógicas del médico en su rol docente.</p> <p>Contextualizar a la educación médica como un fenómeno determinante en la resolución de diversas problemáticas sociales.</p> <p>Aportar elementos teórico-prácticos para la reflexión acerca de la relación «sociología y salud», desde una perspectiva pedagógica.</p> <p>Reflexionar sobre los retos que se presentan actualmente en la formación médica.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La sociología de la medicina como profesión. 2. La sociología y la medicina (por qué, para qué y cómo). 3. Los problemas médicos de carácter social. 4. Aplicación práctica de la sociología a la esfera de la salud. 5. De la educación médica al médico como educador. 6. El poder médico desde la sociología. 7. Desafíos y retos actuales de la educación médica. 	<p>Exposición del formador basada en la mayéutica socrática, fomentando la intervención de los participantes, lo que permita orientar los conocimientos y la concatenación de cada módulo, estimulando la discusión de problemas y conflictos médico-docente, aportando ejemplos, comentarios y diversas opiniones a objeto de ilustrar las explicaciones. Exposición por parte de los participantes de los módulos establecidos en el contenido programático. Realización de talleres, discusiones y síntesis de carácter grupal, donde se lleguen a razonamientos colectivos, luego sean socializadas en una plenaria con la totalidad de los participantes. Consulta bibliográfica anticipada para lograr la fijación de conocimientos y un óptimo desarrollo del módulo correspondiente.</p> <p>artículos científicos, entre otros), haciendo uso de actividades de comprensión. Foros virtuales a fin de incentivar la interacción, discusión y síntesis.</p> <p>Producción colaborativa de conocimiento.</p>	<p>Dinámica de grupos.</p> <p>Trasparencias,</p> <p>retroproyector, fichas. Video Beam. Películas. Discusiones grupales. Pizarra acrílica y marcadores. Mapas Conceptuales. Láminas de Papel Bond. Consulta a textos, leyes y códigos.</p>	Sábado 15 de septiembre de 2018	Ocho (8) horas teóricas presenciales.	Dr. Carlos González Médico Cirujano, Especialista en Epidemiología ULA.

Fuente: Elaboración Propia (2019).

Tabla 12
Cronograma de Actividades Módulo III: Psicología del Aprendizaje Médico

OBJETIVO GENERAL: Comprender las principales teorías psicológicas del aprendizaje que a lo largo de la historia han influido en los procesos de formación del médico, y las tendencias modernas que en la actualidad se emplean en la enseñanza de las ciencias médicas.						
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO	ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE	RECURSOS PARA EL APRENDIZAJE	FECHAS PARA LA EJECUCIÓN	HORAS ACADÉMICAS	FORMADOR
<p>Efectuar un esbozo sobre los postulados más significativos que la pedagogía conductista, cognitivista y constructivista han dado a la enseñanza de la medicina.</p> <p>Estudiar la aplicación de los principios teóricos educacionales en la enseñanza de las materias clínicas.</p> <p>Hacer un bosquejo acerca de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC's), en la enseñanza-aprendizaje de la medicina.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pedagogía Tradicional versus Pedagogía Liberadora. 2. El conductismo en la formación del profesional de la salud. 3. Aportes del cognitivismo a la enseñanza de la medicina. 4. La pedagogía constructivista en las ciencias de la salud. 5. Tendencias actuales en la enseñanza de la medicina. 6. La enseñanza en el ambiente clínico: Principios y métodos. 7. El conectivismo en la enseñanza de la medicina. 	<p>Exposición del formador basada en la mayéutica socrática, fomentando la intervención de los participantes, lo que permita orientar los conocimientos y la concatenación de cada módulo, estimulando la discusión de problemas y conflictos médico-docente, aportando ejemplos, comentarios y diversas opiniones a objeto de ilustrar las explicaciones. Exposición por parte de los participantes de los módulos establecidos en el contenido programático. Realización de talleres, discusiones y síntesis de carácter grupal, donde se lleguen a razonamientos colectivos, luego sean socializadas en una plenaria con la totalidad de los participantes. Consulta bibliográfica anticipada para lograr la fijación de conocimientos y un óptimo desarrollo del módulo correspondiente. artículos científicos, entre otros), haciendo uso de actividades de comprensión. Foros virtuales a fin de incentivar la interacción, discusión y síntesis. Producción colaborativa de conocimiento.</p>	<p>Dinámica de grupos.</p> <p>Traspapeles, retroproyector, fichas. Video Beam. Películas. Discusiones grupales. Pizarra acrílica y marcadores. Mapas Conceptuales. Láminas de Papel Bond. Consulta a textos, leyes y códigos.</p>	<p>Sábado 22 de septiembre de 2018</p>	<p>Ocho (8) horas teóricas presenciales.</p>	<p>Dr. Miguel Martino Especialista en MGI, Magister Scientiarum en Gerencia Pública.</p>

Fuente: Elaboración Propia (2019).

Tabla 13
Cronograma de Actividades Módulo IV: Didáctica Aplicada en las Ciencias Médicas

OBJETIVO GENERAL: Examinar las estrategias didácticas de enseñanza-aprendizaje más innovadoras que modernamente se emplean en la formación académica de los profesionales de la salud.						
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO	ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE	RECURSOS PARA EL APRENDIZAJE	FECHAS PARA LA EJECUCIÓN	HORAS ACADÉMICAS	FORMADOR
<p>Disponer de distintos métodos para la enseñanza de la medicina y la importancia de elegir la mejor opción según los objetivos de aprendizaje, el número de estudiantes y los recursos disponibles.</p> <p>Profundizar en los fundamentos epistémicos del estudio de casos clínicos, como herramienta que contribuye a dar sustento pedagógico a la formación de los médicos.</p> <p>Mejorar el desempeño del médico-docente en su rol de tutor-formador, empleando el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) como metodología didáctica en la enseñanza de las ciencias médicas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La didáctica como disciplina pedagógica aplicada. 2. Estrategias didácticas para grupos grandes (más de 50 alumnos). 3. Estrategias didácticas para grupos medianos (máximo 30 alumnos). 4. Estrategias didácticas para grupos pequeños (máximo 10 alumnos). 5. El estudio de casos clínicos como método de enseñanza. 6. Aprendizaje basado en problemas (ABP) en educación médica. 7. Las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC's) como herramientas didácticas en la enseñanza de la medicina. 	<p>Exposición del formador basada en la mayéutica socrática, fomentando la intervención de los participantes, lo que permita orientar los conocimientos y la concatenación de cada módulo, estimulando la discusión de problemas y conflictos médico-docente, aportando ejemplos, comentarios y diversas opiniones a objeto de ilustrar las explicaciones. Exposición por parte de los participantes de los módulos establecidos en el contenido programático. Realización de talleres, discusiones y síntesis de carácter grupal, donde se lleguen a razonamientos colectivos, luego sean socializadas en una plenaria con la totalidad de los participantes. Consulta bibliográfica anticipada para lograr la fijación de conocimientos y un óptimo desarrollo del módulo correspondiente. artículos científicos, entre otros), haciendo uso de actividades de comprensión. Foros virtuales a fin de incentivar la interacción, discusión y síntesis.</p> <p>Producción colaborativa de conocimiento.</p>	<p>Dinámica de grupos.</p> <p>Trasparencias,</p> <p>retroproyector, fichas. Video Beam. Películas. Discusiones grupales. Pizarra acrílica y marcadores. Mapas Conceptuales. Láminas de Papel Bond. Consulta a textos, leyes y códigos.</p>	<p>Sábado 29 de septiembre de 2018</p>	<p>Ocho (8) horas teóricas presenciales.</p>	<p>MSc. Reynaldo Mujica Abogado, Magister Scientiarum en Derecho Penal y Criminología, Magister Scientiarum en Ciencias de la Educación mención Docencia Universitaria</p>

Fuente: Elaboración Propia (2019).

Tabla 14
Cronograma de Actividades Módulo V: Planificación en la Educación Médica

OBJETIVO GENERAL: Utilizar de manera efectiva distintas estrategias para el diseño y desarrollo exitoso del proceso de enseñanza-aprendizaje en la medicina.						
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO	ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE	RECURSOS PARA EL APRENDIZAJE	FECHAS PARA LA EJECUCIÓN	HORAS ACADÉMICAS	FORMADOR
<p>Trazar una ruta metodológica para que el médico-docente cumpla satisfactoriamente con el proceso de planeación educativa en la enseñanza de la medicina.</p> <p>Introducir innovaciones de cara a mejorar la actuación profesional del médico-docente y los resultados en el aprendizaje de sus estudiantes.</p> <p>Enfocar los procesos formativos de los estudiantes de medicina en el desarrollo de competencias que les permitan resolver problemas de su propia realidad educativa.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los cuatro pilares para la educación del siglo XXI: Aprender a Aprender; Aprender a Hacer; Aprender a Convivir; y Aprender a Ser. 2. Modelos de Planeadores Educativos (con énfasis en los contenidos, en los efectos y en el proceso). 3. Componentes y pasos para la planificación docente. 4. Consideraciones metodológicas para la planificación de las clases en la educación médica universitaria. 5. El plan de actividad docente o contrato de aprendizaje: Definición y elementos que lo componen. 6. Establecimiento de las estrategias y recursos didácticos para el cumplimiento de los objetivos de aprendizaje. 7. Introducción a las estrategias de evaluación en la enseñanza de las ciencias médicas. 	<p>Exposición del formador basada en la mayéutica socrática, fomentando la intervención de los participantes, lo que permita orientar los conocimientos y la concatenación de cada módulo, estimulando la discusión de problemas y conflictos médico-docente, aportando ejemplos, comentarios y diversas opiniones a objeto de ilustrar las explicaciones. Exposición por parte de los participantes de los módulos establecidos en el contenido programático. Realización de talleres, discusiones y síntesis de carácter grupal, donde se lleguen a razonamientos colectivos, luego sean socializadas en una plenaria con la totalidad de los participantes. Consulta bibliográfica anticipada para lograr la fijación de conocimientos y un óptimo desarrollo del módulo correspondiente. artículos científicos, entre otros), haciendo uso de actividades de comprensión. Foros virtuales a fin de incentivar la interacción, discusión y síntesis. Producción colaborativa de conocimiento.</p>	<p>Dinámica de grupos. Transparencias, retroproyector, fichas. Video Beam. Películas. Discusiones grupales. Pizarra acrílica y marcadores. Mapas Conceptuales. Láminas de Papel Bond. Consulta a textos, leyes y códigos.</p>	<p>Sábado 6 de octubre de 2018</p>	<p>Ocho (8) horas teóricas presenciales.</p>	<p>MSc. Reynaldo Mujica Abogado, Magister Scientiarum en Derecho Penal y Criminología, Magister Scientiarum en Ciencias de la Educación mención Docencia Universitaria</p>

Fuente: Elaboración Propia (2019).

Tabla 15
Cronograma de Actividades Módulo VI: Evaluación de los Aprendizajes en Medicina

OBJETIVO GENERAL: Empoderar al médico-docente de estrategias adecuadas para la evaluación de los aprendizajes en la enseñanza de las ciencias médicas.						
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO	ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE	RECURSOS PARA EL APRENDIZAJE	FECHAS PARA LA EJECUCIÓN	HORAS ACADÉMICAS	FORMADOR
<p>Presentar un marco conceptual general sobre la evaluación de los aprendizajes en el contexto de las ciencias de la salud y sus diferencias con el acto de calificar.</p> <p>Conocer la variedad de estrategias que pueden ser utilizadas para la evaluación del aprendizaje en los estudiantes de medicina y las competencias clínicas.</p> <p>Desarrollar instrumentos de evaluación congruentes, reconociendo el uso de la rúbrica como una herramienta para hacer más objetivo el proceso valorativo en la educación médica.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La evaluación como componente del proceso de enseñanza-aprendizaje: Concepciones y tipos de evaluación de acuerdo a su propósito. 2. Diferencias epistemológicas entre el proceso de evaluación y el acto de calificar. 3. La evaluación en educación médica: Principios básicos. 4. Funciones y enfoques de la evaluación: ¿Para qué y por qué evaluar? 5. Técnicas e instrumentos de evaluación en la enseñanza de la medicina: ¿Con qué evaluar? 6. Evaluación de los aprendizajes en escenarios clínicos. 7. La rúbrica como herramienta para la evaluación de competencias en la docencia médica. 	<p>Exposición del formador basada en la mayéutica socrática, fomentando la intervención de los participantes, lo que permita orientar los conocimientos y la concatenación de cada módulo, estimulando la discusión de problemas y conflictos médico-docente, aportando ejemplos, comentarios y diversas opiniones a objeto de ilustrar las explicaciones. Exposición por parte de los participantes de los módulos establecidos en el contenido programático. Realización de talleres, discusiones y síntesis de carácter grupal, donde se lleguen a razonamientos colectivos, luego sean socializadas en una plenaria con la totalidad de los participantes. Consulta bibliográfica anticipada para lograr la fijación de conocimientos y un óptimo desarrollo del módulo correspondiente. artículos científicos, entre otros), haciendo uso de actividades de comprensión. Foros virtuales a fin de incentivar la interacción, discusión y síntesis. Producción colaborativa de conocimiento.</p>	<p>Dinámica de grupos. Transparencias, retroproyector, fichas. Video Beam. Películas. Discusiones grupales. Pizarra acrílica y marcadores. Mapas Conceptuales. Láminas de Papel Bond. Consulta a textos, leyes y códigos.</p>	<p>Sábado 13 de octubre de 2018</p>	<p>Ocho (8) horas teóricas presenciales.</p>	<p>Dra. Emilia Lugo Especialista en MGI, Especialista en Gerencia Hospitalaria, Magister Scientiarum en Derecho Médico, Magister Scientiarum en Docencia Universitaria, Doctora en Derecho Médico.</p>

Fuente: Elaboración Propia (2019).

HOLÓN VI

EJECUCIÓN

“Muchas veces una idea no muy buena, pero realizada con tenacidad, da buenos resultados; pero la más hermosa de las concepciones sin ejecución no lleva a ningún lado” (Juan Domingo Perón).

El plan de estrategias expuesto en la fase anterior –como proyecto piloto–, representado en un Programa de Perfeccionamiento Profesional en Estrategias Didácticas de Enseñanza-Aprendizaje para Médicos y Médicas, se ejecutó en un período de seis (6) semanas, comenzando el día sábado ocho (8) de septiembre de 2018, hasta el día sábado trece (13) de octubre de 2018. Precisamente, en este capítulo relataremos todas las acciones desarrolladas durante la ejecución de este plan, además de algunas incidencias que consideramos relevantes. Asimismo, siguiendo el procedimiento de codificación abierta, axial y selectiva, sobre la base de los datos contenidos en los registros de observación, analizaremos y sintetizaremos los datos obtenidos.

Lugar: Sala Situacional, Dirección Estatal de Salud (DES), Cojedes.

