



MEDICINA HUMANISTA:

Importancia e impacto de la educación
y la formación médica con
enfoque sociocultural

PATRICIO TRUJILLO
ANA FLORENCIA QUIROGA
PATRICIA JUNGE

Coordinadores



Medicina humanista:

Importancia e impacto de la educación
y la formación médica con enfoque sociocultural

edi
PUCE

Medicina humanista: Importancia e impacto de la educación y la formación médica con enfoque sociocultural

Coordinadores de este texto: Patricio Trujillo, Florencia Quiroga y Patricia Junge

Primera edición

© 2025 de cada autor

© 2025 Pontificia Universidad Católica del Ecuador

© 2025 Universidad Nacional del Sur-Argentina (UNS)

© 2025 Universidad de Chile

ediPUCE

laeditorial.puce.edu.ec

Quito, Av. 12 de Octubre y Roca

Apartado n.º 17-01-2184

Tel.: (593) (02) 2991 700 ext. 2060, 1711, 1013

Correo: publicaciones@puce.edu.ec

Producción editorial: Jossué Baquero

Gestión técnica: Macarena Orozco

Asistencia editorial: Danna Quintana

Diseño de portada: ediPUCE

Diagramación: Yanko Molina / La Caracola Editores

Corrección de textos: ediPUCE

ISBN: 978-9978-77-750-3

Quito, mayo de 2025

Queda prohibida la reproducción total o parcial de este libro, por cualquier medio, sin previa autorización escrita de los propietarios del Copyright.

Medicina humanista: Importancia e impacto de la educación y la formación médica con enfoque sociocultural

Patricio Trujillo (PUCE)

Florencia Quiroga (UNS)

Patricia Junge (Universidad de Chile)

Coordinación Científica

Investigadores PUCE-Ecuador:

Patricio Trujillo, María Belén Chamorro, Ana Camila Ribadeneira,

Andrea Carolina Pallasco, Joshua Fernando Tapia,

Alisson Enoe López, Emily Jazmín Mejía, Karen Cumbal

Investigadoras UNS-Argentina

Ana Florencia Quiroga, María Belén Nocetti

Investigadores Universidad de Chile

Patricia Junge, Nelson Muñoz-Lizana, Sandra Flores-Alvarado,

Pascal Vega, Silvana Jiménez, Catalina Muñoz,

Antonia Reyes-Suárez, Felipe Medina Marín

edi|PUCE

Índice

Presentación: Novedosas formas de investigar los procesos de la enseñanza-aprendizaje en la carrera de medicina.....	9
Introducción:	
Información humanista en medicina ¿más allá del enfoque biomédico y hospitalario?.....	15
Capítulo I: Experiencia Pontificia Universidad Católica del Ecuador	23
Experiencia en la formación biopsicosocial en estudiantes de internado: Estudio de caso Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica del Ecuador	35
El aprendizaje basado en problemas (ABP): estudio de caso en estudiantes de medicina Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica del Ecuador	69
Experiencia de la formación biopsicosocial y la medicina rural: estudio de caso Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica del Ecuador	101

Percepciones y conocimientos sobre la relación médico-paciente en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador	121
Capítulo II: Experiencia Universidad Nacional del Sur-Argentina ...	145
Formación médica integral: posibilidades y dificultades para su aplicación en algunos escenarios de aprendizaje de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Sur..	145
Capítulo III: Experiencias Universidad de Chile.....	173
La formación humanista y el modelo de competencias en las carreras de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile: ¿Sello institucional o herramientas difusas? Una apreciación desde las experiencias de los estudiantes.....	173
La formación en humanidades y ciencias sociales en las carreras de medicina y fonoaudiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile: nuevos desafíos para viejos problemas.....	197
Sexismo y androcentrismo en la educación médica: Estudio de la presencia de sesgos de género en el currículo de Medicina ..	241

Presentación:
**Novedosas formas de investigar los procesos
de la enseñanza-aprendizaje en la carrera de medicina**

José Sola Villena
Profesor titular Facultad de Medicina-PUCE

Mayo 2024

En los tiempos de COVID-19, extraños en todos los órdenes y circunstancias, provocados por los cambios en las formas de vivir y, desde luego, también en las maneras de enseñar y aprender, recibí la atenta invitación del doctor Patricio Trujillo para participar como lector de varias tesis de grado que tenían como alma, todas ellas, una propuesta cualitativa de adentrarse en la realidad, el tema genérico era evaluar el impacto de la formación humanista y biopsicosocial en los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Estas investigaciones se unían a proyectos del mismo orden y metodología en Argentina (Universidad Nacional del Sur) y Chile (Universidad de Chile). Sin duda, ese proyecto trinacional propone resultados alentadores, en tanto suma propuestas y aumenta el debate para fortalecer la enseñanza-aprendizaje de la medicina, pero

sobre todo para empoderar a los graduados, en los nuevos compromisos, guiados a un cuidado eficiente de la vida, bienestar y la salud de las personas.

Cabe recalcar que estas investigaciones, de orden cualitativo, con una metodología de mapeo y representación cultural eficiente, abordan distintos momentos de la carrera, en las aulas, en el internado rotativo y en la extensión en el año rural verificando el impacto de esta manera de aprender, pero sobre todo ponderando su valor en la resolución de problemas y en la forma de llevar las relaciones con los pacientes, las familias y las comunidades. Es decir, con esos estudios se clarifica un complejo causal más complicado y dinámico, algo así como aprender mejor para servir mejor, ganando en identidad y actuando de manera culturalmente adecuada y socialmente aceptada.

Una de las novedades educativas que propuso la recién creada Facultad de Medicina, en la PUCE-Ecuador, fue la puesta en práctica del Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) a partir del quinto semestre cuando se inicia la reflexión y práctica de las clínicas distribuidas en los problemas de salud de los niños, las mujeres y los adultos, sumados como ejes complementarios. La estrategia de ABP no solo fue aplicada en el aprendizaje de la medicina, sino también en cómo modificaba la vida de los estudiantes en su relación con la carrera, con las personas-pacientes-familias, generando perspectivas diversas de entender las ganancias comunitarias.

Sin duda, el ABP gozaba de una especie de novedad en el mundo de la enseñanza universitaria y se enraizó profundamente en esta facultad, tanto que esa estrategia de enseñanza-aprendizaje, de alguna manera, se volvió el sello de identidad de la carrera junto a la suma de asignaturas humanísticas tales como antropología de la salud y de la

medicina, desarrollo del pensamiento socio-antropología e historia de la medicina. Todas ellas ubicadas en los primeros cuatro niveles de la carrera y perfectamente adecuadas para clarificar el contexto sociocultural y económico de los casos-problema propios del ABP, vistos estos como el eje de referencia nodal de esa estrategia educativa.

Se reconocen varias virtudes del modelo de ABP, pero destacan de sobremanera el desarrollo de la investigación autónoma por parte de los estudiantes y su contribución a la configuración fundamentada de consensos viables de apropiación por todos los participantes del grupo de ABP. Además, cambia el rol del profesor que pasa a ser facilitador y guía para el establecimiento de los concesos lógicos del aprendizaje. Esto significa redefinir el rol del estudiante como ente activo del aprendizaje del nuevo conocimiento.

Aún quedan algunos detalles por trabajar para el futuro inmediato, por ejemplo, el funcionamiento que tuvo el ABP en el periodo de aprendizaje de forma virtual en los tiempos del COVID-19. Es necesario y útil ponderar los efectos en la enseñanza-aprendizaje mediante ABP en las promociones de estudiantes ya graduados, así como descubrir u objetivar los ajustes o los cambios que se han dado en el camino por la propia inercia de su práctica.

Es decir, mismos actores en diversos escenarios con responsabilidades crecientes. Los datos gruesos o comunes y los detalles más singulares de las experiencias estudiadas apuntan a un mismo destino: realzar el valor humanístico de la metodología de enseñanza-aprendizaje de las facultades de medicina el mejoramiento de las relaciones con las personas-pacientes, las familias y las comunidades.

Desde luego, todavía subsisten los problemas propios de las asimetrías estructurales, pero estudios como estos proponen nuevas aristas de investigación e impulsan la creatividad para buscar formas más

eficientes o útiles de relaciones sociales y culturales en las prácticas de cuidado de la vida y de la salud de las personas. Se habilitan nuevas maneras de llevar estas prácticas para que la ciencia deje de ser solo una entelequia y se exprese en relaciones socioculturales simétricas, respetuosas y útiles, es decir eficientes y efectivas, para vencer la permanente tentación de la medicalización.

Cada uno de los estudios que presenta este libro entrega información valiosa y conclusiones que pueden señalar caminos para nuevas investigaciones o para fundamentar acciones de cambio cercanas e inherentes a las comunidades del país. De igual manera, esta publicación, en su conjunto, expresa que la academia puede no solo describir o descubrir los problemas de salud en distintos ámbitos socioculturales, sino también proponer a los estudiantes y graduados de la carrera de medicina, maneras más personales de entender estos problemas y comprometerse a actuar decididamente sobre ellos siendo agentes de cambio al trabajar en las enfermedades, así como en la salud de las personas que expresan la gran diversidad que estructura el país.

Las investigaciones de orden cualitativo siguen siendo valiosas y necesarias, puesto que nos permiten apreciar las distintas perspectivas del pensamiento de los profesionales médicos y sus prácticas de relación con las personas, las familias y las comunidades desde el crisol de la diversidad cultural. Entre otros de sus efectos, las investigaciones mencionadas son un estímulo grande para el desarrollo de la sensibilidad cultural y para que la perspectiva de la interculturalidad florezca también en los servicios de atención médica.

Expreso mi felicitación a quienes dieron vida a estas investigaciones en Ecuador, Argentina y Chile, novedosas metodológicamente y contundentes en sus resultados y recomendaciones.

Reitero mi agradecimiento al Dr. Trujillo y a todo el equipo de investigación por haberme permitido conocer y comentar estas experiencias, ellas han sido fuente importante de nuevo aprendizaje para mí y una provocación permanente para trabajar en campo con el mismo sentido teórico-metodológico propuesto.

Introducción: Información humanista en medicina ¿más allá del enfoque biomédico y hospitalario?

Patricio Trujillo Montalvo, Ph. D

Ana Florencia Quiroga, Ph. D

Patricia Junge Cerda, Ph. D

En la década de los setenta del siglo pasado, David Werner (1995) escribía su famoso libro *Dónde no hay doctor*, considerado la base para entender la medicina, su relación con la salud y la comunidad. Lo presentaba como parte de sus investigaciones con la finalidad de discutir lo que consideraba el problema de una forma de medicina del siglo XX que curaba poco, sanaba nada y enfermaba más. Su trabajo pionero, puso en el debate académico los problemas y debilidades de un enfoque de la medicina netamente biomédico u hospitalario. Werner se convirtió en el médico que puso en la mesa de discusión la importancia de lo familiar y lo comunitario en un contexto donde la enfermedad tiene múltiples facetas, entre ellas las económicas, las políticas, las sociales y las culturales.

Paul Farmer, otro médico y antropólogo, en el mismo siglo, debatió en sus ambientes académicos sobre la importancia de sacar a los médicos y la medicina de los espacios netamente hospitalarios, llevar el hospital y

sus avances a la comunidad. Farmer (PiH, s. f.) cofundador de Partners In Health, fue un defensor incansable de la justicia social en la atención médica. En su libro *Patologías del poder*, destaca la interconexión entre la salud individual y las estructuras sociales y, desde ese posicionamiento, aboga por una formación médica que trascienda las fronteras tradicionales, integrando la antropología médica para comprender la relación entre la enfermedad y las condiciones sociales, económicas y políticas.

Finalmente, otro de los médicos y antropólogos de la famosa escuela de Harvard, Arthur Kleiman, destacó la importancia de la sensibilidad sociocultural en la práctica médica. En su libro *Antropología de la salud y la enfermedad* plantea la necesidad de que los médicos comprendan las creencias y prácticas culturales de los pacientes para brindar una atención efectiva. La formación médica, según Kleiman, debería incluir, el entendimiento, la apreciación de las diversidades culturales y la capacidad de trabajar de manera efectiva en entornos globales, multi e interculturales. (Kleinman y Benson, 2006).

Los términos humanismo o humanidades médicas que se usan en este libro, y tienen resonancia en nuestra región, se relacionan con un debate entre las fuerzas dominantes o hegemónicas biomédicas que históricamente han ocupado un primer plano intelectual y clínico en salud. Frente a la perspectiva biologicista que mira a la salud y enfermedad solo desde ese marco de interpretación, el debate que la antropología médica y de la salud propone, se relaciona con ver los procesos de salud, enfermedad y atención dentro de un espectro holístico donde lo social, lo cultural y lo ambiental se convierten en determinantes o dimensiones fundamentales para entender cómo se reinterpreta la salud y enfermedad.

Siguiendo este necesario debate sobre las múltiples dimensiones de la salud y la enfermedad, tanto en el siglo XX como en el XXI, en varias universidades de Latinoamérica se han implementado contenidos de an-

tropología de la salud y humanismo médico con la finalidad de desarrollar un currículo de enseñanza que sea complementario, plural y holístico, que supere el paradigma biomédico y vaya hacia un entendimiento más global del proceso **salud, enfermedad, atención, prevención** (PSEA-P), propuesto por el antropólogo José Menéndez (1994, 2017).

En este escenario es relevante indagar las posibilidades, las tensiones y los desafíos de la introducción de la antropología y del humanismo en los diferentes espacios de formación en el campo de la salud. Un ejemplo concreto es la investigación etnográfica realizada entre los años 2017 y 2021 en la Universidad Nacional del Sur de Argentina (UNS) en Bahía Blanca, con el propósito de caracterizar las formas en que se construye el PSEA en espacios de aprendizaje de rotación hospitalaria correspondientes al ciclo profesional (4.to y 5.to año) de la carrera de Medicina (Noceti et al., 2019).

En el año 2020, se constituyó el proyecto de investigación internacional: La experiencia biopsicosocial y cultural en la formación médica: estudio etnográfico comparativo (Ecuador, Argentina, Chile), aprobado con código 035-UIO2021 de la Dirección de Investigación de Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE) y con el código de investigación: Proyecto N.º 040-2022 Archivo acta: N.º 095, del Comité de Bioética de la Universidad de Chile, donde se planteó como objetivo general:

Evaluar el impacto de la formación humanista de estudiantes y médicos/as formados en tres facultades de ciencias de la salud y médicas de la región, capaces de abordar al proceso de salud-enfermedad-atención (PSEA) desde una perspectiva plural e integral contemplando dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales y humanistas, tanto de los pacientes y comunidades como de sí mismos y de los equipos de salud. (ISP, 2020)

En el mismo año, se inició en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile el proyecto de investigación internacional La experiencia biopsicosocial y cultural en la formación médica: estudio etnográfico comparativo entre Argentina, Chile y Ecuador, patrocinado por el Departamento de Fonoaudiología y aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (proyecto 01721/FONDEPFO). Su objetivo fue enfocarse en la formación humanista entregada durante los primeros ciclos de las carreras de medicina y fonoaudiología, a partir de análisis de sus mallas curriculares, observaciones de aula y entrevistas a estudiantes y docentes.

Esta investigación trinacional convertida en libro aborda este objetivo, mediante experiencias e investigaciones etnográficas comparativas que se enfocan en observar y entrevistar a estudiantes de diferentes espacios de formación en el campo de la salud de la Universidad Nacional del Sur (UNS)-Argentina, Universidad de Chile y PUCE-Ecuador:

En un primer capítulo se presenta la investigación desarrollada en PUCE-Ecuador. Esta se concentró en comparar, a nivel regional, los resultados logrados en la investigación realizada por UNS como un referente metodológico y de resultados. De hecho, el trabajo realizado por las investigadoras de PUCE toma como punto de partida tanto el método cualitativo y técnicas etnográficas usadas por Noceti et al. (2019), quienes abarcan los espacios de rotación hospitalaria con estudiantes de la facultad de ciencias de salud y médicos rurales en el caso de Ecuador y se concentran en la percepción de su formación socio cultural, así como en el uso del **Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) luego el Aprendizaje Basado en Resolución de Problemas (ABRP)** como métodos de enseñanza utilizados tanto en PUCE como en UNS.

En el segundo capítulo se presentan los resultados de la investigación realizada en UNS sobre cómo la medicina construye su objeto

y a la persona como paciente en espacios hospitalarios durante los últimos años de la carrera de medicina en Bahía Blanca. Se aborda este objeto de investigación mediante observación etnográfica de las secuencias terapéuticas (Crivos, 2007) desplegadas para resolver los casos clínicos reales en los espacios de aprendizaje basados en la resolución de problemas (para este libro ABRP) de las rotaciones, y de los sentidos y las prácticas puestos en juego por el conjunto de participantes de tales espacios.

Finalmente, un tercer capítulo presenta los resultados de la investigación desarrollada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Siguiendo una línea de reflexión previa sobre los desafíos de la enseñanza de una aproximación metodológica cualitativa en ciencias de la salud estructuradas a partir de paradigmas biomédicos cuantitativos (Junge-Cerda et al., 2022), los resultados de la investigación en la Universidad de Chile se concentran en tres capítulos y complementan las investigaciones de PUCE y UNS. El capítulo de Patricia Junge discute, a partir de etnografía y entrevistas, los desafíos y alcances del denominado modelo basado en competencias que se implementa en las carreras de la Facultad de Medicina, cuando los estudiantes se enfrentan a los desafíos de llevar dichas competencias a sus prácticas clínicas. Nelson Muñoz, por su parte, analiza las mallas curriculares de las carreras de medicina y fonoaudiología como estudio de caso que devela la distribución y los desafíos de la formación humanista declarada en los programas formativos. Por último, se presenta la investigación realizada por el equipo de la profesora Sandra Flores-Alvarado, que se centra en un análisis documental que da cuenta del sesgo de género en la formación médica.

