

CURRICULARES: análisis y reflexiones

Transformaciones

Alberto Enrique
D'Ottavio

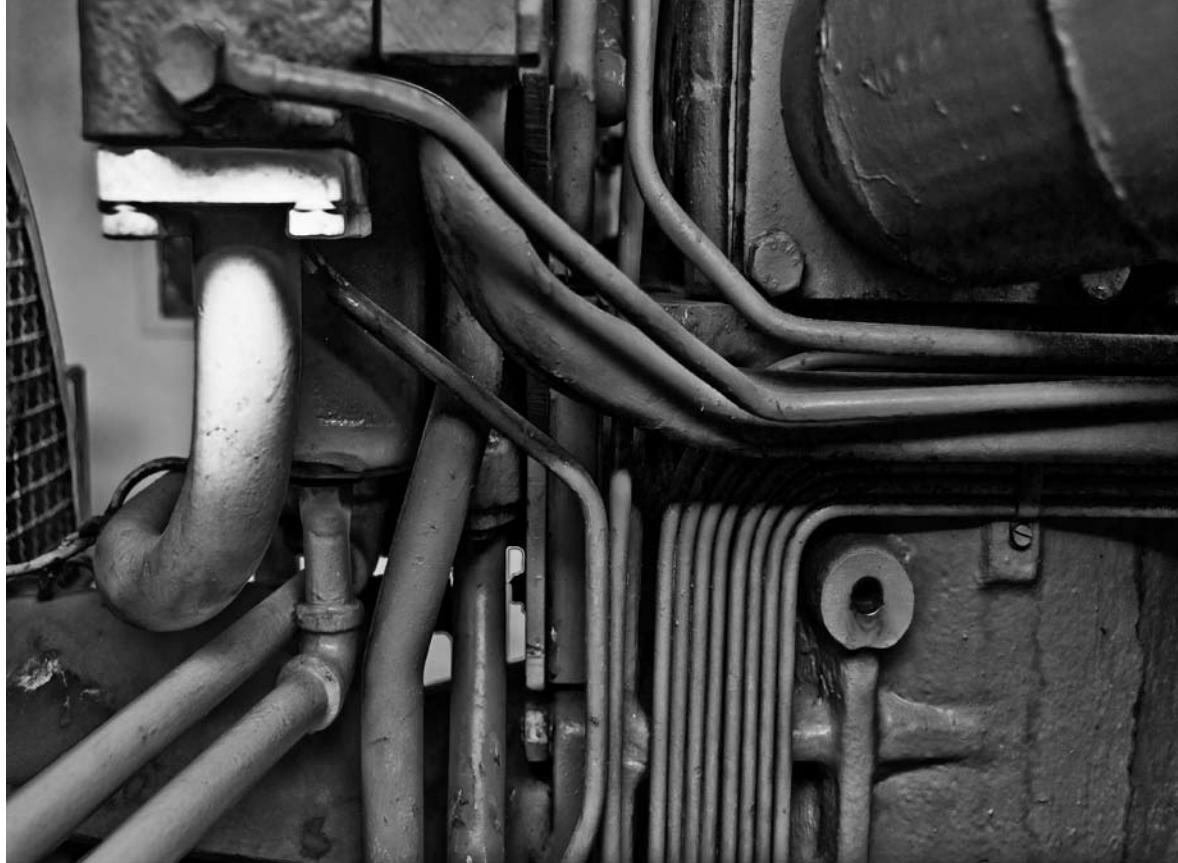
Existe en los países latinoamericanos una perceptible tendencia a tomar como referencia proposiciones, formatos, modelos y/o experiencias provenientes del mundo desarrollado prescindiendo, con cierta frecuencia, de su concreción en contextos socio-económico-histórico-político-culturales sustancialmente diferentes, lo que les otorga, entonces, sólo un exclusivo aunque nada desdenable valor indicativo.

El currículo médico no escapa a esta propensión, susceptible de ser mediatisada y/o fomentada por instituciones y entidades vinculadas a este quehacer.

En ese marco, resulta pertinente analizar las reformas curriculares emprendidas en Argentina en sus actuales veintiséis escuelas médicas, diez de gestión pública y dieciséis, privadas.

Ante todo, cabe destacar que la educación pública argentina es gratuita y que las universidades de gestión pública son autónomas aunque dependientes del presupuesto gubernamental.¹

Los estudiantes ingresan a una carrera médica, usualmente de seis años de duración, directamente desde la escuela media dado que no existe ninguna instancia intermedia (institutos tipo college o equivalentes) entre el nivel secundario y la universidad. De allí que la edad promedio de los ingresantes sea 17 ± 1 años y que exista una amplia variedad de admitidos que varía desde 150 ± 70 a 1.500 ± 500 matriculados/año, según el mecanismo de



© Enrique Soto. De la serie *Máquinas*, 2008.

ingreso sea más o menos restringido con exámenes y/o cupo.²

Cuando desde 2002 nuestra escuela médica en Rosario (Argentina) inició la implementación de un currículum ligado por completo al modelo SPICES,³ otras instituciones públicas y privadas consideraban la adopción parcial o total de ese formato.

A la fecha, la única que mantiene con creciente dificultad tal diseño es nuestra escuela médica, cuyos planificadores originales no consideraron la conveniencia de establecer competencias terminales ni la hibridización curricular entonces propuesta –rescatando lo mejor de lo tradicional e incorporando las innovaciones de la hora– en el supuesto de que los obstáculos oportunamente planteados, y ya percibidos tras el primer año de ejecución, podían ser salvados.² Sin embargo, luego de seis años y habiendo producido los primeros egresados, la hibridización pareciera volver a tomar cuerpo a la luz de los controvertibles resultados obtenidos y de su concreción satisfactoria en la recientemente creada escuela médica de la Universidad Nacional del Litoral (Santa Fe, Argentina), 150 kilómetros al norte de Rosario.