Fecha: Sábado 8 de septiembre de 2018

Hora de inicio y cierre: 8:30am – 2:00pm

Tabla 16

Categorización abierta de las observaciones registradas durante la ejecución de actividades del módulo I: Comunicación Médica

Línea	Registro de Observación	Categorías
473	Era el primer día del programa y yo estaba muy	Puntualidad Docente.
474	nervioso y sumamente ansioso. La profesora Carolina	
475	Barrera, facilitadora del módulo, llegó con <i>puntualidad</i> .	
476	A las 7:50 minutos de la mañana ya estaba en la	
477	dirección de salud, a pesar de que vive en El Baúl,	
478	municipio Girardot, a casi dos horas de distancia de San	
479	Carlos (capital del estado Cojedes), vía terrestre. No así	
480	mis actores sociales y los participantes inscritos para	

<p>481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524</p>	<p>cursar el programa de perfeccionamiento profesional, quienes <u>comenzaron a llegar pasadas las 8:30 de la mañana. Otros tantos llegaron después de las 9:00am.</u> Las primeras en llegar fueron dos enfermeras de un ambulatorio de la red especializada, quienes se inscribieron en el curso como participantes. La primera clase se dio en la Sala Situacional, pues allí se tenía acceso a internet y se necesitaba mostrar a los participantes unos vídeos. El primero de mis actores sociales en llegar fue MÉDICO-2 y en ese momento sentí un grato alivio. Decidimos esperar hasta las 9:00 horas de la mañana para dar inicio formal a la primera clase. Fui yo quien me dispuse a leer una breve reseña curricular sobre nuestra primera formadora, la doctora Carolina, dándole la <u>bienvenida y agradeciendo a los presentes por haberse inscrito en el curso</u> e invitándoles a sacar el mayor provecho. Hecha la presentación y justo cuando la facilitadora comenzaba a realizar su presentación inicial, hicieron su entrada al recinto los actores sociales MÉDICO-1, MÉDICO-3 y MÉDICO-4, quienes se disculparon por la demora. La facilitadora hizo un breve discurso inicial sobre <u>oratoria y retórica</u>, que dejó impactado a los participantes, tanto así que le hizo merecedora de unos aplausos espontáneos por parte de la audiencia. Luego hubo una <u>dinámica de presentación</u>, donde la profesora quiso conocer un poco de cada participante, les preguntó el nombre y su profesión, pues en el recinto no solo había médicos, sino también enfermeras, licenciados, odontólogos. Siendo las 9:21 horas de la mañana, llegó el actor social MÉDICO-5. La facilitadora hizo una breve explicación de los contenidos que se explicarían en esta primera unidad, afirmando que sería un <u>curso bastante intensivo</u>, pues resultaba mucho contenido que discutir, para una sola sesión. Asimismo, explicó las estrategias de enseñanza-aprendizaje que se aplicarían durante la clase presencial. Evidencíé mucha <u>emoción y grandes expectativas</u> no solo en mis actores sociales, sino en la totalidad de los participantes que se inscribieron. Durante el desarrollo de la primera parte, la doctora Carolina hizo varias dinámicas y ejercicios, con el propósito de desarrollar <u>habilidades comunicativas</u> en los participantes. Hizo un ejercicio que le gustó mucho a la concurrencia, ponerlos a imaginar situaciones y que</p>	<p>Impuntualidad de los Participantes.</p> <p>Palabras de Bienvenida.</p> <p>Oratoria y Retórica.</p> <p>Dinámica de Presentación.</p> <p>Curso Intensivo.</p> <p>Emoción y grandes Expectativas.</p> <p>Habilidades Comunicativas.</p>
--	---	---

<p>525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568</p>	<p>éstos las representarían con sus cuerpos, como ejercicios de <u>expresión corporal</u>. Todos mis actores sociales participaron gustosamente. Luego hizo ejercicios para que los asistentes pudieran <u>expresar emociones</u>. Se trataba de una dinámica donde debían repetir frases, pero expresando distintas emociones: Rabia, tristeza, alegría. Allí participaron MÉDICO3 y MÉDICO-1. Después los puso a leer poemas, pero con piedritas y lápices dentro de la boca. En esta otra actividad participaron MÉDICO-2, MÉDICO-4 y MÉDICO-5. Las piedritas las llevó la profesora envueltas en papel celofán y se las obsequió a tres de los participantes, todo eso con la intención de practicar la <u>dicción y la entonación</u>. La concurrencia quedaba maravillada pues se podía comprobar la mejora en la <u>pronunciación</u>, luego de hacer los ejercicios. Se preguntaban: “¿Cuánto no se mejorará la pronunciación haciendo esos ejercicios con regularidad?”. Terminó la primera parte del curso siendo las 12:10 minutos del mediodía, momento en que se hizo una pausa para almorzar. Retomamos la clase a las 12:45 minutos del mediodía, y se inició la segunda mitad del curso, donde se discutió abiertamente sobre los <u>problemas de comunicación</u> que presentan hoy día los médicos. Se debatió sobre sus causas (situación país, bajos sueldos), pero se llegó a la conclusión que ésta profesión se ejerce por vocación y servicio. Que el médico, ante todo, debe <u>escuchar activamente</u> porque en ocasiones los pacientes lo que necesitan es eso, que los escuchen. Pero que no se debe ser sarcástico al momento de hablarles a los estudiantes, ni a los pacientes. Sobre este particular se generó un interesante debate entre MÉDICO-3 y MÉDICO-2 quienes resaltaban la importancia de darle un <u>sentido literal a las indicaciones y orientaciones</u>, bien en el rol médico-docente, bien en el rol asistencial, porque el doble sentido o la ironía era dañino para el ejercicio de la Medicina, pero que ciertamente había muchos médicos que le daban orientaciones sarcásticas a los pacientes, como: “Vaya y siga fumando para que se le cure esa bronconeumonía”, cuando el deber ser era orientarlo en forma propositiva. Se discutió sobre la <u>comunicación no verbal</u>, y es que los pacientes saben cuándo un médico o un residente de sexto año de medicina, está más pendiente de su celular que de los</p>	<p>Expresión Corporal.</p> <p>Expresión de Emociones.</p> <p>Dicción, entonación y pronunciación.</p> <p>Problemas de Comunicación.</p> <p>Escucha activa.</p> <p>Sentido literal a las orientaciones e indicaciones médicas.</p> <p>Comunicación No Verbal.</p>
--	---	--

569	enfermos que asisten a la emergencia. Se hicieron unas	Postura Corporal y Estado Emocional. Comunicación Escrita.
570	lecturas las cuales fueron discutidas con posterioridad,	
571	referidas a la manera y la <i>postura corporal y el estado</i>	
572	<i>emocional</i> que debe mantener el médico al momento de	
573	transmitir un diagnóstico y las estrategias terapéuticas al	
574	paciente, o a sus familiares. Posteriormente se discutió	
575	sobre la trascendencia que tiene la <i>comunicación</i>	
576	<i>escrita, y las implicaciones médico-legales</i> que tiene la	
577	redacción de historias, informes, instrucciones y récipes	
578	médicos de forma incomprensible, con letra ilegible y	
579	hasta con errores ortográficos, al paciente y a los	
580	familiares. Culminó la primera clase siendo las 2:05	
581	horas de la tarde.	

Fuente: Elaboración propia (2019).

Lugar: Sala Situacional, Dirección Estatal de Salud (DES), Cojedes.

Fecha: Sábado 15 de septiembre de 2018

Hora de inicio y cierre: 8:30am – 2:00pm

Tabla 17

Categorización abierta de las observaciones registradas durante la ejecución de actividades del módulo II: Sociología de la Enseñanza en Medicina

Línea	Registro de Observación	Categorías
582	El doctor Carlos González, facilitador del módulo	Puntualidad Docente. Impuntualidad de los Participantes. Sociología de la Medicina. Estima y respeto por la profesión médica. Responsabilidades
583	«Sociología de la Enseñanza en Medicina», <i>llegó</i>	
584	<i>temprano</i> a la dirección estatal de salud. La licenciada	
585	en Bioanálisis y el odontólogo, <i>dos de los participantes,</i>	
586	<i>también estuvieron a tiempo.</i> Mi actor social MÉDICO-	
587	2 llegó a las 8:45 minutos de la mañana. Conforme iban	
588	llegando, me entregaban a mí, las asignaciones que dejó	
589	pendiente la doctora Carolina Barrera, la semana	
590	pasada, respecto a la unidad anterior. Hoy se	
591	incorporaron al curso dos médicos que no asistieron el	
592	sábado anterior. Mi actor social MÉDICO-1, llegó a las	
593	8:52 minutos de la mañana. El facilitador comenzó	
594	hablando sobre la <i>sociología de la medicina como</i>	
595	<i>profesión.</i> Comenzó el tema haciendo una lluvia de	
596	ideas por grupos. Formó tres grupos y pidió ideas con	
597	respecto al tema. MÉDICO-1 dijo que desde tiempos	
598	remotos, aun cuando la profesión médica hoy día no sea	
599	remunerada, <i>gozaba del respeto y la estima</i> dentro de la	
600	sociedad, cosa que a su juicio se ha ido perdiendo. <i>Se</i>	
601	<i>responsabiliza a los médicos por las carencias</i> que hay	

<p>602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645</p>	<p>en los hospitales, ambulatorios y centros de salud, cuando esa es materia <i>del gobierno nacional</i>. En este punto el debate comienza a tornarse interesante. El actor social MÉDICO-4 dijo que debe existir una <i>tríada: Médico-Paciente-Sociedad</i>. El debate comienza a ser más interesante aún, con los aportes de los demás participantes y de MÉDICO-5. MÉDICO-3 se mantiene retraído. En este punto intervino MÉDICO-2, quien señaló que, aunque se hable de una “relación contractual” entre médico y el paciente, esa relación debe ser “un servicio”. Se pregunta: ¿Cómo el médico no va a ser un autómata? Si en promedio un médico en la emergencia atiende a un promedio de sesenta pacientes a diario. Y se pregunta: ¿Quién atiende los <i>problemas médicos de carácter social</i>? Ausencia de insumos, bajos sueldos, acoso laboral por parte del patrono, falta de comprensión por parte de los usuarios de los servicios de salud. El facilitador Carlos González señaló algo muy importante: “El médico no piensa en la sociología de la Medicina. Uno piensa es en ayudar al paciente, salvarle la vida”. Los cinco actores sociales asintieron y estuvieron de acuerdo con la afirmación del facilitador. El doctor Carlos señaló que se debe <i>tratar al paciente como a un familiar</i>. Estamos en una lucha por implementar la <i>Atención Primaria de Salud</i> que no es el ambulatorio, sino el hogar. Primero hay que crear empatía con el paciente, rapport. El 80% del tratamiento es la fe que el paciente le tiene al remedio (el placebo). Los participantes volvieron a sonreír cuando MÉDICO-4 dijo que el médico debe dejar a un lado los <i>tecnicismos</i> para hablarle a los pacientes, por ejemplo, en lugar de decirle a un paciente que padece de una “rino faringitis aguda”, perfectamente puede decirle que tiene gripe. El profesor Carlos señaló: “Vemos al <i>paciente</i> como un ente biológico y no como <i>un ente social</i>”. Los participantes sonrieron cuando el facilitador habló del paciente hipocondríaco. Es aquél paciente que escuchó que alguien tiene una enfermedad y va al médico porque piensa que tiene lo mismo. Ahí entra el tema de la sociología y la medicina. Luego se toca el tema de la educación médica y del médico como educador. MÉDICO-2 señala que durante el <i>pregrado</i> no se les enseña a ser educadores, no se <i>brindan las herramientas pedagógicas para ejercer la docencia</i></p>	<p>gubernamentales.</p> <p>Tríada: Médico-Paciente-Sociedad.</p> <p>Problemas Médicos de carácter social.</p> <p>Trato a los pacientes.</p> <p>Atención Primaria de Salud.</p> <p>Tecnicismos médicos.</p> <p>Paciente como ente social.</p> <p>Ausencia de formación en herramientas</p>
--	--	---

646	<i>médica</i> , y enseñar a los nuevos profesionales de la	pedagógicas
647	medicina, pero sí se les exigen indicadores y llenar	durante el
648	planillas y planificaciones educativas, cuando nadie les	pregrado médico.
649	ha explicado nada de eso. Son las 11:20am y el	
650	facilitador habla mientras los participantes se muestran	
651	interesados. A mediodía se hace un receso y se	
652	reintegran treinta minutos después. Luego se tocó el	
653	tema de una señora que llegó golpeada al hospital y no	Desafíos y retos
654	fue atendida. MÉDICO-2 le respondió que eso depende	actuales de la
655	del servicio y lo que diga el jefe del servicio; el	Educación
656	especialista que esté de guardia. Se abre una discusión	Médica.
657	sobre los <i>desafíos y los retos actuales de la educación</i>	
658	<i>médica</i> . Se culmina la clase siendo la 01:50 horas de la	
659	tarde.	

Fuente: Elaboración propia (2019).

Lugar: Salón de Conferencias de la Dirección Estatal de Salud (DES), Cojedes.

Fecha: Sábado 22 de septiembre de 2018

Hora de inicio y cierre: 8:30am – 2:00pm

Tabla 18

Categorización abierta de las observaciones registradas durante la ejecución de actividades del módulo III: Psicología del Aprendizaje Médico

Línea	Registro de Observación	Categorías
660	Siendo las 8:25 horas de la tarde, el facilitador Miguel	
661	Martino está dando <i>inicio a la clase de hoy</i> , con apenas	Puntualidad
662	nueve participantes. La clase se hizo en la Sala de	Docente.
663	Conferencias de la Dirección Estatal de Salud, pues la	
664	Sala Situacional estaba ocupada con una actividad	Impuntualidad
665	ordenada por la Directora Estatal de Salud. Le	de los
666	correspondió a Reynaldo Mujica, tutor de la presente	Participantes.
667	investigación y, por ende, co-investigador, efectuar el	
668	registro de actividades del día de hoy. El doctor Miguel	
669	Martino dando un repaso somero de las clases	
670	anteriores. Está haciendo un feedback o una	
671	realimentación, sobre lo que han aprendido los	
672	participantes hasta ahora. Son las 8:50 <i>de la mañana y a</i>	
673	<i>esta hora han llegado tres de los actores sociales:</i>	
674	MÉDICO-2, MÉDICO-4 y MÉDICO-5. El facilitador	
675	Miguel Martino comienza haciendo interrogantes: ¿Qué	Pedagogía
676	debe entenderse por una <i>Pedagogía Tradicional</i> y una	Tradicional y
677	<i>Pedagogía Liberadora</i> en la enseñanza de la Medicina?	Pedagogía
678	Responde MÉDICO-2: La Pedagogía Tradicional es la	Liberadora.

