

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN” HUANUCO

ESCUELA DE POST GRADO



**CALIDAD DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL Y RENDIMIENTO
ACADÉMICO DE LOS INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL**

SERGIO E. BERNALES 2014

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE MAGISTER EN
EDUCACION, MENCION: INVESTIGACION Y DOCENCIA SUPERIOR**

TESISTA : TERESA SÁNCHEZ MATICORENA

ASESOR : DRA. VERONICA CAJAS BRAVO

HUANUCO – PERU

2015

DEDICATORIA

Esta tesis lo dedico a Dios quien supo guiarme por el buen camino, dándome fuerzas para seguir adelante, a mi esposo por su paciencia comprensión y mis hijos que son mi motivo de vivir.

AGRADECIMIENTO

Agradecimiento infinito a los que contribuyeron a este esfuerzo.

A la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional.

RESUMEN

Objetivo. Determinar la relación de la calidad de la formación profesional en el rendimiento académico.

Métodos. Se llevó a cabo un estudio correlacional compuesto por 16 internos de medicina, procedentes del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2014. Se utilizaron un cuestionario de conocimiento y otro sobre la calidad de formación profesional y una guía de observación para las competencias. Para el análisis inferencial se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados. El 68,8% (11 internos) califican de regular la calidad de formación profesional y del mismo modo, 62,5% (10 internos) se tuvieron nivel de conocimiento medio y 87,5% (14 internos) competencias en el nivel medio. Por otro lado, la calidad de formación profesional se relaciona significativamente con los conocimientos ($P \leq 0,006$) y las competencias ($P \leq 0,001$) de los internos de medicina.

Conclusiones. Existe relación significativa entre la calidad de formación profesional y el rendimiento académico de los internos de medicina del Hospital Sergio E. Bernales.

Palabras clave: calidad, formación profesional, conocimiento, competencias, internos de medicina.

SUMMARY

OBJECTIVE: To determine the relationship of the quality of vocational training in academic performance.

METHODS: A correlational study comprising 16 medical interns, from the Hospital Sergio E. Bernales are conducted - Lima 2014 a questionnaire of knowledge and another on the quality of vocational training and an observation guide for competitions were used. For the inferential analysis, the Pearson correlation coefficient was used.

RESULTS: 68.8% (11 inmates) qualify regular quality training and similarly, 62.5% (10 inmates) average knowledge level were taken and 87.5% (14 inmates) at the middle level skills. On the other hand, the quality of vocational training is significantly related to knowledge ($P \leq 0,006$) and skills ($P \leq 0,001$) of internal medicine.

CONCLUSIONS: There is significant relationship between the quality of vocational and academic performance of internal medicine at the Hospital Sergio E. Bernales.

Keywords: quality, professional training, knowledge, skills, internal medicine.

INTRODUCCIÓN

La enseñanza es un proceso social en el que ambas partes se perfeccionan mutuamente y en el cual la presentación de valores y disvalores es inseparable de la tarea docente. El profesionalismo demostrado por el docente constituirá un modelo que condicione la visión del estudiante respecto de la actividad para la que se prepara. El docente médico puede influir en la formación de actitudes de los estudiantes básicamente por tres caminos: presentación de modelos de identificación; selección y valoración de la información que proporciona y empleo de los incentivos necesarios para el logro de un aprendizaje formativo (Orellana, Rojas y Silva, 2010).

La calidad y pertinencia del proceso de formación profesional de los estudiantes de la Carrera de Medicina depende en gran medida de la calidad del proceso de enseñanza aprendizaje que lógicamente es facilitado por los docentes y estructurado por etapas a través del tiempo, donde día a día se van potenciando y haciendo más sólido el sistema de conocimientos, habilidades, capacidades y valores que requiere los estudiantes para poder dar solución a los problemas de la profesión y asumir con eficiencia los modos de actuación requeridos (Santoyo, Valladares, Suárez, Sanabria y Fernández, 2008).

Por ejemplo, tenemos la formación sanitaria especializada (FSE) de los médicos internos residentes (MIR) iniciada a finales del siglo XIX en Estados Unidos que ha tenido un gran impacto en la atención sanitaria y conceptos de educación profesional (Greenberg, 2008), siendo un pilar fundamental en la mayoría de centros hospitalarios actuales e implantándose en España en los años sesenta (Galcerá-Tomás, Botella-Martínez, Saura-Llamas y Navarro-

Mateu, 2010). La bondad del sistema de FSE constituye la garantía de la continuidad de mejora de nuestra atención sanitaria (Hackbarth y Boccuti, 2011) y un medio para la preservación de los aspectos éticos (Taitzman, 2011). En nuestro medio, la normativa que regula la FSE está recogida en diferentes reales decretos y órdenes, siendo actualizada por última vez en 2008 (Real Decreto 183/2008). Los órganos docentes (colegiados y unipersonales) se constituyen para asegurar una correcta supervisión y garantía del cumplimiento de todos los programas oficiales de las distintas especialidades.

Los docentes seguros estarán de acuerdo con la idea de que lograr la potencialidad transformativa de los estudiantes en unos modos de funcionamiento integrados de recursos cognitivos y afectivos, caracterizados por la generación, la expansión, la flexibilidad, y la autonomía constituye un aspecto esencial en la calidad del desempeño profesional. "La calidad del desempeño profesional se constata en la práctica". Sin embargo no todos los docentes son conscientes de que es desde el proceso de enseñanza aprendizaje que debemos iniciar este proceso de manera sistemática (Cejas y otros, 2001).

Álvarez (1999) menciona que el desarrollo del proceso de enseñanza aprendizaje en su dimensión laboral constituye un ejemplo de actividad productiva y creativa de los estudiantes porque logran constatar en la práctica lo estudiando en la dimensión académica, sin embargo no basta, es necesario que los estudiantes se conviertan en protagonistas de su propio aprendizaje desde la dimensión académica ofreciendo oportunidades para la de reflexión, el debate y la discusión desde el trabajo en grupo colaborativo, desde la exposición por parte de ellos, de nuevos materiales encontrados en la actividad

VIII

independiente orientada, mediante la utilización de métodos problémicos y formas de organización que dinamicen el proceso.

En este sentido, el estudio se organiza en cinco capítulos. El primero contiene el problema, los objetivos, las hipótesis, las variables, la justificación, viabilidad y las limitaciones.

En el segundo capítulo se presenta el marco teórico, el cual incluye los antecedentes del problema de investigación, las bases teóricas para el sustento de dicho tema, las definiciones conceptuales y las bases epistémicas.

El tercer capítulo esta compuesto por la metodología de la investigación, como tipo de estudio, método de estudio, población y muestra, las técnicas de recolección y análisis de datos.

En el cuarto capítulo se muestra los resultados de la investigación con su respectiva comprobación de hipótesis y en el último y quinto capítulo se ostenta la discusión de los resultados. Posteriormente se presentan las conclusiones y las recomendaciones. También se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos.

INDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN	IV
SUMMARY	V
INTRODUCCIÓN	VI
INDICE	IX

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Descripción del problema	01
1.2. Formulación del Problema	05
1.3. Objetivo General y objetivos específicos	05
1.4. Hipótesis y/o sistema de hipótesis	06
1.5. Variables	07
1.6. Justificación e importancia	08
1.7. Viabilidad	09
1.8. Limitaciones	09

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes	10
2.2. Bases teóricas	14
2.3. Definiciones conceptuales	26
2.4. Bases epistémicos	27

CAPÍTULO III**METODOLOGIA**

3.1. Tipo de estudio	30
3.2. Diseño y esquema de la investigación	30
3.3. Población y muestra	31
3.4. Instrumentos de recolección de datos	32
3.5. Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos	35

CAPÍTULO IV**RESULTADOS**

4.1. Análisis descriptivo de los resultados	37
4.2. Análisis inferencial de los resultados	48

CAPÍTULO V**DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

5.1. Discusión	52
----------------	----

CONCLUSIONES	56
---------------------	-----------

SUGERENCIAS	57
--------------------	-----------

BIBLIOGRAFÍA	58
---------------------	-----------

ANEXOS	
---------------	--

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA.

En la actualidad, la salud se encuentra entre las mayores preocupaciones de la población, por lo que forma parte de los objetivos prioritarios del estado del bienestar y por ello, las facultades de medicina deben conseguir profesionales sanitarios que intervengan de forma adecuada como médicos, en el conjunto del sistema sanitario español. La educación médica se convierte así en una cuestión de gran interés e impacto social, que tiene como objetivo desarrollar la competencia profesional y las actitudes que favorecen la mejor atención sanitaria de la población. Parece bastante obvia la interconexión entre la educación médica, la formación de los profesionales, la asistencia sanitaria y la salud de la población; lo que no está tan claro es hasta dónde puede llegar cada uno de ellos (Rozman, 2007).

Parra et al. (2013) advierten que los problemas de salud en el contexto actual, demandan prestar la atención en la formación integral de los médicos por competencias.

La formación de los profesionales sanitarios está considerada como un continuo que se extiende desde el bachillerato hasta que se abandona el ejercicio de la profesión. Ésta se divide en tres etapas fundamentales (grado o licenciatura; posgrado y especialidad; formación continua y desarrollo profesional continuo), que constituyen la cadena educativa médica. La primera etapa tiene lugar en las facultades, donde se da una formación básica e integral en los fundamentos de la medicina; se ponen los pilares básicos y la estructura troncal del futuro profesional. Por ello es necesario reflexionar, ser flexibles y adaptarse a los requerimientos específicos de cada momento y situación docente (Penzo, 2005).

Así como se ha ido modificando el concepto de salud y enfermedad y han cambiado las formas de prestación de los servicios, era de esperarse que la educación médica sufriera cambios para atender las nuevas concepciones de acuerdo a las políticas que los países se han dado para atender los problemas correspondientes. Sin embargo, el cambio curricular no ha correspondido a los nuevos enfoques y sigue predominando el esquema flexneriano en la mayoría de las escuelas de medicina del mundo (AMFEM, 2000).

La evaluación de la educación no sólo implica responder a las exigencias del desarrollo científico y tecnológico e impulsar una cultura en esta dirección, sino la reestructuración de lo establecido: misión, objetivos, metas... que involucra carreras, planes de estudio, infraestructura, recursos. Además, en este contexto se entrelazan problemáticas de orden curricular, operativas, de interacción didáctica, que problematizan la tarea educativa y que a veces no permiten lograr y

observar productos tangibles en todas las comunidades académicas, por igual (Flores, Sánchez, Coronado y Amador, 2001).

Por otro lado, Parra et al. (2013) encontraron deficiencias en la administración educativa del currículo respecto a: tiempo asignado para análisis de casos, personal de supervisión, asesoría (Tutoría clínica) y evaluación y, en el cumplimiento de los objetivos del internado de pregrado. Otras limitantes referidas son bibliohemeroteca y laboratorio de anatomía patológica. Observándose, que un buen plan de estudios es esencial para favorecer el desarrollo de las competencias propuestas en el perfil de egreso pero no suficiente, es importante propiciar las condiciones administrativas y académicas que contribuyan a ello.

Mirón-Canelo, Iglesias-De Sena y Alonso-Sardón (2011) expresaron que sólo un 10,4% (IC 95% = $10,4 \pm 4$) de los encuestados se muestra satisfecho en cuanto a su formación; el 53% (IC 95% = 53 ± 7) está conforme con los conocimientos teóricos. En cuanto a las habilidades clínicas y técnicas, un 71% (IC 95% = 71 ± 6) se muestra insatisfecho. Estos resultados/opiniones ponen de manifiesto que es necesario reducir el número de clases magistrales y dejar más tiempo para las prácticas, seminarios y otros procesos de autoaprendizaje, así como introducir a los estudiantes en el mundo sanitario, con el objetivo de que entiendan el rol y el impacto social y sanitario de su profesión.

