

Expectativas formativas en la residencia médica latinoamericana: una revisión crítica de motivaciones y condiciones educativas

Facultad de Medicina



Omar Chávez Martínez^{a,*,†}, Lissette Gómez Rivera^{b,§},
Leonardo Adriano Ragacini^{c,Δ}



Resumen

Introducción: La formación médica especializada en América Latina se desarrolla en entornos donde persiste una brecha entre los propósitos pedagógicos formales y las condiciones reales de trabajo, marcada por sobrecarga asistencial, supervisión insuficiente y climas educativos jerárquicos. Comprender cómo estas condiciones configuran las expectativas formativas de los residentes es clave para orientar reformas ajustadas al contexto regional.

Objetivo: Analizar críticamente la evidencia disponible sobre las expectativas formativas de los médicos residentes en América Latina, identificando patrones, tensiones y vacíos que orienten nuevas investigaciones y el rediseño de las políticas educativas.

Método: Revisión sistemática de artículos originales publicados entre 2010 y 2025 en PubMed y SciELO sobre

expectativas o necesidades formativas de médicos residentes latinoamericanos. De 71 referencias revisadas se incorporaron 30 estudios, y la información se codificó y categorizó inductivamente en dos ejes: (1) motivaciones vocacionales, identidad profesional y proyección de carrera, y (2) calidad docente, dinámica pedagógica y clima educativo.

Resultados: Los residentes muestran altas motivaciones intrínsecas, fuerte compromiso vocacional y expectativas de desarrollo profesional continuo, pero se forman en programas con tutoría insuficiente, retroalimentación escasa y evaluaciones poco sistemáticas. Predominan climas educativos atravesados por jerarquías rígidas, sobrecarga laboral, falta de recursos y episodios de maltrato, lo que impacta el bienestar, la identidad profesional emergente y las decisiones de carrera. La pandemia por enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19)

^a Unidad de Educación e Investigación, Coordinación de Investigación en Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Cd. Mx., México.

^b Dirección de Educación e Investigación en Salud, Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Oncología, Instituto Mexicano del Seguro Social, Cd. Mx., México.

^c Escuela de Comunicaciones y Artes, Universidad de São Paulo, São Paulo, Brasil.

ORCID ID:

^{*} <https://orcid.org/0000-0003-2633-1898>

[§] <https://orcid.org/0000-0002-3337-1575>

^Δ <https://orcid.org/0000-0002-2798-4551>

Recibido: 19-diciembre-2025. Aceptado: 28-enero-2026.

[†] Autor para correspondencia: Omar Chávez Martínez.

Correo electrónico: omar.chavez@imss.gob.mx

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

amplificó estas tensiones y evidenció fragilidades estructurales en la organización pedagógica, la supervisión y el cuidado de la salud mental.

Conclusiones: Las expectativas formativas convergen en la demanda de acompañamiento tutorial continuo, evaluación formativa explícita, modelos pedagógicos centrados en el razonamiento clínico, climas educativos seguros y coherencia entre proyectos vocacionales y oportunidades reales de desarrollo profesional. Avanzar hacia residencias más equitativas y formativas exige integrar estas expectativas en el diseño curricular, la evaluación y la organización del trabajo asistencial.

Palabras clave: Estudiantes de medicina; América Latina; educación médica; motivación.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Training Expectations in Latin American Medical Residency: A Critical Review of Motivations and Educational Conditions

Abstract

Introduction: Specialized medical training in Latin America takes place in settings where a persistent gap exists between formal educational goals and real working conditions, characterized by excessive workloads, insufficient supervision, and hierarchical educational climates. Understanding how these conditions shape residents' training expectations is essential to guide reforms adapted to the regional context.

Objective: To critically analyze the available evidence on the training expectations of medical residents in Latin America, identifying patterns, tensions, and gaps that may inform future research and the redesign of educational policies.

Method: Systematic review of original articles published between 2010 and 2025 in PubMed and SciELO on training expectations or needs of Latin American medical residents. Of 71 references screened, 30 studies were included. The information was coded and categorized inductively into two main axes: (1) vocational motivations, professional identity, and career projection; and (2) teaching quality, pedagogical dynamics, and educational climate.

Results: Residents show high intrinsic motivation, strong vocational commitment, and expectations of continuous professional development, but they train in programs with insufficient tutoring, scarce feedback, and poorly systematized assessment processes. Educational climates are frequently marked by rigid hierarchies, heavy workloads, lack of resources, and episodes of mistreatment, which undermine well-being, emerging professional identity, and career decisions. The coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic intensified these tensions and exposed structural weaknesses in pedagogical organization, supervision, and mental health support.

Conclusions: Residents' training expectations converge around the demand for continuous tutorial support, explicit formative assessment, pedagogical models centered on clinical reasoning, safe and respectful educational climates, and coherence between vocational projects and real opportunities for professional development. Progress toward more equitable and genuinely educational residency programs requires integrating these expectations into curriculum design, assessment systems, and the organization of clinical work, so that daily care activities are explicitly structured as guided learning opportunities.

Keywords: Students, medical; Latin America; education, medical; motivation.

This is an Open Access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

La formación médica especializada enfrenta revisiones constantes debido a la necesidad de comprender cómo se configuran las expectativas de los residentes y cómo estas se ajustan, o divergen, de las condiciones reales de los programas. La evidencia reciente

muestra una brecha persistente entre los propósitos pedagógicos formales y la dinámica diaria de los entornos clínicos, y pocos residentes evalúan positivamente su experiencia formativa, señalando déficits en la supervisión durante las guardias, jornadas excesivas y descansos insuficientes¹.

