

Las competencias como núcleo del diseño curricular

ROBERTO CHERJOVSKY

El Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, mediante su resolución Nº 1314/2007 aprobó las nuevas normas para la acreditación de las carreras de medicina, tomando como base un documento elaborado por la Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina (AFACIMERA).

En el mencionado documento, consensuado por representantes de las diversas universidades que componen AFACIMERA, las competencias que debe detentar un graduado de la carrera de medicina constituyen el núcleo central sobre el que se basa el trabajo realizado.

La noción de competencias ha sido discutida y no existe un consenso sobre cómo definir las. Tomadas en un sentido mercantilista podrían representar la formación de un profesional para el mercado laboral¹; pero, en una concepción más amplia las competencias representan en un médico los conceptos (saber qué y cómo), las habilidades y destrezas (saber hacer) y las actitudes y valores (saber ser) que se integran en la atención de los pacientes, en la prevención y promoción de la salud, en la investigación y en el mantenimiento de su calidad profesional. Académicamente, entonces, la noción de competencias contempla la capacidad de un profesional para identificar y satisfacer las necesidades presentes y futuras de la comunidad en cuanto a salud.

Son por ello sinónimos de competencia: *Capacidad, Idoneidad, Aptitud, Competitividad e Incumbencia*. Las incumbencias (o competencias) son las que delimitan los alcances del título de médico.

En el medioevo el conocimiento residía en la Biblia y en otros textos sagrados o no, siendo los pocos libros existentes patrimonio de instituciones por lo que su reproducción implicaba la copia manual. Los maestros dictaban cátedra y los alumnos tomaban apuntes o copiaban, memorizando luego los textos. En aprendizaje y la evaluación consistían entonces en la memorización y la repetición.

Más adelante los libros comenzaron a estar al alcance de todas las personas pero no existían las publicaciones periódicas. Los maestros persistían en la utilización de las clases teóricas y la evaluación se centraba en los conceptos adquiridos (o no) por los alumnos.

Luego del informe Flexner², con el desarrollo de las ciencias básicas, el conocimiento se fundamentó progresivamente en evidencias científicas y se plasmó en libros y en publicaciones periódicas gráficas (aún con difusión restringida a las grandes bibliotecas); se incrementó la enseñanza hospitalaria y la evaluación se extendió al examen clínico de pacientes.

Actualmente, con el avance de la informática, las publicaciones están al alcance casi todos, en breves lapsos entre su producción, su publicación y la posibilidad de acceso; pero existe un incremento de las competencias que la comunidad requiere a los médicos. También una revalorización de algunas habilidades como las comunicacionales^{3, 4}, que parecían estar en retroceso durante la última mitad del pasado siglo.

El gigantesco crecimiento del conocimiento hace que no baste con obtener parte de él para ser un profesional competente. También es imprescindible lograr mantener esas habilidades y renovar los conocimientos a través del tiempo. Por ello el graduado debe detentar autonomía en la adquisición de los mismos y ello se logra en parte cambiando el rol de profesor por el de «tutor». Al decir de Carlos Brailovsky «*La competencia está ligada a los conocimientos y a la manera en que estos están «conservados» en la memoria, recuperados y utilizados*»

Todo este cambio conceptual requiere una adaptación de los planes de estudio de las escuelas de medicina a estos paradigmas. Éstos tienen, en general, un carácter analítico, establecido en

forma de mosaico para cada disciplina, enfocando «partículas elementales» del conocimiento y agrupando contenidos sin sentido de integración.

Esta adaptación puede consistir (pero no necesariamente) en una modificación o un cambio curricular. Más bien debe estar representada por un enfoque distinto del abordaje de los conocimientos, y ello puede producirse desde la **gestión** de un currículo ya instituido.

Una posibilidad de gestión curricular es el agrupamiento de las asignaturas en los ejes que AFACIMERA reconoce como cardinales: *Fundamentos científicos de la atención del paciente, Proceso salud – enfermedad – atención en las distintas etapas del ciclo vital y Medicina hombre y sociedad*; cruzando estos ejes con las competencias a adquirir (según el mencionado documento): *Práctica clínica, Salud poblacional y sistemas sanitarios, Pensamiento científico e investigación y Profesionalismo* se generarán espacios curriculares inclusores de las asignaturas e integradores del conocimiento.

Las competencias rara vez se adquieren totalmente en una asignatura, la competencia de prescribir medicamentos no se adquiere durante la cursada de farmacología o terapéutica ni en la de clínica o pediatría o durante el internado, es producto de la integración curricular. Mediante un adecuado diseño de los programas de dichas asignaturas se podrá dar respuesta a la adquisición integrada de las competencias y de los contenidos mínimos que el graduado requiere.

Otro desafío, y no menor es la evaluación de las competencias⁵. Dada la noción de las mismas como constructo multivariado de conceptos, habilidades, destrezas y actitudes, las herramientas a utilizar para la evaluación deberán ser complejas y frecuentemente múltiples.

Por último es importante tomar en consideración que el listado de competencias y contenidos referenciados en el documento ministerial no es restrictivo y existen en la bibliografía numerosos ejemplos de competencias y contenidos que pueden ser aprovechados e incluidos, tales como los del Libro Blanco de Europa⁶ o los del Proyecto Tuning¹.

Quienes hemos trabajado en la confección del documento de AFACIMERA confiamos en que esta modificación consensuada del enfoque de los procesos de enseñanza-aprendizaje y autoevaluación-acreditación de las carreras de medicina conformará un nuevo hito en el incremento de la calidad de los graduados (tal como lo fueran los estándares de la R535/97 del primer proceso de acreditación) y que ello redundará en que la comunidad reciba los beneficios que este nuevo desafío educativo ha proyectado.

REFERENCIAS

1. Beneitone P et al: Tuning América Latina. Reflexiones y perspectivas de la Educación Superior en América Latina. Publicaciones de la Universidad de Deusto. España, 2007. (p. 29).
2. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin No.4. Boston, Massachusetts: Updyke; 1910.
3. Haq C. Steele DJ. Marchand L. Seibert C. Brody D. Integrating the art and science of medical practice: innovations in teaching medical communication skills. *Fam Med* 2004; 36 (Suppl): S43.
4. Rosenbaum ME. Ferguson KJ. Lobas JG. Teaching medical students and residents skills for delivering bad news: a review of strategies. *Acad Med.* 2004; 79 (2): 107.
5. Martínez Carretero JM. Los métodos de evaluación de la competencia profesional. La evaluación clínica objetiva y estructurada (ECO). *Educ Méd (Barcelona)* 2005; 8: 18.
6. Libro Blanco del Título de Grado en Medicina. Disponible en: <http://www.med.uva.es/documentos/libro-blanco.pdf> (consulta 4/3/08).