Gómez, Borrel, Pujol, Carretero, Pi y Vilar (1) encontraron resultados en parte desalentadores: aunque en la encuesta se refleja que adquieren conocimientos teóricos, la realidad es que no se sienten preparados para afrontar situaciones clínicas diarias, las cuales requieren una buena base científica y clínica. Por tanto, es importante considerar que los

planes de grado deben desarrollar mayor número de competencias, habilidades y estrategias, como la introducción de pruebas de evaluación de competencias –evaluación clínica objetiva estructurada (ECO E)–, para dar una formación integral (científica y práctica) que ofrezca mayor autoestima, seguridad y satisfacción.

Godfrey (2005) encontró que una gran mayoría de los estudiantes de medicina opinan que hay que mejorar los aspectos relacionados con los métodos de enseñanza (68%), la relación alumno-profesor (68%), el sistema de evaluación (58%) y, sobre todo, la gestión, planificación y administración (77%) de la formación, lo cual implica que parte de esas carencias pueden ser consecuencia del personal docente y de la gestión del proceso en su conjunto.

Por último, Pedraza-Muriel (2010) sostiene que hay que preparar de la mejor manera posible a quienes van a ejercer la medicina del siglo xxi, cuando los objetivos propuestos para una buena formación médica de grado (según la Federación Mundial de Educación Médica para la formación de médicos de la Unión Europea) serían: preparar médicos eficientes en el campo asistencial, preventivo y sanitario; adecuar los programas educativos a las necesidades; integrar los conocimientos teóricos y la formación práctica, y establecer mecanismos de interconexión y continuidad entre los objetivos y programas educativos de la formación pregraduada, formación posgraduada y formación continua.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA.

Por lo expuesto se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo se relaciona la calidad de la formación profesional en el rendimiento académico de los internos de medicina humana del Hospital Sergio E. Bernales 2014?

Problemas específicos:

- ¿Cómo se relaciona la calidad de la formación profesional en el rendimiento académico concerniente a los conocimientos de los internos de medicina humana del Hospital Sergio E. Bernales 2014?
- ¿Cómo se relaciona la calidad de la formación profesional en el rendimiento académico concerniente a las competencias de los internos de medicina humana del Hospital Sergio E. Bernales 2014?

1.3 OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

a. Objetivo General:

- Determinar la relación de la calidad de la formación profesional en el rendimiento académico de los internos de medicina humana del Hospital Sergio E. Bernales 2014.

b. Objetivos Específicos:

- Establecer la relaciona de la calidad de la formación profesional en el rendimiento académico concerniente a los conocimientos de los internos de medicina humana del Hospital Sergio E. Bernales 2014.

- Evaluar la relación de la calidad de la formación profesional en el rendimiento académico concerniente a las competencias de los internos de medicina humana del Hospital Sergio E. Bernales 2014.

1.4 HIPÓTESIS Y/O SISTEMA DE HIPÓTESIS.

a. Hipótesis general:

Ho: La calidad de la formación profesional no se relaciona con el rendimiento académico de los internos de medicina humana del Hospital Sergio E. Bernales 2014.

Ha: La calidad de la formación profesional se relaciona con el rendimiento académico de los internos de medicina humana del Hospital Sergio E. Bernales 2014.

b. Hipótesis específicas:

Ha₁: La calidad de la formación profesional se relaciona con el rendimiento académico concerniente a los conocimientos de los internos de medicina humana del Hospital Sergio E. Bernales 2014.

Ha₂: La calidad de la formación profesional se relaciona con el rendimiento académico concerniente a las competencias de los internos de medicina humana del Hospital Sergio E. Bernales 2014.

1.5 VARIABLES.

a. Identificación de la Variables:

VARIABLE DEPENDIENTE

Rendimiento académico.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Calidad de formación profesional.

b. Operacionalización de las variables:

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
VARIABLE DEPENDIENTE:				
Rendimiento académico	Conocimientos	Alto Medio Bajo	Cualitativa	Ordinal
	Competencia	Alto Medio Bajo	Cualitativa	Ordinal
VARIABLE INDEPENDIENTE:				
Calidad de formación profesional	Planes de estudio	Buena Regular Mala	Cualitativa	Ordinal
	Nivel profesional docente	Buena Regular Mala	Cualitativa	Ordinal
	Contexto académico profesional	Buena Regular Mala	Cualitativa	Ordinal
	Tecnología y sistema de información	Buena Regular Mala	Cualitativa	Ordinal
VARIABLES DE CARACTERIZACION:				
Edad	Única	En años	Cuantitativa	De razón
Género	Única	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal
Universidad de procedencia	Única	Universidad Cesar Vallejo Universidad Nacional Federico Villarreal Universidad Peruana Los Andes Universidad Privada San Juan Bautista Universidad Ricardo Palma Universidad San Martin de Porras	Cualitativa	Nominal

1.6 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.

El estudio se justifica porque se reconoce que la educación de calidad es la base principal del progreso y de los avances que se conocen como desarrollo. Una visión nueva de la educación debe ser capaz de hacer realidad las posibilidades intelectuales, espirituales, afectivas, éticas y estéticas, que garanticen el progreso de la condición humana, que promueva un nuevo tipo de ser humano capaz de ejercer el derecho al desarrollo justo y equitativo, que interactúe en convivencia con sus semejantes y con el mundo, y que participe activamente de la preservación de sus recursos.

Asimismo, porque el estudio de la calidad de la formación de los internos de medicina tiene importancia práctica porque su valor central es el óptimo rendimiento del estudiante en el ámbito de la salud comunitaria, en consecuencia los resultados de la presente investigación nos permitirán el abordaje de las mejoras a nivel de la formación con pertinencia y calidad.

Y, porque la experiencia internacional demuestra, en materia de tendencias, que la proporción de empleos que aumenta su participación en el mercado laboral corresponde a aquellos de mayor calificación. Asimismo, los empleos que se destruyen con más facilidad en los procesos de ajuste estructural son los menos calificados. La apertura comercial, la globalización, trae fuertes exigencias de competitividad y eso a su vez está ligado con la supervivencia en los mercados, el desarrollo en éstos y el factor de competitividad central para ello es la calidad de los recursos humanos, los que necesariamente imponen una formación de calidad hacia la excelencia, en consecuencia el abordaje

del presente estudio en la temática de la calidad de la formación del profesional de los internos de medicina en relación a su rendimiento académico cobra relevancia.

1.7 VIABILIDAD.

El estudio de este problema fue políticamente viable, por la perspectiva que tiene esta investigación para las autoridades regionales y locales, sobre todo en materia de la calidad.

También fue viable el estudio con el diseño a plantearse en el tiempo previsto.

1.8 LIMITACIONES.

Nuestra principal preocupación de la investigación fue de carácter económico y financiero, ya que el gasto fue por recursos propios.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES.

Se tuvieron en consideración las siguientes revisiones:

En España, los investigadores Guzmán-Aroca, Cabañas-Perianes, Botella, Monzó y Galcerá (2014) realizaron un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y longitudinal, con el objetivo de determinar las características actuales de médicos internos residentes (MIR), sus preferencias de elección de especialidad, el número obtenido en la convocatoria de acceso y la incidencia de recirculación de los MIR. Se analizaron los datos demográficos, número obtenido en la convocatoria y otras características de todos los médicos internos residentes que accedieron al Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia) durante el periodo 2009-2012. El estudio de la recirculación se limitó a los MIR ingresados en 2011 y 2012. De los 226 MIR, 55% de sexo femenino, 73% de nacionalidad española, edad mediana de 25 años (rango intercuartílico: 25-28), la elección más frecuente es una especialidad clínica, y la mediana del número de acceso MIR, de 2.413

(rango intercuartílico: 1.305-3.425). El número de acceso es mejor en los varones que en las mujeres y en especialidades quirúrgicas respecto a médicas. La proporción de mujeres y de MIR de nacionalidad no española no ha cambiado significativamente durante los cuatro años. La recirculación se evidenció en el 17,1% (9,9% por segunda especialización y 7,2% por cambio de especialidad o con titulación fuera de la FSE antes de su conclusión).

En Mexico, Parra et al. (2013) presentaron los resultados de un estudio comparativo entre médicos internos de pregrado (MIP), egresados con el plan curricular tradicional (Flexneriano) y plan curricular por competencias, evidenciaron que existen limitaciones en el desempeño profesional de los Médicos de ambos planes curriculares; no presentaron diferencias significativas. También se observaron carencias en la administración educativa del currículo, respecto a la formación del médico en el internado de pregrado y las tutorías clínicas. Precedente para el diseño de un Modelo de Gestión de Calidad de la Facultad de Medicina de UACH que contribuye al desempeño profesional por competencias del MIP. El método que se utilizó, investigación-acción a través de cinco fases: 1. Formación y actualización del comité de investigación y de los participantes¹ en el diseño del modelo. 2. Identificación y análisis del problema. 3. Presición de lo que se pretende mejorar en la formación médica durante el Internado de Pregrado. 4. Estructuración del Modelo de Gestión de Calidad. 5. Implementación y seguimiento del Modelo. Los resultados conforman un Modelo de Gestión de Calidad acorde: al programa educativo de la Facultad, los lineamientos del CIFRHS, los estándares propuestos por COMAEM, las

políticas y normativas para el internado de pregrado; que contribuye al mejoramiento continuo del proceso formativo de los MIP por competencias a través de cuatro acciones: direccionar, planear, actuar y evaluar; correspondiente a un ciclo de mejoramiento continuo.

En España, Mirón-Canelo, Iglesias-De Sena y Alonso-Sardón (2011) con el objetivo de conocer y analizar la valoración y las opiniones que tienen los alumnos de sexto curso de medicina sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje en su facultad. Se realizó un estudio transversal a partir de los datos primarios aportados por una encuesta que se aplica a 225 alumnos de sexto de medicina. Del total de encuestados, 208 alumnos (95%; IC 95% = 95 ± 3) no se consideran formados para ejercer la medicina y 214 (96%; IC 95% = 96 ± 3) no se encuentran capacitados para ejercerla. La calidad global de la formación recibida en el pregrado es valorada por el 55% (IC 95% = 55 ± 7) de los alumnos con una puntuación media de 3 en una escala de 1 a 5. Se valora positivamente la formación teórica y negativamente las habilidades clínicas, sociales y de comunicación, las actitudes y los aspectos relacionados con la gestión. Para 169 alumnos, un 75% (IC 95% = 75 ± 6), la prueba MIR ha condicionado la formación, tanto en contenidos (70%; IC 95% = 70 ± 3) como en metodología (58%; IC 95% = 58 ± 6).

En Chile, Orellana, Rojas, Silva (2010) llevaron a cabo un trabajo que tuvo como objetivos conocer la influencia del modelo médico transmitido por quienes imparten docencia e identificar los valores de los estudiantes al ingresar a medicina, los valores transmitidos en pregrado y la importancia del modelo médico en esta etapa. Mediante una entrevista semiestructurada, previo consentimiento informado, se recopilaron

percepciones de una cohorte de internos respecto de la imagen que tenían del médico al ingresar a medicina y su evolución durante la formación de pregrado. Se identifica un impacto tanto positivo como negativo de los docentes sobre los estudiantes. Se analiza esta influencia y se dan sugerencias concretas de cómo corregirla u optimizarla según el caso.

En Cuba, Santoyo, Valladares, Suárez, Sanabria y Fernández (2008) realizaron una valoración del papel que juegan los métodos problémicos en el proceso de enseñanza-aprendizaje de los estudiantes de la Carrera de Medicina y por tanto en el proceso de formación profesional estrechamente vinculados con los modos de actuación más generales que deben asumir los egresados en el desempeño profesional. La necesidad de acercar cada vez más el proceso de enseñanza-aprendizaje a la realidad cotidiana y a la solución de los problemas reales que se presentan en la sociedad, convierten a este componente didáctico en una verdadera herramienta para desarrollar el proceso de enseñanza-aprendizaje, a través de formas organizativas acordes a la dinámica y recursos didácticos de los tiempos actuales.