El primer año de residencia, decisivo para la construcción de la identidad profesional, suele describirse como un periodo de marcada vulnerabilidad. Se reporta que los residentes enfrentan carencias de recursos, ambigüedad en sus funciones, sobrecarga laboral y dinámicas jerárquicas que favorecen prácticas abusivas. Tales condiciones afectan el proceso formativo e inciden directamente en su bienestar físico y emocional, y se manifiestan en agotamiento, ansiedad y tensiones en sus relaciones personales². Dichas condiciones se desarrollan en entornos donde predominan relaciones impositivas, asignación de tareas ajenas al rol formativo y un marcado deterioro del equilibrio entre vida laboral y vida personal, factores que erosionan tanto el bienestar como el desempeño académico de los residentes³.

Las expectativas formativas se constituyen en la intersección de motivaciones individuales, condiciones estructurales y percepciones sobre el sistema de salud; por ello, integran variables como motivación intrínseca, intención de migrar y proyectos profesionales de largo plazo para mostrar que, aun con altos niveles de compromiso, los residentes pueden experimentar entornos de aprendizaje poco satisfactorios, con efectos posteriores en sus decisiones laborales⁴. En este marco, pueden entenderse como el conjunto de anticipaciones, explícitas o tácitas, relativas a los aprendizajes esperados, el acompañamiento formativo y la evaluación; abarcan la supervisión y la retroalimentación sin equipararse a satisfacción o bienestar, y se configuran en interacción con el clima educativo y con la construcción de la identidad profesional⁵.

Paralelamente, la producción científica sobre educación en residencias médicas se mantiene limitada en algunos países; los estudios se concentran en pocas instituciones, con énfasis en metodologías de enseñanza-aprendizaje y bienestar, y con escasa atención a perfiles de egreso o a evaluaciones de impacto a largo plazo⁶. Además, la evidencia disponible muestra una ausencia de estudios que examinen de manera sistemática y desde enfoques cualitativos las expectativas de los residentes a partir de sus propias experiencias.

Con base en lo anterior, el objetivo de esta revisión sistemática es analizar críticamente las expectativas formativas de médicos residentes en América

Latina, considerando organización asistencial, mediación pedagógica y clima educativo, identificar patrones y tensiones recurrentes, y delimitar contradicciones y vacíos de conocimiento que orienten investigaciones y contribuyan al diseño de políticas educativas coherentes, equitativas y sensibles al contexto actual.

MÉTODO

Revisión sistemática sustentada en análisis documental orientada a identificar la evidencia disponible sobre las expectativas formativas de médicos residentes en América Latina, mediante un proceso que integró las fases de búsqueda, selección y análisis temático de la literatura.

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda sistemática (**tabla 1**) en PubMed y SciELO para recuperar artículos originales publicados en el periodo 2010-2025 sobre expectativas o necesidades formativas de médicos residentes en América Latina. Tras aplicar criterios de inclusión lingüísticos y temáticos, y excluir trabajos sin texto completo o ajenos al foco formativo, se revisaron títulos, resúmenes y, posteriormente, los textos íntegros de 71 artículos. Finalmente, se incorporaron 30 estudios y se descartaron 5 por el idioma y 14 por falta de pertinencia, como se muestra en el diagrama de flujo PRISMA (**figura 1**).

Análisis temático

La información se analizó mediante enfoque temático inductivo. Se realizó una codificación inicial de los hallazgos, seguida de su agrupación en categorías revisadas iterativamente hasta el ajuste y saturación; luego se consolidaron por consenso y se organizaron en dos ejes: (1) motivaciones vocacionales, identidad profesional y proyección de carrera, y (2) calidad docente, dinámica pedagógica y clima educativo. Este proceso permitió identificar coincidencias, contrastes y vacíos persistentes en la literatura regional sobre las expectativas formativas de médicos residentes.

Consideraciones éticas

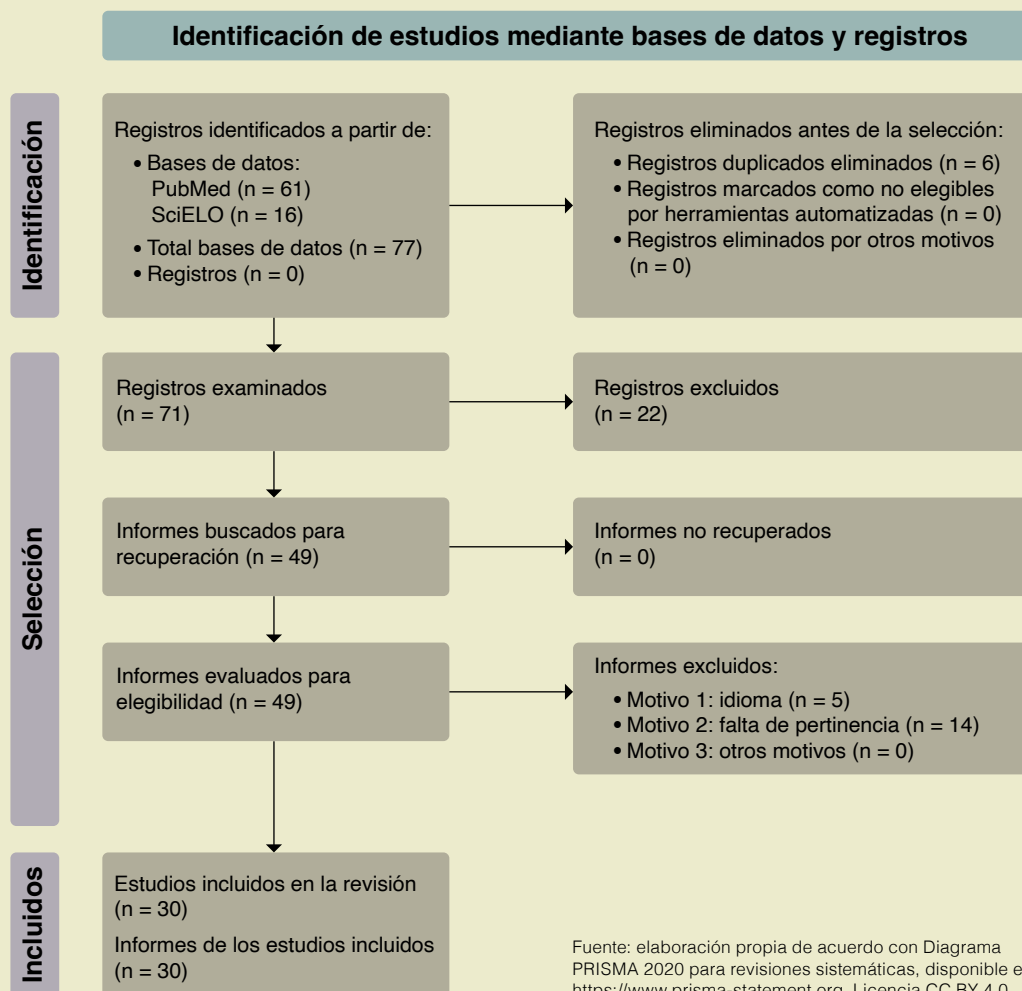
Dado que este estudio se basa exclusivamente en el análisis de artículos científicos previamente pu-