<p>679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722</p>	<p>forma rígida cómo nos han venido enseñando a nosotros, con memorización y conductismo, la pedagogía liberadora vendría a ser una forma de docencia donde aprendamos a aprender, y se puedan resolver problemas médicos con innovación, frente a la situación política que se vive. Interviene MÉDICO-4. Afirma que el <i>conductismo</i> siempre ha imperado y se mantendrá en la <i>formación del profesional de la salud</i>, porque no hay otra forma. Alega que hay temas de anatomía y farmacología que el médico debe aprender tal cual, memorizando, porque no se pueden inventar las acciones farmacológicas de un analgésico o de un antibiótico. MÉDICO-1 está de acuerdo en lo expuesto por MÉDICO-4 pero disiente en el cómo o en la manera en que un profesor invita a un estudiante de medicina a memorizar esos conceptos. Dijo que estaba revisado un material para esta clase, y leyó sobre el tema de las <i>inteligencias múltiples</i>, habrá quien pueda memorizar ese concepto leyéndolo, pero otro podrá memorizarlo a través de una canción o viendo un vídeo. MÉDICO-3 está de acuerdo con lo expuesto por MÉDICO-1 y señala que eso está en el <i>humanismo</i> que se le ponga al proceso de enseñanza, porque al final somos humanos, se enseña a humanos que serán médicos; y se curan a humanos, entonces habría que dejar de pensar como simples máquinas. El profesor continúa con las preguntas generadoras: ¿Qué aportes ha hecho el <i>cognitivismo a la enseñanza de la medicina</i>? Responde MÉDICO-4. Dice que todos tenemos información previa y básica sobre medicina, enfermedades y remedios caseros, pues en algunas materias esa información básica sirve como guía para el desarrollo de las clases. Refuta MÉDICO-5 y asegura que es cierto, pero que esa información previa sirve también para desmontar lo errado de la información que sobre la materia, se tiene o tienen algunas personas. MÉDICO-4 precisa que los estudiantes deben <i>aprender bajo la tutoría del médico-docente</i>. El paciente puede pedirle al médico que retire a los estudiantes durante el acto médico y éste decidirá si los retira o no; eso ha ocurrido, afirma. Cuenta que también puede ocurrir el caso de un médico que trabaje en determinado establecimiento de salud, llega a otro lado pidiendo la historia clínica de un paciente, éste no debería tener acceso a ella; paga los</p>	<p>Conductismo en la formación del profesional de la salud.</p> <p>Inteligencias Múltiples.</p> <p>Humanismo.</p> <p>Cognitivismo en la enseñanza de la Medicina.</p> <p>Aprendizaje supervisado.</p> <p>Estudiante de Medicina.</p>
--	---	--

723	platos rotos el <i>estudiante de medicina</i> . El profesor	Pedagogía Constructivista dentro del Ambiente Clínico.
724	expone el tema de la <i>pedagogía constructivista</i> en las	
725	ciencias de la salud y de los principios y <i>métodos en la</i>	
726	<i>enseñanza dentro del ambiente clínico</i> . Se culmina con	
727	la clase siendo la una y treinta y cinco minutos de la	
728	tarde.	

Fuente: Elaboración propia (2019).

Lugar: Sala Situacional, Dirección Estatal de Salud (DES), Cojedes.

Fecha: Sábado 29 de septiembre de 2018

Hora de inicio y cierre: 8:30am – 2:00pm

Tabla 19

Categorización abierta de las observaciones registradas durante la ejecución de actividades del módulo IV: Didáctica Aplicada en las Ciencias Médicas

Línea	Registro de Observación	Categorías
729	Durante el día de hoy, correspondía la clase con el	Puntualidad Docente.
730	Profesor Reynaldo Mujica Mendoza. Como es	
731	costumbre (de otras actividades), <i>el profesor llegó muy</i>	
732	<i>temprano</i> a la sala dispuesta para impartir la clase.	
733	Siendo las 7:55am, ya el profesor se encuentra	
734	arreglando el salón, a la espera de los diversos	
735	profesionales que hacen este curso. Yo, algo ansioso	
736	pues <i>solamente han llegado 6 personas al salón</i> , a pesar	Impuntualidad de los Participantes.
737	de faltar cinco minutos para dicha apertura. Por suerte,	
738	tres de los seis, son actores sociales (actor social	Presentación.
739	MÉDICO-1, MÉDICO-3 y MÉDICO-4). Actor social	
740	MÉDICO-4 comenzó a llamar a cada uno de los	
741	participantes, los cuales alegaron que ya venían llegando	
742	o estaban muy próximos. Mis dos actores sociales que	
743	faltaban, no respondieron la llamada, no obstante	
744	llegaron a las 8:02 minutos de la mañana, junto a dos	
745	participantes adicionales. <i>Habiendo 10 personas, el</i>	
746	<i>profesor decide brindar su presentación formal</i> así	
747	como realizar un pequeño esbozo de su síntesis	
748	curricular. Reynaldo planteó al grupo si era conveniente	Deseos de aprender.
749	esperar al resto de los compañeros o iniciar la clase para	
750	optimizar el tiempo. Ante este planteamiento, todos	
751	coincidieron en iniciar la clase. Actor social MÉDICO-5	
752	insistió que era importante, pues tenían muchísimas	
753	dudas y <i>deseos de aprender</i> , por cuanto los demás	
754	compañeros se incorporaran mientras se aprovechaba el	
755	tiempo, los demás asintieron, <i>así pues Reynaldo</i>	

<p>756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799</p>	<p>comenzó a explicar los contenidos, asimismo realizó unas preguntas para explorar a los participantes entre ellas: ¿Alguno podría decirme qué entiende por <u>didáctica aplicada a las ciencias médicas</u>? De manera inmediata, actor social MÉDICO-5 respondió ante los murmullos: Son técnicas para enseñar mejor en la medicina. Por otro lado, actor social MÉDICO-2 intervino argumentando que se debe tomar en cuenta que no solo es la técnica para enseñar, sino que pudiera ser una pauta para transmitir conocimientos. [Siendo las 8:14 minutos se incorporaron los últimos participantes, teniendo ese día una asistencia del 100% de los inscritos]. A partir de aquí, Reynaldo los invitó a <u>sentarse a todos en el piso</u>, pidió a todos que se dieran la oportunidad de cosas nuevas, y es así como todos se sentaron en el piso, actor social MÉDICO-5 se mostró reacio a sentarse, argumentando que era mejor en las sillas a pesar de conservar el círculo. Reynaldo inició un pequeño <u>diagnóstico</u>, destacando la importancia de que cada uno de los participantes dijera las cosas como las sentía o sabía. Reynaldo comenzó a plantear otras preguntas para explorar conocimientos en cada uno de los participantes: ¿Conocen <u>qué es la pedagogía</u>? Actor Social MÉDICO-1 plantea que ella sólo ha empleado cuestionarios para evaluar pero en grupos pequeños, pues luego se le hace complicado a la hora de calificar, pues es muchísimo trabajo. Actor social MÉDICO-2 afirma: que ha logrado establecer otras estrategias efectivas, como las evaluaciones orales, así no se lleva trabajo a la casa. Actor social MÉDICO-5 dice que el punto de todo eso, es que con <u>cuestionarios</u>, pocos son los estudiantes que aprenden. Que se hace muy complicado enseñar a grupos grandes, pues son más, pero todos tienen cosas interesantes que aportar. Actor social MÉDICO-1 refiere que cada una de <u>las técnicas está asociada a los objetivos de aprendizaje</u>, por ejemplo, si ella quiere buscar que sus estudiantes razonen, entonces aplicara casos clínicos. Actor social MÉDICO-2 dice que el tema de los casos clínicos es para grupos pequeños, pues debe ser individualizado, ya que se busca que cada uno vea la forma integral al paciente. Es difícil que todos se pongan de acuerdo. Para Reynaldo, resulta interesante (así lo destacó) que hubieren este tipo de intervenciones, pues más adelante</p>	<p>Didáctica aplicada a las Ciencias Médicas.</p> <p>Sentados en el piso.</p> <p>Diagnóstico.</p> <p>Pedagogía.</p> <p>Cuestionarios.</p> <p>Objetivos de Aprendizaje.</p>
--	--	--

<p>800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843</p>	<p>abordarían el tema de los <i>casos clínicos</i>, no obstante, aclaró que dicha estrategia permite realizar desde el punto de vista metódico, estudios longitudinales o transversales que van en consonancia con los trabajos de investigación que debe presentar un médico. Se desarrolló por parte de Reynaldo los contenidos relacionados al <i>abordaje de grupos pequeños</i>, medianos y grandes. Actor social MÉDICO-3 dijo que visto de esa forma, es más sencillo. Que estaba siempre dedicado a los <i>seminarios</i>, si un chamo tenía deficiencias, allá lo ponía a presentar una ficha sobre ese problema o deficiencia. De esta forma, hacia resaltar a ese chamo y que se dedicara más, es más, “yo lo veo como positivo, pues sabrá más de ese tema, si de verdad hace el seminario”. Actor social MÉDICO-4 refiere que le complace conocer otras formas de evaluar. El médico a veces busca formas sencillas de evaluar, quizás no sea por flojera como han dicho otros, sino porque tiene muchas obligaciones, recordemos que no solo es lo docente, tenemos que combinarlo con <i>lo asistencial, lo administrativo</i>, en pocas palabras, responder ante los formularios que debemos llenar para el sistema público de salud. Reynaldo hace otras interrogantes: <i>¿Cómo evaluar a grupos numerosos</i>, se han propuesto reinventarse lo que hasta ahora han hecho? Es que debemos conocer que el grupo no es una suma de individualidades, sino una interacción de sus conocimientos, dudas, sus fortalezas pero también de sus debilidades. De manera inmediata actor social MÉDICO-4 acuña “eso tiene un objetivo, profesor, ese objetivo es que se produzcan cambios positivos y mayor conocimiento”. De manera inmediata actor social MÉDICO-5 dijo que allí radicaba la importancia, pues la experiencia de uno de ese grupo, puede ayudar al otro a no cometer el mismo error o a innovar, tomando eso como experiencia previa. Actor social MÉDICO-2, quien había permanecido un tanto callado, saltó de su asiento interrumpiendo y refiriendo: ah bueno, es entonces ¿un grupo, con fallas, fortalezas, también ayuda en la formación de conocimientos? Sin embargo, fue el mismo quien se respondió: ¡Claro! Pues sí, es que todos estamos sometidos a fenómenos <i>biopsicosociales</i>, ya entiendo que debemos hacer lo que hizo el profesor, o sea un pequeño diagnóstico y a partir de allí</p>	<p>Casos Clínicos.</p> <p>Abordaje de grupos pequeños.</p> <p>Rol médico asistencial y administrativo.</p> <p>Abordaje de grupos numerosos.</p> <p>Factores biopsicosociales.</p>
--	---	---

<p>844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887</p>	<p>determinar la estrategia didáctica, no funcionará un cuestionario igual en un chamo que en un grupo grande o una <i>exposición</i>. Allí, en esa exposición, quizás nos daremos cuenta que el otro chamo observará los problemas que ha cometido el otro, así no los vuelve a cometer. Reynaldo hizo énfasis en que lo importante es que cada estrategia didáctica, persiga un propósito correspondiente. Por ejemplo, el caso clínico ayudara a la integración de conocimientos. Así pues, una vez realizada esta primera discusión, Reynaldo prosigue con unas actividades pautadas, en las que desarrolló mediante un juego, la importancia de organizar los grupos en pequeños, medianos y grandes, asimismo logró que actor social MÉDICO-5, se integrara totalmente a la dinámica que fue efectuada en el piso del aula. Reynaldo desarrolló a su vez algunos elementos conceptuales de la clase, siguió la discusión bastante nutrida en relación a cuáles son las principales formas de enseñar, cuál era el método, así como la forma más eficiente de <i>propiciar el aprendizaje</i>. Recordó que debemos evitar que <i>las técnicas se apliquen como recetas prefabricadas o predeterminadas</i>, pues su papel es coadyuvar a la obtención del objetivo planteado, hacer más asequible el camino hacia la consecución de las metas. A las 12:30m culminaba la primera parte de la clase, casi todos habían llevado su lonchera para almorzar, excepto el actor social MÉDICO-1, quien manifestó que se le había quedado su comida en casa, sin embargo, entre todos los participantes le consiguieron un plato, <i>entre todos sirvieron comida</i>, por cuanto terminó comiendo plácidamente. A la 1 pm, inició el segundo ciclo de la actividad académica, partiendo del modelo ilustrativo clínico que permite describir [con interés docente], los componentes clínicos de una población o persona en particular. Actor social MÉDICO-2 dijo “Uy, <i>el caso clínico</i> para mí, es lo más estresante que existe en la carrera, pues los profesores hacen que uno investigue todo del paciente. Es bueno, pero es mucho trabajo. Yo no lo aplico a mis estudiantes, lleva mucho trabajo y mucha dedicación”. Actor social MÉDICO-4 refutó: “Es por flojera quizás que tu no los haces, pero es la mejor forma de integrar conocimientos. Ayuda a ver cosas, más cuando se discute en un grupo grande. Allí salen opiniones, tú</p>	<p>Exposiciones.</p> <p>Propiciar aprendizajes.</p> <p>Técnicas no son recetas predeterminadas.</p> <p>Compartir.</p> <p>Caso Clínico.</p>
--	---	--

<p>888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931</p>	<p>veras si las aceptas o no, pero son opiniones en su mayoría válidas”. Actor social MÉDICO-5 dijo: “lo mejor que hay en <u>un caso clínico</u> es el orden, pues contempla desde los aspectos demográficos, sociales y sobre todo lo clínico. Yo recuerdo que un compañero en la universidad, una vez plagió <u>un caso clínico</u>, él creía que todos los pacientes con diabetes eran iguales, para su sorpresa, en todos los pacientes hay diversas condiciones que los vuelven únicos, eso es interesante. Ningún caso se parece a otro”. Se generan una serie de comentarios al respecto, Reynaldo trae consigo una estrategia de <u>casos clínicos</u>, no solo aplicables a la esfera de la medicina, sino a la esfera social, se organizan en grupos de cinco personas, cada actor social decidió por cuenta propia quedar en un grupo distinto. Se generan resultados muy importantes, pues cada uno logró dar respuesta a las situaciones problemas presentadas en <u>el caso clínico</u>. Prosiguiendo Reynaldo, quedándose cada cual en grupos, pregunta: <u>¿Alguno ha empleado tecnologías de la información para brindar docencia?</u> Actor social MÉDICO-4 fue quien manifestó que había realizado un curso a través de <u>Moodle</u>, sin embargo, le era difícil actualmente por las condiciones de internet en los estudiantes de allá, pues aplicarlo necesitaba recursos tecnológicos y depender de terceros. Grupo MÉDICO-1 manifestaron su deseo de aprender, pues recordó “esto será así como <u>telemedicina</u>, que pudiéramos enseñar a través de los videos, como hacen los cubanos”. Grupo MÉDICO-2 dijo que él había recibido en su formación, clases a través de <u>videos</u>. Era algo que yo veía cuestionable, pero viéndolo como usted lo dice, la cosa cambia. Hasta hoy me había cuestionado que mi enseñanza era más deficiente, pues ver anatomía en un <u>PowerPoint</u> o un televisor era desactualizado, pero las tecnologías pueden ser aprovechadas en estos tiempos, donde hay déficit de transporte. MÉDICO-4 interrumpe diciendo estar en desacuerdo: No puede ser para todo, debe ser para algunas cosas. No puedes enseñar a realizar una intervención quirúrgica traumatológica por televisor, aunque puedas aprender técnicas. Sería irresponsable operar a distancia. Actor social MÉDICO-5 dice que en Caracas, existe un aparato llamado <u>Davinci</u>, en el que operado por un médico, a distancia puede operar. Eso es tecnología, no</p>	<p>TICS. Moodle. Telemedicina. Vídeos. PowerPoint. Davinci.</p>
--	---	---

932	irresponsabilidad, es algo novedoso. No es ciencia	Emoción resonante.
933	ficción, es tecnología. Se hace énfasis en la importancia	
934	de las plataformas, pero se crea mucha expectativa,	
935	incluso llegando a desmontar mitos en que la aplicación	
936	de videos, uso de otras plataformas, podía ser	
937	cuestionada para la enseñanza en Medicina. Fue	
938	<u>resonante la emoción</u> compartida por los participantes	
939	durante el día de hoy, se evidenció emociones, siendo	
940	ratificado por actor social MÉDICO-3 quien dijo: Me	
941	voy emocionado, pues siento que de la clase de hoy	
942	sacaremos provecho. Se palpó que existen muchas	
943	expectativas y necesidad de acompañamiento u	
944	orientación posterior al curso. Culminó la clase a las	
945	1:55 pm. Actor social MÉDICO-4 se acercó al profesor,	
946	el resto se retira. Cerramos el aula y nos retiramos de las	
947	instalaciones. Yo también me retiro muy contento por la	
948	clase de hoy.	