Flores, Sánchez, Coronado y Amador (2001) plantean en forma sucinta los antecedentes de los procesos de evaluación y acreditación en México. Se describe la tendencia del crecimiento del número de escuelas y la matrícula de estudiantes de medicina y los planes de estudio de 58 escuelas de medicina. Se analizan los procesos para garantizar la calidad de los médicos egresados: la evaluación del Comité Interinstitucional de Evaluación de la Educación Superior, la acreditación de escuelas de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de

Medicina, la certificación de médicos generales, la normatividad para campos clínicos, internado y servicio social y se muestra un estudio de caso de seguimiento de egresados. Finalmente se hacen consideraciones sobre estos procesos.

2.2. BASES TEORICAS.

2.2.1. Calidad de formación profesional

2.2.1.1. Calidad

El diccionario de la Real Academia Española define etimológicamente la calidad, como derivado del vocablo latino “ qualitas –atis ” que significa propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie, el mismo diccionario la define, también, en sentido absoluto, como la superioridad o excelencia. ” Como el rasgo atribuible a entidades individuales o colectivas cuyos componentes estructurales y funcionales responden a los criterios de idoneidad máxima que cabe esperar de las mismas, produciendo como consecuencia aportaciones o resultados valorables en grado máximo, de acuerdo con su propia naturaleza.

Tenner y Detoro (1992) consideran que “la calidad es aquella estrategia que ofrece bienes y servicios que satisfagan completamente a los clientes externos e internos, atendiendo a sus expectativas explícitas”.

López (1994) valora la calidad como “atributo, o conjunto de atributos, de los objetos, de los servicios o de las relaciones que circulan en el seno de las sociedades modernas y que según la percepción del ciudadano, satisfacen sus expectativas razonables haciéndolos dignos de confianza”.

Camisón y Bou (2000) afirma que la calidad es un juicio evaluativo global que realiza el cliente y que se refleja su actitud sobre la excelencia o superioridad del objeto con respecto a sus necesidades.

En resumen Berry (1992) refiere que el concepto de calidad es complejo y presenta manifestaciones diferentes, que pueden ser entendidas como complementarias.

2.2.1.2. Calidad aplicada a la educación

La educación no es en esto distinta de otros servicios sociales. La dificultad de la conceptualización de su producto o resultado se pone en evidencia si consideramos el cúmulo de definiciones que han ido produciéndose sobre la misma a lo largo de la historia.

Dichas definiciones se van a exponer a continuación:

La educación es una realidad compleja en sí misma, sobre todo si tenemos en cuenta que afecta la totalidad del ser humano, entidad ciertamente compleja y multidimensional. Y, si no es fácil definir el producto a obtener en educación, puede fácilmente comprenderse la

dificultad de establecer métodos y aún criterios para determinar su nivel de calidad.

Existen notables diferencias entre las conceptualizaciones sobre educación: ello determina frecuentes discrepancias sobre las metas últimas a lograr y sobre el proceso a llevar a cabo para conseguirlas. Consiguientemente, no parece existir una teoría lo suficientemente consolidada para explicar la eficacia en el ámbito educativo.

La actividad mental no es evidente, sino que solo puede inferirse a través de los efectos que produce. Ello significa que no podemos medir la actividad del intelecto de los sujetos que se educan (lo que sería el objeto de estudio más importante de la educación) sino las manifestaciones externas de su actividad intelectual o mental.

El educador es libre: El motivo último de su comportamiento es siempre su propia decisión, y no el entrenamiento o formación recibida de un modo determinado. Ello hace que la elección sobre el tipo de enseñanza o modelo educativo sea una elección personal; que no siempre se inscribe dentro de una trayectoria institucional determinada.

La diversidad de conceptos y las diferencias sobre la conceptualización de calidad educativa proceden, no sólo de las propias discrepancias internas de la teoría educativa, sino también, del encuadramiento del concepto que se tenga sobre educación en los diferentes modelos

de estimación de la calidad. De esta manera se puede afirmar que la calidad de un centro educativo ha de medirse, en parte en términos de resultados o logros adecuados. Para tal fin se pueden considerar dos tipos de variables: Las variables dependientes o de criterio: estas a su vez nos permiten determinar el tipo de logros o indicadores que se utilizarán para establecer los componentes que definen la calidad. Las variables independientes o predictoras aludirán a los factores que determinan la calidad de las instituciones.

Stufflebeamy Shinkfield (1987) afirman que estas variables se centran, por tanto en el efecto producido por una institución, de acuerdo con la tendencia predominante en las últimas concepciones sobre calidad de las instituciones, quizá se deba reflexionar en torno al concepto de satisfacción, como núcleo vertebrador sobre el cual pueden establecerse los componentes definitorios de calidad. De esta manera se puede afirmar que las necesidades que unen o separan a los clientes de un determinado servicio son los que deben considerarse como base para decidir qué tipo de información se debe recopilar y a qué criterios recurrir para determinar la valía o mérito de un servicio.

Por consiguiente Pérez y Martínez (1989) refieren que se hace necesario aclarar o profundizar el concepto de cliente ya que es éste quien, en últimas, determina la

calidad del servicio brindado. El cliente es toda aquella persona que recibe un resultado de un proceso bien sea en forma de producto o servicio. Los indicadores de calidad, o variables de criterio, determinan el grado de consecución de calidad de una determinada institución. Pero, dada la incidencia en el hecho global de la calidad puede variar de unos a otros los indicadores. Pueden plantearse criterios de calidad de los centros tanto en sus procesos, como en sus resultados y juzgar la valía de estas instituciones en función de lo que se logre o no, con independencia, tanto de sus peculiaridades, como lo que se realice en otros centros con iguales características.

La calidad no es solo una característica de un producto o servicio, es el resultado de un proceso integral que abarca toda la organización. La calidad comienza en el liderazgo e incluye el compromiso y la responsabilidad de cada persona que interviene en un proceso productivo para satisfacer las necesidades y expectativas de los consumidores o clientes. El concepto de consumidor o cliente es importante, pues una organización, de cualquier naturaleza, sin consumidores o compradores de sus productos o servicios, no tiene razón social o económica para existir. A diferencia de otras organizaciones que existen en una sociedad, la educación es imprescindible en todo proceso productivo, porque cumple un rol determinante en el desarrollo de la gente y en el progreso

de un país. Sin embargo, las instituciones educativas existen sólo porque hay alumnos que requieren servicios de calidad. De ahí que los alumnos sean los “clientes directos” de la educación. Por ello resulta conveniente analizar diversos enfoques para formular una definición que nos dé una concepción de lo que significa “calidad aplicada a la educación”.

2.2.1.3. Formación profesional

Se entiende como formación profesional al conjunto de procesos sociales de preparación y conformación del sujeto, con el fin de su posterior desempeño en el ámbito laboral. Además, la formación profesional es el proceso educativo que tiene lugar en las instituciones de educación superior, orientado a la apropiación por parte de los alumnos de los conocimientos, habilidades, actitudes, valores culturales y éticos, contenidos en un perfil profesional y que corresponda a los requerimientos para el determinado ejercicio de una profesión. Por lo tanto, es imprescindible estudiar el desarrollo histórico de la formación profesional para contribuir también a su modificación (Marín, 1997). Es importante señalar que, la articulación de las distintas profesiones en la estructura social requiere de estudios y análisis científicos que permitan orientar el diseño de planes de estudio adecuados a las necesidades reales de la sociedad.

Los antecedentes de la formación profesional universitaria los encontramos desde el nacimiento de las universidades medievales, producto del despertar intelectual del siglo XII, debido a hechos tales como la terminación del sistema feudal, la formación de las instituciones municipales, el incremento de los intercambios culturales y comerciales, el nacimiento de un cierto tipo de capitalismo financiero, la aparición de la sociedad burguesa, el nacimiento del espíritu laico (García y García, 1991). La necesidad de una formación profesional que respondiera a las exigencias del desarrollo de la sociedad estuvo ligada a los gremios de la Edad Media (Barrón C. et al, 1996).

Dentro de las primeras escuelas que antecedieron a las universidades medievales, encontramos a la escuela de Salerno, la cual tenía una gran reputación en la formación de médicos practicantes. En sus primeros años de existencia, esta institución fue considerada un punto estratégico donde se manifestaban fuerzas eclesiásticas y civiles, ya que se pretendía alcanzar un carácter laico en cuanto a su composición. Posteriormente, se crearon universidades en Bolonia, París, Padua y Oxford, entre otras.

Las universidades medievales abarcaban varias escuelas, diversas disciplinas y pluralidad de maestros y estudiantes. Pocas tuvieron todas las facultades, pero en

todas se enseñaba, propedéutica de artes, teología, derecho civil, derecho canónico y medicina. Desde el punto de vista formal, en estas instituciones era importante obtener la licentia ubique docendi o reconocimiento universal de los grados obtenidos, para poder ejercerlos en cualquier parte del mundo. En esa época, se llamaba Estudio (studium) a lo que hoy en día conocemos como universidad, mientras que la palabra universidad (universitas) era utilizado como sinónimo de corporación, que podía ser de cualquier naturaleza, universitaria o no. De ahí que dicha palabra fuera acompañada de un genitivo que determinaba la naturaleza de la corporación, como por ejemplo, la universitas magistrorum era la corporación de los maestros. De la misma forma, había universidades de los innumerables gremios laborales del medioevo.

En virtud de lo anterior, podemos afirmar que la formación profesional universitaria ha tenido una historia particular, una normatividad legal, administrativa y académica, una orientación de su formación educativa y disciplinaria y un comportamiento académico que les caracteriza. Un ejemplo de ello es, evidentemente, la profesión médica, cuyo desarrollo dentro de la sociedad mexicana, le ha permitido vincularse con el Estado de manera muy particular.

Actualmente la formación profesional se realiza en un marco educativo bajo prescripciones institucionales que regulan las actividades consideradas como necesarias y pertinentes, avalando la preparación ofrecida mediante la expedición de certificados y títulos profesionales.

2.2.2. RENDIMIENTO ACADEMICO.

En el campo del sistema educativo, abundan las definiciones para explicar y predecir el rendimiento académico. Este pluralismo teórico viene a reflejar, por una parte un reconocimiento creciente de la complejidad de las instituciones educativas. Al respecto de éste último, diferentes autores como Alonso (2000), Requena (1998) y Hernández (2007) enfocaron al rendimiento académico como la demostración del conocimiento adquirido en un área o materia comparado con la norma (edad y nivel académico)" o como el producto o resultado del esfuerzo parte de los estudiantes; que se manifiesta en la expresión de sus capacidades cognoscitivas que adquieren en el proceso enseñanza-aprendizaje, esto a lo largo de un periodo o año escolar, en la que se puede tener una buena capacidad intelectual y unas buenas aptitudes y sin embargo no estar obteniendo un rendimiento adecuado debido a la baja motivación o falta de interés, pocas horas de estudio, poco trabajo del estudiante estudio sin método, problemas personales como de competencia y el entrenamiento para la concentración entre otras causas.

En la misma idea Pizarro (1985) refiere que el rendimiento académico es entendido como una medida de las capacidades respondientes o indicativas que manifiestan, en forma estimativa, lo que una persona ha aprendido como consecuencia de un proceso de instrucción o formación según objetivos o propósitos educativos pre-establecidos.

Desde el punto de vista pedagógico Alonso (2000) ha considerado al rendimiento académico como la evaluación del conocimiento adquirido, en determinada materia y que se expresa en una calificación, cuantitativa y cualitativa, una nota, que si es consistente y válida será el reflejo de un determinado aprendizaje o del logro de unos objetivos preestablecidos.