Tabla 1. Estrategia de búsqueda

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Artículos recuperados
PubMed	("Internship and Residency"[Mesh] OR "Residents"[Mesh] OR "medical residents" OR "resident physicians" OR "physicians in training") AND ("Education, Medical, Graduate"[Mesh] OR "medical education" OR "residency training" OR "postgraduate medical education") AND ("expectations" OR "perceptions" OR "aspirations" OR "educational needs" OR "learning needs" OR "experiences" OR "satisfaction") AND ("Latin America"[Mesh] OR "South America"[Mesh] OR "Central America"[Mesh] OR "Mexico"[Mesh] OR "Brazil"[Mesh] OR "Argentina"[Mesh] OR "Colombia"[Mesh] OR "Peru"[Mesh] OR "Chile"[Mesh] OR "Uruguay"[Mesh] OR "Ecuador"[Mesh]).	61
SciELO	("médicos residentes" OR "residentes médicos") AND ("expectativas" OR "percepciones" OR "satisfacción" OR "experiencias" OR "opiniones") AND ("formación médica" OR "educación médica" OR "residencia médica").	16

Fuente: elaboración propia.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2020 para la selección de estudios



blicados y no involucra sujetos humanos ni datos sensibles, no requirió aprobación de un Comité de Ética en Investigación conforme a la normativa institucional. No obstante, se condujo respetando los principios de la Declaración de Helsinki y las recomendaciones internacionales para revisiones sistemáticas, garantizando transparencia metodológica, citación adecuada de las fuentes e integridad en el manejo de la información.

RESULTADOS

Motivaciones vocacionales, construcción de la identidad profesional y proyección de carrera

En el contexto latinoamericano, las motivaciones vocacionales, la construcción de la identidad profesional y las proyecciones de carrera de los médicos en formación se configuran como un entramado complejo y dinámico, influido por factores personales, institucionales y estructurales. Aunque los estudios revisados ofrecen aproximaciones diversas, su análisis conjunto permite delinear una visión integrada de los procesos que orientan las decisiones iniciales y las expectativas respecto al futuro profesional.

En primer término, la motivación vocacional emerge como un eje común, aunque con variaciones según la especialidad y el país. Diversos estudios identifican un predominio de motivaciones intrínsecas vinculadas con intereses personales, vocación de servicio y deseo de crecimiento intelectual. Este patrón resulta especialmente evidente en investigaciones centradas en estudiantes de medicina y residentes de pediatría, donde la elección profesional se sustenta principalmente en una orientación interna hacia el aprendizaje y la práctica clínica⁴. De forma convergente, los residentes de medicina familiar describen una motivación ligada al deseo de adquirir una formación integral y al fortalecimiento de un estilo de práctica centrado en la atención continua y comprehensiva⁷. En contraste, otras especialidades incorporan motivaciones donde lo vocacional convive con condicionantes externos: los residentes de medicina preventiva y salud pública destacan una inclinación social orientada al abordaje de desigualdades, combinada con el interés por herramientas metodológicas que potencien su futuro profesional⁸, mientras que quienes se orientan

a la cirugía cardiovascular en Colombia enfrentan factores de selección fuertemente determinados por la competitividad, la exigencia del entrenamiento y, especialmente, los costos económicos derivados de la ausencia de remuneración⁹.

La diversidad de motivos identificados se articula con los procesos de construcción de la identidad profesional. En varias especialidades quirúrgicas, esta identidad se forja mediante la incorporación de tradiciones disciplinares, la adscripción a equipos reconocidos y la asimilación de un ideal técnico-resolutivo. Así ocurre, por ejemplo, en la cirugía cardiovascular colombiana, donde la pertenencia institucional funciona como un elemento central de legitimación⁹, como en las percepciones regionales sobre la formación en cirugía cardíaca, cuyo elevado grado de reafirmación vocacional, evidenciado en la proporción de residentes que volvería a elegir la especialidad, convive con un panorama laboral restrictivo que tensiona la autopercepción profesional emergente¹⁰. Por su parte, la identidad de los residentes de medicina preventiva se articula alrededor de la representación de la especialidad como un campo flexible y creativo, capaz de integrar múltiples áreas de actuación⁸. En medicina familiar, la identidad se construye desde el aprendizaje significativo y la incorporación de un modelo clínico-comunitario que otorga coherencia a sus aspiraciones formativas⁷. Incluso en la cirugía general, la identidad se manifiesta como un proceso en constante renegociación: aunque muchos residentes inician con definiciones tempranas de trayectoria, casi la mitad modifica sus preferencias durante la formación, lo que evidencia un itinerario identitario altamente permeable a las experiencias clínicas y a las condiciones de trabajo¹¹.

