

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Informe de avance del proceso de reforma curricular

DR. RODRIGO MORENO
Coordinador de la Reforma Curricular

DR. NICOLAS VELASCO
Director de Pregrado

En un proceso que involucró a todos los estamentos académicos, la Facultad de Medicina elaboró el plan de desarrollo 1992-1995 de la Escuela de Medicina. En este plan se contempla un cambio curricular, que tiene como objetivo final "la formación de un licenciado en Medicina capacitado para una especialización ulterior, incluyendo la de médico de atención primaria. Este cambio de objetivos permitirá disminuir la densidad de contenidos temáticos necesaria para la estructuración de un programa flexible, dinámico, orientado a estimular la adquisición de una actitud reflexiva, de una capacidad clínica y de una mentalidad científica en el contexto de una visión cristiana del hombre enfermo. El plan de estudios enfatizará la iniciativa personal y el aprendizaje autodirigido. Además, complementará el modelo de enseñanza clínica actual, basado en la situación intrahospitalaria, con uno de medicina ambulatoria enmarcado en el enfoque preventivo y de fomento de la salud".

Considerando la importancia del tema, el interés que diferentes miembros de la Facultad han manifestado en conocer este proceso, y la necesidad de la más amplia participación de los académicos, hemos redactado esta breve reseña de la situación actual de la reforma curricular. Debido a lo complejo del problema, este resumen no contiene todos los aspectos que han sido considerados o que están por discutirse, sino sólo aquellos en los cuales existe ya un cierto grado de acuerdo.

Desde abril de este año se ha estado trabajando en la reforma del currículo según las bases del plan de desarrollo. En una primera etapa se ha tratado de definir el tipo de egresado que deseamos formar y la identificación de problemas en el currículo actual. Hasta la fecha se han efectuado numerosas reuniones de los encargados del proceso con la Comisión de Análisis Curricular, con diferentes académicos, y se han solicitado opiniones a personalidades de nuestra Facultad y de otras instituciones. Nos hemos propuesto como meta continuar recabando opiniones hasta el fin de este semestre. Posteriormente, elaboraremos un proyecto formal del nuevo currículo, el cual será discutido ampliamente por la Facultad durante el primer semestre del próximo año. El plan es que, dentro de lo posible, el cambio curricular comience a operar en 1995.

La reforma curricular es un proceso complejo, ya que en él están involucrados aspectos de política universitaria, éticos, técnicos, docentes, de recursos humanos y materiales. Además, la reforma curricular trasciende la formación de pregrado, ya que de ella se derivan cambios en la formación de postgrado.

Aparentemente no existiría una forma perfecta de enseñar Medicina. Al revisar los currículos de diferentes Escuelas del país y del

extranjero, se puede comprobar que en cada una de ellas éste es distinto. Esta variedad probablemente refleja las diferencias en medios materiales y humanos de cada Escuela, orientaciones filosóficas diversas, realidades nacionales o regionales distintas y prejuicios variados. Por lo tanto, no existe un modelo perfecto que copiar o adaptar, por lo cual el nuevo currículo debe, necesariamente, ser una creación de nuestra comunidad académica.

El cambio curricular se puede dividir en dos grandes partes: por un lado, un cambio en el tipo de médico que se quiere formar durante el pregrado y, por otro, en los métodos que se desea emplear para lograr ese objetivo. A continuación se describen brevemente algunos aspectos de ambos temas.

Tipo de médico

El objetivo terminal de las Escuelas de Medicina de nuestro país ha sido, desde 1963, la formación de un médico indiferenciado. En este objetivo está implícita la capacidad de solucionar problemas prevalentes en las áreas de Medicina Interna, Pediatría, Psiquiatría, Cirugía, Obstetricia y Ginecología, tanto a nivel ambulatorio como intrahospitalario. Además, algunas veces estos médicos indiferenciados deben tomar responsabilidades en servicios de urgencia, de planificación de salud pública, de medicina forense y otros.

El solo enunciado de las materias que el médico indiferenciado debería dominar en diferentes ámbitos, permite plantear que es prácticamente imposible que la profundidad de los conocimientos impartidos por las Escuelas de Medicina sea suficiente para lograr una óptima calidad en cada uno de los campos, especialmente considerando los progresos de la Medicina en cada uno de ellos.