La etnografía en medicina es una herramienta muy útil para documentar las subjetividades de las percepciones de los distintos actores

envueltos en el proceso de estudio, dándole un papel protagónico a los sujetos de estudio, en este caso estudiantes de medicina. Las investigaciones que se presentan en este libro, son parte de estudios de tipo cualitativo, que utilizaron para la recolección de información la observación y entrevistas abiertas de tipo etnográfico, con la finalidad de recolectar percepciones de estudiantes de diversos niveles de las facultades de medicina y ciencia de la salud de Ecuador, Argentina y Chile, así como de médicos rurales, sobre el uso, la aplicación y el impacto del paradigma biopsicosocial y humanista en su formación médica. En su conjunto, los resultados expuestos en este libro buscan aportar con conocimiento de primera mano para responder la pregunta de si las horas de currículo vinculadas a la formación social y humanista les sirvieron en su práctica médica y hospitalaria, y cómo enriquecieron su formación.

Referencias

- Crivos, M. (2007). El estudio de la narrativa de casos: una propuesta para el abordaje etnográfico de las alternativas médicas. En Idoyaga Molina A (ed.) *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad*. Editorial CAEA-IUNA.
- Instituto de Salud Pública-ISP (2020) La experiencia biopsicosocial y cultural en la formación médica: estudio etnográfico comparativo. Proyecto de investigación. PUCE
- Junge-Cerda, P., Prieto-Bravo, C., Rocamora-Villena, V. y Navarrete-Luco, I. (2022). La enseñanza de las metodologías cualitativas en carreras de las Ciencias de la Salud: desafíos y reflexiones a partir de experiencias de docencia en Fonau-

- diología. *Revista Chilena De Fonoaudiología*, 21(1), 1-13. <https://doi.org/10.5354/0719-4692.2022.64791>
- Kleinman, A. y P. Benson. (2006). Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. *PLoS Medicine*, 3(10), e294. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030294>
- Menéndez, E. L. (2017). Antropología de la Salud en las Américas: Contextualizaciones y sugerencias. *Salud Colectiva*, 13(3), 353–357. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1548>
- (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Revista Alteridades*, 4(7), 71-83. <https://www.redalyc.org/pdf/747/74711357008>
- Noceti M. B., Quiroga A. F., Corredera M. y Bertoni, B. (2019). Formación Médica integral en espacios hospitalarios de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Sur. Enfoque desde la antropología de la salud. *Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca*, 29(1), 13-20. <https://www.ambb.org.ar/ojs/index.php/RCAMBB/article/view/27>
- Partners in Health. (s. f.) Paul Farmer. Partners in Health. <https://www.pih.org/paul-farmer>
- Werner, D. (1995). *Donde no hay doctor. una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos*. Fundación Hesperian.

Capítulo I: Experiencia Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Patricio Trujillo Montalvo

Profesor titular Facultad de Medicina,
investigador Instituto de Salud Pública (ISP)
Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE)
<https://orcid.org/0000-0003-2503-3047>
pstrujillo@puce.edu.ec

Medicina humanista, parecería una contradicción puesto que todas las formas de medicina deberían sostener, curar y sanar al ser humano. Sin embargo, muchos sistemas de salud están gobernados por grandes negocios de farmacéuticas que estimulan una medicina biomédica y comercial. La educación médica en América Latina se ha diversificado en las últimas décadas, identificando dos modelos. Por un lado, el denominado flexneriano, muy usado en facultades de medicina, el mismo que predica la división del cuerpo humano en áreas del conocimiento o especializaciones, enfocándose en el paradigma biomédico.

La comprensión de este proceso por los estudiantes de medicina está en gran medida influenciada por la educación médica y por el sistema de salud en el que nos desenvolvemos. Este, durante muchos

años ha estado centrado en una visión biologicista y medicalizada, la cual se concentra o especializa en la enfermedad, dejando de lado a la salud integral y los diferentes procesos que las conecta. La biomedicina aparece para centrarse en las enfermedades específicas y su curación. Su enfoque no es la salud, sino que las enfermedades son consideradas como puramente naturales, interesándose poco por la persona o el sistema social y cultural. El enfoque medicalizado de la salud deja de lado la importancia de lo psicosocial en el desarrollo de la enfermedad, o su contraparte en la conservación de la salud. El paradigma biomédico trata de normalizar las patologías causados por desórdenes psicosociales y buscarles una solución médica. Sin embargo, los médicos deben saber más de salud y de las enfermedades, dentro de los contextos humanos donde se desarrollan. (Morillo, y Ribadeneira, 2022)

Existe otro modelo o paradigma, denominado “biopsicosocial”, que relaciona el concepto de salud con el mundo social que construimos y vivimos como seres humanos, en donde entrelaza, la medicina con modos de producción, sistemas políticos y económicos, determinantes sociales de la salud y enfermedad, para así poder analizar y proponer un sistema adaptado a las diversas sociedades y culturas, más allá del modelo biomédico hegemónico. Este paradigma fue introducido por George Engels con el cual se trató de entender los procesos salud-enfermedad desde el punto de vista existencial y no únicamente desde el lado médico clásico. Engels buscó incursionar mediante la articulación de formas alternativas de entender la situación social, económica y psíquica del paciente. Esta descripción biopsicosocial se basa en tres principios básicos: el diálogo, la conexión con el paciente y la humildad.

En este modelo se percibe al paciente como un ser integral, completo, con un trasfondo social, histórico y cultural. Juega un papel fundamental en la instrucción y futuro profesional de los estudiantes de medicina, propone una formación integral que ayudará a los profesionales de la salud a concebir el proceso salud-enfermedad desde un punto de vista plural. Plantea, por ejemplo, que la dimensión de la enfermedad lleva consigo a un ser cuyas influencias pueden ser designadas por un ente biológico, pero también por lo psicológico, cultural, social y ambiental. El concepto de lo biopsicosocial en medicina no solo afecta al paciente, sino que también interfiere en el bienestar del médico y de otros actores como la familia.

En el Ecuador, la educación médica utiliza como tradición el paradigma flexneriano, sin tomar en cuenta muchas veces, que la realidad política, económica, social y cultural del país influyen en la salud de las poblaciones.

En el estudio realizado en la Escuela Politécnica de Chimborazo (ESPOCH), donde se describió la influencia del modelo biomédico hegemónico en la formación de los estudiantes durante el internado rotativo. Se encontró que este modelo hegemónico biomédico está profundamente arraigado en este programa y en los estudiantes. Por lo que es importante conocer las percepciones de los estudiantes en la PUCE ya que, existe una gran variación entre los currículos de las diferentes universidades, siendo estos poco comparables porque no existe una política consensuada para la formación de los profesionales médicos. (Morillo, y Ribadeneira, 2022)

El enfoque biopsicosocial se relaciona con un concepto más integral de salud en todas sus esferas y se pregunta sobre qué es en reali-

dad el bienestar del paciente. Ubica a esa pregunta como el eje de este enfoque y lo propone como la manera en la que se ejerce el abordaje integral de los pacientes. Considera que el ser humano está en contacto íntimo con su ambiente, y esta relación con la probable consecuencia de la enfermedad. Un claro ejemplo es el diagnóstico que incluye aspectos biológicos sin apartar la importancia de los factores emocionales, culturales y psicosociales, esto se relaciona en macro, con que la enfermedad vista desde este lente propone una multicausalidad de la enfermedad. Por lo anterior, es indispensable conocer si los estudiantes perciben las dimensiones reales del proceso salud-enfermedad y el gran papel que como médicos tendrán en un futuro próximo en las vidas de sus pacientes y en la comunidad.

La Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE) adopta el paradigma biopsicosocial como propuesta educativa. Su misión y visión como espacio académico es brindar una formación integral a sus estudiantes en valores humanistas, morales y éticos que influirán en quién será el médico y cómo se desempeñará en su campo laboral. La PUCE ofrece un perfil de egreso en el que los estudiantes se gradúan con habilidades aplicadas a la Atención Primaria en Salud (APS), con enfoque en la prevención, promoción y trabajo comunitario. En cuanto a la forma de dar clases, se propone el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) que plantea problemas para adquirir conocimiento y habilidades prácticas, se fomenta el autoaprendizaje supervisado, tratando de abordar las patologías con un enfoque integral en el que se consideren los contextos y escenarios clínicos a los que el estudiante se enfrentará en un futuro próximo.

Este libro describe las experiencias de los estudiantes de la Facultad de Medicina-PUCE en relación con su formación biopsicosocial, utiliza como base de interpretación cuatro tesis de grado ancladas al

proyecto La experiencia biopsicosocial y cultural en la formación médica: estudio etnográfico comparativo (Ecuador, Argentina, Chile). Por una parte, sigue las rotaciones médicas de María Belén Morillo y Camila Ribadeneira en 2022, quienes realizaron la investigación “Percepciones sobre la aplicación y uso del paradigma biopsicosocial en la formación de estudiantes de medicina: Estudio de caso en la facultad de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador”. Esta investigación se centró en estudiantes de externado e internado, y encontró que las percepciones sobre el uso y aplicación, así como los alcances en el proceso enseñanza-aprendizaje del paradigma biopsicosocial en el currículum académico, son positivas tanto en la formación como en la futura vida profesional de los estudiantes de medicina de la PUCE. Los estudiantes entrevistados percibieron como positiva su formación biopsicosocial al igual que su formación biomédica recibida, sin embargo, fue curioso sobre la formación en investigación y epidemiología, puesto que las opiniones fueron negativas, influenciadas ampliamente por la metodología y factores externos como la pandemia (etapa que coincidió con la investigación) que influyeron en la percepción de los estudiantes.

Posterior a esta tesis, Andrea Pallasco y Josua Tapia realizaron su investigación sobre los alcances de la metodología de enseñanza-aprendizaje del Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) aprobado por el Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos (CEISH) de la PUCE con código EO-91-2022, analizando este sistema curricular e instruccional que desarrolla simultáneamente las estrategias propias de resolución de un problema. Esta metodología está implementada en la facultad de medicina de la PUCE desde el quinto nivel hasta el décimo nivel, ayudando al alumno a adquirir nuevas habilidades de estudio, ya que contribuye a la formación científica del estudiante mediante la investigación. El objetivo principal fue determinar las percepciones

de los estudiantes de medicina sobre la aplicación de la metodología de enseñanza, Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) y su uso en su futura vida profesional.

La investigación continuó con la tesis de Alisson López y Emily Mejía, “Percepciones sobre la experiencia del médico rural y el uso del paradigma biopsicosocial: estudio de caso facultad de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE) en el periodo 2021-2022” que fue aprobada por el Comité de Ética e Investigaciones en Seres Humanos (CEISH), el 15 de septiembre del 2022 con oficio CEISH-521-2022. Su objetivo fue entender y describir las percepciones y las experiencias sobre el uso y aplicación del paradigma biopsicosocial entre médicos rurales graduados en la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE) en el periodo 2021-2022.

Finalmente, está la investigación de Karen Cumbal, “Percepciones y conocimientos sobre la relación médico-paciente en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, en el primer periodo 2023” que fue aprobada por el Comité de Ética e Investigaciones en Seres Humanos (CEISH), con código EO-202-2022, V1.

Identidades y conciencia social: entender lo que somos dentro de un contexto humanista

Los paradigmas educativos actuales promulgan que aquellos estudiantes de las carreras de ciencias de la salud con un adecuado perfil psicosocial tendrán un mejor desempeño en sus procesos de aprendizaje. (Castaño et al., 2012)

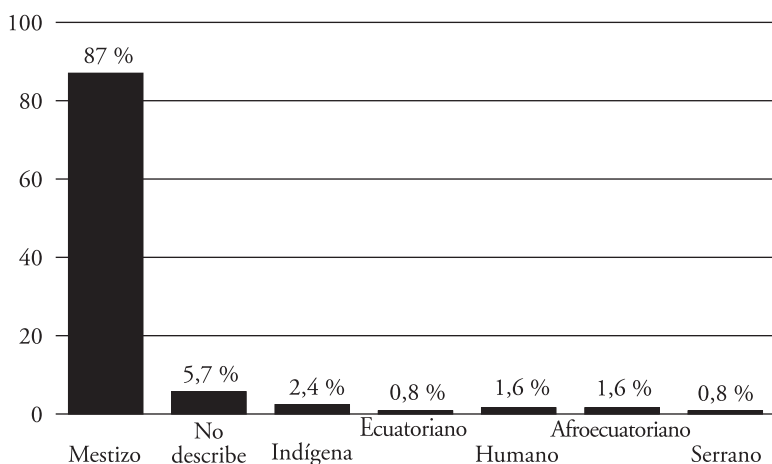
La sindemia de COVID-19 fue un real punto de inflexión para repensar la salud y el bienestar de la humanidad porque evidenció de forma descarnada las desigualdades y las injusticias sociales y como estas influyen en poblaciones empobrecidas y enfermas. Provocó una reorganización de nuestras percepciones del mundo y de la vida, y el restablecimiento de nuestro día a día. Analizar al COVID-19 como una sindemia es subrayar en sus orígenes sociales, económicos, políticos y globales. Es lo que propone Merrill Singer, antropólogo médico estadounidense, que relaciona “el enfoque sindémico con interacciones biológicas y sociales como aspectos importantes para el pronóstico y el tratamiento de enfermedades pandémicas” (Singer, 2011).

Para el antropólogo Michael Jackson (2005), la producción de las experiencias o de los sentidos del ser son el resultado de una relación dinámica entre ciertas circunstancias sobre las que tenemos poco control y nuestra capacidad de vivirlas. El concepto realidad, como esta se interpreta o se transforma, es uno de los objetivos principales de estudio de las ciencias, inclusive de las ciencias médicas.

La facultad de medicina de la PUCE propone formar profesionales con un espíritu que unifica la filosofía humanista ignaciana y la justicia social como las fuentes conceptuales que complementan la formación biomédica de sus futuros profesionales. En síntesis, formar seres humanos que sirvan a la sociedad y que pueden debatir su rol en este mundo desigual y complejo. Esto se ve reflejado en un mejor aprendizaje del proceso salud-enfermedad por parte del estudiante, así como por una adecuada relación médico-paciente. Se forma una atención integral que deja de lado la creencia de que el paciente es un cuerpo enfermo y no un conjunto de relaciones que constituyen los diferentes aspectos vitales que hacen parte de la cotidianidad del ser humano (biológico, ecológico, social, económico, político y cultural).

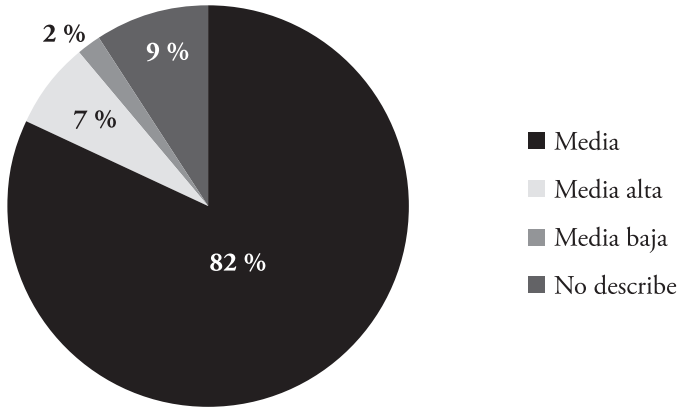
La investigación ayuda a entender a lo que se denomina realidad, relacionándola al mundo que nos rodea, al que recreamos como parte de nuestra cultura y sociedad. Desde 2009, he pedido a los alumnos del segundo nivel de la Facultad de Medicina que, a través de relatos y narrativas, construyan sus subjetividades y percepciones en relación con su formación académica y sobre todo a su potencial rol como actores en un mundo de cambios. Poco conocemos de la vida y del pensamiento de nuestros estudiantes, de lo que los constituye como seres sociales, de sus sueños y frustraciones, de su salud y bienestar en general. ¿Cómo y con qué se identifican? ¿A qué clase social pertenecen? ¿Cómo está conformada su familia? ¿Cuál es su identidad? ¿Por qué decidieron ser médicos? Este ejercicio cualitativo etnográfico, logró relatar en un primer momento el ser, es decir ¿cómo forman su realidad o imaginan su identidad? o ¿cómo se miran frente a un espejo? En las siguientes páginas, se describe los resultados.

¿Quiénes son, cómo se identifican los futuros médicos de la PUCE?



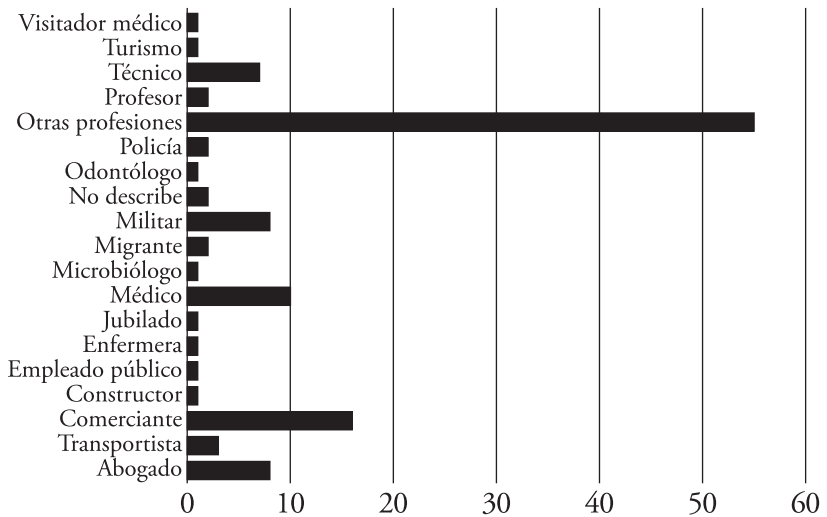
Elaboración: autor, 2024

¿A qué clase social pertenecen?