En cuanto a la proyección profesional, la evidencia señala que los médicos en formación construyen expectativas amplias que combinan su futura inserción laboral con la continuidad de su desarrollo académico. En diversas especialidades se advierte una fuerte inclinación hacia la formación avanzada, ya sea mediante nuevas residencias, subespecialidades o posgrados, lo que refuerza una autoimagen vinculada al perfeccionamiento permanente y la ampliación de competencias^{4,11}. En ciertas áreas, como la nefrología, predomina una expectativa laboral positiva, con proyecciones de empleo estable en

hospitales o centros especializados, lo que refuerza una identidad profesional confiada en su integración al mercado¹². Sin embargo, estudios en cirugía cardiovascular y cirugía cardíaca latinoamericana advierten escenarios menos favorables, caracterizados por saturación del mercado, dificultades para acceder a cargos estables y perspectivas limitadas de desarrollo profesional, factores que influyen decisivamente en las expectativas de continuidad y en la disposición inicial a elegir la especialidad^{9,10}.

También se identifican factores que introducen matices adicionales en la construcción de expectativas, como la necesidad de equilibrar la vida personal con las demandas laborales, el peso de condiciones estructurales y la inclinación hacia ciertos ámbitos de ejercicio, desde la alta complejidad hasta la atención primaria o las zonas rurales, según los incentivos y restricciones percibidas^{4,12}.

Calidad docente, interacción pedagógica y percepción del clima educativo

Diversos estudios subrayan la necesidad de un acompañamiento tutorial más sólido y con mayor intencionalidad pedagógica. En varios contextos, los residentes reportan supervisión escasa y un apoyo docente limitado, lo que afecta la confianza en sus formadores y evidencia que el aprendizaje queda frecuentemente supeditado a las exigencias operativas de los servicios clínicos⁸. Estas tensiones reaparecen en estudios donde la enseñanza de habilidades específicas, como la comunicación de malas noticias en neurología, depende de prácticas reactivas, sin planificación, sin retroalimentación sistemática y con escasa disponibilidad de docentes preparados para abordar competencias comunicacionales complejas¹³. De manera convergente, investigaciones centradas en fenómenos como el *burnout* muestran interacciones tutoriales fragmentadas, atravesadas por humillación, discriminación o escaso respaldo pedagógico, lo que confirma que la ausencia de acompañamiento formativo robusto trasciende áreas clínicas particulares¹⁴.

En la misma línea, distintos estudios muestran fallas estructurales en el ejercicio del rol tutorial. En nefrología, una proporción considerable de residentes indica no haber contado con tutoría o haberla recibido de forma insatisfactoria, lo que restringe la

retroalimentación continua y debilita la articulación pedagógica del proceso formativo¹². Una problemática análoga se observa en hospitales de Lima y Callao, donde casi una cuarta parte de los residentes señala no contar con acompañamiento tutorial, y las evaluaciones positivas del desempeño docente resultan escasas¹. En el ámbito de la rehabilitación, más de un tercio de los residentes percibe escaso compromiso pedagógico por parte de los médicos asistentes y expresa una baja satisfacción con tutores y coordinadores, lo que refuerza la imagen de una tutoría frágil y poco sistemática¹⁵. De modo semejante, en neurocirugía apenas un tercio de los programas dispone de esquemas formales de mentoría, lo que limita la orientación académica y profesional de los médicos en formación¹⁶. En cirugía cardíaca, tanto en análisis nacionales como regionales, las bajas tasas de satisfacción global con los programas, por ejemplo, apenas un 22.1% de residentes declara estar satisfecho, constituyen un indicador elocuente de fallas en los mecanismos de acompañamiento y en la organización pedagógica de la formación^{9,10}.

Junto a estas carencias, se subrayan las tensiones en la congruencia pedagógica y en la pertinencia de las estrategias docentes. En algunas especialidades quirúrgicas, la calidad docente se perfila solo de manera indirecta, a partir del prestigio técnico o de la trayectoria internacional del profesorado, sin una evaluación explícita de sus prácticas pedagógicas ni de su contribución al clima educativo^{9,17}. En medicina familiar, los residentes problematizan el peso de metodologías centradas en la memorización y en la reproducción mecánica de contenidos, en detrimento del razonamiento clínico y del análisis crítico, lo que revela un desajuste entre los métodos de enseñanza y las competencias requeridas para el ejercicio profesional⁷. La investigación cualitativa sobre comunicación docente-estudiante en medicina familiar coincide al mostrar estilos de enseñanza autoritarios, respuestas descalificadoras y jerarquías rígidas que limitan la participación, deslegitiman la voz del residente y erosionan la seguridad emocional necesaria para aprender en contextos clínicos complejos¹⁸. En contraste, se ha resaltado la centralidad del profesor titular como figura que estructura la experiencia formativa mediante prácticas de supervisión, conducción de actividades clínicas

y consistencia metodológica; la satisfacción con el proceso se vincula estrechamente con la calidad de la relación pedagógica, la claridad comunicacional y la participación en las sesiones¹⁹.

También se han incorporado perspectivas más estructurales, en las que la calidad docente aparece mencionada de forma fragmentaria, pero asociada a expectativas claras. En Chile se ha señalado la necesidad de políticas que integren el bienestar psicológico y ambientes inclusivos como componentes del clima educativo deseable⁶. También se ha descrito la importancia de disponer de suficiente tiempo educativo y de modelos de tutoría y supervisión formalizados, lo que muestra una heterogeneidad marcada entre sistemas con tutorías locales poco evaluadas y otros con estructuras formativas más sistematizadas²⁰.

En contraste con los escenarios más frágiles, algunos estudios describen modelos pedagógicos notablemente más robustos. En oftalmología, por ejemplo, la labor docente obtiene evaluaciones altamente positivas gracias a una supervisión consistente, retroalimentación oportuna y la provisión de materiales de apoyo. Estos elementos generan un entorno formativo estable y colaborativo, y favorecen un avance competencial continuo y bien estructurado²¹. De manera complementaria, el caso del *progress test* en enfermedades infecciosas muestra cómo la capacitación de preceptores en evaluación y la retroalimentación formativa pueden configurar un entorno más coherente y orientado al aprendizaje, donde los residentes valoran tanto la calidad de las evaluaciones como la posibilidad de recibir orientación sistemática²².