Fuente: Elaboración propia (2019).

Lugar: Sala Situacional, Dirección Estatal de Salud (DES), Cojedes.

Fecha: Sábado 06 de octubre de 2018

Hora de inicio y cierre: 8:30am – 2:30pm

Tabla 20

Categorización abierta de las observaciones registradas durante la ejecución de actividades del módulo V: Planificación en la Educación Médica

Línea	Registro de Observación	Categorías
949	<u>Reynaldo llegó a las 7:45am</u> , y yo ya me encontraba en	Puntualidad Docente.
950	el salón. Se disculpó por llegar antes de la hora.	
951	Comenzó a organizar el salón, pues parece que lo habían	Impuntualidad de los Participantes.
952	desordenado los participantes de otros cursos ajenos al	
953	nuestro. Comenzó su intercambio de palabras con	
954	algunos de los participantes que ya se encontraban en el	
955	salón. Siendo las 8:25am da inicio la clase, ya se	
956	<u>encontraban en el salón 3 actores sociales</u> junto a seis	
957	participantes más. Argumentaron haber recibido	
958	información de que ya estaban llegando a las	
959	instalaciones. A las 8:35 am ya estaban todos los	
960	participantes, incluyendo los cinco actores sociales.	
961	Reynaldo retomó la presentación de la materia, los	
962	compañeros que <u>llegaron tarde</u> se disculparon, no	
963	obstante hubo algunas quejas en relación a los que ya se	
964	encontraban en el aula. Reynaldo partió sobre la base de	

<p>965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1002 1003 1004 1005 1006 1007</p>	<p>que la <i>planificación debe ser en algunos casos flexible</i>, por cuanto sin dejar de ser exigentes se puede tomar en cuenta todo lo que involucra al proceso educativo, dejando abierto el tema para que cada uno reflexione sobre lo rígido que han sido en algún momento, planificando actividades educativas en sus áreas. Aunque se deba trazar la <i>ruta metodológica</i>, lo importante es cumplir con propósito, asimismo introducir innovaciones de cara a mejorar el actuar del médico docente. Actor social MÉDICO-5 señaló que “la planificación no se debe cambiar, pues sino todo se vuelve un relajo. Yo recuerdo hace varios años, que un profesor nos daba un plan, luego llegaba con otro. Eso no debe ser, pues uno viene preparado para algo, pero salen con otra cosa distinta”. Actor social MÉDICO-4 manifestó estar de acuerdo, pues eso resulta muy positivista, nosotros tenemos que ser integrales a la hora de planificar. En este particular, Reynaldo destacó la importancia de enfocar la <i>práctica docente</i> dirigida al fortalecimiento del <i>proceso formativo</i> del estudiante de Medicina, alegando que este proceso permitirá desarrollo de competencias que les permitan resolver problemas de su propia realidad educativa social y hasta económica, tomando en cuenta que el <i>médico es un ser transformador</i> en la comunidad. Así pues, inició este rico compartir de saberes. Reynaldo dividió el grupo en cinco subgrupos, los cuales desarrollarían a través de una lluvia de ideas, elementos que influyen en la <i>educación del siglo XXI</i> (Aprender a Aprender; Aprender a Hacer; Aprender a Convivir; y Aprender a Ser). <i>Reynaldo les otorgo a cada grupo ¼ de papel bond, lápices de colores, marcadores, así como una regla. Indicando los objetivos específicos, cada cual inició su desarrollo en grupo. Constó de un total de 20 minutos</i>, en los cuales muchos de los participantes tomaron el rol de líderes, organizando sus respectivos grupos. Mientras Reynaldo pasaba por cada uno de los pequeños grupos aclarando dudas al respecto. Esta actividad se tornó muy gratificante, pues todos estaban engranados en el cumplimiento del fin. Transcurridos los veinte minutos, Reynaldo les informó que se había agotado el tiempo, sin embargo el grupo de actor social MÉDICO-5, respondió que les faltaban aún más minutos, pues no habían culminado. Reynaldo accedió.</p>	<p>Flexibilidad de la planificación.</p> <p>Ruta metodológica.</p> <p>Práctica Docente.</p> <p>Proceso Formativo.</p> <p>Transformador.</p> <p>Educación del Siglo XXI.</p> <p>Estrategia de Aprendizaje.</p>
---	--	---

<p>1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1024 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1041 1042 1043 1044 1045 1046 1047 1048 1049 1050 1051</p>	<p>Inició la actividad en la que lo primero que hubo fue crítica desde el grupo de actor social MÉDICO-2 hacia actor social MÉDICO-5: “¿Viste que <u>la planificación a veces puede cambiar?</u> Dieron 20 minutos, ustedes tuvieron cinco minutos más, a pesar de que la indicación inicial era sólo 20 minutos”. Actor social MÉDICO-5 asintió. “Es cierto, estoy entendiendo, ahora me siento en el rol del estudiante, cuando pedía más tiempo. El profesor debe comprender eso”. Actor social MÉDICO-1 participó manifestando que ellos habían construido una pirámide de tres niveles, allí organizaron sus ideas. Colocaron en la base al saber, pues permitirá <u>construir más conocimiento</u>. Actor social MÉDICO-3 dijo que la base debe estar conformada por todos los estudiantes. Actor social MÉDICO-3 continuó explicando que el segundo piso de su pirámide debe estar relacionado al saber cómo, pues a partir de aquí se adquieren destrezas acorde a cada particular. En el último nivel colocaron el hacer, pues será lo real, la práctica a la hora de planificar. Actor social MÉDICO-2 dijo que ellos colocaron Aprender a Aprender como el principal pilar, pues supone de agarrar habilidades para continuar aprendiendo siendo humildes. El estudiante que le pregunta, él responde que no sabe pero que juntos podrán investigar. Actor social MÉDICO-5 dijo que a él <u>le daría pena decir que no sabe algo</u>, que para eso es la planificación, para direccionar la clase por un lado en particular para que no le pregunten otra cosa distinta. Actor social MÉDICO-4 dijo estar en desacuerdo, pues la <u>humildad</u> es pilar básico, eso ayuda a generar más conocimiento. Es mejor para el docente cuando le surgen dudas o cuando tiene un estudiante preguntón. <u>Debemos sacarnos ese chip de que somos nosotros los únicos que sabemos</u>. Siguieron la discusión, actor social MÉDICO-2 dijo: “De nada sirve darles más contenidos, si está desactualizado”. A partir de este momento se abordó el punto de cumplir con el currículo. Actor social MÉDICO-1 manifestó que no conoce el <u>currículo de Medicina</u>, a pesar de ser docente de Medicina Integral Comunitaria, pues nunca ha entregado un plan de evaluación. Reynaldo hace énfasis en que para evaluar, debemos hacer <u>una planificación</u>, por eso la planificación <u>debe contemplar</u> entre otras cosas: <u>Caracterización psicopedagógica del grupo de</u></p>	<p>Flexibilidad en la planificación.</p> <p>Construcción de Conocimiento.</p> <p>Humildad académica.</p> <p>Currículo médico.</p> <p>Elementos de la planificación.</p>
--	--	---

<p>1052 1053 1054 1055 1056 1057 1058 1059 1060 1061 1062 1063 1064 1065 1066 1067 1068 1069 1070 1071 1072 1073 1074 1075 1076 1077 1078 1079 1080 1081 1082 1083 1084 1085 1086 1087 1088 1089 1090 1091 1092 1093 1094 1095</p>	<p>estudiantes, programa de estudio así como sus Orientaciones Metodológicas, la dosificación de contenidos, se debe prever un sistema de clases. Actor social MÉDICO-4 añadió “se debe contemplar el uso correcto del lenguaje, de lo técnico en la medicina. Hacia el paciente debemos evitar la <i>Iatrolalia</i>, que al final es <i>Iatrogenia</i>, pero entre los médicos debemos preservar el lenguaje técnico, pues es el lenguaje científico universal que no debemos cambiar. Actor social MÉDICO-4 prosiguió: “Es importante el uso de <i>medios, métodos de enseñanza</i> y formas de organización. Recuerdo en una oportunidad que pretendían en la universidad que yo enseñara bioestadísticas a los estudiantes, pero sin laboratorio, es una locura”. Actor social MÉDICO-3 saltó de su silla haciendo <i>críticas al programa de formación de médicos no tradicionales</i>: “Eso es como lo que hablábamos la clase pasada, enseñar anatomía solo con una diapositiva”. Actor social MÉDICO-1 salió en defensa: “La diapositiva complementa, es cierto, no vemos la pieza fresca, pero vemos videos para aprender”. Reynaldo interviene y afirma que estos medios, son parte del proceso enseñanza aprendizaje y deben estar en estrecha relación con el contenido y los objetivos, sumado al elemento social y en consonancia con la política de formación del médico o profesional de salud. Se hizo la hora de <i>almuerzo</i>, pero los participantes querían seguir en la discusión, sin embargo actor social MÉDICO-5 dijo “que no es capaz de pensar sin comer”. A lo que Reynaldo estuvo totalmente de acuerdo. Se decidió regresar puntuales a la 1:00pm, para aprovechar el tiempo. Posterior al almuerzo, se inició el debate refiriendo que la evaluación no puede ser un tema periférico, como lo señaló Litwin (1998), sino que debe ser más completo, mas <i>holístico</i>, incluso que el docente y el estudiante comprendan que existen técnicas que puedan ser transferidas o adaptadas en distintas situación de aprendizaje, incluso pueden variar por su propia vivencia. Actor social MÉDICO-2 dice que el docente debe dar oportunidades para revisar y repensar cada contenido sin salirse del conocimiento técnico. Actor social MÉDICO-4 dice que deben establecerse <i>vínculos entre el esfuerzo y los resultados del estudiante</i>, para planear bien. Hacer un diagnóstico</p>	<p>Iatrolalia, Iatrogenia.</p> <p>Medios y métodos de enseñanza.</p> <p>Críticas al programa de formación de médicos no tradicionales.</p> <p>Almuerzo.</p> <p>Aprendizaje holístico.</p> <p>Vínculos entre esfuerzo y resultados.</p>
--	--	--

1096	participativo. Actor social MÉDICO-5 dice que	El error como
1097	habiendo escuchado, ha repensado y está de acuerdo en	un medio de
1098	que se debe valorar <u>el error como un paso necesario</u>	aprendizaje.
1099	<u>para el aprendizaje</u> en cada estudiante y cada docente.	
1100	Actor social MÉDICO-3 dice que: “El trabajo en grupo	Organización de
1101	es necesario, pero se deben <u>organizar grupos</u>	grupos de
1102	<u>heterogéneos</u> , así como aquí en estas clases geniales,	aprendizaje..
1103	pues el intercambio resulta más rico. Recuerdo que en	
1104	una oportunidad, mis estudiantes estaban en una revista	
1105	médica junto a enfermeras, pues fue muy satisfactorio,	
1106	aprendieron muchísimo de las enfermeras. Al final,	
1107	cumplimos el objetivo, que se llevaran dudas y	
1108	regresaran más llenos de contenidos”. Actor social	
1109	MÉDICO-2 afirma que la planificación es importante	
1110	para que exista <u>coherencia entre los objetivos y los</u>	Coherencia
1111	<u>contenidos</u> . Recuerda a un profesor que dijo que el	entre los
1112	objetivo era identificar síntomas en un paciente con	objetivos y los
1113	Hipertensión Arterial, pero terminó hablando en la clase	contenidos.
1114	sobre la importancia de evitar accidentes en el hogar,	
1115	esto me pareció improvisación. Actor social MÉDICO-5	
1116	dijo que tuvo un profesor que iniciaba la clase hablando	
1117	de Barquisimeto, divagando y perdiendo tiempo, cuando	
1118	faltaba poco menos de 10 minutos para culminar la	
1119	clase, daba un “mateo bello” en la clase. No	
1120	entendíamos nada, perdía mucho tiempo. Actor social	
1121	MÉDICO-1 dijo que es importante lo que se sabe de la	
1122	clase, lo que se quiere saber y lo que aprendió, eso es	
1123	parte de la planificación. Reynaldo dice que no se	
1124	tocarán elementos profundos de la evaluación, pues	
1125	corresponde al siguiente tema de la clase próxima.	
1126	Culmina con mucho entusiasmo la clase a las 2:30pm de	
1127	la tarde.	

Fuente: Elaboración propia (2019).

Lugar: Sala Situacional, Dirección Estatal de Salud (DES), Cojedes.