Así mismo Himmel (1985) sostiene que el Rendimiento académico o Efectividad Escolar refleja el grado de logro de los objetivos establecidos en los programas oficiales de estudio (formación). Este tipo de Rendimiento Académico puede ser entendido en relación con un grupo social que fija los niveles mínimos de aprobación ante un determinado cúmulo de conocimientos o aptitudes.

Como hecho trascendente el rendimiento académico ha sido considerado por De Natale (1990) como un proceso de transformación de un estado determinado en un estado nuevo, que se alcanza con la integración en una unidad diferente con elementos cognoscitivos y de estructuras no ligadas inicialmente entre sí. Según el autor, el rendimiento académico es un conjunto de habilidades, destrezas, hábitos, ideales, aspiraciones,

intereses, inquietudes, realizaciones que aplica el estudiante para aprender.

Respecto al reconocimiento creciente de la complejidad de las instituciones educativas los autores Gonzalez y Touron (2004) refirieron que el rendimiento académico es todo un proceso en la que intervienen variables externas al sujeto, como la calidad del maestro, el ambiente de clase, la familia, el programa educativo y variables psicológicas o internas, como la actitud hacia la asignatura, la inteligencia, la personalidad, el auto-concepto del estudiante, la motivación. En suma, el rendimiento académico del alumno depende de su situación material y social de existencia, que debe ser tomado en cuenta en el momento de evaluar su nivel de aprendizaje.

Asimismo siguiendo el mismo enfoque Bolívar (2003) indica que el rendimiento académico es el reflejo del resultado de las diferentes y complejas etapas del proceso educativo y al mismo tiempo, una de las metas hacia las que convergen todos los esfuerzos y todas las iniciativas de las autoridades educacionales, maestros, padres de familia y alumnos. Pues no se trata de cuanta materia han memorizado los educando sino de cuanto de ello han incorporado realmente a su conducta, manifestándolo en su manera de sentir, de resolver los problemas y hacer o utilizar cosas aprendidas. La comprobación y la evaluación de sus conocimientos y capacidades. Las notas dadas y la evaluación tienen que ser una medida objetiva sobre el estado de los rendimientos de los alumnos.

Además de ello el rendimiento educativo también es considerado como el conjunto de transformaciones operadas en el educando, a través del proceso enseñanza - aprendizaje, que se manifiesta mediante el crecimiento y enriquecimiento de la personalidad en formación.

En este enfoque de la complejidad del rendimiento académico Gardner (1994) ha puesto de manifiesto el problema que han tenido que afrontar todas las sociedades modernas al momento de resolver el problema educativo; esto es, supeditar sus propias opciones al mundo del desarrollo y la industrialización de la sociedad. Esto ha significado que cualquiera que sea el tipo de sociedad, ha tenido que adaptarse a formas tradicionales de transmisión del conocimiento, y por ende, a los criterios restringidos de evaluación y de aceptación de rendimiento por parte de los alumnos. Postula en su defecto, actuación, logros, proyectos contextualizados, significativos y auténticos, derivados de instrucciones diferenciadas.

Carreño (1997) añade que el rendimiento educativo sintetiza la acción del proceso educativo, no solo en el aspecto cognoscitivo logrado por el educando, sino también en el conjunto de habilidades, destrezas, aptitudes, ideales, intereses, etc. Con esta síntesis están los esfuerzos de la sociedad, del profesor y del rendimiento enseñanza - aprendizaje, el profesor es el responsable en gran parte del rendimiento académico, en cuyo proceso intervienen una serie de factores entre ellos la

metodología del profesor, el aspecto individual del alumno, el apoyo familiar entre otros.

Finalmente, Capela y Sánchez (1999) hacen una crítica reflexiva del rendimiento académico escolar, sostienen que el rendimiento debe referirse a la serie de cambios conductuales expresados como resultado de la acción educativa, por lo dicho, el rendimiento no queda limitado en los dominios territoriales de la memoria, sino que trasciende y se ubica en el campo de la comprensión y sobre todo en los que se hallan implícitos los hábitos, destrezas, habilidades, etc.

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES.

- a) **Calidad:** se refiere a la capacidad que posee un objeto para satisfacer necesidades implícitas o explícitas, un cumplimiento de requisitos.
- b) **Calidad de la formación:** es un complejo constructo explicativo de valoraciones que para términos de nuestro estudio se operacionaliza en términos de calidad de los conocimientos, midiéndolo a través del rendimiento académico de los alumnos.
- c) **Formación Profesional:** comprende el conjunto de experiencias de aprendizaje a lograr en el estudiante, las actitudes éticas implícitas en el ejercicio de la profesión docente y los conocimientos teórico-educativos en sus dimensiones filosófica, científica y tecnológica que le permite el desempeño con éxito en la tarea de formación.
- d) **Plan de estudios:** conjunto de asignaturas que deberán estudiar los alumnos de la Escuela Académico Profesional de obstetricia, que

tienen un peso determinado (créditos) proporcional a la importancia de la asignatura y con una determinada carga horaria.

- e) **Planificación curricular:** conjunto de procesos de previsión, realización y control de las experiencias de aprendizajes deseables en una población educacional determinada en un momento histórico concreto.
- f) **Práctica Profesional:** proceso dirigido a poner en ejecución los recursos teóricos y técnicos instrumentales, adquiridos por el futuro profesional de la educación, al colocarlo en contacto con el mundo del trabajo, así como afrontar y resolver situaciones reales para asimilar experiencias y desarrollar habilidades y destrezas profesionales.

2.4. BASES EPISTÉMICOS.

Para comprender cómo se define la formación de un profesional es esencial precisar qué es un modelo pedagógico; la palabra modelo significa un “esquema teórico [...] de un sistema o de una realidad compleja [...] para facilitar su comprensión”, según la Real Academia de la Lengua Española. Entonces, un modelo pedagógico es una “herramienta conceptual” que recopila una serie de relaciones para describir un sistema complejo de la educación en el aula (Flórez, 1999); es la representación de las relaciones que predominan en los actos de enseñar, de aprender y de evaluar, en las características de la relación maestro- alumno, en la concepción que tenga el profesor de aprendizaje, de evaluación y en consecuencia cómo evalúa.

Como sinónimo de modelo pedagógico está teoría pedagógica o enfoque pedagógico. Un modelo pedagógico define un conjunto de

atributos que caracterizan el proceso de la educación y formación “que se construye y orienta según un método históricamente determinado por una concepción del hombre, la sociedad y el conocimiento” (Claret, 2003), por consiguiente da cuenta de: ¿El qué, los contenidos? ¿El para qué, la intencionalidad? ¿El cómo, la metodología y las técnicas de enseñanza y aprendizaje? ¿El cuándo, los momentos? ¿A quién? ¿Con qué medios? ¿Con qué tipo de relación docente-discente? ¿Con cuál concepto de evaluación? Por tanto, un modelo pedagógico “es la representación de las relaciones que predominan en la escuela entre profesor y alumno (Sáenz, 2002). En este sentido, un modelo pedagógico se expresa en un código educativo como el “conjunto de principios estructurales y regulativos” (Moreno, 2003).

Los dos modelos pedagógicos desarrollados que más se contrastan son el positivista y el constructivista; cada uno, tiene su propia epistemología de la ciencia y el conocimiento, de igual forma del currículo, la enseñanza, la evaluación y el aprendizaje.

Vale precisar que lo usual en ciencias de la salud ha sido el modelo tradicional positivista en particular en el ciclo básico de las ciencias básicas. Para el ciclo de formación clínica desde el pregrado y la formación de posgrados se ha desarrollado igualmente con un modelo tradicional positivista que desde siempre se ha desenvuelto en la atención al paciente en la relación de docencia-servicio llamada originalmente docencia-asistencia (Ministerio de la Protección Social, Acuerdo 003 de 2004); es decir, el estudiante se forma en la práctica profesional con los pacientes bajo la tutoría de los profesores que, a su vez, son médicos especialistas. En los dos ciclos básico y clínico se ha

iniciado un viraje hacia un modelo pedagógico constructivista, en algunos casos es mínimo y en otros es mayor de acuerdo con la postura epistemológica y la formación como educador de cada médico-docente. En el aula la relación del profesor con el estudiante se desarrolla según el modelo pedagógico del profesor, las acciones se desenvuelven en torno al conocimiento científico desde la mirada del estudiante y la del profesor para construir un conocimiento escolar. Por tanto se desarrolla un modelo didáctico con “los principios para orientar, realizar e interpretar las actividades de orden general y de orden particular [...] en el aula de clases. Las actividades generales son las referentes a los procesos de enseñanza, aprendizaje y evaluación (Claret, 2003).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACION

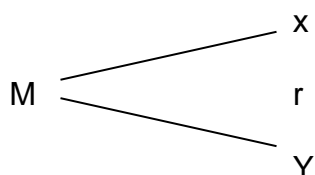
De acuerdo a las características del problema de investigación, a la formulación del problema y los objetivos definidos, el estudio fue de tipo **descriptivo y correlacional**.

Según la ocurrencia de los hechos fue de tipo **prospectivo** ya que fue necesario establecer los puentes de información actuales y de aquí en adelante.

Según el período de tiempo el estudio fue de tipo **transversal**, porque se tuvo en cuenta una cohorte durante la investigación.

3.2. DISEÑO Y ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de aplicación en el trabajo de investigación fue el Diseño Descriptivo correlacional, como se evidencia en el siguiente esquema:



Dónde:

M = Población Muestral

X = Variable Independiente

y = Variable Dependiente

r = La relación probable entre las variables

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población en estudio estuvo comprendida por 16 internos de medicina de la rotación 2014 del Hospital Sergio E. Bernales.

CRITERIOS DE SELECCION:

Dentro de los criterios de inclusión consideramos:

- Internos de medicina con rotación 2014.
- Que acepten formar parte del estudio mediante el consentimiento verbal.

Los criterios de exclusión fueron:

- Internos de medicina con permiso por enfermedad
- Internos de medicina con abandono de su labor.

AMBITO Y TIEMPO DEL ESTUDIO:

El estudio se realizó en el Hospital Sergio E. Bernales de Lima. El periodo del estudio fue durante el año 2014.

3.3.2. Muestra

UNIDAD DE ANALISIS:

Cada interno de medicina.

TAMAÑO DE MUESTRA:

Como la población fue pequeña se trabajó con la totalidad que fue 16 internos de medicina.

3.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.4.1. Instrumentos:

a. Cuestionario de conocimiento.

El cuestionario estuvo compuesto por dos partes. En la primera se tuvo en cuenta datos generales de los internos de medicina. Asimismo, en el segunda parte estuvieron conformadas por preguntas de conocimiento que en total fueron 20 preguntas.

En la valoración del nivel de conocimiento, se consideró la siguiente puntuación:

Nivel de conocimiento

Alto 14 a 20

Medio 7 a 13

Bajo 0 a 6

b. Guía de observación de competencias.

La guía de observación de competencias estuvo compuesta por la evaluación de 26 capacidades.

En la valoración del nivel de competencias, se consideró la siguiente puntuación:

Nivel de competencias

Alto 96 a 130

Medio 61 a 95

Bajo 26 a 60

c. Cuestionario de calidad de formación profesional.