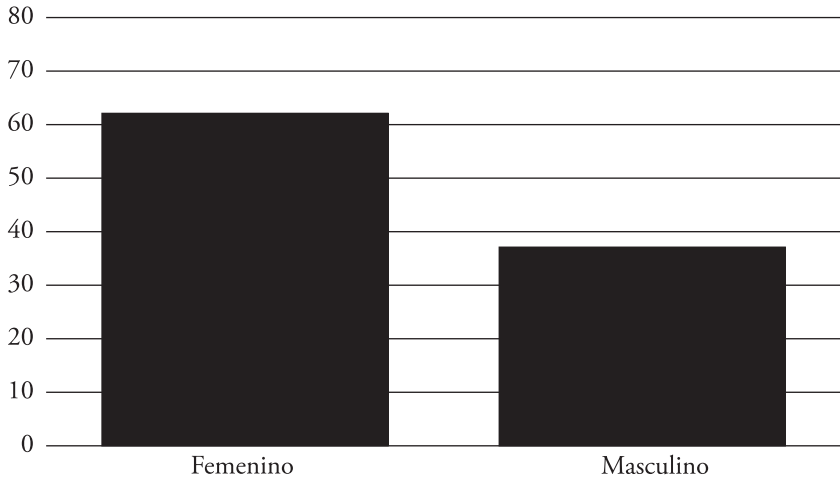
Elaboración: autor, 2024

¿Quiénes son y a qué se dedican sus padres?



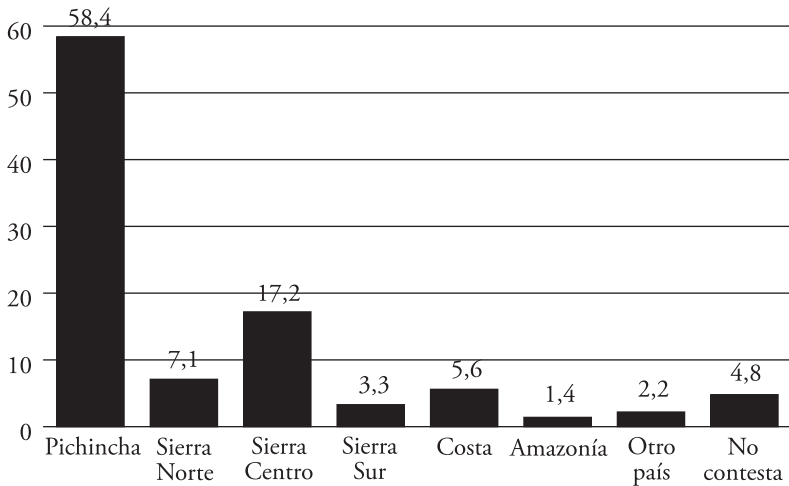
Elaboración: autor, 2024

¿Cómo se identifican con base a su género?



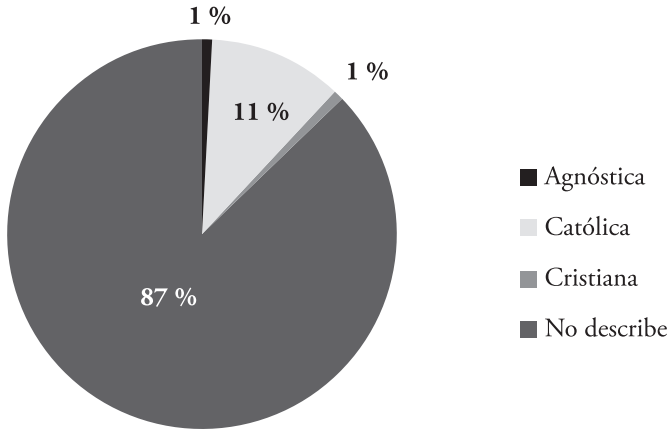
Elaboración: autor, 2024

¿De dónde vienen?



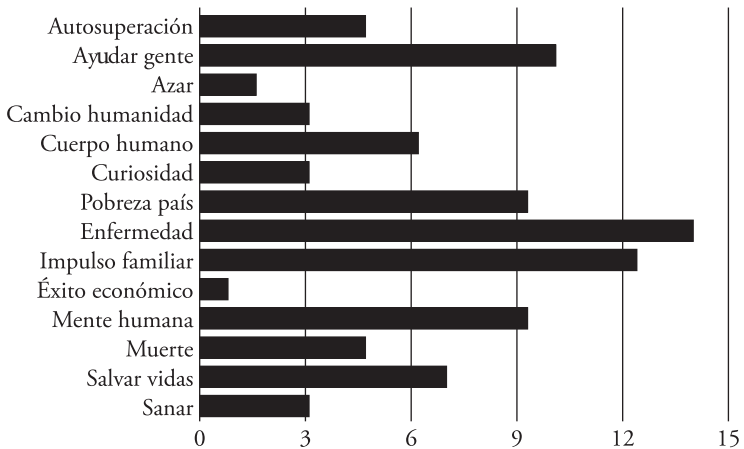
Elaboración: autor, 2024

¿Se identifican con alguna religión?



Elaboración: autor, 2024

¿Por qué estudiaron medicina?



Elaboración: autor, 2024

Como vemos, la realidad o el ser de los estudiantes de medicina de la PUCE se relaciona a su clase, género, región y etnia o grupo cultural, podemos apreciar en los gráficos anteriores cómo se auto identifican, en su mayoría mestizos, de clase socio-económica media, mujeres, con padres profesionales, pertenecientes a diversas regiones del país, sin una gran atadura religiosa y que decidieron ser médicos porque algún evento como muerte o enfermedad los impactó, deseando en su futuro médico ayudar a la gente, curar y sanar.

Entender lo que son o quiénes son es parte de un proceso fundamental de aprendizaje y la propuesta humanista entre profesores y alumnos.

Referencias

- Castaño, J., Florido, J., Galvis, J., Paneso, L., Torres, J. y Vivas, L. (2012). El perfil psicosocial de los estudiantes de medicina de la universidad de Manizales (Colombia) y su relación con el rendimiento académico. *Archivos de medicina*, 12(1), 62-72. <https://doi.org/10.30554/archmed.12.1.798.2012>
- Jackson, M. (2005). *Existential anthropology: Events, exigencies, and effects*. Berghahn.
- Morillo, M. B. y Ribadeneira, C. (2022) Percepciones sobre la aplicación y uso del paradigma biopsicosocial en la formación de estudiantes de medicina: Estudio de caso en la facultad de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. [Tesis facultad de Medicina-PUCE].
- Singer, M (2011). *Introduction to syndemics: a systems approach to public and community health*. Jossey-Bass: Jossey-Bass.

Experiencia en la formación biopsicosocial en estudiantes de internado: Estudio de caso Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica del Ecuador

María Belén Morillo. Médica

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Ana Camila Ribadeneira. Médica

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

La educación médica está muy influenciada por la visión predominante de la medicina occidental, implica que sea biologicista y enfocada en la resolución de la enfermedad y no en el vasto concepto de la salud. Lo que involucra que los estudiantes de medicina, cuando se enfrentan a un paciente en un contexto real, presenten deficiencias en la concepción del proceso salud enfermedad y en todo el contexto que trae consigo, generando inseguridad en el profesional y un problema en la relación médico-paciente. Una educación médica de calidad además de ser completa en la parte biológica debe incluir aspectos humanos que le ayuden a tener habilidades suficientes de comunicador y empatía con el paciente, de ahí la importancia de un enfoque biopsicosocial de la salud, donde se tome en cuenta al paciente como un ser integral quien forma parte de una sociedad y que su salud individual influye en los demás.

En la formación médica se puede distinguir varios modelos, uno clásico de la medicina occidental propuesto por Flexner en el que destaca según Paguay (2020:43) que “para el ingreso a carreras de medicina se debe exigir dos años de materias básicas, seguidos de dos años de materias clínicas y para terminar con dos años de prácticas”. Un modelo educativo que se puede definir como:

Una construcción imaginaria de un conjunto de objetos o fenómenos con el propósito de estudiar su comportamiento y del currículum que es el conjunto de principios formativos, científicos, epistemológicos, didácticos y metodológicos en un proyecto educativo, para lograr la formación integral de los estudiantes. (Torres, 2007)

En 1998, en la Declaración de Edimburgo de la Federación Mundial de Educación Médica, cuyo tema focal fue la formación médica, se destaca que deben existir programas de estudio prioritarios en salud para la comunidad, además de un enfoque en la prevención y promoción de la salud. Esto hace que el médico egresado sea un educador de la salud para su comunidad y no solo un experto en un tema concreto. Esta declaración tiene importancia porque permitió crear un modelo equiparable, donde la doctrina médica y psicosocial vayan de la mano, y donde los modelos educativos de las distintas regiones del mundo tienen una base firme para sentar los diferentes lineamientos relacionados con qué impartir y la importancia de lo que se imparte en las aulas, para lograr una competencia profesional que dote a estudiantes y profesores de los conocimientos adecuados para desenvolverse en el campo de la salud como investigación, docencia, servicio y gestión. Se dice que un médico egresado debería tener un perfil con siete roles: médico experto, comunicador, colaborador, líder,

defensor de la salud, estudioso y profesional. Para lo cual es necesario que el estudiante adquiriera estas habilidades a lo largo de la carrera con un modelo de formación que le permita no únicamente tener un conocimiento biomédico adecuado, sino conquistar habilidades sociales que le permitan relacionarse con el paciente y su contexto social y cultural (Gual et al., 2013).

Ecuador cuenta con veinticuatro escuelas de Medicina, de estas, la PUCE ha tomado al modelo biopsicosocial como su método de enseñanza-aprendizaje de la facultad de medicina, e integrando tres propuestas paradigmáticas: la pedagógica, la investigación y la vinculación con la sociedad, integrando, además, la formación e investigación científica desde una perspectiva no solo biomédica, sino también sociocultural.

El médico graduado de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador se caracteriza por ser un profesional con capacidad de liderazgo, aplicando valores cristianos, principios bioéticos, científicamente calificados y comprometidos con la salud y la vida. (PUCE, 2021)

La tesis fue aprobada por el subcomité de ética de la Facultad de Medicina-PUCE, código EO-91-2022 y contó de dos etapas metodológicas. La primera tomó en cuenta la participación de 380 estudiantes, que formaban parte del grupo de estudio previamente establecido y utilizó entrevistas cualitativas abiertas para recolectar la información. La entrevista se aplicó a través de plataformas digitales, constó de diez ítems, los mismos que se respondieron libremente, para captar adecuadamente cada punto de vista incluido en la investigación. Se aplicó un instrumento mediante el programa Google Forms y fue socializado en redes sociales como WhatsApp, Facebook Messenger e Instagram,

mismas, en los últimos años, representan plataformas de interacción y comunicación efectiva para presentes y futuras generaciones, así como plataformas digitales educativas tales como Microsoft Teams y Zoom Meetings, que fueron y son de gran utilidad en el ámbito educativo.¹

En la segunda etapa entrevistamos a profundidad, focalizadas en las respuestas más jerarquizadas de la primera etapa, basadas en opiniones otorgadas por el 10 % más representativo de muestra total, 38 estudiantes, ampliando la información para profundizar en las respuestas cualitativas.

El objetivo fue obtener la mayor cantidad de respuestas cualitativas y describir de forma etnográfica las narraciones que forman subjetividades, percepciones e impactos entre los estudiantes de medicina sobre su formación biopsicosocial, tanto teórica como práctica. Se preguntó a estudiantes de rotaciones hospitalarias de externado e internado, la investigación estaba en el espacio práctico, donde se supone que se deben cumplir las destrezas y enseñanzas médicas.

Pretende determinar los alcances en el proceso enseñanza-aprendizaje del paradigma biopsicosocial en el currículum académico, en la formación y en la futura vida profesional de los estudiantes Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Obtener esta información nos permitirá visualizar la percepción del problema en este grupo de estudio y así se podrá sugerir intervenciones enfocadas a mejorar el currículum académico de la carrera de Medicina de la PUCE. (Morillo, y Ribadeneira, 2022)

¹ Varios estudios realizados luego del 2020 en los que se concentraron en documentar los primeros meses de la pandemia por COVID-19 y sus efectos en el aislamiento y encierro, utilizaron entrevistas enviadas mediante medios digitales como aplicaciones y plataformas web con mucho éxito, por lo que en la actualidad es un instrumento de recolección de datos validado (Fradejas-García et al., 2020).

Los datos obtenidos se sistematizaron en el programa informático ATLAS-TI versión 9.1. Este software es una herramienta tecnológica usada para apoyar la organización, análisis e interpretación de información en investigaciones cualitativas, descriptivas, analíticas, explicativas, entre otras, y sugerido para procesar información derivada de la sistematización de experiencias. Por lo tanto, es útil para el estudio analítico de las entrevistas, registros anecdóticos, análisis de documentos, recursos verbales y documentales.

Resultados

Pregunta 1: ¿Por qué decidió estudiar medicina?

Fue la única carrera que llamó mi atención desde el colegio, además que siento mucha satisfacción al poder ayudar a las demás personas. De igual forma, considero que es una de las carreras más demandantes pero que tiene buena remuneración económica. (051MB, 2021)

Siempre me sentí atraída por las ciencias de la salud, me gustaba mucho la parte más teórica que práctica, la fisiología y la comprensión de la misma. Mi hermano mayor también estudió, y ver lo que hacía me inspiró a seguir el mismo camino. (045FA, 2021)

Lo veía como un reto personal, pude escoger una carrera más sencilla, pero sentí que tenía que probarme que puedo hacerlo y en el transcurso de la carrera me gustó aún más. (162FV, 2021)

Porque es una carrera que me permite estudiar al ser humano en su totalidad tanto física como psíquica al ser una carrera muy filantrópica me permite brindar ayuda a mis semejantes. (159MD, 2021)

Los resultados señalan que su impulso fue la vocación del servicio y ayudar a las personas, todo esto conectado con la admiración e ideología de lo que representa ser médico. En segundo lugar, una de las respuestas con mayor coincidencia era el haber elegido la carrera por curiosidad y gusto por la anatomía humana. Se menciona también en varias respuestas el factor familiar, relacionado con tradiciones e impulsos.

La decisión de seguir medicina fue un conglomerado general de lo antes señalado, representando un reto personal en la mayoría de los casos. Esto a su vez, se relaciona con la idea de que la medicina es una profesión respetada y reconocida por la sociedad. Se puede evidenciar lo antes mencionado en las narraciones descritas por los participantes de la investigación.

Pregunta 2: ¿Cuál es la materia que más le gustó y le sirvió?

En primer semestre, morfofunción. La docente era sensacional y la materia como tal era la base de toda nuestra carrera. Ahora que me encuentro en décimo, guardo mi portafolio de primer semestre de esa materia. (065FV, 2021)

El ABP es lo que más me gusto y más me sirvió porque te ayuda a razonar todo lo que aprendes y lees. (151FS, 2021)

Emergencias, como materia optativa. Me parece que el doctor es un excelente docente y complementa lo teórico con lo práctico. A pesar de ser una materia optativa (que obviamente no debería serlo debido a su importancia), los contenidos abarcados, los conocimientos adquiridos y la calidad de la clase superaron las expectativas. (150MA, 2021)

Siento que en la materia que más se adquiere conocimiento es ABP porque es el eje central de todos los semestres a partir de quinto.

La mayoría de coincidencias en las opiniones planteadas por nuestros participantes era el ABP (Aprendizaje Basado en Problemas); en la ampliación de datos de nuestras entrevistas, se menciona que el ABP, ha formado personas que tienen la capacidad de discernimiento e inclusión de todos los aspectos y esferas que engloban a un paciente. Fuera de lo antes mencionado, varias respuestas coinciden que aparte del ABP las materias de formación biomédica son útiles y en raras ocasiones alguna de las materias de formación biopsicosocial.

Pregunta 3: ¿Cuál es la materia que menos le gustó y menos le sirvió?

Nutrición, es una de las materias que por el profesor que la impartía generó en mi desagrado, mi aprendizaje no fue bueno y no estaba muy a gusto con las clases impartidas por dicho profesor. (051MB, 2021)

Administrativo sanitario pues, a excepción de un docente, la mayoría no sabían transmitir la materia de forma adecuada y se convertía en algo tedioso de aprender. (071FE, 2021)

Ética en noveno semestre o Jesús y la persona de hoy. No está enfocada a la vida profesional, sino a una revisión teórica y en muchos casos, superfluas. (150MA, 2021)

Investigación, pero depende mucho de los docentes y su forma de enseñar, ya que considero que sí es una materia útil, pero al no ser bien impartida generó cierto rechazo y desgano por aprender. (106FD, 2021)

No sé si aún existan esas materias en la nueva malla, pero materias como valores, desarrollo del pensamiento, Jesucristo y la persona de hoy, ética y bioética son las que fueron menos de mi agrado, no por su contenido, dado que soy una persona que gusta mucho de la

Pregunta 4: ¿Considera que su formación biomédica fue la adecuada? ¿Cree que le ha servido?

Sí, en realidad la malla me parece buena y completa, en lo que difiere un poco es en la gran diferencia que existe en cuanto a la formación de excelencia con ciertos profesores y otros profesores en la misma materia que realmente dejan muchos vacíos en la formación. No es nivelada la formación biomédica. (007FM, 2021)

Considero que el auto aprendizaje es la base para aprender medicina y es lo que aplica la facultad. La parte humanitaria que nos inculcan desde los primeros semestres también me parece bastante útil. Por otro lado, la carga horaria y de materias fue un reto junto al poco tiempo para revisar temas extensos. (087 MA, 2021)

Sí, considero que la formación médica impartida por la Facultad de Medicina de la PUCE es la mejor, ya que brinda al estudiante una formación tanto académica como humanística proporcionándole las herramientas suficientes para desenvolverse en el ámbito profesional y cotidiano. (159MD, 2021)

Sí, creo que la PUCE presenta una formación ejemplar para la carrera de medicina, aunque hay que reconocer que es bastante exigente, al final se nos imparte todos los conocimientos y destrezas necesarias para nuestra vida profesional. (105ME, 2021)

Pregunta 5: ¿Considera que su formación biopsicosocial fue la adecuada? ¿Cree que le ha servido?

