

EDITORIAL

El Médico que la sociedad demanda y las propuestas curriculares orientadas a la formación en Medicina

The Doctor society demands and the curricular proposals oriented to Medicine training

Jorge Tadeo Jiménez ¹ ¹ Academia Medicina del Paraguay. Asunción, Paraguay.Correspondencia: jimenezzorgetadeo@hotmail.com

Editor responsable: Miriam Espínola-Canata

Como referenciar este artículo: Jiménez JT. El Médico que la sociedad demanda y las propuestas curriculares orientadas a la formación en Medicina. Rev. salud publica Parag. 13(2):3-6.

Recibido el 5 de julio de 2023, aprobado para publicación el 26 de julio de 2023.

*“Upon the subject of Education, not presuming to dictate any plan or system respecting it, I can only say that I view it as the most important subject which we as a people may be engaged in.”**“Sobre el aspecto de la Educación, no pretendiendo dictar ningún plan o sistema al respecto, yo solo puedo decir que lo veo a éste como el más importante tema o aspecto en el cual como personas nos podemos comprometer” -- Abraham Lincoln*

El concepto de educar y la educación como proceso, entendida como función social, apunta a formar personas y al desarrollo de la persona. Educar es crear cultura, generar potencialidad de dialogo, es producir conciencia colectiva y que cada persona aprenda a aprender. Se aprende por la discusión y la crítica, por un proceso dialéctico de acción y reflexión. Indudablemente que las diferentes concepciones educativas que se han dado y aún se dan hoy día, tienen su vinculación con un modelo/s de desarrollo, que de alguna manera “contamina” el concepto y el accionar. Es así que en los poco más de veinte años últimos la discusión respecto a la Educación Superior o Universitaria se viene dando alrededor del Proceso de Bolonia en 1999, iniciado en Europa y extendido luego a todo el mundo^(1,2).

En cuanto al currículo que hace a la formación del Médico, a partir de Bolonia, se instala la discusión e implementación de la enseñanza basada en la lógica de las competencias, los logros de aprendizaje, los ciclos y los créditos trasferibles para la movilidad estudiantil y de profesionales, así como la necesidad de transparentar los títulos para la empleabilidad. Más allá de la motivación general del Espacio Europeo de la Educación Superior (EEES), que incluye en la discusión la enseñanza de la Medicina por competencias, ésta se ha constituido en una modalidad orientadora de la formación y de la evaluación, que tiene por resultado una mejora de la calidad de la Educación, pero fundamentalmente de los desempeños de Médicos que la sociedad demanda⁽²⁻⁴⁾.

Las competencias comprometidas en los perfiles de egreso garantizan empleabilidad en tanto cuanto que entendidas como la capacidad de “saber ser-saber actuar”, y que evaluadas, permiten la certificación del desempeño del estudiante o formando. El saber actuar, ser competente, se inserta en un contexto; el estudiante debe saber actuar, movilizando saberes, recursos y repertorios para resolver situaciones complejas, comunes hasta cierto punto a cada disciplina, pero modificadas por el entorno en que se mueve, el contexto.

El cambio de paradigma de la Medicina Curativa, donde la efectividad del médico se basa en tecnologías avanzadas para el diagnóstico más certero, las complejas intervenciones tecnológicas y el desarrollo permanente de medicinas cada vez más efectivas, de alto costo y en ocasiones de efímera permanencia en el mercado, a la Medicina Preventiva, entendiendo que el ser humano es un ser biológico por naturaleza, pero con espíritu y alma, con un entorno familiar, social y ambiental, que influye necesariamente sobre su estado de salud. En la mayor parte de las sociedades desarrolladas, en las cuales los Médicos en formación se desempeñarán, la esperanza de vida de las poblaciones se extiende por encima de los 75 años, y al mismo tiempo se debe remarcar el drama y desafío que significa desde el punto de vista de salud, de prestación de cuidados de la salud, la migración de personas y de poblaciones migrantes, muchas veces. La globalización de problemas y la necesidad de planteamientos, igualmente a escala global, para su eventual solución o administración, exigen el adecuado manejo de la información y la comunicación, así como de las tecnologías^(4,5).