Fecha: Sábado 19 de octubre de 2018

Hora de inicio y cierre: 8:30am – 2:00pm

Tabla 21

Categorización abierta de las observaciones registradas durante la ejecución de actividades del módulo VI: Evaluación de los Aprendizajes en Medicina

Línea	Registro de Observación	Categorías
1228	Siendo las 7:55am ya se encontraba en el salón de clases	Puntualidad

<p>1129 1130 1131 1132 1133 1134 1135 1136 1137 1138 1139 1140 1141 1142 1143 1144 1145 1146 1147 1148 1149 1150 1151 1152 1153 1154 1155 1156 1157 1158 1159 1160 1161 1162 1163 1164 1165 1166 1167 1168 1169 1170 1171 1172</p>	<p>la facilitadora, doctora <i>Emilia Lugo, quien llegó de manera puntual</i> como había sido acordado previamente. La doctora resultaba conocida para los participantes, por su rol anteriormente como directora de un hospital aquí en Cojedes, adicional por ser conocida salubrista y docente universitaria. El día de hoy, por ser el último día del curso de perfeccionamiento profesional, <i>todos los participantes quedaron en llegar más temprano</i>, por cuanto se da inicio a la actividad a las 8:00am en el salón dispuesto para tal fin. Dentro del salón se encontraban todos los participantes, excepto el actor social MÉDICO-5, quien avisó que tuvo una dificultad en el camino, pero prontamente llegaría. Emilia expone los contenidos que se desarrollarán en la clase de hoy, partiendo desde la visión de <i>la evaluación como componente fundamental del proceso de enseñanza-aprendizaje</i>. Inicia con unas interrogantes: ¿A ver, qué entienden ustedes por evaluación? ¿Alguno de ustedes podría decirme si ha tenido dificultades en la evaluación en el proceso de enseñanza-aprendizaje? Con mucho miedo respondió el actor social MÉDICO-4, el cual dijo: “Yo entiendo por evaluación, el proceso final y más importante de la enseñanza. Es lo más difícil, que amerita mucha objetividad”. Posteriormente actor social MÉDICO-2 dijo: “No lo considero difícil, pues lo que hay que tomar en cuenta es lo que hemos visto en clases anteriores, la objetividad parte del conocimiento que tengamos. Para evaluar, necesitamos saber y hacer”. Importante lo que señaló posteriormente Actor social MÉDICO-1: “Lo que pasa es que vemos la evaluación como un tabú, incluso en algunas universidades se presta a cosas raras. Evaluamos la calidad o la cantidad. Pero en lo particular pienso que <i>la evaluación por parte del docente debe ser inclusiva adicional comprensiva, o sea debe ser concatenada a todos los procesos de la educación. La educación no solo es en las aulas, sino todas las experiencias de vida</i>”. Actor social MÉDICO-3 ratifica que la evaluación <i>debe ser novedosa, debe romper los viejos esquemas</i>. “Yo tenía una profesora que para evaluar, llegaba siempre con las hojitas amarillas, jamás se actualizaba, utilizaba literaturas viejísimas, siempre hacia las mismas evaluaciones año tras año, todos sabíamos las preguntas que haría, por cuanto las respuestas era lo que nos estudiábamos”.</p>	<p>docente.</p> <p>Puntualidad de los participantes.</p> <p>La evaluación como componente fundamental del proceso de enseñanza-aprendizaje.</p> <p>Elementos de la evaluación.</p> <p>Caracteres de la evaluación.</p>
--	--	--

1173	Actor social MÉDICO-4 manifiesta que eso era <i>falta de</i>	Moral en la
1174	<i>moral</i> , hacer lo que dijo que hacía actor social	evaluación.
1175	MÉDICO-3, pues cada estudiante debe ser responsable a	
1176	la hora de estudiar, no sólo para un examen sino para	
1177	atender a pacientes, a usuarios del servicio de salud.	
1178	Ingresa al salón actor social MÉDICO-5, quien se	
1179	disculpa. Hasta este momento, Emilia realiza un esbozo	
1180	sobre los elementos hasta el momento discutidos. Actor	Qué no se debe
1181	social MÉDICO-5 manifiesta que el proceso de la	evaluar.
1182	evaluación es lo más importante, pero <i>no debe evaluarse</i>	
1183	<i>algo que no esté contenido en la malla curricular</i> . Sigue	
1184	la discusión, hasta el punto en que Emilia señala que se	
1185	<i>conformarán grupos libres, de un máximo de 4 personas</i>	Estrategia para
1186	<i>cada uno, con el objetivo de desarrollar un plan de</i>	el aprendizaje.
1187	<i>evaluación</i> sobre un problema educativo	
1188	predeterminado. Genera las pautas sobre las técnicas de	
1189	evaluación. Actor social MÉDICO-4 realiza una	
1190	intervención sobre el <i>carácter participativo de la</i>	Caracteres de la
1191	<i>evaluación</i> , para que cumpla la función de transformar y	evaluación.
1192	no sólo sea para captar y reproducir conocimientos.	
1193	Habla además de algunas diferencias entre profesores	
1194	tradicionales y profesores novedosos: “ <i>El profesor</i>	Profesor arcaico,
1195	<i>tradicional, el arcaico</i> , cree que el poder lo tiene él, es	profesor
1196	subjetivo a la hora de evaluar, es cerrado, muy difícil.	novedoso.
1197	Mientras <i>el profesor novedoso</i> , yo lo veo que dialoga, el	
1198	poder no es de él, sino del consenso, así el estudiante	
1199	aprende a conocer y dirigir su proceso de enseñanza	
1200	enmarcado en el plan de estudios”. Actor social	
1201	MÉDICO-5 manifiesta que es cierto, pues en una	
1202	oportunidad él estaba evaluando solo para obtener	
1203	resultados, en contraposición a lo fundamental, que es	
1204	centrar la evaluación en el proceso de enseñanza y	
1205	convertir al estudiante en un ser activo, capaz de	
1206	elaborar mentalmente muchos conocimientos y libre de	
1207	decirlos en el marco del respeto. Por otro lado, actor	
1208	social MÉDICO-2 refiere que ya a estas alturas, está en	
1209	<i>desacuerdo con la aplicación permanente de exámenes</i>	Desacuerdo con
1210	<i>escritos o interrogatorios</i> , prefiere integrar el	la aplicación
1211	conocimiento realizando casos clínicos, pues la	permanente de
1212	evaluación es integral, quita aquello que sólo el que	exámenes
1213	responde acertadamente veinte preguntas, es quien más	escritos o
1214	sabe. Quizá, tenga buena memoria, pero no sabe	interrogatorios.
1215	sintetizar, analizar, comprender el asunto. Culmina la	
1216	clase en un <i>compartir</i> , el cual estuvo lleno de alegría y	Compartir.

1217	ganas de seguir aprendiendo mucho más. Uno de ellos	Profundizar en estudios de formación docente.
1218	se acercó y dijo que le gustaría <i>realizar una maestría</i> o	
1219	algo más avanzado en la UNELLEZ. Ojala que los	
1220	colegios de médicos se ocuparan de nosotros, nos	
1221	ayudaran a formarnos más, pues eso se traduce en mejor	
1222	atención para el usuario de los servicios de salud, para el	
1223	pueblo. Se inicia el compartir, con los alimentos que	
1224	entre todos llevamos al aula, cerrando por ahora el ciclo	
1225	de este curso.	

Fuente: Elaboración propia (2019).

La tabla 22, revela la categorización axial emergida de las observaciones registradas durante la ejecución del programa de perfeccionamiento profesional.

Tabla 22

Categorización axial de las observaciones registradas durante la ejecución del Programa.

Módulo	Categorías Abiertas	Categorías Axiales
Uno	<ul style="list-style-type: none"> - Puntualidad Docente; Impuntualidad de los Participantes. - Palabras de Bienvenida. - Oratoria y Retórica. - Dinámica de Presentación. - Curso Intensivo. - Emoción y grandes expectativas. - Habilidades Comunicativas. - Expresión Corporal. - Expresión de Emociones. - Dicción, entonación y pronunciación. - Problemas de Comunicación. - Escucha activa. - Sentido literal a las orientaciones e indicaciones médicas. - Comunicación No Verbal. - Postura Corporal y Estado Emocional. - Comunicación Escrita. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estrategias para la construcción colaborativa de saberes médico-docentes. 2. Sociología de la Medicina. 3. Comunicación Médica. 4. Didáctica aplicada a la Medicina. 5. Planificación de los Aprendizajes. 6. Evaluación de los Aprendizajes en Medicina. 7. Teorías de Aprendizaje.
Dos	<ul style="list-style-type: none"> - Puntualidad. - Sociología de la Medicina. - Estima y respeto por la profesión médica. - Responsabilidades gubernamentales. 	<ol style="list-style-type: none"> 8. Diversos Roles del Médico.

	<ul style="list-style-type: none"> - Tríada: Médico-Paciente-Sociedad. - Problemas Médicos de carácter social. - Trato a los pacientes. - Atención Primaria de Salud. - Tecnicismos médicos. - Paciente como ente social. - Ausencia de formación en herramientas pedagógicas durante el pregrado médico. - Desafíos y retos actuales de la Educación Médica. 	<p>1. Estrategias para la construcción colaborativa de saberes médico-docentes.</p> <p>2. Sociología de la Medicina.</p> <p>3. Comunicación Médica.</p> <p>4. Didáctica aplicada a la Medicina.</p> <p>5. Planificación de los Aprendizajes.</p> <p>6. Evaluación de los Aprendizajes en Medicina.</p> <p>7. Teorías de Aprendizaje.</p> <p>8. Diversos Roles del Médico.</p>
Tres	<ul style="list-style-type: none"> - Puntualidad Docente; Impuntualidad de los Participantes. - Pedagogía Tradicional y Pedagogía Liberadora. - Conductismo en la formación del profesional de la salud. - Inteligencias Múltiples. - Humanismo. - Cognitivismo en la enseñanza de la Medicina. - Aprendizaje supervisado. - Estudiante de Medicina. - Pedagogía Constructivista dentro del Ambiente Clínico. 	
Cuatro	<ul style="list-style-type: none"> - Puntualidad Docente; Impuntualidad de los Participantes. - Presentación. - Deseos de aprender. - Didáctica aplicada a las Ciencias Médicas. - Sentados en el piso. - Diagnóstico. - Pedagogía. - Cuestionarios. - Objetivos de Aprendizaje. - Casos Clínicos. - Abordaje de grupos pequeños. - Rol médico asistencial y administrativo. - Abordaje de grupos numerosos. - Factores biopsicosociales. - Exposiciones. 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Propiciar aprendizajes. - Técnicas no son recetas predeterminadas. - Compartir. - Caso Clínico. - TICS: Moodle. Telemedicina. Vídeos. PowerPoint. Davinci. - Emoción resonante. 	<p>1. Estrategias para la construcción colaborativa de saberes médico-docentes.</p> <p>2. Sociología de la Medicina.</p> <p>3. Comunicación Médica.</p> <p>4. Didáctica aplicada a la Medicina.</p> <p>5. Planificación de los Aprendizajes.</p> <p>6. Evaluación de los Aprendizajes en Medicina.</p> <p>7. Teorías de Aprendizaje.</p> <p>8. Diversos Roles del Médico.</p>
Cinco	<ul style="list-style-type: none"> - Puntualidad Docente; Impuntualidad de los Participantes. - Flexibilidad de la planificación. - Ruta metodológica. - Práctica Docente. - Proceso Formativo. - Transformador. - Educación del Siglo XXI. - Estrategia de Aprendizaje. - Flexibilidad en la planificación. - Construcción de Conocimiento. - Humildad académica. - Currículo médico. - Elementos de la planificación. - Iatrolalia, Iatrogenia. - Medios y métodos de enseñanza. - Críticas al programa de formación de médicos no tradicionales. - Almuerzo. - Aprendizaje holístico. - Vínculos entre esfuerzo y resultados. - El error como un medio de aprendizaje. - Organización de grupos de aprendizaje.. - Coherencia entre los objetivos y los contenidos. 	
Seis	<ul style="list-style-type: none"> - Puntualidad docente; Puntualidad de los participantes. - La evaluación como componente fundamental del proceso de enseñanza-aprendizaje. - Elementos de la evaluación. - Caracteres de la evaluación. - Moral en la evaluación. - Qué no se debe evaluar. 	

	<ul style="list-style-type: none">- Estrategia para el aprendizaje.- Caracteres de la evaluación.- Profesor arcaico, profesor novedoso.- Desacuerdo con la aplicación permanente de exámenes escritos o interrogatorios.- Compartir.- Profundizar en estudios de formación docente.	
--	--	--

Fuente: Elaboración propia (2019).

HOLÓN VII

VALORACIÓN DE LOS HALLAZGOS

“Quien no sea capaz de luchar por otros, no será nunca suficientemente capaz de luchar por sí mismo” (Fidel Castro Ruz).

López (ob. cit.) precisa que en IAP, “la evaluación se realiza durante el desarrollo de cada momento que ésta metódica comprende, con respecto a cómo se está llevando a cabo lo planificado, el alcance de los propósitos, posibles ajustes e incorporación de nuevas acciones y estrategias” (p. 87). Sin embargo, conviene realizar una evaluación detallada, sobre los cambios alcanzados en los participantes, integrantes del GIAP, posterior a la ejecución del plan de estrategias, representado en un Programa de Perfeccionamiento Profesional en Estrategias Didácticas de Enseñanza-Aprendizaje para Médicos y Médicas, avalado por la Dirección de Investigación y Educación de la Dirección Estatal de Salud (DES) Cojedes, ejecutado en un período de seis (6) semanas.

Por otro lado, López *et al* citados por Lara (ob. cit.), señalan que “la fase de la evaluación, trata de revisar todas las acciones desarrolladas desde unos indicadores de evaluación que han sido desarrollados previamente en la planificación, después de un arduo y extenso trabajo de campo, reuniones con los actores sociales, planeación de estrategias para la transformación de la realidad” (p. 99). En otras palabras, a juicio de la citada autora, “la fase de reflexión representa la fase final de la espiral investigativa que hace un alto para mirar el camino recorrido y cambios logrados en el proceso de investigación” (*Ibidem*). En este sentido, presentamos los resultados de la investigación, mediante un análisis reflexivo de lo ocurrido en ejecución del plan.

Durante la ejecución del último módulo, «Evaluación de los Aprendizajes en Medicina», realizado en fecha sábado 13 de octubre de 2018, se les pidió a todos los participantes que reflexionaran por escrito, acerca de las herramientas pedagógicas adquiridas durante la ejecución de la propuesta formativa, y que compartieran con el

grupo sobre las transformaciones y los cambios que cada uno logró. Se procede a transcribir la narratividad solo de quienes fungieron como actores sociales.

Tabla 23

Narratividad del actor social MÉDICO-1 sobre su experiencia personal.

Línea	Narrativa del Actor Social
1226	<p>¿Qué nos puedes decir acerca de tu experiencia como participante de este programa y qué cambios evidencias en tu praxis médico-docente?</p> <p>Como reflexión final considero que este programa debe continuar con una segunda parte. Agradecida con el doctor Reynaldo Mujica, con el doctor Miguel Martino, con la doctora Carolina Barrera y con la doctora Emilia, y con el doctor Carlos González por ser excelentes maestros. Hoy que estamos terminando este curso, me siento diferente, no podría decir si soy mejor o no en el arte de la docencia médica, pero <u>aprendí que existen técnicas y herramientas totalmente distintas para abordar a diversos estudiantes, en función de sus formas de aprender. Yo no sabía que algunos unos éramos visuales o auditivos al momento de aprender, y que otros eran kinestésicos. Puedo decir que mi desagrado por la docencia era simple falta de información. Hoy comprendo que no se puede llegar a un aula de clases a improvisar, que las formas para evaluar no dependen del estado de ánimo que tenga el médico-docente ese día. Y que en la evaluación de las clínicas, cuando se está con el paciente y con los estudiantes de Medicina en la consulta, eso se llama evaluación formativa, que no todo lleva un puntaje o una calificación en números, pero que a veces esa evaluación formativa es más importante que la nota en sí misma.</u> Con estas herramientas creo que podría mejorar mi práctica como docente. Gracias.</p>
1227	
1228	
1229	
1230	
1231	
1232	
1233	
1234	
1235	
1236	
1237	
1238	
1239	
1240	
1241	
1242	
1243	
1244	
1245	

Fuente: Elaboración propia (2019).

Tabla 24

Narratividad del actor social MÉDICO-2 sobre su experiencia personal.