El instrumento consta de 21 ítems agrupados en cuatro dimensiones: planes de estudio, nivel profesional docente, contexto académico profesional y tecnología y sistemas de información, el cual fue medido del siguiente modo:

- 1: Totalmente en desacuerdo
- 2: En desacuerdo
- 3: Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- 4: De acuerdo
- 5: Totalmente de acuerdo

La categorización de cada una de las dimensiones fue con la siguiente puntuación:

Calidad de formación profesional

Buena	78 a 105
Regular	50 a 77
Mala	21 a 49

Planes de estudio

Buena	26 a 35
Regular	17 a 25
Mala	7 a 16

Nivel profesional docente

Buena	19 a 25
Regular	12 a 18
Mala	5 a 11

Contexto académico profesional

Buena 15 a 20

Regular 10 a 14

Mala 4 a 9

Tecnología y sistema de información

Buena 19 a 25

Regular 12 a 18

Mala 5 a 11

3.4.2. Validez y confiabilidad**a. Validez**

La validez de contenido del instrumento en estudio fue evaluado por el juicio de 5 expertos y en la concordancia se utilizó el coeficiente de V de Aiken, como se muestra a continuación:

Cuadro 01. Concordancia de las respuestas de los jueces.

Preguntas	JUECES					TOTAL ACIERTOS	V de Aiken
	1	2	3	4	5		
1	A	A	A	A	A	5	1,00
2	A	A	A	A	A	5	1,00
3	A	A	A	A	A	5	1,00
4	A	A	A	A	A	5	1,00
5	A	A	A	A	A	5	1,00
6	A	A	A	D	A	4	0,80
7	A	A	A	A	A	5	1,00
8	A	A	A	A	A	5	1,00
9	A	A	A	A	A	5	1,00
10	A	A	A	A	A	5	1,00
11	A	A	A	A	A	5	1,00
12	A	A	D	A	A	4	0,80

A: Acuerdos; D: Desacuerdos

Fuente: Elaboración propia

Se ha considerado:

1 = Si la respuesta es aprobado.

0 = Si la respuesta es no aprobado.

Considerando que existe validez del instrumento cuando el valor del coeficiente de V de Aiken fuese igual o mayor de 0,80.

En la valoración de los jueces ninguna pregunta obtuvo un valor inferior a 0,80; por lo cual concluimos que estos ítems presentan validez de contenido.

b. Confiabilidad

Según el coeficiente de Alfa de Cronbach, el cuestionario de conocimiento mostró nivel de confiabilidad alto de 0,85 y el cuestionario de calidad de formación profesional obtuvo un valor de 0,90.

3.5. TÉCNICAS DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS.

3.5.1. Técnicas de recojo y procesamiento

En el estudio se realizó los siguientes procedimientos:

- Solicitud de permiso a los directivos pertinentes.
- Se tuvo en cuenta el estudio de validez.
- Se aplicó los instrumentos para la toma de datos durante la investigación.
- Selección, cómputo, o tabulación y evaluación de datos.
- Se interpretó los datos según los resultados, confrontando con otros trabajos similares o con la base teórica disponible.

- Ejecución del informe final.

3.5.2. Presentación de datos

a. Análisis descriptivo

En el análisis descriptivo de cada una de las variables se tuvo en cuenta las medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y de porcentaje para las variables categóricas.

b. Análisis Inferencial.

En el análisis inferencial de los datos se utilizó el coeficiente de correlación de PEARSON (r) para establecer la relación entre las dos variables en estudio y para su prueba de significancia se utilizó la Prueba t de Student con una probabilidad de $p < 0.05$. Para el procesamiento de los datos se utilizó el Paquete Estadístico SPSS versión 18.0 para Windows.

CAPITULO IV RESULTADOS

4.1. ANALISIS DESCRIPTIVO

4.1.1. Características generales:

Tabla 01. Edad en años de los internos de medicina del Hospital Sergio E. Bernales 2014

Edad en años	Frecuencia	%
22 a 27	11	68,8
28 a 32	3	18,8
33 a 38	1	6,3
39 a 44	1	6,3
Total	16	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

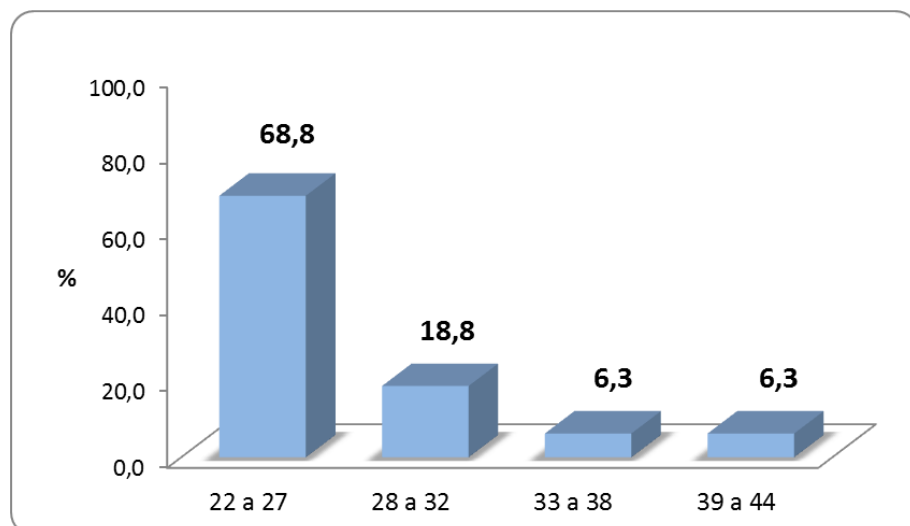


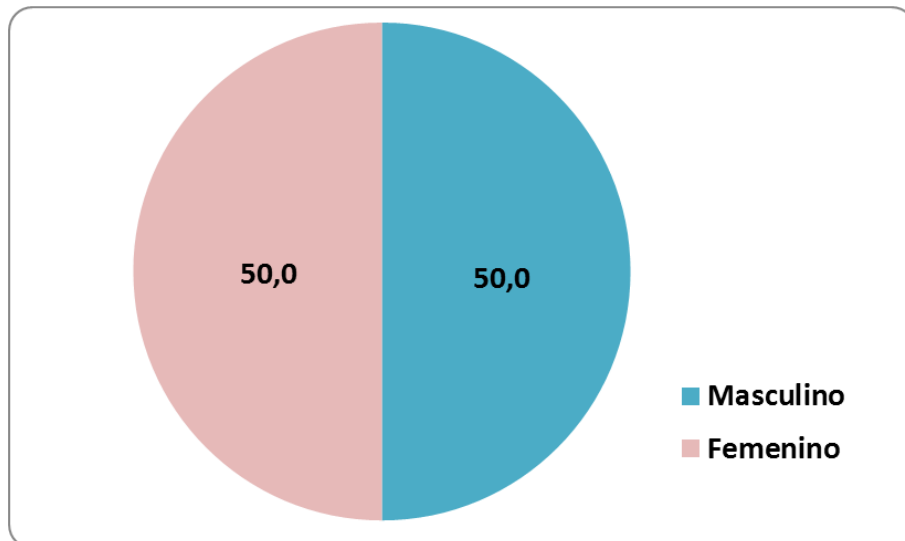
Gráfico 01. Porcentaje de internos según edad en años. Hospital Sergio E. Bernales 2014

En cuanto a la edad en años de los internos de medicina en estudio, se encontró que la mayoría del 68,8% (11 internos) fueron de edades entre 22 a 27 años, asimismo el 18,8% (3 internos) se encontraban entre las edades de 28 a 32 años, y uno de ellos entre 33 a 38 años y 39 a 44 años, cada una. Por otro lado, el promedio de edades fue de 27 años y una mediana de 26 años de edad.

Tabla 02. Sexo de los internos de medicina del Hospital Sergio E. Bernales 2014

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	8	50,0
Femenino	8	50,0
Total	16	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

**Gráfico 02.** Porcentaje de internos según sexo. Hospital Sergio E. Bernales 2014

Respecto al sexo de los internos de medicina en estudio, se encontró que el 50,0% (8 internos) fueron del sexo masculino como también del sexo femenino, cada una.

Tabla 03. Universidad de procedencia de los internos de medicina del Hospital Sergio E. Bernales 2014

Universidad de procedencia	Frecuencia	%
Universidad Cesar Vallejo	2	12,5
Universidad Nacional Federico Villarreal	2	12,5
Universidad Peruana Los Andes	2	12,5
Universidad Privada San Juan Bautista	5	31,3
Universidad Ricardo Palma	3	18,8
Universidad San Martin de Porras	2	12,5
Total	16	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

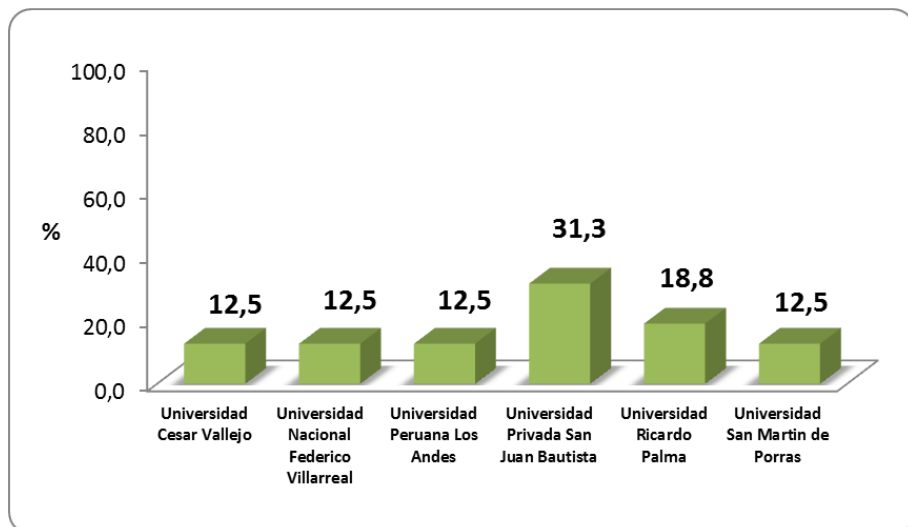


Gráfico 03. Porcentaje de internos según Universidad de procedencia. Hospital Sergio E. Bernales 2014

En cuanto a la Universidad de procedencia de los internos de medicina en estudio, se encontró que gran parte de ellos del 31,3% (5 internos) fueron de la Universidad Privada San Juan Bautista, también hubo internos que procedieron de las Universidades de Cesar Vallejo, Federico Villarreal, Peruana Los Andes, Ricardo Palma y San Martin de Porras.

4.1.2. CARACTERISTICAS DE LA CALIDAD DE FORMACION PROFESIONAL:

Tabla 04. Calidad de formación profesional en cuanto a planes de estudio de los internos de medicina del Hospital Sergio E. Bernales 2014

Planes de estudio	Frecuencia	%
Buena	8	50,0
Regular	7	43,8
Mala	1	6,3
Total	16	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 02).

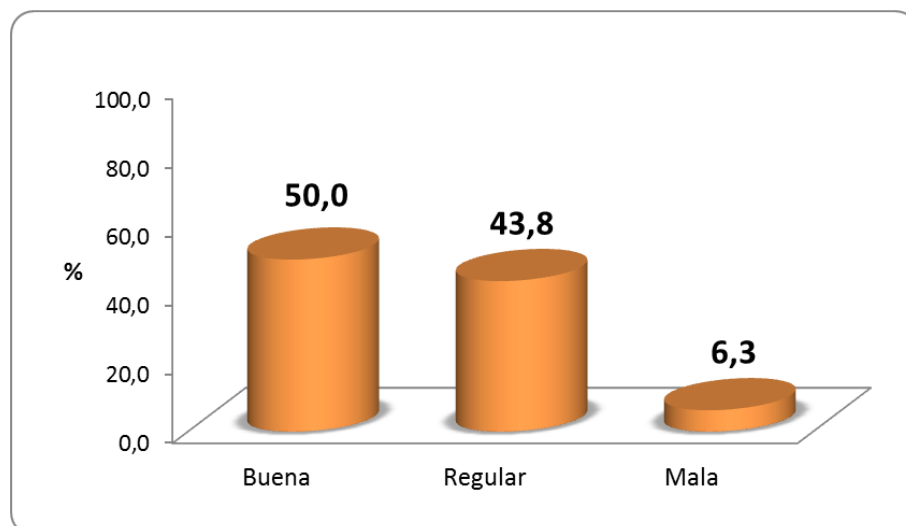


Gráfico 04. Porcentaje de internos según calidad de formación profesional en cuanto a planes de estudio. Hospital Sergio E. Bernales 2014

Con respecto a la percepción de la calidad de formación profesional en cuanto a planes de estudio de los internos de medicina en estudio, se encontró que el 50,0% (8 internos) indicaron de nivel buena, el 43,8% (7 internos) regular y uno de ellos tuvo una percepción mala.