Igualmente, el cambiante rol de la Medicina en la sociedad y la igualmente cambiante y, al mismo tiempo, crecientes expectativas que los pacientes tienen de sus médicos, implican que el contenido y desarrollo del curriculum médico debería cambiar también o, adaptarse a ello. Se podría decir que pocas dudas existen respecto a que un curriculum médico determinado, en tanto compromiso institucional para con el estudiante y la sociedad, refleja el itinerario del proceso formativo de un futuro médico, y se encuentra bajo presión de fuerzas externas a las puramente académicas.

Por tanto, el curriculum médico debe ser elaborado de modo que exista coherencia entre los contenidos y actividades curriculares por un lado y el perfil de egreso por otro, debe además ser elaborado de acuerdo a las necesidades de la sociedad, los problemas y familia de problemas que han de ser enfrentados, así como aquello que refleje el sello institucional. Y todo

cuanto se apunta, debe ir en un balance que permita asumir lo altamente tecnológico pero sin alejarse, antes bien enfatizar, el *acercamiento* humanitario.

El mentado enfoque biopsicosocial de la práctica profesional médica exige, como ya lo expresáramos más arriba, una formación que trasciende lo biológico y necesariamente implica la consideración y comprensión de contextos sociológicos, antropológicos y éticos al tiempo de su ejercicio. Al mismo tiempo, la enseñanza y evaluación para desarrollar habilidad comunicacional, y por ende su inclusión como importante contenido/competencia curricular, conjuntamente con temas de salud pública, ha sido particularmente enfatizada por el General Medical Council (GMC) del Reino Unido en su reporte *Tomorrow's Doctors*, allá por el año 2002^(5,6).

En suma, el foco del cuidado de la salud se ha movido desde el cuidado episódico de la persona o paciente individual en los hospitales, al cuidado continuo y a la promoción de la salud en la comunidad mediante equipos de atención primaria de la salud.

Estos cambios tienen implicancias significativas para las instituciones educativas médicas. La formación en Medicina se ha vuelto más centrada en el estudiante que centrada en, o proyectada desde el docente. Con énfasis en el aprendizaje activo basado en problemas y la solución de problemas, antes que en una pasiva transmisión y adquisición de conocimientos sin contexto. Es así que en los últimos quince a veinte años se han dado varias experiencias de revisiones curriculares en este sentido en escuelas de Medicina, tanto en Europa como en Canadá y EUA, algunos países asiáticos e incluso en Latinoamérica. El eje del diseño curricular se ha orientado precisamente a la búsqueda de una integración e integralidad curricular, que en contraposición al conocido como curriculum tradicional, dividido en ciclos de ciencias básicas y clínicas desarrollados por asignaturas, con poca preocupación por la integración de saberes, es que surge así la idea de la *Integración Curricular* como una propuesta de diseño que busca un contacto clínico temprano del estudiante, ya en los primeros años de la carrera, y el proceso de enseñanza-aprendizaje basado en problemas. Algunas escuelas de Medicina y Universidades en Europa precisamente, han enseñado y enseñan utilizando el curriculum tradicional y el integrado, conjuntamente. El efecto o impacto producido por la combinación de ambos es difícil de establecer pues ambos factores pueden ser críticos para la determinación de los beneficios de un nuevo curriculum. No obstante, existe evidencia arrojada mediante estudios que hacen a la percepción de estudiantes; favorable o satisfactoria, especialmente relacionada a la medicina clínica integrada centrada en el paciente e introducida ya en los primeros años de la carrera, como favoreciendo ello el pensamiento crítico y por ende las habilidades para la solución de problemas o situaciones. Sin embargo, sigue habiendo necesidad de un análisis crítico de experiencias, tanto desde la perspectiva docente como del estudiante o formando en Medicina que permitan aumentar el *Logos* para la toma de decisiones fundamentadas^(4,6-8).