Sí, porque muchas veces hacemos de menos el resto de los factores que no sean biológicos, pero a través del análisis que se hace en ABP en el cual se tiene en consideración las otras esferas como la social y económica nos ayuda no solo a diagnosticar y manejar una patología, sino también a conocer un poco más de la realidad de nuestro país y enfocarse de mejor manera en la prevención. (064FC, 2021)

Sí, ya que los docentes siempre nos motivaban a mirar de una manera integral al paciente y no solo la enfermedad, y claro que me ha servido para poder establecer una mejor relación médico paciente. (062FV, 2021)

Sí. Considero que fue adecuada porque dentro del ámbito laboral se llega a ver barbaridades por parte de compañeros de trabajo mismo. En cambio, nuestra formación es la adecuada como para establecer un adecuado vínculo médico paciente. (107MA, 2021)

Tal vez la esfera biopsicosocial está más separada, ya que en la Universidad predomina más lo biológico y no toman mucho en cuenta la parte psicosocial, teniendo en cuenta que es un aspecto muy importante. (103FN, 2021)

Sí, aunque siento que la parte psicosocial debería ser más incluida en los casos de ABP. (105ME, 2021)



Figura 5. Percepción de los estudiantes sobre su formación biopsicosocial

En muchos aspectos, se recalca que la formación biopsicosocial ha sido bien impartida y ha contribuido a que como personal de salud veamos a nuestro paciente como una persona, a desarrollar el lado humano, a entender que el paciente más que un conjunto de enfermedades representa un ente asociado a otro tipo de factores que influye es su proceso salud-enfermedad. En la ampliación de datos, logramos comprender que mucho de esto se relaciona con la formación integral que recibimos, en la doctrina de ayudar a las personas y entender que cada esfera del ser humano cuenta.

Pregunta 6: ¿Considera que su formación epidemiológica fue la adecuada? ¿Cree que le ha servido?

Relativamente, puesto que no he percibido una metodología clara a lo largo de los semestres, para poder adquirir conocimientos en esta área de una forma integral, el estudio de la misma lo he tenido que realizar aparte. No obstante, destaco el conocimiento que me fue impartido en niveles iniciales. (063MX, 2021)

Sí, considero que me ha servido, pero también hay que tener en cuenta que las materias que nos han formado acerca de estadística y epidemiología algunas veces han sido guiadas por tutores que no son muy buenos para la educación y esto nos puede dejar vacíos. (064 FC, 2021)

No, siento que es una materia que no debe impartirse de manera magistral, debería tener mucho más contenido práctico, quizá con pequeños casos o proyectos que nos enseñe de manera real la utilidad en la medicina y nuestro medio. (105ME, 2021)

No, la verdad considero que es una de las grandes falencias que tiene. En primer lugar, porque pocos profesores en verdad enseñan las cosas bien y al resto no les importa la materia como tal. A la final de ser útil, en sí es importante pero no tanto en el ámbito laboral. No pasa de saber cómo explicar un resultado de laboratorio y nada más. (107MA, 2021)

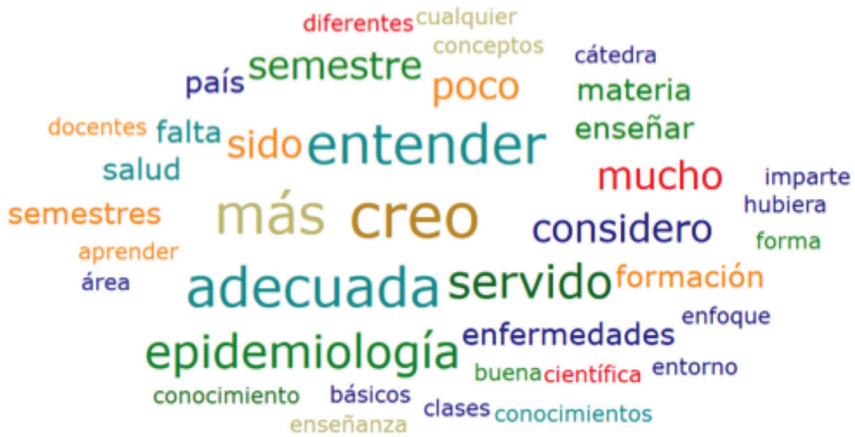


Figura 6. Percepción de los estudiantes sobre su formación epidemiológica

En cuanto a la formación epidemiológica, en su mayoría se toca el punto de que existe una notable deficiencia, relacionada no solo con la forma de impartición de la materia, sino también en el orden de impartición de la materia, se considera además que existen semestres en los cuales la asignatura se maneja de mejor manera y en parte se relaciona con el docente, se menciona también que esta es poco adecuada y varios de los entrevistados establecen la necesidad de una mejor práctica y transmisión de esta cátedra.

Pregunta 7: ¿Considera que su formación en investigación fue la adecuada? ¿Cree que le ha servido?

No creo, aunque tuvimos varios semestres la asignatura, a mi punto de vista, los docentes que nos enseñaron esa cátedra en su mayoría no están formados para la docencia y para enseñar esa materia. (066FM, 2021)

Considero que fue adecuada pero no suficiente, es triste que en la PUCE no haya un grupo serio de investigación que integre a estudiantes y docentes, es triste que no haya estudiantes que se acerquen a pedir hacer investigaciones con docentes, pero honestamente si he logrado verme involucrado en investigaciones es porque docentes de otras universidades se muestran más abiertos a hacernos partícipes. (023ME, 2021)

De igual manera, se pueden hacer mejoras en la investigación, es decir se pueden implementar más cursos que sean de agrado de los estudiantes que fomenten la investigación. (098MA, 2021)

La verdad no, considero que en el tema de metodología de investigación e investigación como tal no tienen casi utilidad las clases magistrales y mucho menos si se trata de una presentación en diapositivas o una charla de dos horas a la semana, hubiera sido de mayor provecho realizar investigaciones pequeñas para ganar experiencia y aprender de manera más dinámica. (105ME, 2021)

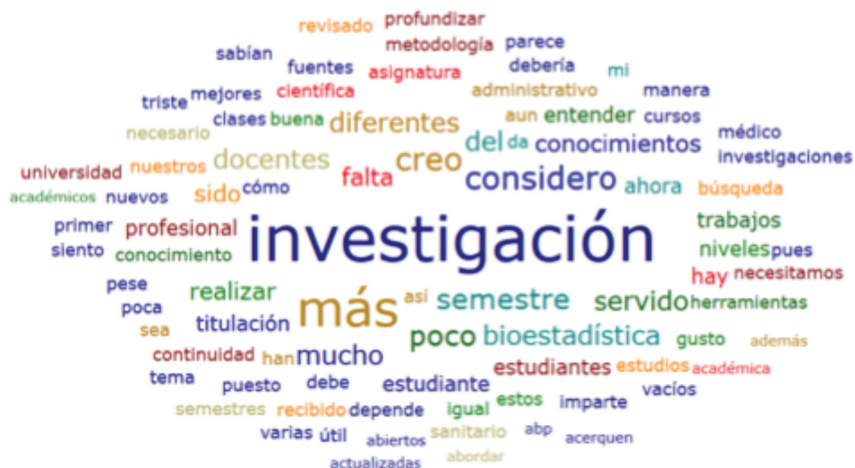


Figura 7. Percepción de los estudiantes sobre su formación en investigación

En el ámbito de la investigación, lo relacionan mucho con la formación epidemiológica, misma que también es deficiente, con que los conocimientos son insuficientes y que no se cuenta con las herramientas y el conocimiento del manejo de estas para desarrollar investigación en el campo profesional. Una de las funciones principales del ABP es impulsar la investigación científica en los estudiantes, que, aunque han logrado desarrollar habilidades relacionadas con la investigación, no muchos consideran que haya sido resultado de una guía en las aulas de clase. Por tanto, la mayoría de entrevistados considera esta una de las principales debilidades de nuestra malla curricular.

*Pregunta 8: ¿Qué factores considera que han influido
en su formación profesional?*

El apoyo de mi familia, de mis compañeros y de docentes comprometidos con su trabajo y el bienestar de sus estudiantes. Además de utilizar las herramientas impartidas por la universidad para facilitar el trabajo académico. (001MJ, 2021)

Incluye la parte psicológica ya que soy de provincia y también la parte económica. (005FN, 2021)

Fueron muchos, tanto personales como netamente académicos, entre ellos los profesores que tuve y las ganas y la dedicación que ponían en cada clase. (096FM, 2021)

En mi formación profesional han influido varios aspectos como la capacidad de enseñanza de los profesores, mi propia dedicación a tratar de profundizar en las cosas que no entiendo y el apoyo que he recibido de mi familia. (118FA, 2021)

El factor social, porque siento que tener un grupo de amigos en los cuales apoyarme es fundamental, el factor familiar también es indispensable, el factor económico porque sin él no podría estudiar en esta universidad ni medicina porque es una carrera cara y también los valores que se me fueron inculcados como la responsabilidad y la perseverancia. (095FO, 2021)



Figura 8. Percepción de los estudiantes sobre los factores que influyeron en su formación profesional

En este numeral, varios entrevistados tuvieron una idea de la influencia de diferentes factores, mismos que tenían un impacto positivo y negativo en relación con su formación. Tales como: nivel económico, docentes, profesores y compañeros. En la ampliación de información coincide la presión social, la influencia de los profesores y los compañeros en cuanto a su etapa formativa. De manera significativa se recalca el hecho de que dentro de la formación, si bien la universidad promulga un ambiente de compañerismo y unión, muchos de los entrevistados coinciden que la competitividad que existe en el aula de clases también desempeña un factor escénico, en cuanto a su impulso de seguir adelante; si bien dentro de un aula de ABP, lo primordial es el trabajo en equipo también se nutre de ese deseo de explotar un conocimiento para nutrir los diferentes temas de discusión tratados a lo largo de nuestra carrera universitaria.

Pregunta 9: ¿Considera que está preparada(o) para cumplir su labor como profesional de la salud?

No, me parece que aún me falta mucha experiencia, si bien me siento más firme con mis conocimientos en cuanto a teoría, para practicar la medicina como profesional se necesita de experiencia para estar más seguros y brindar la atención que se merece el paciente, por eso me parece fundamental inclusive en el año de internado que se siga impartiendo clases, dentro de ellos también los doctores siguen compartiendo su experiencia con nosotros. (007FM, 2021)

Debido a la pandemia y la falta de prácticas, mismas que son muy importantes, no siento que esté 100 % preparada por el mismo hecho de haber tenido tanto tiempo sin tener contacto con pacientes; sin embargo, tampoco puedo decir que no podría desempeñarme bien. (106FD, 2021)

Considero que mi parte teórica es adecuada, sin embargo, siempre va a existir algo que recordar o volver a leer, pero en general creo que en ese aspecto estoy capacitada. Ahora con respecto a la parte práctica siento que hay un déficit debido más a que estos últimos semestres debido a la pandemia los hemos recibido vía online, lo cual no nos permite tener ese acercamiento médico-paciente que creo necesario para un buen desarrollo de un médico integral. (088FD, 2021)

Pregunta 10: ¿Cuál es su deseo como profesional de salud en cuanto al trabajo? ¿Qué quisiera hacer luego de graduarse?

Me gustaría poder ingresar a estudiar una especialidad y, posterior a esta, una subespecialidad de ser posible, y en el área que me gusta ser capaz de encontrar un buen trabajo en el que no solo ayude a mucha gente, sino que me sienta feliz y realizada. (064FC, 2021)

Quisiera trabajar en un centro médico u hospital para adquirir conocimiento y poder pagarme mi especialidad fuera del país. (092MP, 2021)

Deseo primero poder realizar alguna especialidad y luego poder desempeñar de buena manera mi labor tanto en lo privado como en lo público hasta, si Dios lo permite, envejecer y enseñar mis conocimientos y experiencias como maestro universitario. (105ME, 2021)

Quisiera trabajar para ganar el suficiente dinero para financiar mi postgrado... Me gustaría hacerlo en otro país... Después de eso pienso quedarme allá si me contratan. Difícilmente me veo regresando al Ecuador donde la profesión es mal pagada y poco valorada. (107MA, 2021)

no solo permitirse avanzar en el ámbito laboral, sino también poder ofrecer a la comunidad más opciones de tratamiento y formar parte de campos más especializados.

Discusión

En el programa ATLAS TI se codificaron las entrevistas con las palabras más representativas y se corrigieron entre los códigos más utilizados y los aspectos principales de esta investigación: la formación biopsicosocial, la formación biomédica, la formación en epidemiología y la formación en investigación.



Figura 11. Conexiones entre nodos percepción sobre la formación biopsicosocial

En cuanto a la formación biopsicosocial, esta se relaciona con palabras como formación integral, sistema de salud, empatía, metodología, docentes. En todos los testimonios de los estudiantes se encontró que relacionan la formación biopsicosocial con los códigos mencionados que abarcan las ideas principales de los testimonios. Esto concuerda con lo expuesto antes, es decir, que existe una percepción positiva de la formación biopsicosocial de la universidad en los estudiantes, y se considera uno de los pilares fundamentales de su educación.

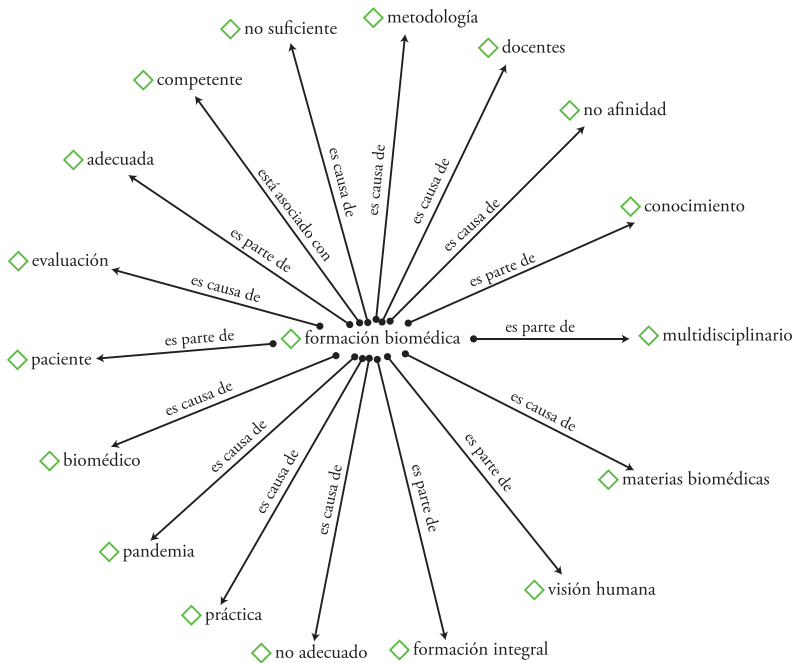


Figura 12. . Conexiones entre nodos percepción formación biomédica

En cuanto a la formación biomédica se encontró que esta se relaciona con una percepción positiva por parte del estudiante en su complejidad y profundidad. Se menciona al código pandemia en esta, ya que según los testimonios ha sido un factor que ha interferido de modo significativo en la formación y es percibido por los estudiantes de manera negativa.



Figura 13. Conexiones entre nodos percepción formación epidemiológica

En cuanto a la formación epidemiológica, como se muestra en la red de nodos, los alumnos la perciben negativamente ya que se correlaciona con códigos no suficientes, no adecuados, metodología que en la mayoría de los testimonios se coloca como factor que interfiere en adquirir conocimientos adecuados para el estudiante.



Figura 14. Conexiones entre nodos percepción formación en investigación

En investigación se encontró que se la percibe como a la formación epidemiológica, de forma negativa por los estudiantes. Esto tiene especial énfasis por el interés de algunos estudiantes en la investigación, pero que, por causas propias de la universidad y la falta de proyectos que vinculen a los alumnos en la investigación, se percibe como una falta en la formación y una necesidad del estudiante para que en su momento pueda realizar su trabajo de titulación adecuadamente.

La recopilación de información se basó en opiniones de estudiantes utilizando entrevistas abiertas, que, aunque en un inicio se formularon para obtener respuestas significativas, en una segunda etapa se buscó percepciones de pensamientos propios y sin guías. Mismos que sirvieron para corroborar lo presentado en esta investigación, siendo la primera en su tipo metodológico en la Facultad de Medicina-PUCE.

En el trabajo se puede evidenciar una constante, que es la percepción que tienen los estudiantes en ciertos aspectos de su formación, se encontró que la mayoría opina de forma similar en asuntos de importancia relacionados con la doctrina de estudio que tuvieron durante su instrucción.

En cuanto a la educación biopsicosocial, los estudiantes responden positivamente, quienes en sus variadas opiniones afirman que ha sido importante en su formación y que les ha ayudado a desarrollar mejor sus habilidades como comunicadores, conseguir una mejor relación médico-paciente y poder discernir claramente las necesidades de un ser vivo con alguna dolencia de salud. Esto concuerda con lo encontrado en otro estudio realizado en Chile donde se evaluó la importancia del contacto con la comunidad en el año de internado para la formación de los estudiantes.