Tabla 05. Calidad de formación profesional en cuanto a nivel profesional docente de los internos de medicina del Hospital Sergio E. Bernales 2014

Nivel profesional docente	Frecuencia	%
Buena	7	43,8
Regular	8	50,0
Mala	1	6,3
Total	16	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 02).

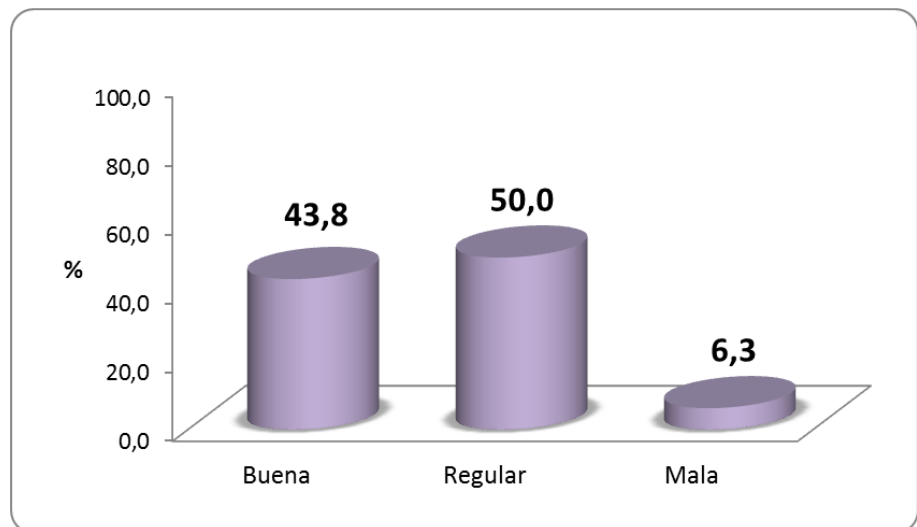


Gráfico 05. Porcentaje de internos según calidad de formación profesional en cuanto a nivel profesional docente. Hospital Sergio E. Bernales 2014

En relación a la percepción de la calidad de formación profesional en cuanto a nivel profesional docente de los internos de medicina en estudio, se encontró que el 50,0% (8 internos) se ubicaron en el nivel regular, el 43,8% (7 internos) en el nivel bueno y uno de ellos tuvo una percepción mala.

Tabla 06. Calidad de formación profesional en cuanto a contexto académico profesional de los internos de medicina del Hospital Sergio E. Bernales 2014

Contexto académico profesional	Frecuencia	%
Buena	2	12,5
Regular	10	62,5
Mala	4	25,0
Total	16	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 02).

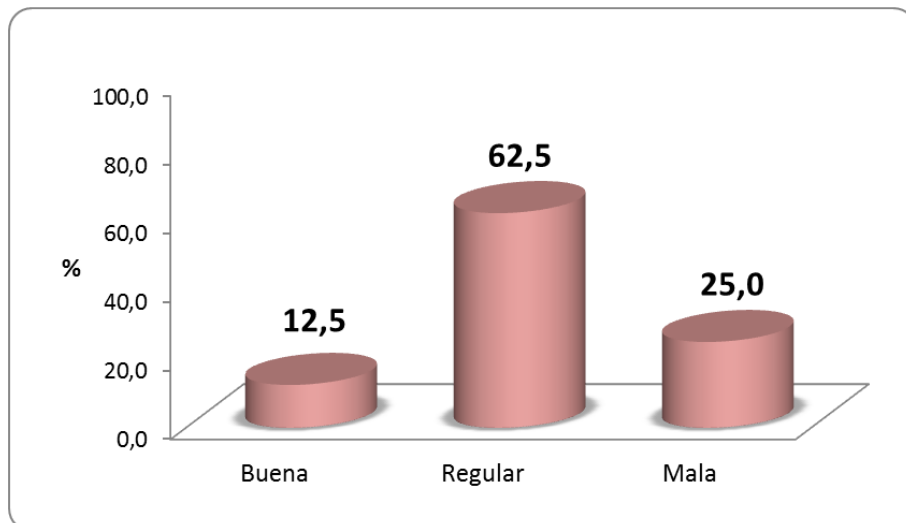


Gráfico 06. Porcentaje de internos según calidad de formación profesional en cuanto a contexto académico profesional. Hospital Sergio E. Bernales 2014

Correspondiente a la percepción de la calidad de formación profesional en cuanto a contexto académico profesional de los internos de medicina en estudio, se encontró que el 62,5% (10 internos) se situaron en el nivel regular, el 25,0% (4 internos) en el nivel malo y dos de ellos tuvo una percepción buena.

Tabla 07. Calidad de formación profesional en cuanto a tecnología y sistema de información de los internos de medicina del Hospital Sergio E. Bernales 2014

Tecnología y sistema de información	Frecuencia	%
Buena	4	25,0
Regular	10	62,5
Mala	2	12,5
Total	16	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 02).

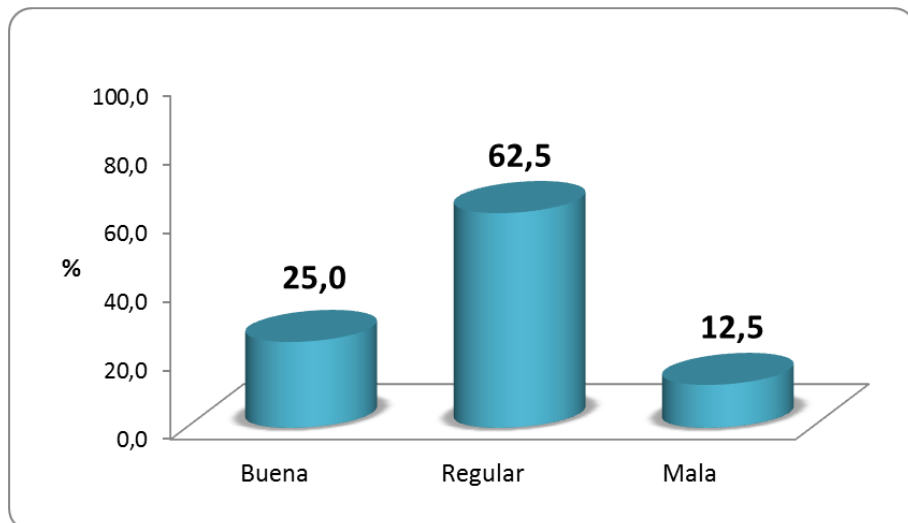


Gráfico 07. Porcentaje de internos según calidad de formación profesional en cuanto a tecnología y sistema de información. Hospital Sergio E. Bernales 2014

Con respecto a la percepción de la calidad de formación profesional en cuanto a tecnología y sistema de información de los internos de medicina en estudio, se encontró que el 62,5% (10 internos) se ubicaron en el nivel regular, el 25,0% (4 internos) en el nivel bueno y dos de ellos tuvo una percepción mala.

Tabla 08. Calidad de formación profesional de los internos de medicina del Hospital Sergio E. Bernales 2014

Calidad de formación profesional	Frecuencia	%
Buena	4	25,0
Regular	11	68,8
Mala	1	6,3
Total	16	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 02).

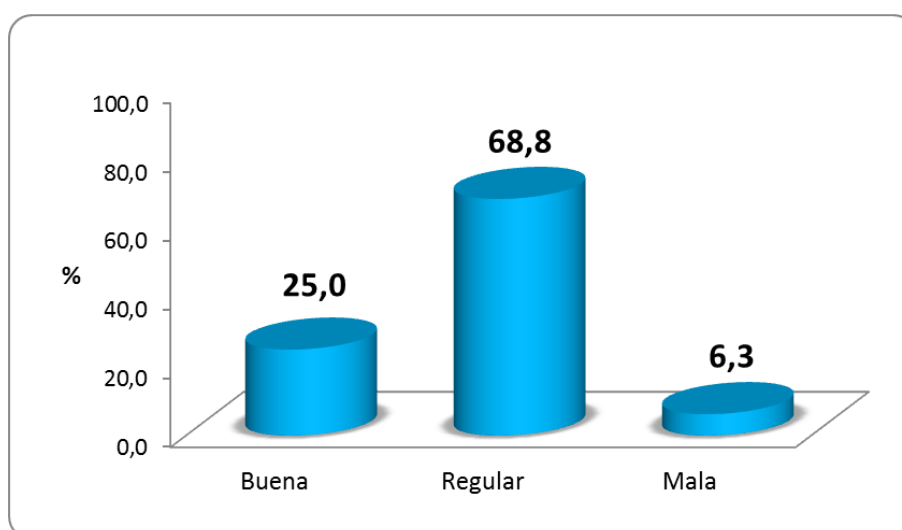


Gráfico 08. Porcentaje de internos según calidad de formación profesional. Hospital Sergio E. Bernales 2014

En cuanto a la percepción general de la calidad de formación profesional de los internos de medicina en estudio, se encontró que el 68,8% (11 internos) se ubicaron en el nivel regular, el 25,0% (4 internos) en el nivel bueno y uno de ellos tuvo una percepción mala.

4.1.3. CARACTERÍSTICAS DE CONOCIMIENTO Y COMPETENCIAS:

Tabla 09. Nivel de conocimiento de los internos de medicina del Hospital Sergio E. Bernales 2014

Nivel de conocimiento	Frecuencia	%
Alto	1	6,3
Medio	10	62,5
Bajo	5	31,3
Total	16	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

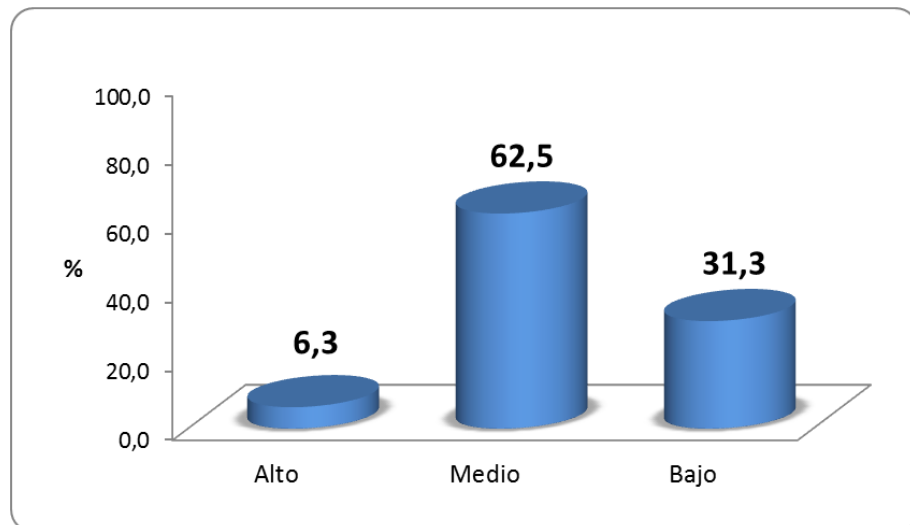


Gráfico 09. Porcentaje de internos según nivel de conocimiento. Hospital Sergio E. Bernales 2014

Respecto al nivel de conocimiento de los internos de medicina en estudio, se encontró que la mayoría del 62,5% (10 internos) alcanzaron el nivel medio de conocimiento, por otro lado, el 31,3% (5 internos) tuvieron conocimiento bajo y solo uno de ellos su conocimiento fue alto.