Línea	Narrativa del Actor Social
1246	<p>¿Qué nos puedes decir acerca de tu experiencia como participante de este programa y qué cambios evidencias en tu praxis médico-docente?</p> <p><u>Han sido semanas de descubrimiento</u>, no solo por introducirnos en temas médico-docentes sino por compartir con profesores que nos brindaron clases magistrales durante estos seis sábados. Asimismo, <u>aprender de los colegas médicos, enfermeras, odontólogos, licenciados, por medio de sus anécdotas e investigaciones</u>, así como dar respuesta a cada duda que se generó y conllevó a una pregunta oportuna. ¿Cambios en mi praxis médico-docente? Soy distinta, porque <u>gracias a los tics y a los ejercicios de oratoria que nos enseñaron, ahora puedo pararme en público ante estudiantes desconocidos teniendo mucha confianza en mí misma, mejor postura corporal y mejor pronunciación al hablar.</u> Puedo ser capaz de comunicarme mejor, adicional</p>
1247	
1248	
1249	
1250	
1251	
1252	
1253	
1254	
1255	
1256	
1257	

1258	<i>afiné detalles con la planificación de contenidos y su evaluación.</i>
1259	Siempre fui lo más objetiva posible al momento de evaluar, pero puedo decir que <i>me</i>
1260	<i>parece una maravillosa idea eso de las rúbricas de evaluación, reconozco</i>
1261	<i>que desconocía que se utilizara, pero me parece muy útil porque de entrada</i>
1262	<i>ya los muchachos y uno mismo sabe qué es lo que le van a evaluar, o cuáles</i>
1263	<i>serán los parámetros que utilizará el profesor para colocar las notas.</i>

Fuente: Elaboración propia (2019).

Tabla 25

Narratividad del actor social MÉDICO-3 sobre su experiencia personal.

Línea	Narrativa del Actor Social
1264	¿Qué nos puedes decir acerca de tu experiencia como participante de
1265	este programa y qué cambios evidencias en tu praxis médico-docente?
1266	<i>Este programa me sensibilizó al echarle una mirada a la labor docente que</i>
1267	<i>realizan otros médicos, pero al mirar también el trabajo de otros</i>
1268	<i>profesionales de la salud, más allá del costo de una consulta y lo arriesgado</i>
1269	<i>de las labores de todos nosotros, porque implican la salud y el bienestar de la</i>
1270	<i>población. Cada uno de mis colegas médicos demostraron su postura, y todas</i>
1271	<i>ellas son respetables, cónsonas con la realidad. Siempre vamos admirar a</i>
1272	<i>actos que provengan del alma, que demuestren que somos seres tan</i>
1273	<i>evolucionados que realmente merecemos ser llamados humanos. <u>Me queda</u></i>
1274	<i>la filosofía del humanismo, lo cual implica bondad, piedad y sobretodo</i>
1275	<i>humildad, dejando a un lado las ironías y el sarcasmo al momento de</i>
1276	<i>transmitir un aprendizaje o cuando uno desea que sus estudiantes</i>
1277	<i>comprendan que están haciendo algo de manera inadecuada o errónea.</i>
1278	<i>Aprendí que se felicita en público y se corrige duramente en privado, porque</i>
1279	<i>eso nos hace más humanos.</i> Gracias a todos los que hicieron posible que se
1280	haya realizado este curso.

Fuente: Elaboración propia (2019).

Tabla 26

Narratividad del actor social MÉDICO-4 sobre su experiencia personal.

Línea	Narrativa del Actor Social
1281	¿Qué nos puedes decir acerca de tu experiencia como participante de
1282	este programa y qué cambios evidencias en tu praxis médico-docente?
1283	Gracias a todos los profesores que formaron parte de este programa de
1284	perfeccionamiento profesional, por su entrega y su dedicación. Fue un placer
1285	haber el compartido este curso con todos ustedes. De los cambios alcanzados
1286	en mi praxis docente, luego de culminado el curso, puedo referir que <i>he</i>
1287	<i>adquirido mayor sensibilidad y mejor entrega a la historia de vida de los</i>
1288	<i>estudiantes, y sus realidades personales, para solucionar juntos los</i>
1289	<i>problemas que se presentan en el desarrollo de los contenidos. Yo no</i>
1290	<i>realizaba diagnósticos junto a ellos al inicio del curso, para planificar las</i>

1291	<i>estrategias de evaluación, ahora tengo la intención de efectuar ese</i>
1292	<i>diagnóstico y escuchar sus necesidades, a fin de adaptar las estrategias a los</i>
1293	<i>requerimientos metodológicos de cada curso,</i> porque ciertamente, cada
1294	grupo de aprendizaje presenta unas necesidades particulares. Adicional,
1295	<i>confieso que para mí era inconcebible dejar a un lado el conductismo, ahora</i>
1296	<i>comienzo a abrirme hacia nuevas formas de enseñanza, como la pregunta</i>
1297	<i>oportuna, basada en la mayéutica socrática.</i> Gracias por ello. Bendiciones.

Fuente: Elaboración propia (2019).

Tabla 27

Narratividad del actor social MÉDICO-5 sobre su experiencia personal.

Línea	Narrativa del Actor Social
1298	¿Qué nos puedes decir acerca de tu experiencia como participante de
1299	este programa y qué cambios evidencias en tu praxis médico-docente?
1300	Otros dicen que aprendieron poco, <i>yo me siento transformado, un nuevo</i>
1301	<i>docente con ganas de hacer cursos o diplomados más profundos, o hasta de</i>
1302	<i>hacer la Maestría y el Doctorado en Docencia que imparten allá en la</i>
1303	<i>UNELLEZ. Es inevitable escribirlo, ahora me comunico mejor, logro</i>
1304	<i>manejar bien aquellos grupos mayores a 12 o 14 personas, adicional</i>
1305	<i>observo que aquellos métodos de evaluación a los que yo era sometido, que</i>
1306	<i>al final modelaba de una forma inapropiada, ya no están cónsonos con</i>
1307	<i>nuestra realidad económica, política y social.</i> Con este curso, mi praxis será
1308	de mayor calidad y calidez, mis estudiantes notarán la diferencia, ojalá que
1309	los pudieras entrevistar a ellos dentro de un año, a ver si notaron diferencias
1310	en mi manera de darles clases y de evaluarlos. Estoy muy agradecido con
1311	todos. Que Dios les bendiga y estoy a la orden para otro curso que vayan a
1312	dictar aquí en la Dirección de Salud.

Fuente: Elaboración propia (2019).

Ahora bien, para valorar los cambios que nos planteamos en el propósito general de esta investigación, el cual era “transformar la praxis docente de los médicos y médicas de la red de servicios de salud pública en el municipio Ezequiel Zamora del estado bolivariano de Cojedes, a través de un programa de perfeccionamiento profesional en estrategias didácticas de enseñanza-aprendizaje”, procederemos a comparar lo dicho en el diagnóstico inicial, lo observado durante la ejecución y la exposición final, *supra* transcrita; y lo haremos uno a uno, con los cinco actores sociales.

Durante el diagnóstico inicial, MÉDICO-1 señaló que en su pregrado médico nunca tuvo formación profesional en el área docente (Líneas 6, 7 y 8), y que no le

gusta mucho la docencia (Líneas 8 y 9). Considera que su experiencia médica ejerciendo el rol docente “ha sido muy mala” (Línea 16). Al ser consultada sobre su disposición en participar en el curso de perfeccionamiento profesional, se mostró presta y señaló que eso le “ayudaría a enseñar a los familiares y pacientes” (Líneas 47 y 48).

De la ejecución del plan, según las anotaciones hechas por el investigador en el diario de campo, observó que MÉDICO-1 llegó con retraso a clases en dos oportunidades (Líneas 500, 592-593). Durante el desarrollo del módulo «Comunicación Médica», éste actor social participó activamente y con entusiasmo en los ejercicios de oratoria auspiciados por la profesora de la unidad (Líneas 527-531). Durante el desarrollo del módulo «Sociología de la Enseñanza en Medicina», MÉDICO-1 dijo que “desde tiempos remotos, aun cuando la profesión médica hoy día no sea remunerada, gozaba del respeto y la estima dentro de la sociedad, cosa que a su juicio se ha ido perdiendo”. Además, enfatizó que hoy “se responsabiliza a los médicos por las carencias que hay en los hospitales, ambulatorios y centros de salud, cuando esa es materia del gobierno nacional” (Líneas 597-603).

En el módulo «Psicología del Aprendizaje Médico», MÉDICO-1 estuvo de acuerdo con una temática expuesta por MÉDICO-4, pero disintió “en el cómo o en la manera en que un profesor invita a un estudiante de medicina a memorizar conceptos”. Dijo que estaba revisando un material y leyó sobre el tema de las inteligencias múltiples, “habrá quien pueda memorizar ese concepto leyéndolo, pero otro podrá memorizarlo a través de una canción o viendo un vídeo”, sentenció (Líneas 691-698).

Para el módulo «Didáctica Aplicada en las Ciencias Médicas», MÉDICO-1 planteó que ella sólo ha empleado cuestionarios para evaluar pero en grupos pequeños, pues luego se le hace complicado a la hora de calificar, pues es muchísimo trabajo (Líneas 778-782). Refirió que cada una de las técnicas de enseñanza-aprendizaje están asociadas a los objetivos de aprendizaje, por ejemplo, “si ella quiere buscar que sus estudiantes razonen, entonces aplicara casos clínicos” (Líneas 789-793).

Para módulo «Planificación en la Educación Médica», actor social MÉDICO-1 y su grupo de aprendizaje, participaron manifestando con la construcción de una pirámide de tres niveles, colocando en la base al saber, pues permitirá construir más conocimiento (Líneas 1016-1020). Manifestó no conocer el currículo de Medicina, a pesar de ser docente de Medicina Integral Comunitaria, pues nunca ha entregado un plan de evaluación (Líneas 1044-1048). Además señaló que es importante lo que se sabe de la clase, lo que se quiere saber y lo que aprendió, porque “eso es parte de la planificación” (Líneas 1120-1123).

Respecto al módulo «Evaluación de los Aprendizajes en Medicina», MÉDICO-1 expresó que “lo que pasa es que vemos la evaluación como un tabú, incluso en algunas universidades se presta a cosas raras. Evaluamos la calidad o la cantidad. Pero en lo particular pienso que la evaluación por parte del docente debe ser inclusiva adicional comprensiva, o sea debe ser concatenada a todos los procesos de la educación. La educación no solo es en las aulas, sino todas las experiencias de vida” (Líneas 1158-1165).

Entre los cambios significativos que MÉDICO-1 afirma haber aprendido con el programa de perfeccionamiento profesional, son: “Aprendí que existen técnicas y herramientas totalmente distintas para abordar a diversos estudiantes, en función de sus formas de aprender. Yo no sabía que algunos unos éramos visuales o auditivos al momento de aprender, y que otros eran quinestésicos”. Su desagrado por la docencia “era simple falta de información”, dice. “Hoy comprendo que no se puede llegar a un aula de clases a improvisar, que las formas para evaluar no dependen del estado de ánimo que tenga el médico-docente ese día; y que en la evaluación de las clínicas, cuando se está con el paciente y con los estudiantes de Medicina en la consulta, eso se llama evaluación formativa, que no todo lleva un puntaje o una calificación en números, pero que a veces esa evaluación formativa es más importante que la nota en sí misma” (Líneas 1233-1244).

MÉDICO-2 nunca recibió formación docente en su pregrado médico (Líneas 55-56). Alegó que su experiencia médico-docente ha sido de modelaje, sólo repetir lo que veía en sus profesores de medicina y cuando hizo el postgrado en Medicina

General Integral (Líneas 60-63). Sin embargo, indicó que le gusta mucho la docencia (Línea 70). En un primer momento consideró que de participar en el programa, podría transmitir mejor sus conocimientos (Líneas 114-115).

MÉDICO-2 fue el primer actor social en llegar a clases en el inicio del módulo «Comunicación Médica», (Líneas 490-491). Durante la ejecución de la referida unidad, participó activamente en los ejercicios propuestos por la profesora, en los que debían practicar la dicción y la entonación leyendo textos, con unas piedritas dentro de la boca (Líneas 532-538). También en este módulo se produjo un interesante debate entre MÉDICO-3 y MÉDICO-2, donde quedó en evidencia la importancia de darle un sentido literal a las indicaciones y orientaciones médicas, porque el doble sentido o la ironía resultan perjudiciales para el ejercicio de la Medicina. Se dijo que hay muchos médicos que le dicen al paciente: “Vaya y siga fumando para que se le cure esa bronconeumonía”, cuando el deber ser es orientarlo en forma propositiva (Líneas 556-565).

Durante el desarrollo del módulo «Sociología de la Enseñanza en Medicina», MÉDICO-2 indicó que aunque se hable de una “relación contractual” entre médico y el paciente, esa relación debe ser “un servicio”. Se preguntó: “¿Cómo el médico no va a ser un autómatas? Si en promedio un médico en la emergencia atiende a un promedio de sesenta pacientes a diario. ¿Quién atiende los problemas médicos de carácter social? Ausencia de insumos, bajos sueldos, acoso laboral por parte del patrono, falta de comprensión por parte de los usuarios de los servicios de salud” (Líneas 610-619). Además de ello, en otro momento de la clase, MÉDICO-2 señaló que durante el pregrado no se les enseña a ser educadores, no se brindan las herramientas pedagógicas para ejercer la docencia médica, pero sí se les exigen indicadores y llenar planillas y planificaciones educativas, cuando nadie les ha explicado nada de eso (Líneas 643-649).

En el módulo «Psicología del Aprendizaje Médico», y ante una pregunta formulada por el formador, MÉDICO-2 indicó que “la Pedagogía Tradicional es la forma rígida cómo nos han venido enseñando a nosotros, con memorización y conductismo, la pedagogía liberadora vendría a ser una forma de docencia donde

aprendamos a aprender, y se puedan resolver problemas médicos con innovación, frente a la situación política que se vive” (Líneas 678-684). En el módulo «Didáctica Aplicada en las Ciencias Médicas», este actor social indicó, ante la pregunta: “¿Qué se entiende por didáctica aplicada a las Ciencias Médicas?”, formulada por el profesor, “que se debe tomar en cuenta que no solo es la técnica para enseñar, sino que pudiera ser una pauta para transmitir conocimientos” (Líneas 763-765). En esta misma unidad, precisó que “el tema de los casos clínicos es para grupos pequeños, pues debe ser individualizado, ya que se busca que cada uno vea la forma integral al paciente” (Líneas 794-797).

Para módulo «Planificación en la Educación Médica», MÉDICO-2 afirmó que “la planificación es importante para que exista coherencia entre los objetivos y los contenidos”. Recordó a un profesor que dijo que el objetivo era identificar síntomas en un paciente con Hipertensión Arterial, pero terminó hablando en la clase sobre la importancia de evitar accidentes en el hogar, lo cual le pareció “improvisación” y así lo señaló (Líneas 1109-1115). En el módulo «Evaluación de los Aprendizajes en Medicina», actor social MÉDICO-2 refirió que está en desacuerdo con la aplicación permanente de exámenes escritos o interrogatorios, prefiere integrar el conocimiento realizando casos clínicos, pues la evaluación es integral, quita aquello que sólo el que responde acertadamente veinte preguntas, es quien más sabe. A su juicio, ese participante “quizá, tenga buena memoria, pero no sabe sintetizar, analizar, comprender el asunto” (Líneas 1207-1215).