El rol médico clásico aparece en todas las narrativas de los estudiantes. Si bien existe una visión más bien utilitaria, referida a la

adquisición de habilidades clínicas y a la consolidación de lo aprendido durante la carrera, también valoran los aprendizajes del ámbito personal. Estos no solo abarcan la relación con los pacientes, sino también su vida en una comunidad pequeña, lo que generalmente es visto como algo positivo, pero que a veces los lleva a cuestionar su futuro laboral. (Pesse-Sorensen, Burgos de la Vega y Esnouf Mannion, 2022)

Esto concuerda con los hallazgos sobre la importancia que dan los estudiantes a las prácticas preprofesionales en la comunidad, lo cual, según la opinión de varios, ha aportado de manera considerable en su formación como profesionales y en la idea que ellos conciben de la medicina, haciéndolos tener un mayor sentimiento de empatía y compromiso con sus pacientes.

De igual manera los estudiantes presentan una idea muy similar sobre lo que harán en el futuro, la mayoría de ellos buscando una especialidad que les permita, según ellos, conseguir un mejor futuro laboral, lo cual se evidencia también en el estudio chileno.

Si bien casi todos mencionan la promoción y prevención de salud, el pensamiento crítico frente al contexto sociohistórico y económico institucional, nacional y mundial no era un eje clave de la formación. Esto es coherente con las necesidades formativas cuyos relatos también abarcan etapas previas al internado: los estudiantes muestran, de forma implícita, limitaciones para reflexionar sobre estos contextos institucionales y sociales. Esto puede relacionarse con una transmisión interprofesional que refuerza la idea de ser un médico especializado y una subestimación del perfil médico generalista, cuestión ya advertida en estudios previos: esta última es vista como etapa transitoria en la vida profesional, como paso previo a la especialización.

Como último punto se destaca la importancia del ABP para los estudiantes ya que la mayoría lo considera como una de las materias más

trascendentales y uno de los aspectos esenciales que les ofrece la PUCE en comparación con otras universidades. Según lo encontrado es una herramienta que les ayuda a mejorar su pensamiento crítico, el desenvolvimiento con los pacientes en aspectos clínicos y lo más importante, que ayuda a comprobar la teoría sobre la formación biopsicosocial, entender a un paciente como un todo. El ABP, no únicamente se aplica como una metodología didáctica, sino que, el objetivo principal dentro de nuestra formación es darnos las herramientas para ser profesionales integrales. Lo cual concuerda con lo que se espera del ABP no solo como un aprendizaje biomédico, sino como un conjunto integral junto con una visión humanista del fenómeno salud-enfermedad.

En este contexto los contenidos de Antropología de la Salud que se espera estén integrados en el abordaje de las situaciones problema, refieren al ser humano y su contexto; la relación entre cultura, cuerpo y salud; complementariedad e itinerarios terapéuticos; construcción social de la enfermedad y relaciones de poder en salud/enfermedad; procesos de estigmatización; marcadores sociales de diferencia (edad, género, clase social), representaciones sociales, medicalización de la vida, perspectivas antropológicas de la muerte, entre otros temas que interesan a la Antropología y resultan relevantes en la formación médica.

Conclusiones

Los estudiantes de medicina de la PUCE coinciden en que la metodología biopsicosocial influye de manera primordial en el abordaje y manejo del paciente de manera integral.

Se encontró a su vez que la metodología de Aprendizaje Basado en Problemas ayuda al estudiante a analizar, discutir y encontrar soluciones a los diferentes paradigmas de una manera universal.

Nuestra investigación es la primera en su tipo metodológico (etnografía médica comparativa y uso de software para sistematización de datos) llevada a cabo en la Facultad de Medicina de la PUCE.

La población de estudio manifiesta que su formación en investigación no es suficiente ni la adecuada.

La mayoría de entrevistados a su vez enfatizan en que su formación influye en su futuro profesional y sus aspiraciones como médico.

Referencias

- Fradejas-García, I., Lubbers, M. J., García-Santesmases, A., Molina, J. L. y Rubio, C. (2020). Etnografías de la pandemia por coronavirus: emergencia empírica y resignificación social. *Perifèria Revista de Recerca i formació en antropologia*, 25(2), 4-21. <https://doi.org/10.5565/rev/periferia.803>
- Gual, A., Núñez-Cortés, J., Palés-Argullós, J. y Oriol-Bosch, A. (2013). Declaración de Edimburgo, ¡25 años! *Fundación Educación Médica*, 16(4), 187-189. <https://dx.doi.org/10.4321/S2014-98322013000600001>

- Paguay Moreno, Á. R. (2020). *El modelo médico hegemónico en salud en el programa de internado de la Escuela Superior Politécnica del Chimborazo*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar.
- Pesse-Sorensen, K., Burgos de la Vega, S. y Esnouf Mannion, S. (2022). Formação médica no contexto da atenção primária rural no Chile: contrastes com experiências em espaços hospitalares e urbanos. *Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade*, 17(44), 3072. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3072](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3072)
- PUCE. (2021). Medicina PUCE Misión, Visión, Perfil del egresado. <https://www.puce.edu.ec/medicina/#:~:text=Misi%C3%B3n,Pontificia%20Universidad%20Cat%C3%B3lica%20del%20Ecuador>
- Torres, A. P. G. (2007). Historia, epistemología y didáctica de las ciencias: unas relaciones necesarias. *Ciência & Educação (Bauru)*, 13(1), 85-98. <https://doi.org/10.1590/S1516-73132007000100006>

El aprendizaje basado en problemas (ABP): estudio de caso en estudiantes de medicina Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Andrea Carolina Pallasco. Médica,
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Joshua Fernando Tapia. Médico,
Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Introducción

Un renovado debate médico para plantear metodologías innovadoras en el proceso enseñanza- aprendizaje surge entre los años 1960 y 1970 en la Universidad de Mac-Master en Canadá. Este resultado resultó el desarrollo del Aprendizaje Basado en Problemas por un grupo de educadores del área de la salud y medicina con el fin de estructurar un plan de estudios completo que promueva la educación multidisciplinaria centrada en el estudiante y el aprendizaje permanente en la práctica profesional. Con esta propuesta innovadora, y para el año de 1972, se graduó la primera promoción. A la par, las universidades de Maastricht en Holanda y New Castle en Australia también crean nuevas escuelas de medicina con la implementación de esta metodología en su estructura curricular (Walker et al., 2015).

¿Qué es el Aprendizaje Basado en Problemas?

Las definiciones del ABP son múltiples, dependiendo de los autores y expertos en el tema, se citan de manera textual tres definiciones importantes del ABP. Autores como Velásquez (et. al, 2020) han construido estos conceptos durante su práctica profesional y la lectura de documentos, ensayos e investigaciones con expertos, conceptualizando esta metodología como:

- El ABP es un enfoque educativo (y curricular) centrado en el alumno que les permite realizar investigaciones, integrar teoría y práctica, aplicar conocimientos y habilidades para desarrollar una solución viable a un problema definido.
- El ABP puede definirse como un proceso de indagación que resuelve preguntas, curiosidades, dudas e incertidumbres sobre fenómenos complejos de la vida. Un problema es cualquier duda, dificultad o incertidumbre que se debe resolver de alguna manera. La indagación por el alumno es una parte integral importante del ABP y de la resolución de problemas.
- El Aprendizaje Basado en Problemas es un sistema curricular e instruccional que desarrolla las estrategias propias de resolución de un problema y las bases del conocimiento y habilidades de una disciplina.

De estos variados conceptos se puede concluir que la parte esencial es el alumno. Este método de enseñanza brinda al estudiante mejores habilidades de resolución de casos problema, capacidad de aplicar sus propios conocimientos previos y obtener nueva información usando habilidades de pensamiento crítico.

Se aplica por primera vez la metodología de enseñanza denominada Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) en la Facultad de Medicina de la Universidad de Case Western Reserve, en Nuevo México en Estados Unidos. En la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Mac-Master abren una nueva escuela de Medicina. El principal promotor del ABP, el Dr. Howard Barrows, reconoció que el proceso de diagnóstico del paciente se basaba en una combinación de un proceso de razonamiento hipotético-deductivo y conocimiento en múltiples dominios. Enseñar contenido específico de la carrera (anatomía, neurología, farmacología, psicología, etcétera) por separado, utilizando un enfoque de lectura tradicional, hacía poco para proporcionar a los alumnos un contexto para el contenido o para su aplicación clínica; por tal motivo, reforzó el método de ABP desarrollando técnicas de pacientes simulados o estandarizados, actualmente utilizadas para evaluar y enseñar destrezas clínicas. Conjuntamente con Ann Kelson crearon aportes desde la escuela de medicina Universidad de Southern Illinois donde fundaron el ABPI, una asociación de profesores e investigadores vinculados con el ABP.

Ciertos acontecimientos darían origen a la instauración del ABP:

- El método dialéctico, creado por Sócrates (470 a 399 a. C.), fundado en el diálogo en el que mediante el razonamiento inductivo se puede describir los términos objeto de investigación.
- La dialéctica hegeliana de la tesis-antítesis-síntesis; donde la tesis es una proposición cierta hasta que llega la antítesis, otra proposición que se opone a la primera, y la síntesis, la cual es la proposición que llega a superar la contradicción.

- Las propuestas pedagógicas de John Dewey (1859-1952) en su planteamiento de crear en los alumnos la costumbre de pensar en conexión con la experiencia (instrumentalismo-pragmático).
- La perspectiva de aprendizaje por descubrimiento definido (constructivismo) muestra que aprender es un procedimiento de acoplar nuevas ideas fundamentadas en el saber previo.

En América Latina también se benefician múltiples universidades con el Aprendizaje Basado en Problemas como la Universidad Estatal de Londrina, Facultad de Medicina de Marília en Brasil, en la Universidad Nacional Autónoma de México, entre otras. Para el año de 1980 en las Facultades de Medicina ya se comienzan a desarrollar planes para integrar el ABP (Escribano González y del Valle López, 2008).

En Ecuador, la Pontificia Universidad Católica del Ecuador implementa el Aprendizaje Basado en Problemas en la Facultad de Medicina en 1994, por parte de un equipo técnico educativo y médicos, inspirada en los últimos enfoques de la docencia superior en medicina, se lo implementa como estrategia innovadora, como visión integral de la formación del estudiante. La Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), desde su fundación en 1994, asumió el ABP como parte sustancial del proceso de formación de los estudiantes. Así, la concepción de la carrera, la operacionalización del currículo y el trabajo académico en los diversos niveles y ciclos, tuvieron en el ABP un referente teórico metodológico y tecnológico que imprimió un carácter sobresaliente a la labor de la PUCE, que ha sido reconocido por varias evaluaciones tanto internas como externas (Achig Ortiz et al., 2011).

Para poder implementar una nueva estrategia se necesita de coordinación, equipos de monitoreo y evaluación, lo que puede resultar complicado pero que se ha logrado con éxito en la universidad. En sus inicios, en la Facultad de Medicina se implementaba el ABP desde primer nivel en ciencias básicas, sin embargo, con el tiempo se ha ido perdiendo ya sea por modificaciones de los docentes o por los estudiantes. Actualmente, desde quinto nivel está el ABP en la malla curricular, los casos que se desarrollan son reales, el tiempo para cada caso es de una semana. Aunque el tiempo es importante, el docente debe lograr que sus alumnos se orienten en los problemas y logren desarrollarlos con éxito.

La finalidad del ABP en el proceso educativo es que el estudiante “aprenda a aprender”, desarrollar la capacidad de investigar, trabajo en equipo, este es un pilar fundamental para su adecuado desarrollo. Esta metodología es realizada en grupos pequeños de trabajo bajo la supervisión de un tutor.

Como tal en la facultad de medicina de la PUCE, el ABP se aplica en las ciencias clínicas (V a VIII semestre), en el externado (IX y X nivel) y en el internado (XI y XII nivel). En 2016 en la PUCE se realizó el congreso internacional: Innovación, debate y reflexiones en educación en ciencias de la salud, donde se ratificó la vigencia del ABP, sus fortalezas y debilidades que hacen necesario comunicar propuestas del ABP orientando a ciencias básicas con grupos grandes. En el país, esta metodología también se ha implementado en otras universidades como la Universidad San Francisco de Quito USFQ, la Universidad Tecnológica Equinoccial y la Universidad de las Américas.

En la PUCE, el ABP se desarrolla en tres sesiones que son apertura, monitoreo y cierre en una semana, en comparación con Canadá que lo hacen en dos sesiones en quince días todo depende de la cultura y de

la forma de ver la realidad de cada país. Si bien allá lo hacen como un caso para revisar una patología en específico, en la PUCE se lo ve no solo como un caso, sino como un paciente que es un ser biopsicosocial. Una de las limitantes para ver a un paciente de forma integral es el sistema de salud, ya que si un médico tiene cierta especialidad en un área y este tiene una dolencia en un área diferente a la del que acudió en primera instancia, simplemente no se le atenderá y se derivará a otro que sí tiene esa especialidad requerida. Se trata de un sistema de salud desintegrado donde las especialidades dirigen. No hay un sistema de salud en donde se pueda analizar al paciente de forma integral como un ser biopsicosocial que es uno de los objetivos del ABP en la PUCE.

Al preguntar sobre el papel del tutor en ABP se menciona que él solo es un guía en el ABP, pero para que sea un buen guía necesita conocerse, debe ser un experto, ya que si no conoce sobre algún tema o no está actualizado en ciertos conocimientos con los avances científicos que hay, puede dificultar el camino del estudiante. Los médicos familiares son los que sostienen la carrera ya que son los que ven al paciente de forma integral. En cuanto a la evaluación en el ABP, la heteroevaluación es la que más se fomenta y es observacional, puede ser un problema ya que el docente evalúa desde su visión, por lo tanto, para que la evaluación sea más fidedigna se han implementado evaluaciones en apertura, monitoreo y cierre, sin embargo, esto depende de cada docente.

También se menciona que a veces el estudiante puede temer evaluar a sus docentes o refutar alguna idea, pues esto afectará su nota final. Finalmente, cuando se habla acerca del futuro del ABP en la Facultad de Medicina de la PUCE este depende de apoyo institucional ya que es una metodología costosa porque el trabajo es casi individualizado. Se requiere de dos docentes especialistas para guiar al grupo de estudiantes.

Resultados

La recolección de datos se realizó mediante la utilización de entrevistas cualitativas abiertas a 735 estudiantes del quinto al décimo semestre. Sin embargo, solo 502 de ellos respondieron la entrevista, de los 502 estudiantes 378 lograron desarrollar las preguntas con respuestas cualitativas, completas y profundas que es lo que se requiere para tener resultados específicos de sus percepciones sobre los temas a investigar de manera concreta, amplia y objetiva. Para sistematizar datos, se realizaron nubes de palabras con el software ATLAS-TI 9.1, donde se codificó cada pregunta, resaltando las que tiene más repetición en las entrevistas, lo que da una idea de la percepción del estudiante.

Pregunta 1: ¿Sabe usted qué es el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP)?

Es una metodología de aprendizaje mediante la resolución y análisis de problemas lo más cercanos a la realidad, que además implica una postura autodidacta y proactiva del estudiante, mientras el tutor hace el papel de guía. (378FA, 2022)

Sí, es un método que difiere de las clases magistrales, en el cual los y las participantes dictan la clase con base en un problema previamente planteado. Cada uno aporta con su conocimiento y los otros compañeros agregan, refutan o corrigen. (379MW, 2022)

Es un método de aprendizaje basado en un caso clínico en donde utilizas tus prerrequisitos y usas razonamiento clínico para poder resolver el problema. (320MDL, 2022)

de este proceso de aprendizaje ya que sin la guía del docente sienten que puede haber vacíos que temen sean aclarados posteriormente.

Además, se menciona que los prerrequisitos por parte del alumno son importantes para dar comienzo a las sesiones de ABP, reconocen la importancia del conocimiento previo de materias de los niveles anteriores, ya que van a poder correlacionar la fisiología con la fisiopatología de dicho caso-problema y lograr un aprendizaje de calidad y no solo memorizar.

Pregunta 2 ¿Usted cree que es útil en su formación como futuro profesional de la medicina?

Sí, ya que se aplican problemas que en un futuro tendremos que afrontar como personal de salud, para poder ayudar a nuestros pacientes. (99FC, 2022)

Sí, porque nos impulsa a analizar detalladamente al paciente tomando en cuenta problemas, factores de riesgo, enfermedades más comunes por grupo etario, diagnóstico y tratamiento, etcétera. (100FEG, 2022)

Tiene sus ventajas y desventajas, ya que no se alcanza en algunos casos a terminar y quedan vacíos que el propio estudiante con la información buscada debe solventar. (16FAT, 2022)

Sí, es útil el ABP ya que nos ayuda a desarrollar habilidades de conocimiento, actitud frente al paciente, pero creo que cada maestro debe retroalimentar al conocimiento del estudiante. (41FC, 2022)

Creo que sí, ya que nos permite aprender mediante situaciones reales en el Ecuador y comprender cómo se usa el razonamiento médico en la vida profesional. (211MAC, 2022)

correcto diagnóstico de los pacientes reales. Pocos estudiantes a pesar de que consideran que si los ayudará en un futuro profesional piensan que todavía falta un mejor desarrollo de la metodología en las aulas. En ocasiones quedan vacíos sin resolver y temen que se presenten en sus consultas médicas en el futuro. Los estudiantes consideran que una falla en el método es la retroalimentación, por lo que deciden que para ese grupo de estudiantes el ABP no es el mejor método de enseñanza y prefieren el aprendizaje convencional con clases magistrales.

Pregunta 3: ¿Cree usted que un problema o un caso se puede repetir en su vida profesional?