La Educación Médica está planteada como un proceso continuo que se inicia con la formación de grado, cuyo propósito fundamental es formar un médico básico indiferenciado, que

al egresar sea capaz de ejercer la medicina en el nivel primario de atención y esté capacitado para continuar su formación y perfeccionamiento después de obtener el título de grado profesional.

La finalidad de la etapa de Postgrado en Medicina y Ciencias de la Salud es desarrollar los programas y actividades necesarios para formar todos los tipos de médicos y otros profesionales que exige actualmente la diversificación de la Medicina y el cuidado de la salud. La necesidad de actualizaciones y por ende, de ajustes en programas formativos, obedecen tanto a la incorporación de los avances científicos y tecnológicos, así como la demanda de la sociedad misma⁽⁸⁻¹⁰⁾.

La formación médica, la especialización y el perfeccionamiento continuo deben ser organizados y desarrollados por organismos universitarios o unidades académicas o formadoras, debidamente autorizadas y acreditadas, bajo un proceso de auditoría de calidad de proceso, que felizmente está suficientemente establecido hoy día en nuestro país por las instancias rectoras en Educación Superior – el CONES o Consejo Nacional de la Educación Superior - y su órgano técnico que analiza la calidad de proceso precisamente; la ANEAES o Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior (Ley Educación Superior 4995/2013)⁽¹¹⁻¹³⁾.

La Acreditación como proceso o instrumento se refiere a Certificación de Calidad, es conferida a Carreras, Cursos o Programas e instituciones que cumplen con estándares y se otorga generalmente por 4 a 6 años. Resulta de un acuerdo y compromiso de aceptación de sus resultados por parte de instituciones y naciones. Es una certificación del accionar como Unidad Académica Formadora, de Médicos en nuestro caso y es referida también, como reconocimiento del producto egresado de ella por sus pares nacionales, regionales e internacionales y, muy importantemente, ser vista como una oportunidad para corregir rumbos.

En Marzo de 2022 el CONES tenía registradas 39 carreras de medicina, 27 de ellas habían sido habilitadas antes de la vigencia de la Ley ES 4995/2013. La ANEAES ha culminado procesos y acreditado a 17 carreras de medicina desarrolladas en unidades formadoras, tanto a nivel público como privado.

En este punto es de justicia resaltar que la Unidad Académica Formadora de Médicos más antigua y prestigiosa de nuestro país (de grado y postgrado), la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (FCM-UNA), ha pasado por procesos de Autoevaluación con fines de Acreditación de la carrera de grado desde mediados de la primera década del 2000, (proceso experimental MEXA), primeramente. Posteriormente, en 2010-2011 y el último en 2017 -2018, ha sido acreditada por 5 años, sucesivamente.

Actualmente, tras la implementación del Plan Curricular Innovado de 2015-2017, e ir finalizando la primera cohorte con este plan de estructura modular integradora y orientado a competencias, esta presta e inmersa en un nuevo proceso de autoevaluación con fines de acreditación.

En cuanto a la formación de Postgrado en la FCM-UNA esta se ha venido estructurando como Programas con Residencias Médicas o de Entrenamiento en Servicio (de 3 o 4 años de duración), desde la creación, por el Consejo Superior Universitario, mediante Resolución N° 2861-04-90, Acta N° 627, de fecha 15 de febrero de 1990, de la Escuela de POST-GRADUACION ACADEMICA DE LA UNA, actualmente Dirección de Post Graduación Académica. A su vez, por Resolución del Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas-UNA, Acta N° 1837 de fecha 7 de mayo de 1993, se creó la Escuela de Postgrado dependiente del Departamento de Educación Médica. Los primeros Programas revisados y aprobados por las Autoridades competentes e implementados plenamente, desde los años 1996 y 1998, han sido los de las Especialidades troncales: Clínica Pediátrica; Medicina Interna, Cirugía; Gineco-obstetricia y Neuropsiquiatría. A ellos se han sumado programas en Especialidades/Subespecialidades derivadas de las troncales.