Respecto a los cambios significativos que afirma haber alcanzado con el programa de perfeccionamiento profesional, MÉDICO-2 aseguró que fueron “semanas de descubrimiento” (Línea 1248). Considera que “gracias a los tics y a los ejercicios de oratoria que nos enseñaron, ahora puedo pararme en público ante estudiantes desconocidos teniendo mucha confianza en mí misma, mejor postura corporal y mejor pronunciación al hablar” (Líneas 1254-1257). Adicional, le pareció “una maravillosa idea eso de las rúbricas de evaluación, reconozco que desconocía que se utilizara, pero me parece muy útil porque de entrada ya los muchachos y uno mismo

sabe qué es lo que le van a evaluar, o cuáles serán los parámetros que utilizará el profesor para colocar las notas” (Líneas 1260-1263).

Durante el diagnóstico, el actor social MÉDICO-3 indicó haber recibido formación docente en la UPEL, pero eso fue por su cuenta. “En la carrera jamás me dieron materias sobre pedagogía ni cómo enseñar. Es más, en ese componente aprendí a evaluar y planificar” (Líneas 119-123). Considera que su experiencia médico-docente “ha sido chévere, tanto así que me gusta mucho dar docencia actualmente soy profesor en el hospital” (Líneas 128-130). De participar en el programa, MÉDICO-3 señaló que “sería más humano en el proceso de formación. Más solidario, más sensible en ese proceso. Quizás pudiera decir que haría de la docencia un momento necesario para aprender enseñando” (Líneas 162-166).

En el desarrollo del módulo «Comunicación Médica», éste actor social participó junto a MÉDICO-1 en unos ejercicios propuestos por la profesora, para que los asistentes pudieran expresar emociones. Se trataba de una dinámica donde debían repetir frases, pero expresando distintas emociones: Rabia, tristeza, alegría (Líneas 527-531). Durante el desarrollo del módulo «Sociología de la Enseñanza en Medicina», MÉDICO-3 se mantuvo un tanto retraído (Líneas 608-609).

En la ejecución del módulo «Psicología del Aprendizaje Médico», MÉDICO-3 estuvo de acuerdo con un comentario realizado por MÉDICO-1 y efectuó un aporte muy interesante: “Eso está en el humanismo que se le ponga al proceso de enseñanza, porque al final somos humanos, se enseña a humanos que serán médicos; y se curan a humanos, entonces habría que dejar de pensar como simples máquinas” (Líneas 698-704). Para el módulo «Didáctica Aplicada en las Ciencias Médicas», actor social MÉDICO-3 dijo que “que estaba siempre dedicado a los seminarios, si un chamo tenía deficiencias, allá lo ponía a presentar una ficha sobre ese problema o deficiencia. De esta forma, hacía resaltar a ese chamo y que se dedicara más, yo lo veo como positivo, pues sabrá más de ese tema, si de verdad hace el seminario” (Líneas 807-814).

Para el módulo «Planificación en la Educación Médica», MÉDICO-3 efectuó críticas al programa de formación de médicos no tradicionales: “Eso es como lo que

hablábamos la clase pasada, enseñar anatomía solo con una diapositiva” (Líneas 1066-1070). En otro momento de la misma clase refirió: “El trabajo en grupo es necesario, pero se deben organizar grupos heterogéneos, así como aquí en estas clases geniales, pues el intercambio resulta más rico. Recuerdo que en una oportunidad, mis estudiantes estaban en una revista médica junto a enfermeras, pues fue muy satisfactorio, aprendieron muchísimo de las enfermeras. Al final, cumplimos el objetivo, que se llevaran dudas y regresaran más llenos de contenidos” (Líneas 1100-1108).

En el módulo «Evaluación de los Aprendizajes en Medicina», MÉDICO-3 precisó que la evaluación debe ser novedosa, debe romper los viejos esquemas. “Yo tenía una profesora que para evaluar, llegaba siempre con las hojitas amarillas, jamás se actualizaba, utilizaba literaturas viejísimas, siempre hacía las mismas evaluaciones año tras año, todos sabíamos las preguntas que haría, por cuanto las respuestas era lo que nos estudiábamos” (Líneas 1165-1172).

Entre los cambios significativos que MÉDICO-3 alega haber alcanzado con el programa de perfeccionamiento profesional, son: “Este programa me sensibilizó al echarle una mirada a la labor docente que realizan otros médicos, pero al mirar también el trabajo de otros profesionales de la salud” (Líneas 1266-1268). “Me queda la filosofía del humanismo, lo cual implica bondad, piedad y sobretodo humildad, dejando a un lado las ironías y el sarcasmo al momento de transmitir un aprendizaje o cuando uno desea que sus estudiantes comprendan que están haciendo algo de manera inadecuada o errónea. Aprendí que se felicita en público y se corrige duramente en privado, porque eso nos hace más humanos” (Líneas 1273-1279).

En el diagnóstico participativo, el actor social MÉDICO-4 precisó que en su pregrado médico nunca le enseñaron a dar clases, aunque con posterioridad cursó un componente docente en el Instituto de Estudios Avanzados (IDEA) (Líneas 186-188). En su praxis médico-docente fue tajante al declararse conductorista: “Yo creo que en medicina se debe ser rígido en muchas materias” (Líneas 197-199). Para el desarrollo del programa de perfeccionamiento profesional consideró que debiera incluirse “teorías o modelos de aprendizaje” (Línea 212), y “evaluación específicamente en el

campo de la medicina” (Líneas 222-223). Al ser consultado sobre si participaría en el programa, señaló: “Definitivamente sí, pues al final de cuentas el médico se transforma día a día” (Líneas 240-241).

Durante el desarrollo del módulo «Comunicación Médica», actor social MÉDICO-4 participó activamente junto a MÉDICO-2 y MÉDICO-5 en unos ejercicios de dicción y pronunciación que propició la profesora, donde debían leer poemas pero con piedritas y lápices dentro de la boca (Líneas 532-538).

En el desarrollo del módulo «Sociología de la Enseñanza en Medicina», este actor social precisó que debe existir una tríada: Médico-Paciente-Sociedad (Líneas 604-606). De igual manera, en otro contexto indicó que “el médico debe dejar a un lado los tecnicismos para hablarle a los pacientes, por ejemplo, en lugar de decirle a un paciente que padece de una ‘rino faringitis aguda’, perfectamente puede decirle que tiene gripe” (Líneas 631-635). En el módulo «Psicología del Aprendizaje Médico», intervino MÉDICO-4 afirmando que “el conductismo siempre ha imperado y se mantendrá en la formación del profesional de la salud, porque no hay otra forma”. Alega que hay temas de anatomía y farmacología que el médico debe aprender tal cual, memorizando, porque no se pueden inventar las acciones farmacológicas de un analgésico o de un antibiótico (Líneas 684-691).

Para el módulo «Didáctica Aplicada en las Ciencias Médicas», el actor social MÉDICO-4 refirió sentirse complacido de conocer otras formas de evaluar (Línea 814-815). En relación a un comentario efectuado por MÉDICO-2, en la que indica que no aplica el caso clínico con sus estudiantes, porque eso “lleva mucho trabajo y mucha dedicación”, MÉDICO-4 refutó: “Es por flojera quizás que tú no los haces, pero es la mejor forma de integrar conocimientos. Ayuda a ver cosas, más cuando se discute en un grupo grande. Allí salen opiniones, tú veras si las aceptas o no, pero son opiniones en su mayoría válidas” (Líneas 878-889).

Para el módulo «Planificación en la Educación Médica», actor social MÉDICO-4 indicó que “se debe contemplar el uso correcto del lenguaje, de lo técnico en la medicina. Hacia el paciente debemos evitar la iatrolalia, que al final es iatrogenia, pero entre los médicos debemos preservar el lenguaje técnico, pues es el lenguaje

científico universal que no debemos cambiar (Líneas 1054-1060). En otro instante de la clase éste actor social señaló: “Es importante el uso de medios, métodos de enseñanza y formas de organización. Recuerdo en una oportunidad que pretendían en la universidad que yo enseñara bioestadísticas a los estudiantes, pero sin laboratorio, es una locura” (Líneas 1054-1066).

Respecto al módulo «Evaluación de los Aprendizajes en Medicina», ante la pregunta formulada por la facilitadora: “¿A ver, qué entienden ustedes por evaluación?” actor social MÉDICO-4 dijo: “Yo entiendo por evaluación, el proceso final y más importante de la enseñanza. Es lo más difícil, que amerita mucha objetividad” (Líneas 1150-1152). En otro momento realizó una nueva intervención, en la cual comenta sobre el carácter participativo de la evaluación, para que pueda cumplir con “la función de transformar y no sólo sea para captar y reproducir conocimientos” (Líneas 1189-1192).

Entre los cambios significativos que MÉDICO-4 afirma haber alcanzado con el programa de perfeccionamiento profesional, destacan: “He adquirido mayor sensibilidad y mejor entrega a la historia de vida de los estudiantes, y sus realidades personales, para solucionar juntos los problemas que se presentan en el desarrollo de los contenidos. Yo no realizaba diagnósticos junto a ellos al inicio del curso, para planificar las estrategias de evaluación, ahora tengo la intención de efectuar ese diagnóstico y escuchar sus necesidades, a fin de adaptar las estrategias a los requerimientos metodológicos de cada curso” (Líneas 1286-1293). Por otra parte, confiesa que le era inconcebible dejar a un lado el conductismo, ahora comienza a abrirse hacia nuevas formas de enseñanza, como la pregunta oportuna, basada en la mayéutica socrática (Líneas 1295-1297).

En el diagnóstico participativo, el actor social MÉDICO-5 señaló que durante su formación como médico, nunca recibió preparación para ejercer como profesor, sin embargo, en el camino tuvo que integrarse a cursos de formación docente, por la necesidad de lograr mayor empatía a la hora de realizar actividades de promoción y prevención en salud (Líneas 253-259). En relación a su experiencia médico-docente, la describe como “única”, “pues a mí me fascina dar clases, brindar docencia a todos

los niveles de la educación. Es que sencillamente el tema docente me apasiona”, asegura (Líneas 269-272). Al ser consultada su disposición a participar en el programa de perfeccionamiento profesional, indicó: “Más allá de la transformación, creo que lo que se buscaría es que ese medico sea más solidario con su entorno. El médico estaría transformándose asimismo en el momento en que transforme al medio que le rodea (Líneas 313-317).

En la ejecución del módulo «Didáctica Aplicada en las Ciencias Médicas», ante la pregunta formulada por el facilitador: “¿Alguno podría decirme qué entiende por didáctica aplicada a las ciencias médicas?” el actor social MÉDICO-5 indicó que “son técnicas para enseñar mejor en la medicina” (Líneas 758-762). No obstante, se mostró reacio a sentarse en piso, como parte del diagnóstico que estaba efectuando el profesor, argumentando que “era mejor [sentarse] en las sillas a pesar de conservar el círculo” (Líneas 771-773). En otro instante cuestionó la eficacia de los cuestionarios, porque a su juicio “pocos son los estudiantes que aprenden” (Líneas 786-787). Posteriormente indicó que “lo mejor que hay en un caso clínico es el orden, pues contempla desde los aspectos demográficos, sociales y sobre todo lo clínico (Líneas 889-892).

Para el módulo «Planificación en la Educación Médica», el actor social MÉDICO-5 señaló que “la planificación no se debe cambiar, pues sino todo se vuelve un relajó. Yo recuerdo hace varios años, que un profesor nos daba un plan, luego llegaba con otro. Eso no debe ser, pues uno viene preparado para algo, pero salen con otra cosa distinta” (Líneas 974-979). En otro momento MÉDICO-5 dijo que le daría pena decir que no sabe algo, que para eso es la planificación, para direccionar la clase por un lado en particular para que no le pregunten otra cosa distinta (Líneas 1032-1035). Luego de un interesante debate, éste actor social dice que habiendo escuchado, ha repensado y está de acuerdo en que se debe valorar el error como un paso necesario para el aprendizaje en cada estudiante y cada docente (Líneas 1096-1099).

Respecto al módulo «Evaluación de los Aprendizajes en Medicina», el actor social MÉDICO-5 manifiesta que el proceso de la evaluación es lo más importante, pero no debe evaluarse algo que no esté contenido en la malla curricular (Líneas

1181-1183). Más adelante afirmó que se debe “centrar la evaluación en el proceso de enseñanza y convertir al estudiante en un ser activo, capaz de elaborar mentalmente muchos conocimientos y libre de decirlos en el marco del respeto” (Líneas 1200-1207).

Entre los cambios significativos que MÉDICO-5 alega haber obtenido luego de culminar el curso, destacan: “Yo me siento transformado, un nuevo docente con ganas de hacer cursos o diplomados más profundos, o hasta de hacer la Maestría y el Doctorado en Docencia que imparten allá en la UNELLEZ. Es inevitable escribirlo, ahora me comunico mejor, logro manejar bien aquellos grupos mayores a 12 o 14 personas, adicional observo que aquellos métodos de evaluación a los que yo era sometido, que al final modelaba de una forma inapropiada, ya no están cónsonos con nuestra realidad económica, política y social” (Líneas 1300-1307).

Reflexión Final

Trabajar el método de la Investigación Acción Participativa (IAP), desde el paradigma socio-crítico, resulta agotador, complejo, pero sumamente gratificante. Nos comprometimos con un grupo de investigación acción participativa (GIAP), conformado por cinco médicos como actores sociales; y dos médicos que fungieron como informantes claves, con una ambiciosa intención primaria que era: “Transformar la praxis docente de los médicos y médicas de la red de servicios de salud pública en el municipio Ezequiel Zamora del estado bolivariano de Cojedes, a través de un programa de perfeccionamiento profesional en estrategias didácticas de enseñanza-aprendizaje”, y en este instante, luego de meses de arduo trabajo podemos afirmar, con orgullo y satisfacción: ¡Lo logramos!

Como producto final podemos presentar pequeñas pero significativas transformaciones en la praxis médico-docente de nuestros actores sociales, lo cual nos llena de mucha satisfacción. Médicos en ejercicio del rol docente que ahora comprenden que existen técnicas y herramientas totalmente distintas para abordar a diversos estudiantes, en función de sus estilos de aprendizaje. Médicos que ahora saben que no se puede ni se debe llegar a un aula de clases a improvisar, y que las

evaluaciones no dependen del estado de ánimo que tenga el profesor ese día. Médicos-docentes que ahora hacen uso de la evaluación formativa, porque comprendieron que no todo contenido es susceptible de ser evaluado cuantitativamente o con una calificación numérica; y que en ocasiones, la evaluación formativa resulta más importante que una nota.

Como resultado del programa de perfeccionamiento profesional, algunos de nuestros actores sociales ahora pueden pararse frente a un público, teniendo confianza en sí mismos, con una adecuada postura corporal y una mejor pronunciación al hablar. Médicos en funciones docentes que ahora conocen qué es una rúbrica de evaluación y comprenden su utilidad, porque de esa manera resulta más objetivo el proceso de colocar una ponderación. Médicos sensibilizados por la labor docente que realizan otros médicos, pero que también reconocen el trabajo profesoral ejecutado por otros profesionales de la salud. Médicos-docentes que ahora apuestan por la filosofía del humanismo, dejando a un lado las ironías y el sarcasmo al momento de propiciar un aprendizaje.