Sí, de hecho, ahora en IDIS comunitario ya he visto varios pacientes con cuadros similares a los de ABP. (100FEG, 2022)

Sí, ya que tratamos de ver lo más común en nuestro país las patologías que más se encuentran en todo el Ecuador. (211MAC, 2022)

Sí, ya que por lo general se utilizan casos basados en la epidemiología del país, por lo que se analizan los casos más prevalentes. (311MER, 2022)

Creo que podría repetirse, pero más que nada, nos sirve para entender las bases de las enfermedades e irlo incorporando a la práctica. (344FDC, 2022)

No, cada caso es diferente, nos preparan con casos hipotéticos que se alejan de la realidad. (371FDN, 2022)

Pregunta 4: ¿Considera que los docentes y tutores de ABP fueron de ayuda o guía en su formación profesional?

Depende del tutor y del instructor, algunos son muy buenos y otros dejan muchas cosas sin desarrollar. (11FGR, 2022)

Algunos tienen el conocimiento y lo comparten con sus estudiantes, otros se lo guardan y otros denigran al estudiante cuando no tiene los suficientes conocimientos. (41FC, 2022)

Algunos sí, pues aparte de desarrollar el ABP como tradicionalmente los conocemos nos guiaron y enfatizaron en lo más importante. No obstante, otros docentes no utilizan un buen método de llevar el ABP y en lugar de ser una materia que ayude nos logran estresar más y profundizan en cosas que no necesariamente son tan importantes y dejan de lado lo realmente importante a mi parecer. (84FCS, 2022)

Depende mucho del profesor porque algunos sí les gusta enseñar y corregirnos mientras que otros solo escuchan, aunque estemos mal. (141FDO, 2022)

Sí, en su mayoría, me han ayudado muchísimo a desarrollar un método de estudio y me han motivado a desarrollar un pensamiento crítico y lógico. (469FAA, 2022)

esas correcciones aprenden. Si bien el estudiante es el actor principal del ABP, creen pertinente que los tutores también deben realizar acotaciones en cuanto al tema abordado en ese momento. Los estudiantes también mencionan que la mayoría de los docentes han aportado de manera positiva en su aprendizaje, ya que han sido guías, los han incentivado, tienen un compromiso con su aprendizaje, han complementado su conocimiento, las retroalimentaciones son oportunas y claras, han generado un ambiente de confianza con los alumnos lo cual promueve que ellos tengan esa curiosidad de investigar y prepararse para cada sesión de ABP y participar de manera activa sin temor a equivocarse. También consideran que es de gran apoyo que dos docentes especialistas en el tema los puedan guiar y aclarar sus dudas.

Pregunta 5: ¿Cuándo se enfrenta a un caso o problema médico, e ayuda el diagnóstico biomédico o el psicosocial?

Sí, ya que la salud y el bienestar engloba diversas esferas y entre esas además del biomédico se encuentra el psicosocial, que en muchos casos no es tomado en cuenta, sin embargo, de ahí parten problemas que se reflejan en el paciente. (99FC, 2022)

Definitivamente sí. He visto en IDIS casos de somatización cuyos síntomas desaparecieron al aplicar el tratamiento por psicología o psiquiatría. (100FEG, 2022)

Sí, el ámbito psicosocial es importante, aunque muchas veces lo dejamos de lado, nos puede ayudar al diagnóstico. (200FKH, 2022)

Sí, creo que faltaría un poco meter lo biopsicosocial en los casos, pero por suerte disponemos de la materia de psicosocial la cual nos orienta en cada caso. (211MAC, 2022)

puede ser el adecuado, pero si la dolencia o el problema no cede, se investiga más sobre la esfera social o psicológica del paciente y se diagnostica el verdadero problema.

Pregunta 6: Comente su mejor experiencia con los ABP

Las sesiones en las que con la cooperación de todos los compañeros, la buena guía del docente y los aportes del tutor se logra revisar por completo los puntos más relevantes del caso en cuestión, y además se puede hacer una resolución del caso presentado haciendo un recuento de las actitudes y las decisiones que se deben tomar si nos encontramos con un caso similar en el futuro. Dichas sesiones suelen contar con un ambiente de confianza y respeto entre todos los presentes, con el fin de que cada uno pueda aportar sin sentir temor a equivocarse. (01MJ, 2022)

Aprender muchas cosas desde la etiología hasta el tratamiento, me gusta mucho ver cómo todo tiene relación entre todos los casos. Algunas veces los doctores nos felicitan y nos dan ánimos a seguir intentando. (11FGR, 2022)

Cuando se ha logrado como equipo resolver los problemas, pero no de memoria, sino realmente entendiendo su base. Eso ha sido una gran satisfacción ya que nos motiva a seguir indagando y aprendiendo. (99FC, 2022)

Cuando estaba en las prácticas hospitalarias en la rotación de adulto, me sorprendía ver cómo todo lo que estudiaba con guía de los docentes de ABP era de gran utilidad para la resolución de problemas como el diagnóstico de un paciente, así como su manejo integral. (223MEZ)

Ha sido una experiencia completa y un poco estresante en cuanto a la autoformación, pero al poner en práctica el conocimiento el ABP con los casos, se consolida el conocimiento y se llega a completar nuestra formación como médicos. (425MJC, 2022)

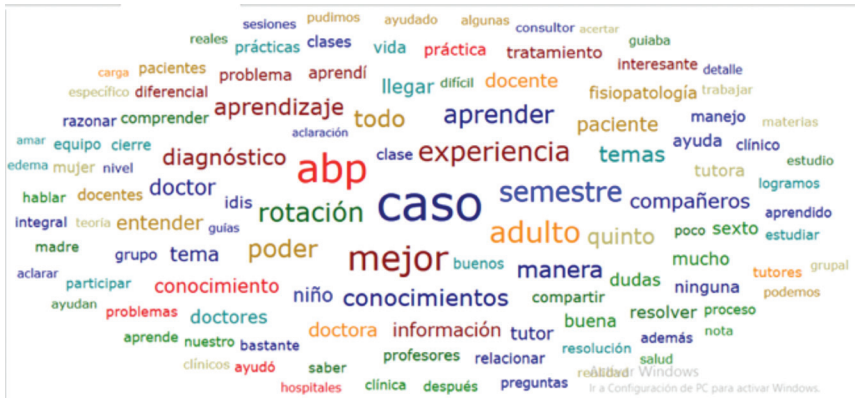


Figura 20. Mejor experiencia con los ABP

En esta pregunta la mayoría de las respuestas son positivas referente a las vivencias en ABP. Los alumnos afirman que junto con la guía del tutor más la participación de cada compañero de curso aportando ideas, se forma un buen ambiente de estudio, en el cual el conocimiento es enriquecido no solo para el estudiante, sino también para el docente. Muchos alumnos consideran que todos los conocimientos obtenidos en el ABP han ayudado mucho al realizar sus prácticas hospitalarias, ya que analizaron un problema que se presentaba en un paciente, pudiendo ordenar sus ideas, y así llegar al manejo integral de los pacientes. También se menciona la importancia de la confianza y el respeto que se debe tener en cada sesión de ABP, ya que de esta ma-

nera cada alumno no tendrá dificultades para poder expresarse y evitar el nerviosismo que se puede generar en el estudiante. Los alumnos afirman que esta metodología de enseñanza que les da la oportunidad del autoaprendizaje, los incita a investigar por su cuenta, buscando bibliografía de varias fuentes, ya sean libros o páginas de actualización médica, de esta forma el conocimiento es aún más enriquecedor.

Pregunta 7: ¿Cuál considera fue su peor experiencia en los ABP?

Fue cuando al ambiente entre docentes y estudiantes no era adecuado para realizar una sesión cooperativa, pues existía temor de participar y se generaba desconfianza, por lo que al final los resultados de aprendizajes no fueron los adecuados. (01MJ, 2022)

En algunos casos los moderadores o los líderes no daban la palabra a todos para aportar sobre alguna interrogante, esto llega a afectar la calificación de algunos compañeros ya que la participación no era equitativa. (30FKM, 2022)

En ocasiones en el ABP no había retroalimentación por parte del docente, mencionando que estábamos en la capacidad de manejar la sesión y saber del tema, me sentí perdido al no contar con una guía. (34FRM, 2022)

Ciertas veces en ABP no se alcanzaba a cerrar el caso debido a lo extenso del tema, y el tutor no nos permitía avanzar hasta que cierto tema fuera visto, además de que pese a mi colaboración y participación no recibí la nota que yo consideraba justa. (38FE, 2022)

Cuando mi tutor calificaba por el número de aportes y no por la calidad de estos, por lo que considero una mala metodología debido a que hay personalidades extrovertidas e introvertidas. (408FVJ, 2022)

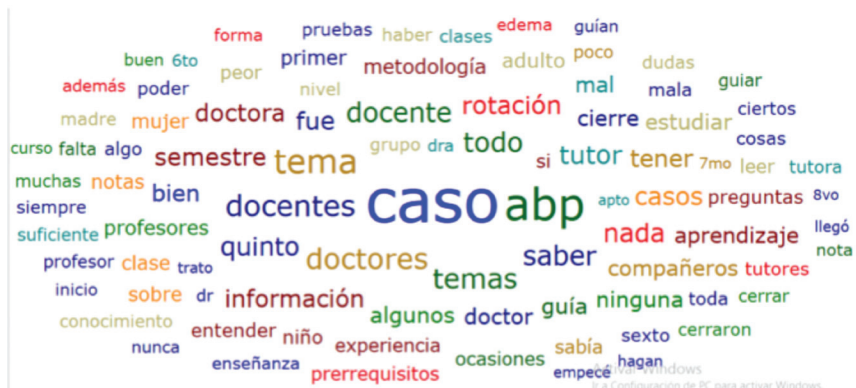


Figura 21. Peor experiencia en los ABP

En esta pregunta, los estudiantes se enfocaron en las falencias que se pueden presentar en la metodología del ABP desde su punto de vista, expresando sus experiencias. Los alumnos mencionan que es necesario que exista una buena relación entre docente y estudiante, para que de esta manera el conocimiento de cada uno enriquezca al resto, ya que a través de la confianza generada y el respeto se pierde el nerviosismo y esto motiva al estudiante a seguir participando.

El estudiante muestra cierta inconformidad cuando la participación en el ABP no es justa, ya que el líder (estudiante) a veces no distribuye bien el tiempo y la actuación de cada alumno. Los estudiantes consideran que parte fundamental del ABP también debe incluir un buen guía, así se seguirá un orden y todo el conocimiento quedará consolidado según lo estudiado y así no quedan dudas, pero algunos alumnos mencionan que en ocasiones se han sentido perdidos, al no saber dónde estudiar, en qué profundizar o qué camino tomar en cuanto al problema para llegar a un cierre adecuado.

Se menciona cierta preocupación del alumno cuando el tema de ABP en la semana es demasiado extenso, y en estos casos no se logra un cierre de manera adecuada y se llegan a tener vacíos que deberán llenarse después, donde surgirán nuevas dudas. En el método de evaluación, los estudiantes tienden a sentirse inconformes con la forma de calificar su participación, varios consideran haber aportado información nueva y enriquecedora, por lo que se sienten desmotivados.

Pregunta 8: ¿Piensa usar en su futuro médico lo aprendido en los ABP?

Con el paso de los años y la gran cantidad de contenido revisado, la mayoría de lo aprendido, y sin el uso de las técnicas de memoria espaciada, se olvida. Sin embargo, considero que la resolución sistemática de los problemas presentados si servirán para resolver problemas reales en el futuro en su medida. (01MJ, 2022)

Sí, ya que analizar a los pacientes en todas las esferas ayuda a una mejor resolución de los casos clínicos. (41FC, 2022)

Definitivamente ABP nos ha brindado herramientas muy útiles tanto teóricas como prácticas para el ejercicio clínico. (112MNL, 2022)

Creo que es muy útil para la práctica médica y el análisis de los casos. (377FAO, 2022)

Por supuesto, considero que lo que estoy aprendiendo en este semestre será útil en el futuro. (406FCP, 2022)

Mencionan que un ABP es útil cuando el docente ha cumplido su rol de guía hacia el estudiante, brindando herramientas de estudio y retroalimentación adecuada, lo que incita al alumno a seguir aprendiendo. Expresan que cada sesión sobre cada tema ABP ha sido importante en su formación, ya que toda esa información se ha relacionado al momento de realizar sus prácticas, sin embargo, varios estudiantes mencionan que la rotación de adulto es de las cuales les ha ayudado más, ya que se revisan temas que son fundamentales para entender los otros ABP, es decir ha sido una base.

Pregunta 10: ¿Cree que la metodología ABP en la formación de un futuro médico sirve como guía para entender mejor la medicina moderna?

Sí, ya que te ayuda a buscar la mejor evidencia para el beneficio del paciente además te ayuda a plantear preguntas en cada consulta y a ver a los pacientes como seres humanos integrales. (01MJ, 2022)

Sí, pero debe tener nuevos enfoques y nuevas herramientas. (08FEM)

Creo que el ABP debería combinarse con el conocimiento que nos puedan compartir los docentes, sus experiencias de casos similares con nosotros. (50FD, 2022)

La verdad no, considero que debería haber clases magistrales en donde nos impartan el mayor conocimiento para que, junto con los textos, complementarlo, el autoaprendizaje no resulta siempre del todo bueno. (84FCS, 2022)

Sí, ha sido la mejor forma para aprender. (99FC, 2022)

Los casos de adulto en general, porque son los más comunes vistos en la consulta médica. (342MJQ, 2022)

Discusión

El programa ATLAS-TI permite sistematizar y codificar las entrevistas para obtener las palabras más representativas de las respuestas de estudiantes de medicina investigados en este proyecto. Posteriormente, permite jerarquizarlas y correlacionarlas entre los códigos más utilizados para formar redes, en esta investigación los códigos más representativos son: Aprendizaje Basado en Problemas, paradigma biopsicosocial y uso del ABP en el futuro profesional. El segundo resultado obtenido de la sistematización de códigos se presenta como parte de la discusión de los resultados de esta investigación.

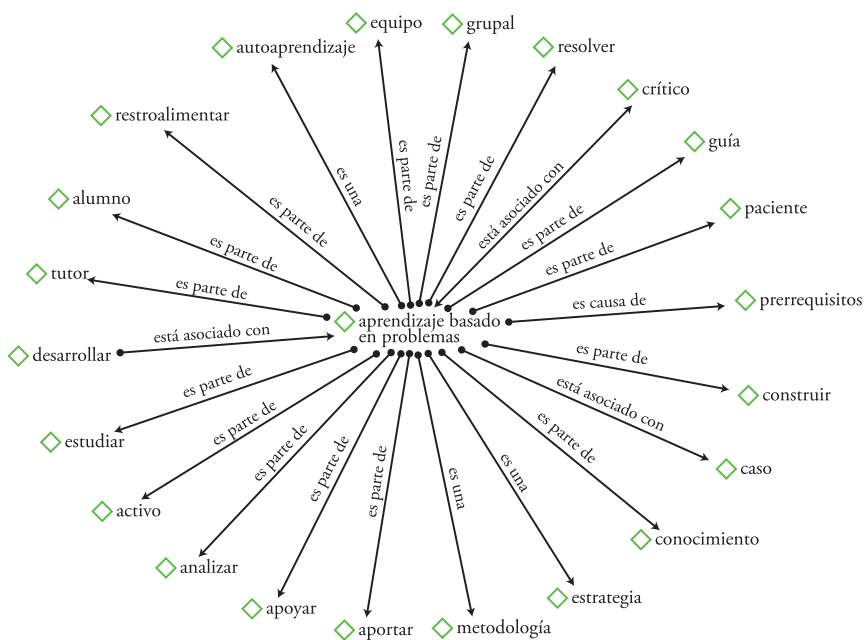


Figura 25. Conexiones entre nodos percepción del ABP

En la red de aprendizaje basado en problemas esta se relaciona con palabras como metodología, estrategia, analizar, autoaprendizaje, equipo, prerequisites, conocimiento, pacientes, tutor, alumno, construir. Los estudiantes relacionan el ABP con los códigos previamente mencionados. Cuando se les preguntó en la entrevista acerca de su conocimiento en ABP la mayoría de los alumnos respondió de manera afirmativa e incluyó estas palabras en sus testimonios, lo cual brinda una idea estructurada de lo que ellos conocen como ABP. Si bien los alumnos conocen qué es el ABP, para complementar, se les preguntó acerca de la utilidad y uso del ABP en su futuro profesional.



Figura 26. Conexiones entre nodos percepción del ABP en el futuro profesional

En esta red del ABP en el futuro profesional se pueden observar palabras como pacientes, analizar, práctica clínica, investigar, internado rotativo, conectar ideas, razonamiento, desarrollar habilidades. Esto, junto con el resultado de la segunda pregunta de la entrevista acerca de su utilidad en el futuro profesional que fue afirmativa para la mayoría de estudiantes, existe una percepción positiva del ABP que además es útil en su futuro profesional. Lo cual concuerda con los resultados del estudio “Percepciones sobre la aplicación y uso del paradigma biopsicosocial en la formación de estudiantes de medicina: Estudio de caso en la facultad de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador”.

En este contexto los contenidos de Antropología de la Salud que se espera estén integrados en el abordaje de las situaciones problema, refieren al ser humano y su contexto: la relación entre cultura, cuerpo y salud; complementariedad e itinerarios terapéuticos; construcción social de la enfermedad y relaciones de poder en salud/enfermedad; procesos de estigmatización; marcadores sociales de diferencia (edad, género, clase social), representaciones sociales, medicalización de la vida, perspectivas antropológicas de la muerte, entre otros temas que interesan a la Antropología y resultan relevantes en la formación médica (Noceti et al., 2019).

En la red de percepciones del diagnóstico biomédico y biopsicosocial se ven palabras como: sí, integral, multidisciplinario, necesario, ABP, médico, calidad, paciente, enfermedad, ambos, biopsicosocial, biomédico, que junto a la aplicación del diagnóstico médico y biopsicosocial muestran códigos positivos.