El clima educativo aparece como un factor central en la experiencia formativa. Varios estudios muestran entornos tensionados por jerarquías rígidas, conflictos y sobrecarga laboral, lo que afecta el bienestar de los residentes y reduce su disposición para aprender. Estas condiciones también debilitan la percepción de apoyo institucional y la integración pedagógica, especialmente cuando la supervisión en turnos clave es insuficiente²³. Asimismo, en Perú se han evidenciado condiciones adversas marcadas por episodios de violencia, falta de recursos, sobrecarga de guardias y ausencia de espacios de descanso. Estos factores deterioran la experiencia formativa

y revelan la limitada capacidad de los programas para garantizar entornos de aprendizaje seguros y propicios para el desarrollo profesional²⁴. De forma similar, en nefrología, la sobrecarga asistencial y las limitaciones organizacionales reducen el margen para actividades educativas estructuradas y generan tensiones entre las demandas del servicio y las necesidades formativas¹². En cirugías complejas y en hospitales de Lima y Callao, la precariedad de infraestructura y la escasez de espacios de descanso refuerzan la percepción de un ambiente poco propicio para el aprendizaje clínico^{1,9}.

En este contexto se ha destacado que el maltrato revela la expresión más grave del deterioro institucional, ya que la evidencia documenta gritos, humillaciones, intimidaciones y descalificaciones sistemáticas como prácticas normalizadas e incluso justificadas en algunos servicios, lo que refleja un entorno pedagógico profundamente dañado²⁵. De manera convergente, en México se ha descrito un ambiente fuertemente jerárquico, atravesado por amenazas, exigencias arbitrarias y castigos utilizados como mecanismo disciplinario, donde la retroalimentación se orienta más a la sanción que al desarrollo de competencias².

La pandemia por enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19) reconfiguró y amplificó estas tensiones y mostró que la transición hacia modalidades virtuales, aun cuando valorada positivamente por una parte significativa de los residentes, no logró compensar completamente la pérdida de espacios tradicionales de acompañamiento presencial. En México, la abrupta virtualización de seminarios y talleres fue recibida con una aceptación moderada, un 70.4% valoró positivamente la calidad de las sesiones en línea, pero implicó una disminución en las oportunidades de retroalimentación directa y de vinculación pedagógica sostenida²⁶. En Argentina, la reducción de clases teóricas y actividades académicas, sumada a una supervisión considerada limitada y a una comunicación institucional apenas moderada, deterioró la percepción de solidez pedagógica y debilitó el sentido de acompañamiento esperado en un contexto de alta incertidumbre²⁷. En pediatría, las dificultades de conectividad, las limitaciones en la participación y la reconversión hospitalaria configuraron un ambiente educativo complejo, marcado

por la sobrecarga asistencial y la fragmentación de los espacios de encuentro formativo, con diferencias notables entre áreas médicas y quirúrgicas²⁸.

En otros contextos, la crisis sanitaria acentuó inequidades y fragilidades preexistentes. En neurocirugía, la persistencia de enfoques docentes tradicionales, la variabilidad en el acceso a quirófano, las desigualdades de género, las sobrecargas laborales y la escasa atención a la salud mental configuran un clima educativo heterogéneo y, en ocasiones, adverso¹⁶. En la formación quirúrgica brasileña, las restricciones financieras, la disminución de la disponibilidad del cuerpo docente y la reducción de oportunidades supervisadas generaron una percepción de fragilidad metodológica e inequidad en la experiencia formativa, así como respuestas pedagógicas desiguales entre instituciones²⁹. En la residencia de medicina física y rehabilitación del Perú, la sensación de apoyo institucional insuficiente, combinada con diferencias significativas entre sedes en términos de prácticas formativas y condiciones laborales, delineó climas educativos dispares y, en algunos casos, claramente desfavorables¹⁵. De manera transversal, la pandemia actuó como amplificador de tensiones estructurales en los programas de residencia, y visibilizó deficiencias en la planificación pedagógica, en los esquemas de supervisión y en la construcción de climas educativos seguros y sostenibles.

Además, los residentes no solo expresan insatisfacciones, sino también expectativas orientadas hacia modelos pedagógicos más coherentes, menos fragmentados y mejor articulados entre los distintos espacios formativos. En varias investigaciones, las voces de los participantes reclaman retroalimentación oportuna, estrategias didácticas deliberadas, esquemas de mentoría formal y un reconocimiento explícito de la dimensión formativa de la vida laboral^{7,8,13,22}. La falta de planificación educativa, la escasa articulación curricular y la prevalencia de prácticas informales obstaculizan el desarrollo de competencias y reducen la satisfacción con la formación. Al mismo tiempo, los estudios que consideran el bienestar y la salud mental, así como las demandas de inclusión y acreditación rigurosa, muestran una expectativa creciente de entornos que ofrezcan seguridad psicológica, respeto y condiciones laborales dignas^{6,23}.

DISCUSIÓN

Es posible situar las expectativas formativas de los médicos en formación dentro de una constelación de factores que trasciende las motivaciones individuales. García-Huidobro, por ejemplo, señala que los estudiantes proyectan el “perfil del médico esperado” combinando aspiraciones científicas con una marcada valoración de atributos humanísticos³⁰, lo que revela que la identidad profesional en construcción no se sostiene únicamente sobre competencias técnicas, sino sobre un ideal normativo de práctica que articula responsabilidad social, trato interpersonal y ejercicio ético. De forma convergente, Torres Serna et al. muestran que la mayoría de los estudiantes aspira a continuar estudios de especialidad y orienta su trayectoria en función de expectativas laborales y de reconocimiento, lo que da cuenta de un proceso vocacional donde las posibilidades reales del mercado y las representaciones del futuro profesional se entrelazan desde etapas tempranas³¹.