Médicos que declaran haber adquirido mayor sensibilidad y mejor entrega, conociendo la historia de vida de los estudiantes y sus realidades personales. Médicos-docentes que ahora realizan diagnósticos participativos junto a sus estudiantes de medicina, a fin de planificar las estrategias de enseñanza-aprendizaje y establecer las herramientas de evaluación. Médicos para quienes resultaba inconcebible dejar a un lado el conductismo como orientador de su praxis docente, ahora comienzan a abrirse hacia nuevas formas de enseñanza, como –por ejemplo– la pregunta oportuna, basada en la mayéutica socrática. Médicos que se declaran transformados en su praxis docente, pero que ávidos de conocimiento luego de culminar el programa de perfeccionamiento profesional, aspiran cursar estudios de cuarto y quinto nivel en materia educativa, como la formación que se brinda nuestra amada casa de estudios: UNELLEZ-VIPI.

Referencias Consultadas

- Alvarado L., *et al* (2008). *Características más relevantes del paradigma socio-crítico: Su aplicación en investigaciones de educación ambiental y de enseñanza de las ciencias realizadas en el Doctorado de Educación del Instituto Pedagógico de Caracas*. [Documento en línea]. Disponible en file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Mis%20documentos/D Downloads/Dialnet-CaracteristicasMasRelevantesDelParadigmaSociocriti3070760%20(1).pdf [Consulta: mayo 22, 2018]. p. 190.
- Arias, F. (2006). *El proyecto de investigación, introducción a la metodología científica*. Editorial Episteme. 5ta edición. Caracas, Venezuela. Pp. 16-83.
- Arnal, J. (1992). *Investigación educativa. Fundamentos y metodología*. Editorial Labor. Barcelona, España. p. 98.
- Balcázar, F. (2003). *Investigación Acción Participativa (IAP): Aspectos conceptuales y dificultades de implementación*. Fundamentos en Humanidades, vol. IV, núm. 7-8. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, Argentina. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/184/18400804.pdf> [Consulta: 2018, mayo 17]. p. 60.
- Becerra, R. (2015). *La Investigación-Acción: Voz de los silentes*. Integra Educativa Vol. VII / Nº 4. Caracas, Venezuela. [Documento en línea]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rieiii/v8n1/v8n1_a07.pdf [Consulta: 2018, mayo 23]. Pp. 152-153.
- Berrios, J. (2008). *La formación integral en la carrera médica*. Revista Perú Med. Exp. Salud Publica. Universidad Cayetano Heredia. Lima, Perú. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v25n3/a12v25n3.pdf> [Consulta: 2018, mayo 18]. p. 319.
- Borges L., *et al* (2014). *Evaluación de impacto del posgrado en los docentes de la Facultad de Ciencias Médicas General Calixto García*. Congreso Universidad. Vol. III, No. 1, 2014, ISSN: 2306-918X. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Cuba. p. 2.
- Castilla M., *et al* (2007). *Los roles del docente en la educación médica*. ISSN 0123-1294. Educación y Educadores, 2007. Volumen 10, Número 1. Universidad de la Sabana, Colombia. p.1.
- Chávez, P. (2004). *Historias de las doctrinas filosóficas*. Universidad Nacional Autónoma de México. Pearson Educación. Tercera edición. México. p. 64.

- Cortés, E. (2009). *El médico como profesor universitario: Percepción de un grupo de académicos del Departamento de Medicina del Hospital Clínico de la Universidad de Chile*. Rev. Hosp. Clín. Univ. Chile 2009. [Documento en línea]. Disponible en: https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/medico_como_profesor.pdf [Consulta: 2018, mayo 16]. p. 320.
- Creswell, J. (2012). *Educational research. Planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative research*. [Investigación educativa. Planeación, conducción y evaluación en investigación cuantitativa y cualitativa]. (4ª ed.). USA: Pearson. p. 583.
- Da Silva, N. (2010). *La formación pedagógica de profesores de medicina*. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ene.-Feb. 2010. Faculdade de Nutrição. Universidade Federal de Goiás. Brasil. [Documento en línea]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/es_16.pdf [Consulta: 2018, mayo 16]. p. 3.
- De Miguel, J. (1976). *Fundamentos de sociología de la medicina*. Papers: Revista de Sociología J (1976). Universidad de Yale. Pp. 211-212.
- Flores F., et al (2012). *Evaluación del Aprendizaje en la Educación Médica*. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. Vol. 55, N. o 3. Mayo-junio 2012. México. p. 45.
- Franco, A. (2011). *Atención primaria en salud (APS). ¿De regreso al pasado?* Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011; 30(1). Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a10.pdf> [Consulta: 2018, mayo 24]. p. 83.
- Giraldo, M. (2011). *Abordaje de la Investigación Cualitativa a través de la Teoría Fundamentada en los Datos*. Carabobo, Venezuela. [Documento en línea]. Disponible en <http://servicio.bc.uc.edu.ve/ingenieria/revista/Inge-Industrial/VolIII-n6/art5.pdf> [Consulta: mayo 22, 2018]. p. 80.
- Guba E., et al (2000). *Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa*. En C. Denman y J. Haro, Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en investigación social. Colegio de Sonora. México. p. 110.
- Hernández R., Fernández C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación* 5ª Ed. McGraw-Hill. Distrito Federal, México. p. 510.
- Hernández, M. (2017). *Pertinencia social en la formación profesional del Médico. Centro de Rotación Hospitalaria (CRH) "Dr. Égor Nucete" San Carlos, estado*

- Cojedes*. Trabajo de grado para optar por el título de Magister Scientiarum en Ciencias de la Educación mención Docencia Universitaria. Programa de Estudios Avanzados UNELLEZ-VIPI. Cojedes, Venezuela. p. 8.
- Jara, O. (2011). *La sistematización de experiencias: Aspectos teóricos y metodológicos*. En Testimonios: p. 67.
- Kemmis S., et al (1992). *Cómo planificar la investigación acción*. Editorial Alertes. Barcelona, España. p. 568.
- Lara, Y. (2017). *Transformación del modo de hacer investigación de los docentes del Programa Ciencias Sociales y Jurídicas de la UNELLEZ San Carlos*. Trabajo de grado para optar al título de Magister Scientiarum en Gerencia General. Programa de Estudios Avanzados UNELLEZ-VIPI. Cojedes, Venezuela. Pp. 14-40.
- Lifshitz, A. (2004). *La enseñanza de la competencia clínica*. Gac. Méd. Méx. Vol. 140 No. 3, 2004. Facultad de Medicina, UNAM. México. p. 312.
- Lizaraso, F. (2013). *Docencia en Medicina*. Horizonte Médico, vol. 13, núm. 2, abril-junio, 2013, pp. 4-5 Universidad de San Martín de Porres La Molina, Perú. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3716/371637129001.pdf> [Consulta: 2018, mayo 16]. p. 4.
- López, B. (2017). *Transformación de la comprensión del subproyecto Cálculo IV en los estudiantes de la carrera Ingeniería Agrícola de la UNELLEZ VIPI*. Trabajo de grado para optar al título de Magister Scientiarum Ciencias de la Educación mención Docencia Universitaria. Programa de Estudios Avanzados UNELLEZ-VIPI. Cojedes, Venezuela. Pp. 7-87.
- López M., y Chacón F. (1997). *Intervención psicosocial y Servicios Sociales. Un enfoque participativo*. Ed. Síntesis. Madrid, España. p. 11.
- Martínez, M. (1999). *La investigación educativa etnográfica en educación*. Editorial Texto. Caracas, Venezuela. p. 56.
- Martínez, M. (2015). *Ciencia y Arte en la Metodología Cualitativa*. Editorial Trillas. 2a edición. Ciudad de México, México. Pp. 66-274.
- Martino, M. (2016). *Modelo Gerencial para Integrar la Red de Servicios de Salud Pública en el municipio Ezequiel Zamora del estado Cojedes*. Trabajo de grado para optar al título de Magister Scientiarum en Gerencia Pública. Programa de Estudios Avanzados UNELLEZ-VIPI. Cojedes, Venezuela. Pp. 16-20.

- Medina, F. (2018). *Praxis docencia médica y principios básicos del Pensamiento complejo*. Revista Arbitrada Multidisciplinaria de Ciencias de la Salud. SALUD Y VIDA. Volumen 2. Número 4. Año 2. Julio - diciembre 2018. Santa Ana de Coro, Venezuela. Hecho el depósito de Ley: FA2016000010 ISSN: 2610-8038 FUNDACIÓN KOINONIA (F.K). Santa Ana de Coro, Venezuela. Pp. 20-22.
- Molina, G. (2016). *El Proyecto de Investigación Acción Participativa en Educación, Teoría y Práctica*. Coordinación de Área de Estudios de Postgrado. Vicerrectorado de Infraestructura y Procesos Industriales, UNELLEZ. Cojedes, Venezuela. Pp. 31-95.
- Morales, N. (2011). *Las redes integradas de servicios de salud: una propuesta en construcción*. Editorial Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia. [Documento en línea]. Disponible en: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/ab/abe56836-f233-459d-bc20-f5f29bf89ed3.pdf [Consulta: 2018, mayo 17]. p. 6.
- Mujica, R. (2018). *Programa de ampliación de conocimiento para la transformación de la praxis médico-legal de los médicos de atención primaria*. Trabajo de grado para optar al título de Magister Scientiarum en Educación mención Docencia Universitaria. Programa de Estudios Avanzados UNELLEZ-VIPI. Cojedes, Venezuela. p. 25.
- Muñoz, L. (s/f). *Sobre la teoría pura del Derecho y la verdadera pirámide planteada por Hans Kelsen*. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. [Documento en línea]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rieiii/v8n1/v8n1_a07.pdf [Consulta: 2018, mayo 17]. Pp. 181-184.
- Murcia, F. (1992). *Investigar para Cambiar. Un enfoque sobre investigación-acción participante*. Ediciones del Magisterio. Bogotá, Colombia. p.12.
- Ocampo, J. (2008). *Paulo Freire y la pedagogía del oprimido*. Revista Historia de la Educación Latinoamericana, núm. 10, 2008, pp. 57-72 Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia Boyacá, Colombia. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/869/86901005.pdf> [Consulta: 2018, mayo 17]. Pp. 63-64.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2008). *La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud*. Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, No. 2. ISBN 978 92 75 32938 2. Washington D.C, Estados Unidos. p. 3.

- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2009). *Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. [Documento en línea]. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250 [Consulta: mayo 25, 2018]. p. 11.
- Pérez, G. (1998). *Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes*. Editorial La Muralla, S.A. Madrid, España. p. 3.
- Ramos, S. (2006). *La sociología y la medicina: por qué, para qué y cómo construir puentes?* Sánchez de Bustamante 27 1173 Buenos Aires / Argentina. Pp. 6-7.
- Robledo, J. (2009). *Observación Participante: Informantes claves y rol del investigador*. Centro de Investigaciones Nure. N° 42. Managua, Nicaragua. p. 3.
- Rodríguez M., et al (s/f). *Consideraciones metodológicas para planificar las clases en la Educación Médica Superior*. Universitaria de Ciencias Médicas Dr. Eusebio Hernández Pérez. Matanzas, Cuba. Pp. 112-113.
- Rodríguez, H. (2004). *¿De la educación médica al médico como educador?* IATREIA / VOL 17 / No.1 / MARZO / 2004. Universidad de Antioquia, Colombia. Pp. 71-73.
- Rojas, B. (2010). *Investigación Cualitativa fundamentos y praxis*. Caracas, Venezuela. p. 51.
- Rojas, V. (2015). *La tridimensionalidad en la formación del médico: Visión recursiva del holograma social emergencista*. Trabajo de Ascenso. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.nexos.unerg.edu.ve/.../index.php?...tridimensionalidad-en-la-formación> [Consulta: 2018, marzo, 30].
- Salcedo, A. (2015). *La identidad docente de profesores de posgrados médicos y quirúrgicos en un hospital universitario: Una mirada desde las historias de vida*. Rev. Cienc. Salud. 2015;14(1): 75-92. doi: dx.doi.org/10.12804/revsalud14.01.2016.07 [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v14n1/v14n1a08.pdf> [Consulta: 2018, mayo 16]. p. 77.
- Sautu, R. (2005). *Todo es teoría: Objetivos y métodos de investigación*. Lumiere. Buenos Aires, Argentina. p. 23.

- Strauss A., *et al* (2002). *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Editorial Contus. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Colombia. p. 61.
- Suárez N., *et al* (2016). *La comunicación en el proceso enseñanza aprendizaje en la especialidad de Medicina General Integral*. EDUMECENTRO 2016;9(1):228-248 ISSN 2077-2874 RNPS 2234. Santa Clara ene.-mar. Pp. 229-230.
- Toledo A., *et al* (2016). *El papel de la comunicación escrita en el empoderamiento en salud: un estudio cualitativo*. Panace@. Vol. XVII, Nro. 44. Segundo semestre, 2016. p. 127.
- UNELLEZ, (2008). Plan General de Investigación de la Unellez 2008-2012. Aprobado según Resolución N° CD 2008/796. Acta Nro. 747, de fecha 02-10-2008, punto Nro. 29. Barinas, Venezuela. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.edudigital.unellez.edu.ve/sedic/download/PLAN%20GENERAL%20DE%20INVESTIGACION%202008%20-%202012%20DEFINITIVO.pdf> [Consulta: 2018, mayo 16]. p. 22.
- Valdez S., *et al* (2007). *Perfil del médico como docente para educación superior*. Formación Gerencial Año 6, N° 7, Noviembre (2007) ISSN. 1690-0073. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela. p. 250.
- Varela, M. (2004). *Aportaciones del cognoscitivismo a la enseñanza de la medicina*. Gac. Méd. Méx. Vol. 140 No. 3, 2004. Facultad de Medicina, UNAM. México. Pp. 307-308.
- Venezuela, (1998). *Ley Orgánica de Salud*. Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 36.579. Caracas. Noviembre, 11. [Documento en línea]. En: <http://www.defiendete.org/html/de-interes/LEYES%20DE%20VENEZUELA/LEYES%20DE%20VENEZUELA%20II/LEY%20ORGANICA%20DE%20SALUD.htm> [Consulta: mayo 24, 2018].
- Venezuela, (1999). *Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela*. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 36.860. Caracas. Diciembre, 30. [Documento en línea]. En: http://www.mppp.gob.ve/wp-content/uploads/2014/01/LeyesOrganicas/GO-36860_constitucion.pdf [Consulta: mayo 24, 2018].
- Venezuela, (2009). *Ley Orgánica de Educación*. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, Nro. 5.929 (Extraordinario), Caracas. Agosto 15.

Venezuela, (2011). *Ley de Ejercicio de la Medicina*. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Nro. 39.823. Caracas. Diciembre, 19. [Documento en línea]. Disponible en: http://www.mp.gob.ve/c/document_library/get_file?p_l_id=29938&folderId=684932&name=DLFE-3447.pdf [Consulta: 2018, mayo 25].