Cabe señalar aquí que el modelo SPICES, sustentado en la teoría del aprendizaje adulto,⁴ si bien resulta factible para ingresantes de 22 a 23 años que han sobrellevado sucesivas selecciones cuanti-cualitativas y cursos institucionales previos, se torna complejo para adolescentes provenientes de un nivel medio a menudo incompatible con las exigencias universitarias y carentes de los inclusores preexistentes que demanda el aprendizaje significativo.⁵ Más aún, las deficiencias apreciadas en su pensamiento abstracto y aptitudes científicas,⁶ todavía no suficientemente maduras, unidas a la aludida inopia de cimientos firmes para construir nuevo conocimiento enmarañan el proceso adaptativo de los ingresantes. Y bien sabemos que ello puede conllevar desazón, desánimo y, a la postre, deserción, indeseables en instituciones que corresponde sean retentivas antes que excluyentes. Por otra parte, un formato que fragmenta o atomiza las disciplinas más que estructurarlas en complejidad y responsabilidad crecientes a lo largo del currículum no sólo dificulta académicamente la interdisciplina, pues fuerza a construirla desde cero, sino que, además y desde una perspectiva administrativa, limita eventuales trasladados dentro del propio país y hacia el extranjero por la imposibilidad de establecer las pertinentes equivalencias disciplinares.

N O T A

Previendo tales inconvenientes, el resto de las escuelas médicas argentinas de gestión pública y privada, aun teniendo muchas de ellas la cantidad y calidad de alumnos adecuados a este formato, han terminado por inclinarse a mantener ejes disciplinares notorios renovándolos con mayor actividad estudiantil y con mayor variedad de experiencias (tutorías, encuentros teóricos de jerarquización y sistematización de contenidos, laboratorios disciplinares, autoaprendizaje bajo supervisión experta a fin de no caer en el autodidactismo, empleo de problemas correctamente estructurados y otros desafíos a ser resueltos, entre las salientes). De tal modo, reforzando lo disciplinar logran transitar con mayor seguridad el camino que conduce hacia la multidisciplinariedad y la interdisciplinariedad, y hacia el trabajo individual y grupal, clave para la profesión médica.

La experiencia extraída a partir de lo reseñado, de potencial utilidad para escuelas latinoamericanas embarcadas en transformaciones curriculares, lleva a concluir que lo nuevo debe mejorar sustancialmente lo antes vigente, objetivamente evaluado, a fin de no agravar lo que se pretendía cambiar y/o dificultar o limitar el ulterior reencauzamiento curricular.

En suma, es necesario que el cambio responda satisfactoriamente a los antiquísimos interrogantes: ¿quiénes?, ¿por qué?, ¿para qué?, ¿cómo?, ¿dónde?, ¿cuánto? y ¿cuándo?

Un caótico y heterogéneo sistema de atención médica, y la falta de planificación a largo plazo en tal sector, ambos perceptibles en Argentina, urgen a los formadores a producir un egresado de calidad; esto es, con las competencias adecuadas para primero no dañar y, luego, saber cuándo tratar y cuándo y dónde derivar.

De allí que los reparos, prevenciones o rechazos a los cambios no siempre responden a resistencia y/o temor a los mismos. Por ende, cabrá, entonces, discernir entre quienes tienden a conservar lo existente por comodidad o miedo y quienes, con experticia en el menester, lo hacen esgrimiendo argumentos sólidos respaldados por la prudencia.

Concluyendo, estas delicadas cuestiones exigen hacer lo factible en el camino de lo deseable (en tal sentido, permítaseme el neologismo *factable*) antes que lo deseable cuando no es factible.

* SPICES: centrado en el estudiante (*Student-centered*), aprendizaje basado en problemas (*Problem-based learning*), integración de contenidos básico-clínicos (*Integrated*), orientados hacia la comunidad (*Community-oriented*), electivos (*Electives*) y sistemático (*Systematic*).

B I B L I O G R A F Í A

¹ D'Ottavio AE: *Ser médico. Reflexiones sobre la formación y la práctica médicas*, 1^a edición, Rosario, Homo Sapiens Ediciones (2001) 80-87.

² Carrera LI, Téllez TE, D'Ottavio AE. Implementing a problem-based learning curriculum in an Argentinean medical school: implications for developing countries. *Academic Medicine* 78 (2003) 798-801.

³ Harden RM, Sowden S, Dunn WR. Educational strategies in curriculum development: the SPICES model. *Med. Educ.* 18 (1984) 284-297.

⁴ Lieb S. *Principles of adult learning*. Disponible en Internet: <http://honolulu.hawaii.edu/intranet/committees/FacDevCom/guidebk/teachtip/adults-2.htm> (Consulta: 16 de abril de 2008).

⁵ Dee Fink L. *Creating significant learning experiences*, UK, John Wiley & Sons, Inc. (2003).

⁶ D'Ottavio AE, Bassan ND. Diseño, validación y aplicación de un modelo evaluador de habilidades cognitivas relacionadas con la aptitud científica en alumnos de medicina. *Rev. Clín. Esp.* 184 (1989) 385-387.

Alberto Enrique D'Ottavio, Facultad de Ciencias Médicas y Consejo de Investigaciones, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina. email: aedottavio@hotmail.com



© Enrique Soto. De la serie *Máquinas*, 2008.