Conscientes de estas limitaciones, los médicos recién egresados suelen recurrir a algunas formas de especialización de facto. Por ejemplo, en los hospitales en que existe más de un servicio, los médicos no diferenciados se transforman en "internistas", "pediatras", "obstetras" o "cirujanos", de acuerdo a sus aptitudes, entrenamiento previo y a las necesidades de los servicios. Es más, cuando existen varios médicos indiferenciados en un servicio, pueden dedicarse preferentemente a una subespecialidad. Otros trabajan preferentemente en la atención ambulatoria, dejando de lado la atención de pacientes hospitalizados, lo que también es una forma de especialización. Los hechos enunciados quedaron claramente manifestados en un trabajo publicado en 1985, de los Dres. Venturini, Palma, Silva y Radrigán, en que se describe a los médicos de atención primaria en Chile, ya que prácticamente todos los

encuestados se consideraban especialistas en su práctica hospitalaria (pediatras 56%, internistas 6,7%, ginecologistas 20,3%, cirujanos 3,3%, otros 13,5%).

Considerando los cambios que ha experimentado nuestro país en el tiempo transcurrido desde que se impuso la idea de formar un médico no diferenciado, la necesidad de éste parece hoy poco clara. Por ejemplo, una alta proporción de la población chilena vive en medios urbanos, que cuentan con hospitales con los cuatro servicios básicos o incluso más complejos. Por lo tanto, la mayor parte de nuestra población debería ser, y de hecho es, atendida por médicos que trabajan preferentemente en un servicio básico (Medicina, Cirugía, Pediatría u Obstetricia) o por médicos que ejercen preferentemente la medicina ambulatoria.

De acuerdo a lo anterior, parece evidente que la necesidad de un médico indiferenciado, multivalente, se justifica sólo en una minoría de lugares aislados dentro de nuestro país. Por otra parte, parece razonable considerar que el ideal sería que este tipo de cargo fuera ejercido por médicos con experiencia y entrenados específicamente para cumplir con la amplia demanda de conocimientos y destrezas que implica funcionar como médico único en un lugar con escaso equipamiento y personal. A diferencia de lo que ocurre en algunos países desarrollados, en que la Medicina primaria es ejercida por médicos entrenados y dedicados especialmente a esta actividad, en Chile la Medicina General se practica transitoriamente, como parte de la carrera antes de llegar a la especialización. Por ejemplo, en el trabajo mencionado previamente, un 67,7% de los médicos que trabajaban en atención primaria en 1985 tenía como aspiración obtener una beca de especialización.

De las ideas recién expuestas, queda claro que el objetivo de nuestra Escuela de Medicina debe ser ajustado a los signos de los tiempos. ¿Cuáles son éstos? Esta pregunta es difícil de contestar a priori, pues para ello necesitamos información respecto a qué hacen los médicos recién egresados. Una de las tareas actuales en el proceso de la reforma curricular es la investigación de este punto en las promociones más recientes, mediante una encuesta. Aun sin conocer con certeza la respuesta a esta pregunta, se sabe que ellos siguen varios caminos en proporciones por determinar:

1. Becas de especialización en las diferentes áreas de la Medicina. De acuerdo con estimaciones de la Dirección de Postgrado, esta categoría incluiría alrededor del 70% de nuestros egresados recientes.
2. Médicos generales urbanos
3. Médicos generales de zona
4. Médicos contratados en servicios de hospitales de diferentes categorías, como ministeriales, FF.AA., clínicas privadas, universitarias y servicios de urgencia. Esta categoría sería, aparentemente, muy escasa.

Por lo tanto, los caminos pueden reducirse a dos principales: aquellos que seguirán precozmente un camino de especialización, que formarían la mayoría, y los que ejercen alguna forma de Medicina General, situación que en la mayoría de los casos es transitoria, mientras se alcanza una especialización.

De lo antes expuesto se puede deducir que, independientemente de los objetivos fijados por las diferentes universidades de nuestro país, los egresados, y particularmente nuestros egresados, actualmente escogen ejercer la Medicina en un campo restringido. Por lo tanto, el objetivo de formar médicos indiferenciados, totipotenciales,

es sólo un paso hacia una especialización, que actualmente se efectúa en el postgrado. Los cupos de postgrado actualmente disponibles en Chile son aproximadamente 400, cifra sólo levemente inferior a la de egresados, lo que demuestra, una vez más, que en la práctica, más tarde o más temprano, la mayoría de los egresados actuales de las Escuelas de Medicina de nuestro país termina por especializarse.