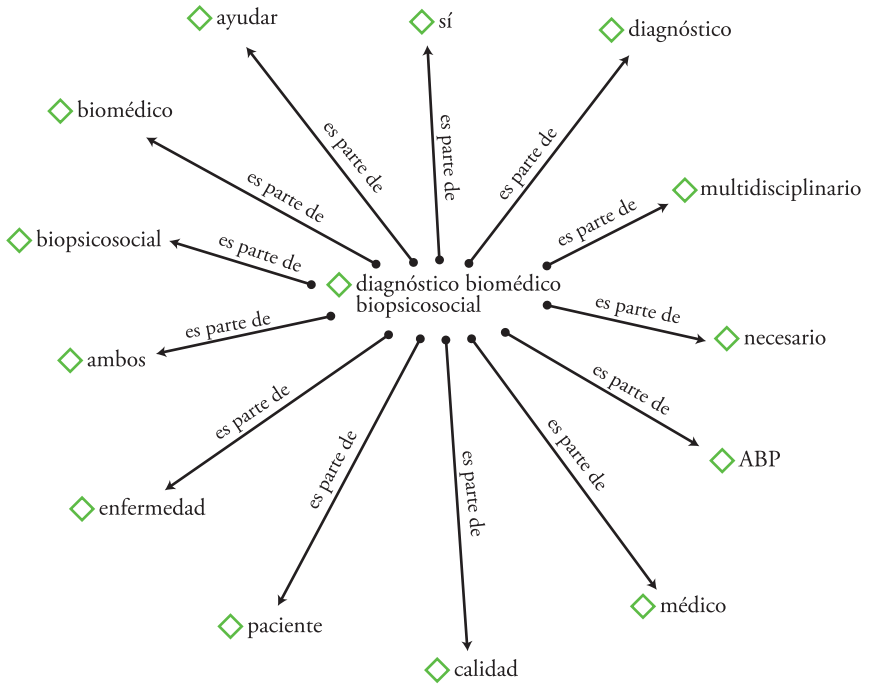


Figura 27. Conexiones entre nodos percepción del diagnóstico biomédico y biopsicosocial

Conclusiones

Los estudiantes de medicina de la PUCE que fueron entrevistados en esta investigación coinciden en que la metodología del Aprendizaje Basado en Problemas impacta de manera positiva en su formación académica y que esta estrategia será de gran ayuda y utilidad para su futuro profesional. Esta metodología de aprendizaje les ayudará a llegar a un diagnóstico y tratamiento para el paciente de manera razonada y con pensamiento crítico considerando las esferas biológica, psicológica y social.

Los factores que influyen en el proceso de enseñanza-aprendizaje del ABP son los tutores y su manera de influenciar a los alumnos, ahí la importancia de cada profesor para cumplir su rol de guía. Los estudiantes ven como un pilar fundamental que el docente cumpla con sus expectativas de aprendizaje y los impulse a seguir aprendiendo, además de la importancia de una buena relación docente-estudiante y que cree un ambiente de confianza que motive al estudiante a participar. El trabajo en equipo es otro factor que también los alienta a seguir con el aprendizaje ya que no solo aprenden de sus docentes, sino también de sus pares. Por tales motivos, el ABP se vuelve enriquecedor en conocimiento. Otro factor influyente es el método de evaluación, ya que muchos estudiantes se llegan a sentir desmotivados al ser calificados con una baja nota a la esperada por el docente en cada sesión de ABP.

Finalmente, los alumnos entrevistados consideran que una combinación del paradigma biomédico y biopsicosocial les ayudará a abordar adecuadamente los problemas del paciente y brindar un correcto diagnóstico y tratamiento.

Referencias

- Achig Ortiz, C., Mena Maldonado, V. y Nuñez de la Torre, G. (2011). *Aprendizaje basado en problemas (ABP) en la evaluación médica*. EdiPUCE.
- Escribano González, A. y del Valle López, Á. (2008). *El aprendizaje basado en problemas (ABP): Una propuesta metodológica en Educación Superior*. Narcea.

- Morillo, M. B. y Ribadeneira, C. (2022) Percepciones sobre la aplicación y uso del paradigma biopsicosocial en la formación de estudiantes de medicina: Estudio de caso en la facultad de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. [Tesis facultad de Medicina-PUCE].
- Noceti M. B., Quiroga A. F., Corredera M. y Bertoni, B. (2019). Formación Médica integral en espacios hospitalarios de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Sur. Enfoque desde la antropología de la salud. *Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca*, 29(1), 13-20. <https://www.ambb.org.ar/ojs/index.php/RCAMBB/article/view/27>
- Walker, A., Leary, H., Hmelo-Silver, C. E. y Ertmer, P. A. (Eds.). (2015). *Essential Readings in Problem-Based Learning: Exploring and Extending the Legacy of Howard S. Barrows*. Purdue University Press.
- Velásquez-Guillén, Jean M, Díaz-Pazos, Luis C, & Vargas-Soriano, José A. (2020). Retos para la implementación del aprendizaje basado en problemas en facultades de medicina en América Latina. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, 23(5), 295. Epub 23 de noviembre de 2020. <https://dx.doi.org/10.33588/fem.235.1086>

**Experiencia de la formación biopsicosocial y
la medicina rural: estudio de caso Facultad de
Medicina, Pontificia Universidad Católica del Ecuador**

*Alisson Enoe López. Médica,
Pontificia Universidad Católica del Ecuador*
*Emily Jazmín Mejía. Médica,
Pontificia Universidad Católica del Ecuador*

Introducción: año de salud rural

En el Ecuador abordar las enfermedades ha sido un proceso extenuante sin los resultados esperados, por ejemplo 1961 el Dr. Carlos Andrade Marín expresaba su bochorno por un país con viruela, peste bubónica, tifus, tifoidea, difteria y malaria, sumado a parasitismo generalizado que influía en los elevados índices de mortalidad general e infantil. En ese mismo año, por decreto del presidente Carlos Arosemena Monroy, se inauguró el año de salud rural, donde se precisaba que médicos recién graduados fueran repartidos en cinco lugares de la Sierra ecuatoriana y ciertos espacios entre la Costa y la Amazonía. Para 1970 se declaró por decreto ejecutivo N.º44 firmado por el Dr. José María Velasco Ibarra, donde se da la obligatoriedad del año de salud rural como requisito previo a la inscripción de títulos como gra-

duados en ciencias médicas, cada médico debía ir acompañado por una auxiliar de enfermería y un educador en salud, dependiendo de la región donde debían establecerse, en este mismo año se inauguró cien subcentros de salud, lo que permite entender cómo empieza a organizarse el sistema de salud. Además, para el año siguiente se incorporan enfermeras, obstetras y odontólogos, ampliando así la oferta en salud (Veletanga, 2020).

Ahora, al cumplirse 52 años del inicio del año de salud rural, se entiende que fue una decisión crucial para mejorar el acceso a la salud de nuestra población. Hoy en día, los centros de salud son la puerta de entrada al sistema de salud, además de ser el espacio donde la prevención de enfermedades se desarrolla.

En el nivel profesional, estos son un gran reto para el recién graduado, ya que tras cinco años de estudios en la facultad y más un año de internado donde está en contacto y práctica profesional bajo la supervisión de un médico tratante, pasa a ser quien atiende a sus pacientes, practique la prevención en su comunidad, se encargue de los procesos administrativos de su unidad y tenga toda la responsabilidad respecto a la salud de su comunidad. Además de estar lejos de su residencia, con accesos y servicios básicos inadecuados, comunidades con diferentes costumbres, etcétera.

Resultados

Todo esto pone al médico rural en un rol muy importante y determinante en la salud de su comunidad, por lo que se considera que el modelo biopsicosocial puede contribuir a una mejor relación médico-paciente y médico-comunidad, lograr una mayor prevención de las enfermedades, un adecuado apego a los tratamientos y, de esta manera, poder cambiar las realidades de las comunidades en la que trabajan los médicos rurales. Mediante entrevistas etnográficas cualitativas con preguntas abiertas, se realizó la recolección de datos para comprobar nuestra hipótesis planteada. Para cada pregunta se realizaron dos modelos interpretativos: a) nubes de palabras con el software ATLAS TI, donde se englobó los códigos relacionados con cada pregunta, se muestran las palabras que se repiten con más frecuencia en mayúsculas, esto permite enfocar la percepción del médico rural respecto al modelo biopsicosocial; y, b) codificación de palabras más representativas de las respuestas donde se identificó nodos o relaciones de categorías duales entre estas.

Pregunta 1: ¿Cree que las personas que habitan en comunidad o pueblo donde trabaja como médico rural son saludables?

No, dudo mucho que exista una comunidad perfecta y que siga las prescripciones y recomendaciones. Hay pacientes que sí se cuidan y de la misma forma personas que no se cuidan. Aunque sin duda la balanza se inclina hacia las personas que no se cuidan. (006AA, 2022)

No, en absoluto. No cumplen con las indicaciones y tienen hábitos alimenticios muy deficientes. (012MP, 2022)

No, la falta de educación, de hábitos saludables, horarios extenuantes de trabajo no permiten tal cualidad. (017CS, 2022)

No, debido a que es un lugar de difícil acceso, la alimentación es bastante deficiente, la mayoría de la población se dedica a la agricultura y no tienen un trabajo estable, hay mucha pobreza y con ello las diferentes consecuencias como la desnutrición. Además, debido a que los pozos petroleros están circundando la zona los derrames de petróleo afectan a la población con respecto a la contaminación de los ríos y por ende de las tierras en dónde trabajan. (024AS, 2022)

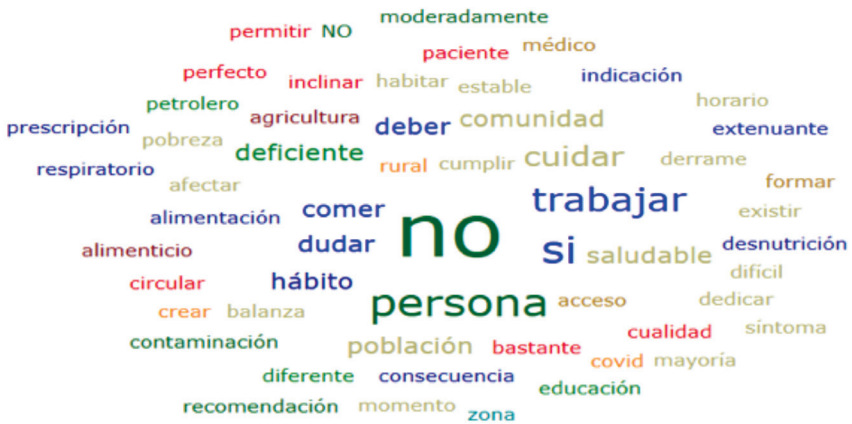


Figura 28. Percepciones de la salud en la comunidad rural

Para comenzar analizando esta pregunta, llama la atención que la mayoría de respuestas son negativas y algunas de ellas detallan la causalidad de estas, como la falta de apego a los tratamientos y prevención de enfermedades, malos hábitos saludables y la accesibilidad a los servicios de salud. Este resultado muestra la percepción de los médicos rurales sobre la salud de su comunidad, esto es de mucha importancia ya que los médicos rurales son los que se encargan de la atención primaria de salud y por lo tanto son los que tienen el primer contacto con los pacientes, esto revela la falta de educación y apego a los tratamientos, hábitos saludables, falta de accesibilidad a servicios de salud, o como menciona un participante “la población simplemente no se cuida”. Esto es una característica general de la gente con respecto a la salud, la mayoría de las personas no tienen los hábitos adecuados y mucho menos en áreas rurales donde la accesibilidad a servicios básicos y de salud son deficientes.

Pregunta 2: ¿Cuáles son las principales enfermedades de las personas que se presentan en su lugar de trabajo y cómo las tratas?

Hipertensión, diabetes: medidas de promoción de salud con grupos de apoyo a personas vulnerables, tratamiento farmacológico y seguimiento social con otras instancias gubernamentales como MIES. (003JB, 2022)

Enfermedades crónicas no transmisibles como: HTA, DM, obesidad, hipertrigliceridemia. (006AA, 2022)

Parasitosis intestinales, vaginosis bacterianas, infecciones respiratorias altas, lumbalgias. Lo trato con medidas farmacológicas (antibióticos, antiparasitarios, analgésicos) y medidas no farmacológicas

dependiendo de la patología, así como educación en medidas de prevención. (010CZ, 2022)

Parasitosis. Antiparasitario y educación de hábitos saludables. Enfermedades crónicas mal controladas dentro de las principales diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial, siendo el principal factor por el que no se controlan el no cambiar sus hábitos alimenticios sobre todo, y el económico al no poder acceder a la medicación cuando el estado no la puede proporcionar. Enfermedades de la piel, sobre todo dermatitis de contacto por la exposición a fungicidas, a plantas y árboles que secretan ciertas sustancias perjudiciales para las personas. (011PF, 2022)

Hipertensión arterial, diabetes, lumbalgias, se las trata con dieta, ejercicio, fisioterapia en el último caso, y medicación. (017CS, 2022)

Obesidad, diabetes, hipertensión, tratamiento con cambios en el estilo de vida y medicación complementaria. (023CV, 2022)



Figura 29. Principales enfermedades y tratamiento

Esta pregunta arrojó resultados muy interesantes ya que evidencia una alta prevalencia en enfermedades crónicas no transmisibles como obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus. Sin embargo, también muestra alta prevalencia en enfermedades infecciosas virales, bacterianas y parasitosis. En cuanto al manejo de dichas enfermedades destaca un aspecto muy importante que es el tratamiento no farmacológico y uso de medidas de prevención. Este resultado es de mucha utilidad para la investigación ya que con este demostramos el uso del modelo biopsicosocial en los médicos rurales de la PUCE, ya que se enfocan en manejar factores de riesgo, aspectos psicosociales y no solo en los aspectos biológicos como el modelo biomédico dicta.

Pregunta 3: ¿Qué factores durante su educación médica considera han influido en su formación profesional?

Manejo integral considerando el eje biopsicosocial que educa la PUCE. (001PR, 2022)

El contacto desde casi los primeros semestres de pregrado con el paciente empezando desde centros básicos hasta hospitales conforme se iba avanzando en la formación académica. (011PF, 2022)

Haber estado en contacto con pacientes desde los primeros semestres de la carrera y las rotaciones hospitalarias que realizamos. Ver cómo se desenvuelven los médicos de distintas áreas y hospitales con sus pacientes y las enseñanzas que se adquieren en consulta y en pases de visita. Enfoque biopsicosocial de la universidad. Haber realizado el internado en un hospital público durante la pandemia. (013FA, 2022)

Pregunta 5: ¿Considera que su formación le permite cumplir su labor como profesional de la salud?

Parcialmente, hay cosas que van más allá de la formación, como la falta de medicación e insumos, que no permiten cumplir adecuadamente la labor profesional. (010CZ, 2022)

Sí, nuestra formación en la PUCE es muy buena. (006AA, 2022)

En un 80 % creo que depende mucho el lugar de donde se esté ejerciendo. (011PF, 2022)

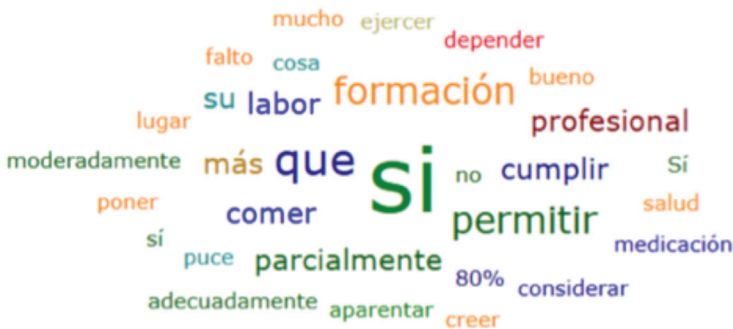


Figura 32. Percepción de los médicos rurales sobre si su formación les permite cumplir con su labor profesional

Aunque tenga una malla muy extensa y completa, entender los procesos fisiopatológicos de la enfermedad y actualizar los conocimientos, siempre queda a juicio de si se está preparado para una labor tan importante, tan exigente y comprometida como la del médico rural. Pese a lo mencionado, los estudiantes, en su mayoría, consideran prepararse para atender a sus pacientes como médicos rurales.

Pregunta 6: ¿Considera que los aspectos sociales, culturales y ambientales son importantes para entender el proceso salud-enfermedad en la comunidad o pueblo donde trabaja como médico rural?

En su totalidad, en todo este tiempo percibo que los factores de su cultura influyen en todo en el tratamiento de un paciente, un caso particular es el de pacientes embarazadas que se empeñan en tener su hijo en casa, algo muy respetable, tienen demasiado arraigado ese pensamiento a pesar de explicarles los posibles riesgos. (011PF, 2022)

Obviamente son importantes, no se puede separar el aspecto biopsicosocial de lo orgánico. (006AA, 2022)

Sí, puesto que de eso se trata aquello que llamamos salud, que abarca las dimensiones física, social y mental de la persona. (024AS, 2022)



Figura 33. Percepción de los médicos rurales sobre los factores que influyen en la enfermedad

Según las respuestas de los alumnos, los aspectos sociales, culturales y ambientales son los determinantes más importantes en salud, por ejemplo, la educación en el paciente determina el apego al tratamiento, la situación económica del paciente puede permitirle acceder a ciertos medicamentos, también determinan el estilo de vida del paciente, refiriéndose a sus actividades diarias, su alimentación, en el caso del medio ambiente también las personas que habitan lugares contaminados tienen mayor riesgo a enfermedades.

Pregunta 7: ¿Ha sentido que no está capacitado para su trabajo como médico rural?