Así también se desarrollan Programas de Maestría, como la de **Maestría en Docencia Médica Superior – MDMS (FCM-UNA)**, orientada a la cualificación y “profesionalización” del Docente Médico. De 2 años de duración, parte desde su primera cohorte en 2010-2012, y le siguieron 3 cohortes más; 2012-2015; 2019-2021; y la última 2021-2023, que acaba de finalizar. Diseñado como un espacio de reflexión desde y para la Docencia Médica, persuadidos de la especificidad de la misma, y que se proyecta a un renovado análisis para la acción, ante una dinámica cambiante, constantemente, en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la Medicina.

Actualmente, la oferta académica de la FCM-UNA es de 48 Programas de Postgrado. A la fecha, los Programas de Postgrado de las Especialidades troncales han pasado satisfactoriamente los procesos de Acreditación de Calidad, bajo los estándares requeridos por la ANEAES. Igualmente, la MDMS ha sido también Acreditada en Diciembre pasado.

La calidad de la Formación en Medicina está en relación o depende fundamentalmente de los siguientes ítems: el Programa o Plan Académico estructurado, pero abierto siempre al análisis; la Solvencia y Compromiso del Equipo Docente; la Selección de Postulantes; la Disponibilidad y Administración de Recursos humanos y tecnológicos; la Acreditación de los centros de formación y la Armónica relación Docente/Asistencial. La docencia médica implica la movilización y articulación dinámica y dialógica entre los saberes propios de la disciplina o profesión (la experticia médica) y los saberes pedagógicos (la experticia pedagógica). Además, a estos se suman los saberes que provienen de la experiencia, tanto del ámbito de la medicina y de la docencia, como de la vida misma^(14,15).

Una preocupación de años y aún más acrecentada recientemente, es la “oferta” exagerada de carreras de grado en medicina sin el soporte adecuado de “campos clínicos o de práctica”. Y, cuando se enfatiza en la marcada di relación entre; el número de médicos egresados cada año y la posibilidad de proseguir su formación médica en el postgrado mediante programas de Residencias Médicas o de Entrenamiento en Servicio bien estructurados y supervisados, desarrollados estos en servicios clínico-asistenciales.

Esta es una etapa ampliamente reconocida como fundamental en el proceso formador de médicos prácticos, en la absoluta mayoría de las especialidades clínicas.

De alguna manera, el CONAREM (Consejo Nacional de Residencias Médicas) gestionado y gerenciado por el MSP y BS, ya en su idea primigenia a inicios de los años 1990, y puesta en vigencia desde la primera década de los 2000, logró ordenar el acceso y aumentar importantemente la oferta de plazas de residencias médicas o formación de postgrado en los hospitales de la red del MSP, como ser el Hospital Nacional de Itaguá, el Hospital Pediátrico Acosta Ñu, así como otros Hospitales Generales del área central y regionales. Igualmente, ha sido y es uno de los más importantes centros formadores, el Hospital Central del IPS (Instituto de Previsión Social), y otros de su amplia red de hospitales.

No obstante, se debe reconocer que esto no se ha visto acompañado por un crecimiento en cantidad y calidad suficientes con acuerdo a la demanda creciente ya mencionada. Ello continua como una tarea pendiente a nivel nacional. La responsabilidad debe ser asumida por las unidades formadoras de recursos humanos en salud altamente calificados, quienes trabajen juntamente con la institución rectora en salud a nivel país, mediante estrategias coordinadas que permitan acercarse a solucionar el desfasaje existente al presente.