Nos podríamos plantear la pregunta de cuál es el momento ideal para comenzar la especialización. Dada la longitud actual de los estudios médicos, lo razonable es contestar que lo antes posible. Debemos considerar que si el objetivo final de los médicos es llegar a ser un especialista, los estudios duran actualmente por lo menos 10 años. Si a eso le agregamos una estadía en provincia de tres años y/o una beca de subespecialización de dos, veremos que el médico chileno actualmente debe esperar hasta los 28 a 33 años para iniciar una vida profesional activa e independiente. Esto implica un alto costo personal y a la sociedad. En USA, especialmente, se estima que la gran duración de los estudios médicos ha contribuido a desincentivar la entrada de los mejores estudiantes a la carrera de Medicina.

También nos podríamos preguntar si todo lo que enseñamos en el pregrado será de utilidad a un egresado que se especializará. La respuesta a este punto es obvia para los que llevamos algún tiempo ejerciendo la Medicina, ya que una significativa proporción de lo que aprendimos en el pregrado nunca ha sido empleada, debido a la especialización antes descrita. Se podría argumentar que esos conocimientos están allí, por lo que eventualmente podrían ser empleados. Este argumento es altamente discutible, ya que debido al natural proceso del olvido, la cantidad de conocimientos que permanecen es baja. Por otra parte, si esos conocimientos no están siendo puestos continuamente al día, la probabilidad que ellos estén obsoletos es alta y creciente, por lo que su eventual empleo es incluso peligroso. Es evidente, por otra parte, que dada la enorme velocidad con que está creciendo la masa de conocimientos médicos significativos, la probabilidad de mantenerse al día en todos los campos es nula.

Si se revisa la literatura respecto al tema en discusión, se puede apreciar una preocupación creciente por la especialización dentro de la Medicina. Se argumenta que la especialización está llevando a una visión parcial del enfermo, a una incapacidad de apreciar al paciente en sus condiciones humanas, sociales e incluso biológicas, en las áreas que están fuera de la especialización. Esta preocupación tiene sólidas bases en la realidad y debemos luchar por combatir el problema. Pero esto no se logra evitando formar especialistas, ya que los egresados se especializarán de todas maneras. Estimamos que la solución del problema, en lo que a la formación de pregrado concierne, tiene relación con una buena formación general, especialmente respecto a una adecuada percepción del hombre en sus múltiples dimensiones, a una actitud crítica y ávida en la obtención de nuevos conocimientos y de renovación de los obsoletos.

Como resumen de todo lo anteriormente expuesto, podemos decir que la existencia de un médico indiferenciado, totipotencial, es una ilusión; que actualmente una gran proporción de los médicos chilenos y de nuestros egresados se especializa precozmente, y que los que actúan como médicos indiferenciados lo hacen transitoriamente y quizás con alguna forma de especialización incluso en esa etapa. Por lo tanto, el propósito de formar médicos con algún grado de especialización es sólo un reconocimiento de la realidad actual. Este camino, por otra parte, ha sido tomado desde hace mucho tiempo en otros países. En USA, por ejemplo, el cuarto año de estudios de pregrado es frecuentemente electivo. Después, el internado, que usualmente forma parte de una residencia, es espe-

cializado. Por otra parte, la existencia de *general practitioners* o médicos de familia debe ser considerada como una forma de especialización, una carrera, en la cual estos tipos de médicos forman parte de un equipo multidisciplinario, del cual ellos son el primer contacto con el paciente, y capaces de solucionar una gran parte de los problemas.

En principio, estimamos posible dar una formación general en seis años, incluido un año de internado, con las características que se describirán más adelante. El séptimo año sería un segundo año de internado, de carácter optativo, el cual podría corresponder a alguna de las siguientes categorías:

Medicina general, con un gran componente de atención ambulatoria.

Pediatría general, con un gran componente de atención ambulatoria.

Cirugía general.

Obstetricia-Ginecología general.

Psiquiatría general.

Rotaciones diseñadas para alumnos con interés en generalato de zona.

De acuerdo con esta idea, los alumnos egresarían al fin de este séptimo año y tendrían la posibilidad de ingresar a una beca de perfeccionamiento en la UC, para lo cual se les convalidaría el séptimo año como primer año de beca.