La evidencia global también sugiere que las motivaciones intrínsecas y las expectativas identitarias conservan un peso decisivo. En efecto, Valadez-Nava et al. muestran que los internos ingresan a esta fase formativa con expectativas particularmente altas respecto de su desempeño clínico, el manejo de pacientes y la integración de saberes en situaciones reales³². Esto ilustra cómo el tránsito por las distintas etapas del currículo moldea habilidades y, además, reconfigura continuamente las expectativas que los propios estudiantes sostienen sobre su rol y sobre la pertinencia de la formación recibida.

Asimismo, Findyartini et al. documentan que la formación de la identidad profesional (*professional identity formation*, PIF) se caracteriza por un proceso dinámico donde intervienen simultáneamente factores internos (valores personales, autopercepción y motivación) y elementos del entorno educativo, tales como el currículo, las prácticas docentes y las relaciones jerárquicas³³. Los estudiantes destacan que la interacción constante con docentes, residentes y pacientes incide en la construcción de una imagen del “médico ideal”, especialmente durante experiencias como las primeras rotaciones clínicas.

Para ampliar la comprensión de lo anterior, se ha descrito que la identidad profesional no solo se construye mediante la integración de valores y

competencias, sino también a través del ejercicio sistemático de la reflexividad. Avargil et al. identifican siete categorías centrales de la PIF (reflexividad, relaciones entre pares, autoconcepto como futuros médicos, comunicación efectiva, elección de especialidad, desarrollo de la empatía y desafíos en las rotaciones clínicas) y demuestran que la escritura reflexiva evoluciona hacia formas más interpretativas y críticas conforme avanza la formación, fortaleciendo la capacidad de los estudiantes para analizar experiencias, emociones y estructuras jerárquicas propias del campo clínico³⁴.

En este entramado, Mineyko y Morrison³⁵ sitúan el rol de la retroalimentación y su documentación sistemática como una pieza estructural del aprendizaje y del desarrollo profesional. Se enfatiza que la documentación del desempeño no solo garantiza trazabilidad y equidad en los procesos evaluativos, sino que también opera como un dispositivo formativo que orienta la toma de conciencia sobre fortalezas, áreas de mejora y trayectorias de progreso.

A esta discusión se incorpora la afirmación de Shafian et al. de que la retroalimentación constituye un componente decisivo del aprendizaje clínico de médicos residentes, aunque su implementación presenta deficiencias estructurales³⁶. Se revela que solo una cuarta parte de los residentes recibe retroalimentación de manera regular, que menos del 40% la percibe como oportuna o situada en un entorno adecuado, y que apenas un tercio considera que el profesorado posee habilidades suficientes para ofrecer retroalimentación efectiva. Este hallazgo complementa y matiza los estudios previos al revelar que la brecha entre expectativas y prácticas formativas no se limita al contenido del currículo, sino que se extiende a los mecanismos cotidianos de interacción pedagógica, lo que afecta tanto la autopercepción del progreso como la posibilidad de construir trayectorias formativas coherentes.

Además, la discusión sobre el clima educativo adquiere una centralidad ineludible, pues se ha revelado que la interacción pedagógica, la calidad del acompañamiento y las condiciones institucionales inciden directamente en la satisfacción y en la estabilidad emocional de los residentes. Donde predominan relaciones jerárquicas rígidas, prácticas de incivilidad o insuficiencia estructural, las expectativas

formativas chocan con una realidad que obstaculiza el desarrollo de aprendizajes significativos. En cambio, cuando los programas logran integrar estándares docentes sólidos, dinámicas colaborativas y un clima institucional respetuoso, las expectativas se alinean con experiencias formativas más coherentes, incluso si persisten desafíos vinculados a recursos o carga asistencial.

Este panorama se complejiza aún más al considerar el eje evaluativo. En consonancia con lo destacado por Sharma et al., en Latinoamérica se reporta que la evaluación del desempeño continúa siendo un componente frágil, caracterizado por criterios implícitos, retroalimentación escasa y ausencia de dispositivos sistemáticos para monitorizar el progreso³⁷. Ello resulta especialmente problemático en competencias críticas, como la comunicación clínica o la toma de decisiones, donde la exigencia inherente al rol contrasta con la limitada disponibilidad de herramientas formativas y evaluativas. Sin embargo, algunos programas ilustran caminos posibles: la estructuración de modelos evaluativos objetivos, el uso de registros digitales o la incorporación progresiva de tecnologías de enseñanza indican que existen márgenes de mejora realistas, siempre que se combinen con una pedagogía claramente orientada a la práctica deliberada y reflexiva. A partir de estos hallazgos, la agenda inmediata combina dos frentes: en investigación, se requieren estudios multicéntricos y longitudinales que describan la evolución de expectativas y su vínculo con decisiones profesionales, así como evaluaciones de intervenciones que formalicen la retroalimentación y expliciten criterios; en el plano institucional, resultan prioritarias la retroalimentación programada con estándares transparentes y la supervisión situada, particularmente en guardias y escenarios de mayor complejidad.

CONCLUSIONES

Dada la heterogeneidad metodológica y contextual de los estudios incluidos, los hallazgos deben interpretarse como patrones convergentes más que como conclusiones generalizables a toda América Latina. En consecuencia, las expectativas formativas de los médicos en formación en América Latina pueden entenderse como el resultado de una interrelación entre el ambiente educativo, el diseño curricular, la

solidez de los sistemas evaluativos y las motivaciones personales. Bajo esa premisa, la evidencia sugiere la presencia de demandas recurrentes que podrían sintetizarse, al menos, en los siguientes ejes:

- Acompañamiento tutorial y supervisión clínica continua, con presencia docente efectiva, especialmente en escenarios de mayor complejidad y durante las guardias.
- Evaluación formativa con criterios explícitos y retroalimentación de calidad, sustentada en sistemas de evaluación claros, documentados y orientados al aprendizaje.
- Modelos pedagógicos coherentes y centrados en el razonamiento clínico, menos basados en la memorización y más en el análisis, la toma de decisiones y la comunicación clínica.
- Climas educativos seguros, respetuosos y libres de maltrato, que incluyan condiciones laborales dignas, carga de trabajo razonable, espacios de descanso y relaciones menos jerárquicas.
- Reconocimiento de la dimensión formativa del trabajo asistencial, de modo que las actividades clínicas cotidianas se organicen explícitamente como oportunidades de aprendizaje guiado.
- Coherencia entre aspiraciones vocacionales y oportunidades reales de desarrollo profesional, de forma que la residencia se articule con proyectos de carrera viables y éticamente sostenibles.