Es precisamente cuanto apuntamos más arriba, aquello que se ha visto sacudido, diríamos que “tironeado” drásticamente, tras la reciente Pandemia. Hoy día, apenas asomando las ideas -aprendizajes y experiencias surgidas “al paso” de esta Crisis de Sistemas que significó el COVID-19, tenemos que administrar desafíos en ese Proceso Continuo de Enseñanza/Aprendizaje de la Formación Médica Integral.

La ineludible administración de los retos científico-tecnológicos abruma por su evidencia y peso. Y deben ser abordados con decisión personal e institucional ciertamente. Pero sin dudas también, que ello No debe alejarnos o distraer a los Docentes Médicos del compromiso medular de guiar la forja del Médico y así recuperar para el ejercicio de la Medicina el Humanismo, para actuar con Competencia, Honestidad y Compasión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ertmer PA, Newby TJ. Behaviorism, cognitivism, constructivism: comparing critical features from an instructional design perspective. *Perform Improv Q.* 2013;26(2):43-71.
2. Mann KV. Theoretical perspectives in medical education: past experience and future possibilities. *Med Educ.* enero de 2011;45(1):60-8.
3. Harden RM, Crosby JR. AMEE Guide No 20: The good teacher is more than a lecturer - the twelve roles of the teacher. *Med Teach.* enero de 2000;22(4):334-47.
4. Schwartzstein RM, Dienstag JL, King RW, Chang BS, Flanagan JG, Besche HC, et al. The Harvard Medical School pathways curriculum: reimagining developmentally appropriate medical education for contemporary learners. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* noviembre de 2020;95(11):1687-95.

5. Ortega Bastidas J, Nocetti de la Barra A, Ortiz Moreira L. Prácticas reflexivas del proceso de enseñanza en docentes universitarios de las ciencias de la salud. *Educ Médica Super.* septiembre de 2015;29(3):576-90.
6. Ortega-Bastidas J, Matus-Betancourt O, Márquez-Urrizola C, Parra-Ponce P, Alvarado-Figueroa D, Pérez-Villalobos C, et al. Desde la concepción de disciplina científica a la noción de didáctica en carreras de la salud. *FEM Rev Fund Educ Médica.* 2019;22(1):35-41.
7. Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer KM. American medical education 100 years after the Flexner report. *N Engl J Med.* 28 de septiembre de 2006;355(13):1339-44.
8. Cook DA, Durning SJ, Sherbino J, Gruppen LD. Management reasoning: implications for health professions educators and a research agenda. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* septiembre de 2019;94(9):1310-6.
9. Hart A, Romney D, Sarin R, Mechanic O, Hertelendy AJ, Larson D, et al. Developing telemedicine curriculum competencies for graduate medical education: outcomes of a modified delphi process. *Acad Med.* abril de 2022;97(4):577.
10. Rodríguez-Padial L, Cacheiro-González ML, Medina-Rivilla A. Conocimiento y uso de las tecnologías de la información y de la comunicación en la formación médica continuada. *FEM.* 2015;18(4):283-91.
11. Consejo Nacional de Educación Superior. Registro nacional de ofertas académicas [Internet]. CONES. [citado 2 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://cones.gov.py/carreras-y-programas-aprobados/>
12. Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior. ANEAES. [citado 2 de agosto de 2023]. Acreditaciones. Disponible en: <http://www.aneaes.gov.py/v2/carreras-acreditadas>
13. Congreso de la Nación Paraguaya. Ley N° 4995 / De Educacion Superior [Internet]. ago 5, 2013. Disponible en: <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/4401/ley-n-4995-de-educacion-superior>
14. Tadeo Jiménez J, Palacios M, Aparicio C, Cañete F, Calderoli F, Bogado N, et al. Propuesta del perfil docente basado en competencias de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción. *An Fac Cienc Médicas Asunción.* 16 de septiembre de 2016;49(1):119-40.
15. Szulewski A, Braund H, Dagnone DJ, McEwen L, Dalgarno N, Schultz KW, et al. The assessment burden in competency-based medical education: how programs are adapting. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 21 de junio de 2023;doi: 10.1097/ACM.0000000000005305