Métodos de enseñanza

En algunas Escuelas de Medicina, como Mc Master y Harvard, se han efectuado cambios radicales, en el sentido de enfocar toda la enseñanza al método basado en la solución de problemas. Este tipo de cambio requiere de una larga preparación, ya que se necesitan docentes especialmente entrenados. Por otra parte, informes preliminares de Mc Master indican que este gran esfuerzo parece no haberse traducido en una clara mejoría de los médicos así formados y que, paradójicamente, ellos tendrían con mayor frecuencia defectos que el sistema de enseñanza por problemas debería corregir. Aparentemente, este sistema es altamente dependiente de los docentes que actúan como guías y de la calidad de la enseñanza previa al ingreso a la Escuela de Medicina.

Por otra parte, al recabar opiniones respecto a los egresados actuales de nuestra Escuela, la opinión unánime es que en términos generales ellos son de buena calidad, incluso comparable a la de países desarrollados. Estas opiniones deben ser consideradas seriamente, en el sentido que nuestra forma de enseñar Medicina tiene fortalezas que deben ser preservadas.

Por lo tanto, no vemos el cambio curricular como revolucionario en el sentido de los métodos, sino más bien como un perfeccionamiento y una modernización del actual modelo Flexneriano.

Los principales defectos que se han detectado hasta el momento son los siguientes:

1. Exceso de información. Es evidente que la capacidad de aprender del ser humano tiene límites, por lo que es completamente imposible que un alumno pueda aprender todo lo que hoy día es

importante, que podría ser enseñado. Por otra parte, el exceso de información deja poco tiempo para la educación, es decir, para la adquisición de las actitudes, habilidades y destrezas que promueven el desarrollo del estudiante como persona y como futuro profesional. Este problema se supera seleccionando aquellos contenidos que tienen gran importancia para todo médico, cualquiera que sea su futura especialidad. Estos contenidos, que actualmente se confunden con otros menos importantes, deben ser identificados y enseñados con mucho mayor detención.

2. Falta de tiempo libre para aprender al ritmo propio y para desarrollar intereses particulares de los estudiantes. El currículo actual prácticamente no deja tiempo libre para que los estudiantes puedan emplear otros métodos de enseñanza, participar en cursos extracurriculares o actividades de formación personal, en realizar trabajos de investigación, etcétera.

3. Métodos de aprendizaje pasivo. Existe un considerable número de cursos que se realizan preferentemente con clases magistrales, lo que fomenta una actitud pasiva en el estudiante. Parte de estas actividades pueden ser reemplazadas con gran ventaja por métodos de enseñanza activa, como estudio en textos, investigación bibliográfica, seminarios, métodos computacionales, módulos de autoinstrucción, etcétera.

4. Falta de evaluación formativa. Los estudiantes necesitan tener acceso a evaluaciones sin nota que hagan posible conocer los progresos de su aprendizaje, como preparación para las evaluaciones con nota. Por otra parte, en algunos ramos existe un número excesivo de evaluaciones con nota, lo que altera la docencia de otras asignaturas, ya que los alumnos tienden a estudiar los ramos que se evalúan más estrictamente, lo que no refleja necesariamente la trascendencia de dicha materia.

5. Escasa práctica real del método científico. La única forma real de aprender una disciplina como la ciencia es practicándola. No es posible aprender realmente ciencia en clases teóricas. Por lo tanto, dada la importancia del método científico en el quehacer médico, debe incluirse en el currículo la participación en proyectos de investigación. El propósito no es, obviamente, formar investigadores, sino médicos clínicos capaces de usar este método en su práctica diaria y de apreciar críticamente el fundamento científico de los nuevos conocimientos.

6. Calendario de los cursos. Actualmente algunos ramos, especialmente los clínicos, son impartidos secuencialmente, lo que implica que cada Departamento debe hacerse cargo de todo el curso, de aproximadamente 70 alumnos. Esto implica que, debido al número limitado de docentes existente en varios Departamentos, la única forma posible de docencia suele ser la clase teórica. Si planeamos cambiar a una docencia más activa, como seminarios o talleres, por ejemplo, será necesario cambiar el calendario secuencial por otro, que podría programar simultáneamente dos o más capítulos.