Tabla 10. Competencias de los internos de medicina del Hospital Sergio E. Bernales 2014

Competencias	Frecuencia	%
Alto	1	6,3
Medio	14	87,5
Bajo	1	6,3
Total	16	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

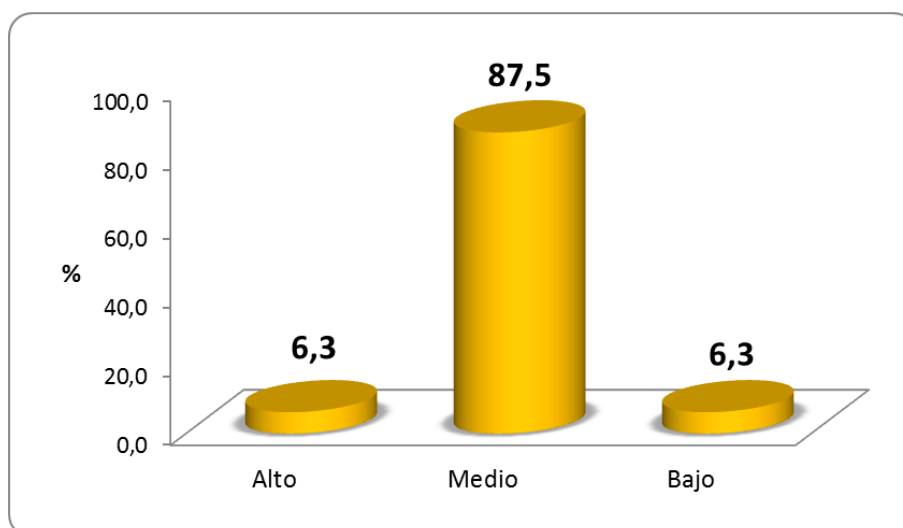


Gráfico 10. Porcentaje de internos según competencias. Hospital Sergio E. Bernales 2014

Con referencia a las competencias de los internos de medicina en estudio, se encontró que la mayoría del 87,5% (14 internos) alcanzaron el nivel medio de competencias y uno de ellos tuvo competencia alta y baja, cada una.

4.2. ANALISIS INFERENCIAL:

Tabla 11. Relación entre la calidad de formación profesional y los conocimientos de los internos de medicina del Hospital Sergio E. Bernales 2014

VARIABLES	Conocimiento	
	r de Pearson	Significancia*
Calidad de formación profesional	0,65	0,006

*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Anexo 01 y 02.

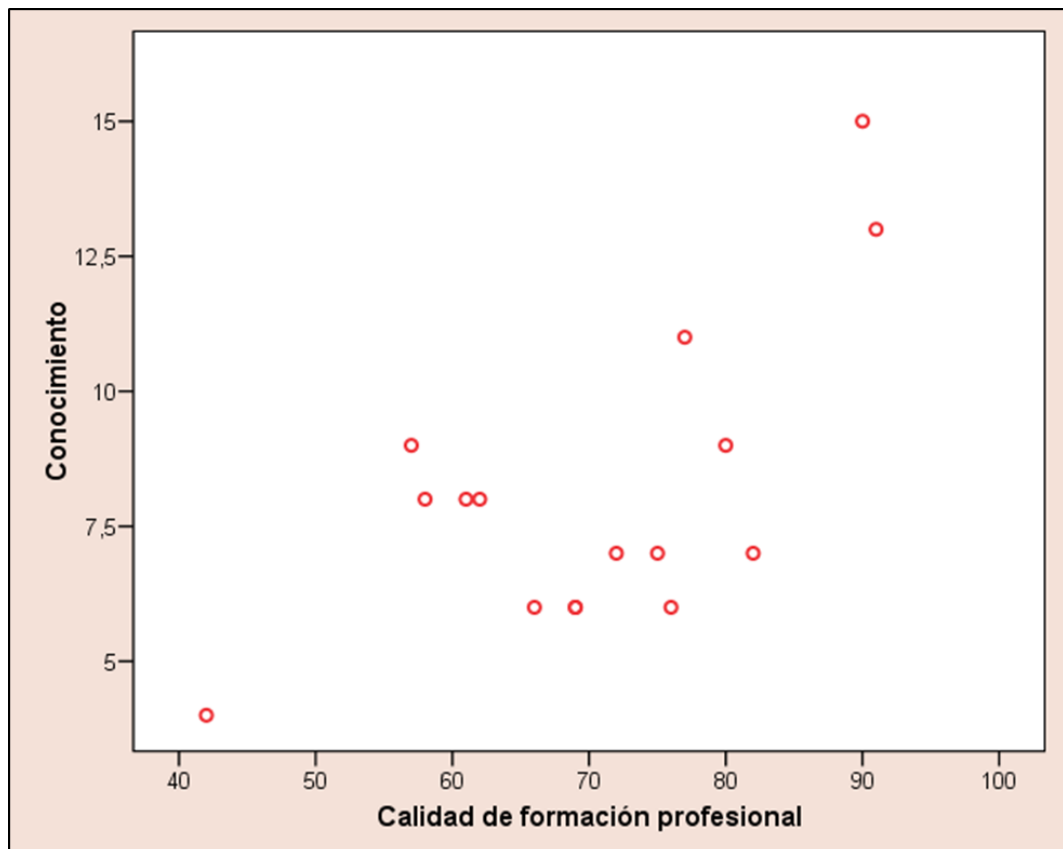


Gráfico 11. Porcentaje de internos según calidad de formación profesional y los conocimientos. Hospital Sergio E. Bernales 2014

Respecto a la relación entre la calidad de formación profesional y los conocimientos de los internos de medicina en estudio, se encontró un coeficiente de correlación de r de Pearson de 0,65 y una P = 0,006, mostrando

significancia estadística, es decir, estas variables se relacionan significativamente.

En relación a la dispersión de los puntos, se observa una correlación positiva ascendente, donde podemos asumir que mientras la percepción de la calidad de formación profesional crece también lo hacen los conocimientos de los internos de medicina del Hospital Sergio E. Bernales.

Tabla 12. Relación entre la calidad de formación profesional y las competencias de los internos de medicina del Hospital Sergio E. Bernales 2014

VARIABLES	Competencias	
	r de Pearson	Significancia*
Calidad de formación profesional	0,73	0,001

*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Anexo 01 y 02.

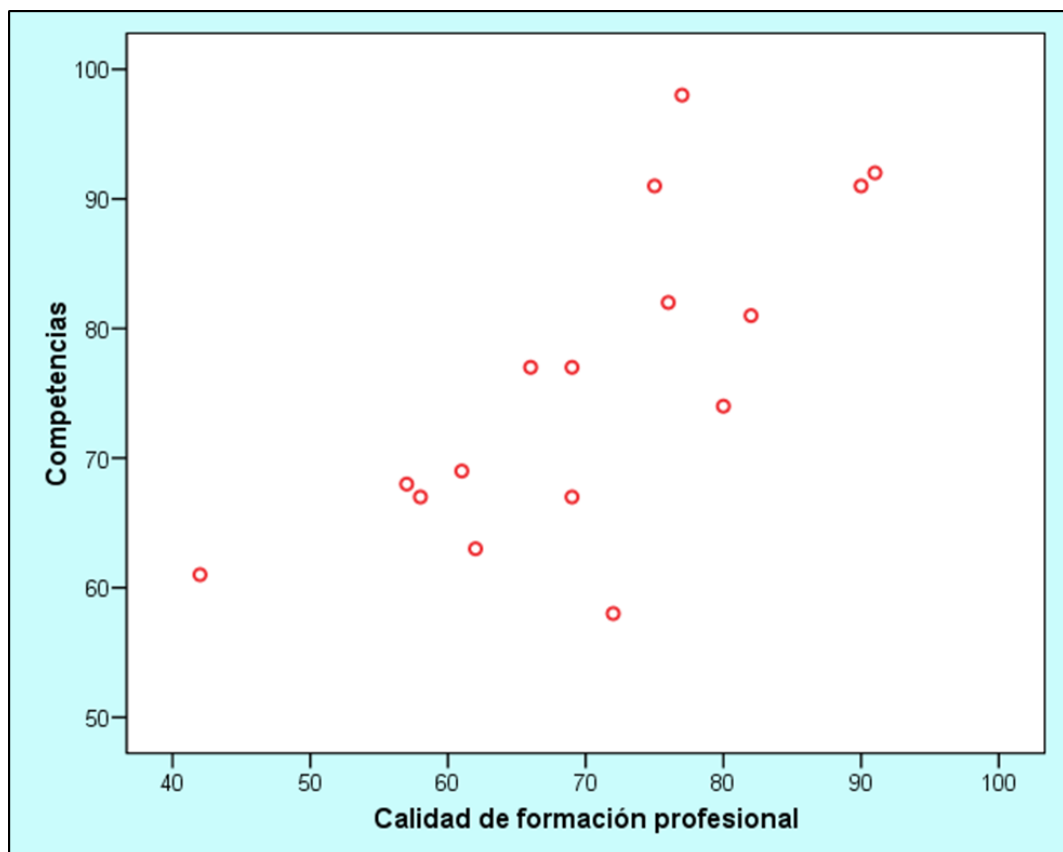


Gráfico 12. Porcentaje de internos según calidad de formación profesional y las competencias. Hospital Sergio E. Bernales 2014

Y, en cuanto a la relación entre la calidad de formación profesional y las competencias de los internos de medicina en estudio, se encontró un coeficiente de correlación de r de Pearson de 0,73 y una P = 0,001, mostrando

significancia estadística, es decir, estas variables se relacionan significativamente.

En relación a la dispersión de los puntos, se observa una correlación positiva ascendente, donde podemos asumir que mientras la percepción de la calidad de formación profesional crece también lo hacen las competencias de los internos de medicina del Hospital Sergio E. Bernales.

CAPITULO V

DISCUSION

5.1. DISCUSION

Para la universidad actual, cada vez más centrada en la atención del estudiante como persona que se construye en el proceso de aprendizaje profesional, la formación humanística de profesionales competentes y comprometidos con el desarrollo social constituye una preocupación y un motivo del que ocuparse. La simple idea de que un profesional competente es aquel que posee los conocimientos y habilidades que le posibilitan desempeñarse con éxito en una profesión específica ha quedado atrás, sustituida por la comprensión de la competencia profesional como fenómeno complejo, que expresa las potencialidades de la persona para orientar su actuación en el ejercicio de la profesión con iniciativa, flexibilidad y autonomía, en escenarios heterogéneos y diversos, a partir de la integración de conocimientos, habilidades, motivos y valores que se expresan en un desempeño profesional eficiente, ético y de compromiso social. En palabras de la UNESCO (Delors, 1996), no basta conocer y saber hacer, es necesario ser profesional.

La enseñanza de la medicina requiere de actividades prácticas en las que el tutor, un médico clínico, transmite conocimientos teóricos y destrezas propias de la profesión; sin embargo, también afloran actitudes del docente que en ocasiones pueden constituir un modelo negativo para los estudiantes. Centrado en entregar conocimientos y evaluar desempeño, el docente médico no siempre es consciente de cuán expuesto está a la observación y análisis de su actuar: es evaluado por los estudiantes en el día a día, en una serie de aspectos (Orellana, Rojas y Silva, 2010).

En nuestra investigación en general el 68,8% (11 internos) califican de regular la calidad de formación profesional y del mismo modo, el 62,5% (10 internos) se encuentran con nivel de conocimiento medio y el 87,5% (14 internos) con competencias también en el nivel medio. Por otro lado, se demostró que existe relación significativa entre la calidad de formación profesional y los conocimientos de los internos de medicina ($P \leq 0,006$); y lo mismo sucedió entre la calidad de formación profesional y las competencias de los internos de medicina ($P \leq 0,001$).