Por lo tanto, para mejorar la formación médica se requiere comprender cómo estas expectativas se entrelazan con prácticas y estructuras educativas y, con ello, rediseñar la organización de las residencias: fortalecer tutoría y supervisión, formalizar la evaluación formativa, garantizar climas educativos dignos y reconocer la naturaleza formativa del trabajo asistencial. Para que estas orientaciones sean implementables, se sugieren condiciones mínimas: tiempo educativo protegido, supervisión situada en guardias y mecanismos institucionales de reporte y atención del maltrato. En suma, la integración sistemática de estas expectativas, con criterios evaluativos transparentes y escenarios clínicos formativos, permitiría avanzar hacia residencias acordes con las exigencias profesionales y los principios éticos de la educación médica especializada.

CONTRIBUCIÓN INDIVIDUAL

- OCM: Autor principal.
- LGR y LAR: Coautores.

AGRADECIMIENTOS

Ninguno.

PRESENTACIONES PREVIAS

Ninguna.

FINANCIAMIENTO

Ninguno.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno. 🔍

REFERENCIAS

1. Mini E, Medina J, Peralta V. Programa de residentado médico: percepciones de los médicos residentes en hospitales de Lima y Callao. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2015;32:303-10 [citado 2025 septiembre 12]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v32n2/a15v32n2.pdf>
2. Acosta-Fernández M, Aguilera-Velasco MD los Á, Pozos-Radillo BE, Torres-López TM, Parra Osorio L. Vivencias y experiencias de médicos residentes mexicanos durante su primer año de formación académica. *Inv Ed Med*. 2017;6:169-79. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.09.012>
3. Fernández Vázquez MU, Sánchez Torres RI. Nivel de inteligencia emocional y empatía en médicos residentes. *Inv Ed Med*. 2023;12. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2023.48.23520>
4. Tonini F, Urtasun M. Expectations of medical students and pediatric residents in their professional development. *Arch Argent Pediatr*. 2025;123:e202410606. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2024-10606.eng>
5. Gin BC, Tsoi S, Sheu L, Hauer KE. How supervisor trust affects early residents' learning and patient care: a qualitative study. *Perspect Med Educ*. 2021;10(6):327-333. <https://doi.org/10.1007/S40037-021-00674-9>
6. Donato KM, Armijo-Rivera S, Pérez RC, Vicencio-Clarke S, Ramírez-Delgado P, Bonifay XT, et al. Educational research on medical residency programs in Chile: a scoping review and analysis of the impact of the new accreditation policy. *BMC Med Educ*. 2024;24. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05986-y>
7. Mendivil-Parra S, Chávez-Aguilasocho AI, Barrios-Olán C. Enfoques del aprendizaje en residentes de medicina de familia: un estudio mixto. *Rev mex med familiar*. 2024;11. <https://doi.org/10.24875/rmf.23000055>
8. Latasa P, Reques L, Gil-Borrelli CC. Actitudes y valoraciones de los médicos residentes sobre la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública. *Inv Ed Med*. 2016;5:182-90. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.02.005>