7. Falta de un ramo de Fisiopatología. La ausencia de este curso causa problemas durante el curso de semiología y el curso integrado de cuarto año, ya que los alumnos carecen de las bases para comprender la causa de las manifestaciones clínicas de las enfermedades. Esta falencia es suplida por los alumnos durante este curso con estudio personal, el cual no está estructurado y es supervisado por diferentes docentes, sin pautas claras.

La ausencia de un curso de Fisiopatología también interfiere con el aprendizaje clínico. Si se considera que los cursos de patología médica de cada sistema se entregan gradualmente a lo largo del

segundo semestre de tercer año, todo cuarto año y parte de quinto año, período durante el cual los alumnos tienen prácticas de medicina y cirugía, se puede comprender que la enseñanza formal de la fisiopatología de un sistema puede producirse muy tardíamente, cuando los alumnos han recibido enseñanzas no estructuradas, durante la práctica en sala.

8. Falta de curso formal de resucitación. Este debería comenzar precozmente, en el primer año, ya que no es concebible que un estudiante de Medicina de hasta cuarto o quinto año sepa tanto de resucitación como cualquier individuo. Posteriormente se deberían incluir módulos de mayor complejidad a lo largo de la carrera.

9. Formación preferentemente intrahospitalaria. Aun cuando la mayor parte de las actividades de los médicos se efectúan con pacientes ambulatorios, la enseñanza práctica de la Medicina se efectúa preferentemente en pacientes hospitalizados. Esto trae como consecuencia una serie de deformaciones, entre las cuales destacan fallas en el aprendizaje de solucionar eficientemente problemas simples. Este problema se ha agravado cada vez más en nuestro hospital, que es un centro de referencia, debido a que la mayor parte de los pacientes se hospitaliza por problemas muy complejos y poco frecuentes, así como también por lapsos demasiao cortos.

10. Exceso de tiempo dedicado a cirugía. Existe consenso respecto a que esta disciplina debe ser enseñada preferentemente en el postgrado, por lo que los conocimientos que deberían adquirir los estudiantes en el pregrado son limitados. Ellos podrían estar relacionados a la patología quirúrgica, a los principios de los cuidados postoperatorios y de la anestesia, a técnicas de cirugía menor, traumatología básica y resucitación. El tiempo actualmente asignado, muy similar al de medicina, parece excesivo.

11. Contacto muy tardío con especialidades. La enseñanza tardía de Oftalmología, Dermatología y Otorrinolaringología determina que se desprende gran parte de la experiencia con pacientes con afecciones de estos órganos a lo largo de la mayor parte de la carrera.

12. Falta de curso sobre Geriatria. Debido a los cambios que está experimentando la demografía de nuestra sociedad, es conveniente que exista un curso formal de Geriatria.

13. Falta de enseñanza formal de genética clínica. Pocos dudan que la ingeniería genética modificará profundamente los conceptos fisiopatológicos y la forma de practicar la Medicina en un futuro relativamente próximo. Nuestros egresados deben comenzar a adquirir durante el pregrado las bases clínicas que les permitan adaptarse a estos cambios.

14. Poca formación en epidemiología clínica. Durante los últimos años la epidemiología clínica se ha ido desarrollando como una disciplina que estudia, entre otras materias, el método de toma de decisiones en clínica y el método de obtención de información relevante de la literatura. Esta disciplina tiene un elevado valor formativo, por lo que debe ser aprendida y practicada en el pregrado.

Este apretado resumen sólo representa la visión de los autores, ya que aún faltan muchas instancias para que la reforma curricular se concrete oficialmente, con la participación de toda la comunidad académica. No obstante, en estas opiniones han influido muchos académicos de nuestra Facultad, así como las ideas de diferentes personalidades de otras instituciones. Esperamos que este documento sirva como marco de referencia para una rica discusión, que nos lleve en los próximos meses a tomar las decisiones más acertadas.

FE DE ERRATAS

Hay erratas y erratones. Las erratas se agazapan en el bosquejo de consonantes y vocales, se visten de verde o de gris, son difíciles de descubrir como insectos o reptiles armados de lancetas encubiertos bajo el césped de la tipografía. Los erratones, por el contrario, no disimulan sus dientes de roedores furiosos.

Pablo Neruda. Para nacer he nacido

En la Figura 2 del artículo "Epidemiología de la Hipertensión Arterial" publicado en el volumen 21, número 2, página 91, la prevalencia de hipertensión arterial en el grupo de hombres de 65 años y más, criterio JNC, es de 68,9% y no de 40%.