Lo anterior concuerda con los resultados encontrados por Flores, Sánchez, Coronado y Amador (2001) quienes manifestaron que la evaluación, la acreditación y la certificación penetran en todos los espacios de la vida universitaria: la misión y fines, las metas, los programas de estudio, el ambiente de aprendizaje, los académicos, la estructura de gobierno, los modos de planificar y presupuestar, las relaciones políticas con el estado. Estos procesos son, históricamente, los primeros pasos colectivos de una comunidad académica para rendir cuentas a sí misma y a la sociedad, sobre su quehacer y relevancia. En

este marco, las instituciones educativas legitiman la adquisición de conocimientos particulares, mediante el proceso educativo, que no sólo se concreta al saber disciplinario, sino a los valores sociales, culturales o económicos, que dan cuenta del tipo de sociedad en la que se educa a los sujetos.

Parra et al. (2013) mostraron que el internado de pregrado es una oportunidad en la formación médica; no obstante, el desconocimiento de sus objetivos y la falta de organización de las rotaciones en congruencia con el programa académico de la Facultad, propicia que los MIP no manifiesten iniciativa e interés por su formación integral y que el personal que apoya su formación no les proporcionen asesorías que contribuyan al mejoramiento de su desempeño profesional; propiciándose que gran parte de su tiempo en el internado lo dediquen a cuestiones administrativas que limitan el desarrollo de las competencias clínicas frente a situaciones de salud.

Santoyo, Valladares, Suárez, Sanabria y Fernández (2008) sostienen que la utilización de los métodos problémicos en la dimensión académica constituye una excelente vía para optimizar el proceso de enseñanza aprendizaje en la dimensión laboral e investigativa porque prepara a los estudiantes desde el sistema de conocimientos y habilidades necesarias a integrar y enfrentar la actividad práctica.

Mirón-Canelo, Iglesias-De Sena y Alonso-Sardón (2011) desarrollaron un estudio con el objetivo de conocer y analizar la valoración y las opiniones que tienen los alumnos de sexto curso de medicina sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje en su facultad y donde globalmente, encontraron que existe una evolución positiva entre 1999 y 2008-2010.

Sin embargo, los resultados ponen de manifiesto la necesidad de introducir cambios en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la medicina que mejoren la formación efectiva y la satisfacción.

Finalmente, la presente investigación tiene ciertas limitaciones que es preciso señalar. En primer lugar, el tipo de diseño adoptado, un estudio de corte transversal, limita la posibilidad de establecer relaciones causales entre las variables analizadas. También, se halla la dificultad de poder controlar todas las variables que podrían haber influido de forma individual en uno u otro periodo del estudio. Y, en investigaciones futuras, el estudio debe ampliarse a otros contextos, es decir a todos los internos de ciencias de la salud.

CONCLUSIONES

En el estudio se llegaron a las siguientes conclusiones:

- En general, el 68,8% (11 internos) califican de regular la calidad de formación profesional y del mismo modo, el 62,5% (10 internos) se encuentran con nivel de conocimiento medio y el 87,5% (14 internos) con competencias en el nivel medio.
- Por otro lado, la calidad de formación profesional se relaciona significativamente con los conocimientos de los internos de medicina ($P \leq 0,006$).
- Y, la calidad de formación profesional se relaciona significativamente con las competencias de los internos de medicina ($P \leq 0,001$).

SUGERENCIAS

Se sostienen las siguientes recomendaciones:

- Realizar estudios comparativos y explicativos con otros internos de ciencias de la salud.
- Incorporar en la preparación docente que reciben los internos de medicina conocimientos básicos de ética y bioética.
- Hacer un diagnóstico de las debilidades actitudinales de los tutores, para luego aportar las herramientas que permitan establecer una relación docente-alumno adecuada y constituir un modelo apropiado.
- En la selección de docentes, considerar una evaluación de las habilidades comunicacionales del candidato, tales como: capacidad para trabajar en equipo, dejarse corregir, saber escuchar.

BIBLIOGRAFIAS

1. Alonso J. (2000) Evaluación del conocimiento y su adquisición. Madrid: MEC.
2. Álvarez C. (1999) Pedagogía como ciencia. Editorial Félix Varela. Pág. 38.
3. AMFEM (2000) Boletín Mexicano de educación médica. México: AMFEM, 1:7.
4. Barrón Tirado, C. et al. (1996). Tendencias en la Formación Profesional Universitaria en Educación: Apuntes para su conceptualización, en revista Perfiles Educativos. 71: 65-74. México: Centro de Investigaciones y Servicios Educativos (UNAM).
5. Berry TN. (1992) Cómo gerenciar la transformación hacia la Calidad Total. Santa Fe de Bogotá: McGraw-Hill.
6. Boletín Oficial del Estado 183/2008, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. URL:
<http://www.boe.es/boe/dias/2008/02/21/pdfs/A10020-10035.pdf>.
7. Bolívar A. (2003) Evaluación en la educación secundaria: algunas consideraciones en torno a la diversidad: Málaga.
8. Camisón C y Bou J. (2000) Calidad percibida de la empresa: desarrollo y validación de un instrumento de medida". Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa, 9(1), p. 9-24.
9. Capela J y Sánchez G. (1999) Aprendizaje del Constructivismo. Editorial Massey and Vanier. Lima.

10. Carreño F. (1997) Instrumentos de medición del rendimiento escolar. México: Trillas.
11. Cejas E. y otros. (2001) La formación por competencias profesionales: una experiencia cubana. Habana: IPLAC. Curso pre-congreso, Evento "Pedagogía 2001".
12. Claret A. (2003) Las teorías pedagógicas, los modelos pedagógicos, los modelos disciplinares y los modelos didácticos en la enseñanza y aprendizaje de las ciencias. En Claret A, ed. Educación y Formación del Pensamiento Científico. Cátedra ICFES. Bogotá: Arfo Editores e Impresos Ltda. p. 21-45.
13. De Natale. (1990) Operatividad de la Didáctica, Tomo II. 5ta. Edición, México. Editorial Gernika.
14. Delors J. (1996) Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI. Madrid: Santillana, UNESCO.
15. Flores R, Sánchez A, Coronado M, Amador JC. (2001) La formación médica en México y los procesos en búsqueda de garantizar la calidad de los egresados. Rev Fac Med UNAM Vol.44 No.2.
16. Flórez R. (1999) Evaluación pedagógica y cognición. En: Ariza E, editora. Bogotá: McGraw-Hill.
17. Galcerá-Tomás J, Botella-Martínez C, Saura-Llamas J, Navarro-Mateu F. (2010) Las nuevas regulaciones en materia de formación médica de postgrado en España: la percepción del papel del tutor en la Región de Murcia. BMC Med Educ; 14: 10-5.
18. García y García, A. (1991) Los Difíciles Inicios (siglos XIII-XIV) en La Universidad de Salamanca. 16. España: Universidad de Salamanca.

19. Gardner H. (1994) Estructura de la mente. La teoría de las inteligencias múltiples. México: Fondo de Cultura Económica.
20. Godfrey RC. (2005) Exámenes Pregrado - una tiranía continua. *Lancet*; 345: 765-77.
21. Gómez JM, Borrel F, Pujol R, Carretero JM, Pi F, Vilar F. (1997) Análisis del impacto del proyecto COMBELL sobre la competencia clínica médica. *An Med Intern*; 14: 534-7.
22. Gonzalez M y Tournon Figueroa J. (2004) Autoconcepto y rendimiento escolar y sus implicaciones en la motivación y en la autorregulación del aprendizaje. Pamplona: EUNSA.
23. Greenberg SB. (2008) La conferencia Jeremías Metzger: Osler - web - cita: impacto de la explosión de la información en la educación médica. *Trans Am Clin Climatol Assoc*; 119: 245-61.
24. Guzmán-Aroca F, Cabañas-Perianes V, Botella C, Monzó E, Galcerá J. (2014) Estudio del cambio de perfil del médico interno residente en un período de cuatro años en un hospital de tercer nivel. *FEM*; 17 (3): 143-149.
25. Hackbarth G, Boccuti C. (2011) La transformación de la educación médica de posgrado para mejorar el valor de atención médica. *N Engl J Med*; 364: 693-5.
26. Hernández F. (2007) Métodos y técnicas de estudio en la universidad.
27. Himmel. (1985) Rasgos y Actitudes del Profesor Efectivo. Tesis para optar al Grado de Magister en Ciencias de la Educación. Pontificia Universidad Católica de Chile.
28. López F. (1994) La gestión de calidad en educación. Madrid: La Muralla.

29. Marín DE. (1997). La Formación Profesional y el Currículum Universitario en México, en Currículum, evaluación y planeación educativas. 1, 30-41. México: COMIE/ CESU/ENEP Iztalcala.
30. Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en salud. (2004) Modelo de evaluación de la relación docenciaservicio. Criterios básicos de calidad para centros de prácticas formativas. Bogotá. p. 7-12.
31. Mirón-Canelo JA, Iglesias-De Sena H, Alonso-Sardón M. (2011) Valoración de los estudiantes sobre su formación en la Facultad de Medicina. *Educ Med*; 14 (4): 221-228.
32. Moreno H. (2003) Modelos educativos y pedagógicos. En: Moreno, H, compilador. Modelos educativos pedagógicos y didácticos. Bogotá: Editora Géminis; 2003. p. 11-95.
33. Orellana C, Rojas M, Silva M. (2010) Influencia del modelo e imagen del médico durante la formación de pregrado en un grupo de estudiantes de medicina de la universidad de antofagasta. *Acta Bioethica*; 16 (2): 198-206.
34. Parra H, López JC, Vázquez AD, Guevara C, Cantú JC, Cervantes CR, et al (2013) Modelo gestión de calidad centrada en la formación integral del médico por competencias. Primer Congreso Internacional de Educación "Construyendo inéditos viables", Área Temática 8: Educación y salud: 2023-2038.
35. Pedraza-Muriel V. (2010) Formación médica y necesidades sociales. *Med Clin (Barc)*; 116: 658-63.

36. Penzo W. (2005) Enseñanza teórica y enseñanza práctica: ¿una clasificación pertinente? Med Clin (Barc); 105: 654-7.
37. Pérez R y Martínez L. (1989) Evaluación de centros y calidad educativa. Madrid: Cincel.
38. Pizarro R. (1985) Rasgos y Actitudes del Profesor Efectivo. Tesis para optar al Grado de Magister en Ciencias de la Educación. Pontificia Universidad Católica de Chile.
39. Real Academia Española (RAE). Disponible en <http://www.rae.es>.
40. Requena. (1998) Compendio de Didáctica General. Editorial Kapeluz, Buenos Aires.
41. Rozman C. (2007) La educación médica en el umbral del siglo xxi. Med Clin (Barc); 108: 582-6.
42. Sáenz ML. (2002) Innovación pedagógica y evaluación. En: Madiedo N, Pinilla AE, Sánchez J. eds, Reflexiones en educación universitaria II: Evaluación. Bogotá: El Malpensante S.A. p. 41-7.
43. Santoyo N, Valladares M, Suárez C, Sanabria J, Fernández Z. (2008) Métodos y formas de organización en el proceso de formación profesional de los estudiantes de medicina. Rev. Ciencias Médicas; 12(1).
44. Stufflebeam DL y Shinkfield AJ. (1987) Evaluación Sistemática. Madrid: Paidós-MEC.
45. Taitzman JK. (2011) Educar a los médicos para prevenir el fraude, desperdicio y abuso. N Engl J Med; 364: 102-3.
46. Tenner A y Detoro I. (1992) Gestión de la Calidad Total. Reading: Wesley.1992.