9. Vinck EE. Cardiac surgery in Colombia: History, advances, and current perceptions of training. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2020;159:2347-52. <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2019.09.079>
10. Marin-Cuartas M, Vervoort D, Contreras JR, Garcia-Villareal OA, Escobar A, Ferrari J, et al. Perspectives in Training and Professional Practice of Cardiac Surgery in Latin America. *Braz J Cardiovasc Surg.* 2023;38:1-14. <https://doi.org/10.21470/1678-9741-2022-0125>
11. Rasslan S, Arakaki MS, Rasslan R, Utiyama EM. Profile of the general surgery resident: What are the changes in the 21st century? *Rev Col Bras Cir.* 2018;45. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20181706>
12. Herrera-Añazco P, Bonilla-Vargas L, Hernandez A V, Silveira-Chau M. Perception of physicians about medical education received during their Nephrology residency training in Peru. *J Bras Nefrol.* 2015;37:333-40. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20150053>
13. Lima TAC de, Bruno FP, Gushken F, Degani-Costa LH, Novaes NP. Breaking bad news in neurology: assessing training, perceptions, and preparedness among residency programs in Brazil. *Einstein (Sao Paulo).* 2023;21:eAO0036. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2023AO0036
14. Miranda-Ackerman RC, Barbosa-Camacho FJ, Sander-Möller MJ, Buenrostro-Jiménez AD, Mares-Pais R, Cortes-Flores AO, et al. Burnout syndrome prevalence during internship in public and private hospitals: a survey study in Mexico. *Med Educ Online.* 2019;24. <https://doi.org/10.1080/10872981.2019.1593785>
15. De la Cerna-Luna R, Gonzales-Caller M, Taype-Rondan A. Percepción de residentes de Medicina Física y Rehabilitación del Perú sobre su residencia médica durante la pandemia por COVID-19. *Rehabilitation (Madr).* 2023;57. <https://doi.org/10.1016/j.rh.2022.06.001>
16. Murguía-Fuentes R, Husein N, Vega A, Rangel-Castilla L, Rotta JM, Quinones-Hinojosa A, et al. Neurosurgical Residency Training in Latin America: Current Status, Challenges, and Future Opportunities. *World Neurosurg.* 2018;120:e1079-97. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2018.08.232>
17. Spencer RMSSB, de Castro Ribeiro HS, de Araujo RLC, da Costa WL, de Oliveira AF, Cordeiro EZ, et al. Challenges in surgical oncology training in Brazil: From history to a board-certified specialization. *J Surg Oncol.* 2020;121:707-17. <https://doi.org/10.1002/jso.25850>
18. Hernández-Torres I, Pons-Álvarez ON, Romero-Henríquez LF, López-Ortiz G. Challenges in teacher-student communication during family medicine residency: A qualitative study. *PLoS One.* 2024;19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0310455>
19. González-Martínez JF, García-García JA, Arnaud-Viñas M del R. Evaluación de la satisfacción educativa de médicos residentes. *Cir Cir.* 2011;79:156-67. [citado 2025 septiembre 12]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/662/66221099009.pdf>
20. Angulo JC, Figueroa C, Gómez R, Martins F, Corrales JG, Secin F, et al. Estado actual de la formación urológica en América Latina. *Arch Esp Urol.* 2018;71:23-33. [citado 2025 septiembre 12]. Disponible en: <https://www.aeurolgia.com/EN/Y2018/V71/I1/23>
21. Guimarães ABC, Amaral E, Carvalho KM. Curriculum satisfaction of graduates of medical residency in ophthalmology. *BMC Med Educ.* 2023;23. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04410-1>
22. Hoekstra BE, Feliciano CS, Nascimento RT, Bollela VR. Progress test as an assessment for learning approach in an Infectious Diseases Residency Program: a case study. *Braz J Infect Dis.* 2024;28. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.103849>
23. Sarmiento PJ, Parra Chico A. Calidad de vida en médicos en formación de postgrado. *Pers Bioet.* 2015;19:290-302. <https://doi.org/10.5294/PEBI.2015.19.2.8>
24. Escobedo-Palza S, Nieto-Gutiérrez W, Taype-Rondan A, Timaná-Ruiz R, Alva-Díaz C, Jumpa-Armas D. Características del residentado médico en el Perú: resultados de la primera Encuesta Nacional de Médicos Residentes (ENMERE-2016). 34. 2017. [citado 2025 septiembre 12]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v34n4/a04v34n4.pdf>
25. Ortiz-León S, Jaimes-Medrano AL, Tafoya-Ramos SA. Experiencias de maltrato y hostigamiento en médicos residentes. *Cir Cir.* 2014;82:290-301. [citado 2025 septiembre 12]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/662/66231295008.pdf>
26. Oropeza-Aguilar M, de Jesús Cendejas-Gómez J, Quiroz-Compeán A, Buerba GA, Domínguez-Rosado I, Mendez-Probst CE. Impact of COVID-19 on surgical residency training programs in Mexico City: The third victim of the pandemic. A resident's perspective. *Cir Cir.* 2022;90:165-71. <https://doi.org/10.24875/ciru.21000278>
27. Hernández CI, Eymann A, Ladenheim RI, Isabel Duré M, García Dieguez M. Condiciones del aprendizaje en las residencias del equipo de salud durante la pandemia COVID-19, Argentina 2020. *Medicina (Buenos Aires).* 2022;82:66-73. [citado 2025 septiembre 12]. Disponible en: <https://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v82n1/1669-9106-medba-82-01-66.pdf>
28. Blanchet EB, Klünder MK, Morales JAO, De Titto CH, Montiel DA. Perception of pediatric residents from a tertiary hospital in the city of México regarding their training during the COVID-19 pandemic. *BMC Med Educ.* 2022;22. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03776-y>
29. Gerk A, Naus A, Carroll M, Ponte L, Salgado LS, Marrazzo E, et al. Perceived Impact of Coronavirus Disease 2019 on Surgical Training: A Brazilian Survey. *J Surg Res.* 2024;295:619-30. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2023.10.023>
30. García-Huidobro D, Núñez F, Vargas P. Expectativas de estudiantes de medicina de pregrado en relación al perfil de médico esperado. *Rev Méd Chile.* 2006;134:947-54. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872006000800001>
31. Torres Serna C, Ramírez Quiroga MP, Ospina Cruz J, Díaz Giraldo V. Expectativas para el ejercicio profesional de la medicina en estudiantes que inician su carrera universitaria. *Inv Ed Med.* 2017;6:190-7. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.11.004>

32. Valadez-Nava S, Heshiki-Nakandakari L, Osornio-Castillo L. Expectativas y sentimientos de los estudiantes de Medicina ante el internado de pregrado. *Inv Ed Med*. 2014;3:193-7. [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(14\)70935-4](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(14)70935-4)
33. Findyartini A, Greviana N, Felaza E, Faruqi M, Zahratul Afifah T, Auliya Firdausy M. Professional identity formation of medical students: A mixed-methods study in a hierarchical and collectivist culture. *BMC Med Educ*. 2022;22. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03393-9>
34. Avargil S, Saleh A, Kerem NC. Exploring aspects of medical students' professional identity through their reflective expressions. *BMC Med Educ*. 2025;25. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-07611-y>
35. Mineyko A, Morrison M. Documenting Performance and Feedback in Medical Education: An Essential Skill. *Med Sci Educ*. 2023;33:1399-403. <https://doi.org/10.1007/s40670-023-01888-8>
36. Shafian S, Ilaghi M, Shahsavani Y, Okhovati M, Soltanizadeh A, Aflatoonian S, et al. The feedback dilemma in medical education: insights from medical residents' perspectives. *BMC Med Educ*. 2024;24. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05398-y>
37. Sharma S, Sharma V, Sharma M, Awasthi B, Chaudhary S. Formative assessment in postgraduate medical education - Perceptions of students and teachers. *Int J Appl Basic Med Res*. 2015;5:66. <https://doi.org/10.4103/2229-516x.162282>