En raras ocasiones me he visto en ese punto, por lo general, como en el ABP si hay algo que no sé qué es, sencillamente le digo al paciente que voy a estudiar su caso hasta dar con lo que tiene. (006AA, 2022)

Ciertamente hay muchas cosas desconocidas, enfrentarse a un ambiente totalmente distinto al acostumbrado es un reto, y no se tiene todo el conocimiento, pero gracias a mi formación puedo encontrar las fuentes necesarias y acertadas para la práctica médica. (024AS, 2022)

No, pero sí limitado por la falta de material o instrumentos para realizar algún procedimiento. (011PF, 2022)

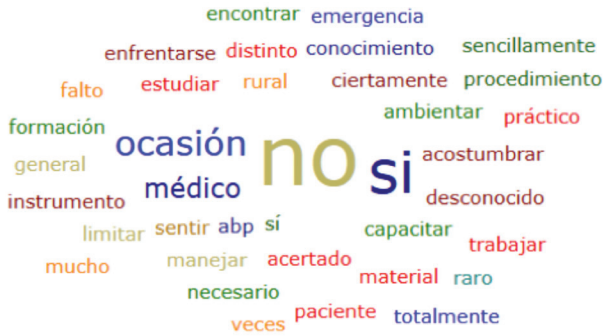


Figura 34. Percepción de los médicos rurales sobre su formación

En esta pregunta, la mayoría de entrevistados han respondido que se sienten capacitados, en otro grupo han puesto el no sentirse capacitados sobre ciertos temas y que depende de donde se encuentren realizando el año de salud rural. Otro aspecto que también mencionan es que se sienten en la capacidad de buscar nueva información y renovar sus conocimientos según el caso consultado.

Pregunta 8: ¿Cuál ha sido su mejor experiencia o aprendizaje como médico rural?

Creo que es el hecho de poder ayudar a las personas de la comunidad y ver cómo sus problemas de salud se solucionan. La gente sencilla reconoce tu esfuerzo y tu conocimiento. (006AA, 2022)

Cuando llegan a emergencia los/las pacientes con mucho dolor o tras un accidente que requiere una sutura o limpieza de la herida se les nota su preocupación o dolor y cuando ya se realiza el procedimiento y se

van mucho más calmados. Ver ese cambio de cómo entran a como salen del centro de salud siempre es gratificante. (011PF, 2022)

Me es difícil elegir una, pero, tendría que decir que fue cuando un paciente me llevó un cajón de frutas al centro de salud, luego de que yo le presté atención. También cuando los niños de la escuela del pueblo me reconocieron y se acercaron todos a saludarme y abrazarme. (012MP, 2022)

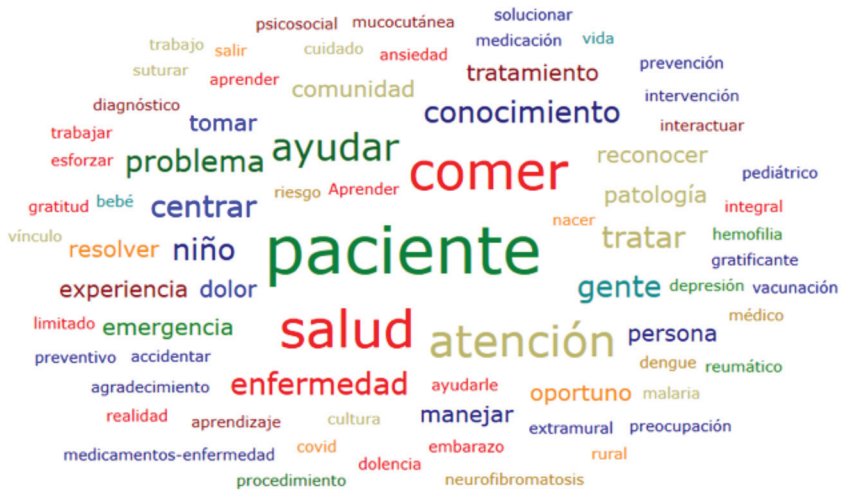


Figura 35. Percepción sobre la mejor experiencia o aprendizaje como médico rural

En esta pregunta hubo opiniones variadas entre las que más destacan es el poder ayudar a las personas de su comunidad, el poder brindar salud, el trato con las personas de la comunidad, el sentir que se ha logrado ayudar a alguien y que esas personas demuestran su gratitud de cualquier forma es de lo más mencionado por los participantes. También está el poder aprender a dar un tratamiento integral a sus pacientes con limitados recursos como sucede en el año de salud rural.

Discusión

La investigación se basó en percepciones, subjetividades, opiniones de los entrevistados y médicos rurales graduados en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, mediante entrevistas abiertas, lo que ha permitido describir y analizar las opiniones de un porcentaje de médicos rurales formados con el modelo biopsicosocial y conocer cómo este paradigma ha impactado en su formación y ejercicio profesional. La segunda parte de la sistematización de las entrevistas fue realizada mediante codificación de nodos, códigos o de las palabras más representativas encontradas en las respuestas. A continuación, se presenta las más significativas y que confirman la importancia de la formación biopsicosocial en la medicatura rural.

Medicina humanista: Importancia e impacto de la educación y la formación médica con enfoque sociocultural

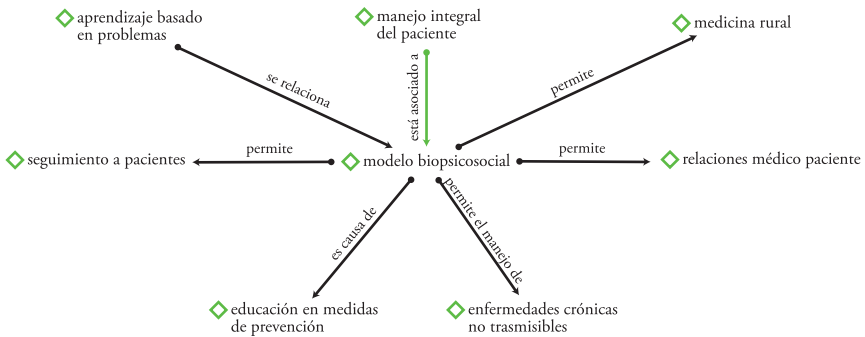


Figura 36. Conexiones entre nodos sobre la formación biopsicosocial

El año de salud es el primer de nivel de atención en salud en el país, está relacionado con el manejo de pacientes, prevención y seguimiento, lo que permite que el médico esté en contacto con las condiciones sociales, ambientales, culturales y económicas de los pacientes, además de ser una ayuda a la comunidad.

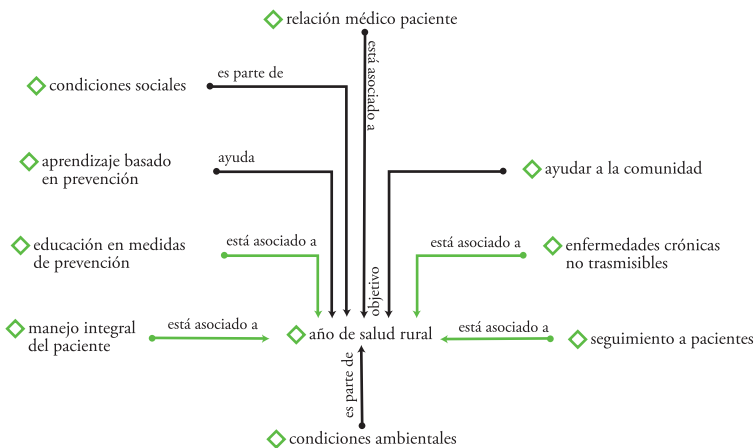


Figura 37. Conexiones entre nodos sobre año de salud rural

Como se observa en el análisis de los nodos y códigos, el modelo biopsicosocial permite al médico rural brindar un manejo integral a sus pacientes, el comprender el entorno social, cultural, político y económico que los rodea, conocer la realidad de las comunidades y de acuerdo a estas circunstancias establecer un mejor manejo de la salud de las poblaciones.

Un dato importante de esta investigación es que, para el médico rural, las enfermedades crónicas no transmisibles son las prevalente en su contexto de trabajo en el Ecuador, según el IHME: isquemia cardiaca, enfermedad renal crónica y accidente cerebrovascular. Estos datos concuerdan con los resultados de la investigación, puesto que las principales enfermedades que afectan a la mayoría de la población son prevenibles, por lo que es importante trabajar en atención y prevención, en los cambios de estilo de vida, alimentación y la educación de los pacientes, lo que demuestra la importancia del rol en atención biopsicosocial que deben brindar los médicos rurales del país (Institute for Health Metrics and Evaluations, 2019).

La formación de los médicos rurales graduados en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, según esta investigación, les permite trabajar con una visión que complementa lo biológico con lo psicosocial, por lo que consideran o autoevalúan su formación como adecuada, pese a la desigualdad y falta de recursos e infraestructura donde la realizan, sienten que su formación les ha permitido ayudar a la comunidad y agradecer su labor.

Conclusiones

- Los médicos rurales graduados de la PUCE afirman en que el modelo biopsicosocial que imparte la facultad influye de manera positiva en el manejo integral de los pacientes
- Se comprobó que las herramientas de aprendizaje brindadas durante la formación médica han servido para encontrar diagnósticos y tratamientos adecuados para cada caso clínico en la práctica diaria de los médicos rurales.
- Se demostró que los médicos rurales emplean tanto tratamiento farmacológico como no farmacológico y medidas de prevención en el manejo de las patologías más prevalentes de su zona rural.
- Se evidencia que las patologías más frecuentes dentro de las zonas rurales fueron las enfermedades crónicas no transmisibles como hipertensión arterial, diabetes mellitus 2 y obesidad.
- Las experiencias de los médicos rurales con respecto a la salud de la población demostraron una correlación entre la cultura, la educación y la economía con el apego de los pacientes a los tratamientos brindados por el médico rural.
- El año de salud rural es un año muy importante para los médicos recién graduados ya que se enfrentan solos ante casos clínicos reales y pueden resolverlos de la mejor manera. Sin embargo, se observó que, durante la selección de muestra de la investigación, no todos los médicos egresados de la PUCE realizan este año de rural.
- Las experiencias y aprendizajes más destacados de los médicos en su año de salud rural han sido la gratitud y reconocimiento de los pacientes y la satisfacción de ayudar a disminuir las dolencias físicas y mentales de los pacientes.

Referencias

- Institute for Health Metrics and Evaluations, (2019). Countries profile: Ecuador. IHME. Obtenido de <https://www.healthdata.org/ecuador>
- Veletanga, J. (28 de febrero de 2020). Historia, aportes y retos de la Salud Rural en el Ecuador, tras 50 años de vigencia. *Edición médica*. <https://www.edicionmedica.ec/>

Percepciones y conocimientos sobre la relación médico-paciente en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Karen Cumbal.

Egresada Facultad de Medicina,
Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Introducción

Los inicios de la medicina en occidente, durante su evolución y desarrollo, han conferido especial importancia a la denominada relación médico-paciente por ser la clave para el éxito en una adecuada gestión asistencial. A partir del siglo XX, la práctica de la medicina combina la ciencia y la tecnología, aplicando determinados conocimientos y valores acumulados en las últimas décadas. Esta combinación gira alrededor de la interacción médico-paciente, elemento necesario para que el profesional médico pueda intervenir en las necesidades del paciente (Celedón, 2016).

La medicina y la relación que se crea entre médico-paciente son muy antiguas y van de la mano con la evolución social y cultural de las poblaciones, de acuerdo con los factores históricos que influyen

en cada época. Así, la relación médico-paciente ha pasado a través del tiempo, de un modelo paternalista a uno deliberativo en donde el paciente deja de ser un sujeto pasivo a uno activo, capaz de tomar sus propias decisiones en cuanto a su bienestar y salud.

En este sentido, no solo ha sido la medicina la que cambia, sino también el profesional médico y el sujeto paciente, marcados por contextos tecnológicos, históricos, políticos y socioeconómicos. Estos contextos, proponen al médico a mejorar sus formas y técnicas de relacionamiento, comunicación y adaptación a cada contexto de heterogéneos pacientes, para así lograr una atención integral de calidad. Dada la relevancia de este tema, el presente estudio busca conocer las percepciones sobre importancia de la relación médico-paciente que tienen los estudiantes de medicina en sus últimos años de formación.

Resultados

Los datos se recolectaron mediante una entrevista abierta para alcanzar los objetivos y comprobar la hipótesis planteada. Inicialmente se preveía realizar cuarenta entrevistas, diez por cada nivel, a noveno semestre, décimo semestre, internado I e internado II, pero en los estudiantes no se logró la colaboración requerida para esta investigación por razones ajenas al desarrollo de este trabajo, principalmente por el tiempo, por lo que la investigación se concentró en los estudiantes de externado. Por esto se obtuvo el número de entrevistas planteados. Sin embargo, hubo que variar el número de estudiantes por nivel, obteniendo; 21 entrevistas a estudiantes de noveno semestre, 19 de décimo, total 40 entrevistas, de las cuales todas obtuvieron respuestas completas y amplias para el desarrollo de esta investigación. Se con-

siguió este resultado al hacer entrevistas, en su mayoría personales, logrando recopilar la mayor información.

Posteriormente, se procesó la información en el software ATLAS-TI 23, se sistematizó mediante códigos cada una de las preguntas, y se procedió a hacer un análisis exploratorio de la información con la ayuda de la herramienta nube de palabras, se logró sistematizar cuales son las palabras que más se repiten en la entrevista por cada pregunta realizada, dándonos un panorama general de la percepción, experiencia y pensamiento que tuvieron los estudiantes, sobre los temas propuestos.

A continuación, se presenta los resultados de la sistematización de las entrevistas, cabe anotar que se guardará el anonimato con un código previamente especificado.

Pregunta 1: ¿Qué es para usted la relación médico-paciente?

Es ese vínculo de respeto y confianza que se crea con nuestros pacientes, que nos ayuda a que se sientan seguros de comunicarnos las dolencias que los aqueja. (PRO2, 2023)

Relación de confianza y apoyo entre médico y paciente que permite llegar al diagnóstico y tratamiento oportuno del paciente. (ACF10, 2023)

Es la capacidad del médico para lograr un óptimo acercamiento al paciente, canalizado a través de la empatía. (ARF38, 2023)

Pregunta 2: ¿Conoce usted cuál es el tipo de relación médico-paciente del que se habla hoy en día? Si su respuesta es sí, descríbalos.

Una relación no paternalista que respeta el principio de autonomía del paciente, que damos con equidad y justicia, tratando siempre de hacerlo en beneficio del paciente. (PRO2, 2023)

Deliberativo, en la que el paciente y el médico se ponen de acuerdo y en la cual el paciente es capaz de tomar sus propias decisiones con ayuda del médico. (SGF11, 2023)

Paternalista ya que hoy en día los médicos mandan las indicaciones de lo que debe hacer el paciente, esté o no de acuerdo y, en ciertos casos, los interrumpen para hacer lo que ellos creen conveniente. (DRF25, 2023)

Modelo deliberativo, que consiste en tomar la mejor decisión para el paciente, usando al médico para exponer todos los posibles escenarios y alternativas. (NCM34, 2023)



Figura 39. Percepción sobre el modelo de la relación médico-paciente

Conocer a profundidad sobre la relación médico-paciente y todo lo que esto conlleva es fundamental para ofrecer una asistencia médica de alta calidad en el diagnóstico y tratamiento de aquello que aqueja al paciente. Al preguntar a los estudiantes, algunos respondieron no conocer cuál modelo imperaba actualmente, otros mencionaron que era el paternalismo, pero la mayoría coincidió en que hoy predomina uno en el que el médico y el paciente mediante una buena comunicación deciden el mejor tratamiento para el mismo, llámese este modelo deliberativo, autónomo, etcétera.

Pregunta 3: Mencione factores positivos y negativos que actualmente pueden influir en la relación médico-paciente durante una consulta médica.

Positivos: atención, respeto, confianza, escucha activa, apertura.
Negativos: interrupciones, distracciones. (ACF13, 2023)

Positivos: el ejemplo de los médicos al ver un buen trato con el paciente y su respuesta.

Negativos: el trato de ciertos médicos al expresarse o mostrar que los hábitos de los pacientes son dañinos. (NCM22, 2023)

Positivos: facilidad de acceso a la información por parte del paciente, mayor consciencia de empatía.

Negativos: tiempo de consulta, médicos paternalistas. (JAM18, 2023)

Positivos: apertura, expresión física adecuada, palabras acertadas, posición y mirada.

Negativos: actitudes autoritarias y paternalistas, o en su extremo muy liberales. (SS21, 2023)



Figura 40. Percepción sobre factores positivos y negativos que influyen en relación médico-paciente

Con esta pregunta se buscaba conocer si los estudiantes eran conscientes de que en la práctica clínica hay factores que pueden potenciarla o por el contrario entorpecerla. Puesto que cuando se está frente a un paciente incluso cuenta la manera de sentarse y puede ser percibido como asertivo o no. La gran mayoría de estudiantes contestaron esta pregunta propiciamente, indicando factores positivos como empatía, atención, respeto, buena comunicación, confianza, etcétera, y en negativos aspectos como interrupciones, distracciones, falta de tiempo, falta de insumos, médicos paternalistas, etcétera. Cabe subrayar que en lo positivo se mencionan causas inherentes al médico, es decir, que está en su poder hacerlo o no, pero en lo negativo ya no tiene toda la carga, más bien se mencionan factores asociados a lo administrativo que también influye en la relación médico-paciente, pero no está directamente en sus posibilidades cambiarlos.

Pregunta 4: ¿En qué semestres o semestre recuerda que se habló del tema de la relación médico-paciente en el aula de clases o en las practicas preprofesionales?

En la mayoría, aunque no se lo toma como un tema, siempre se toma en cuenta. (JAM18, 2023)

En la materia de comunicación dada en segundo semestre. (DNF37, 2023)

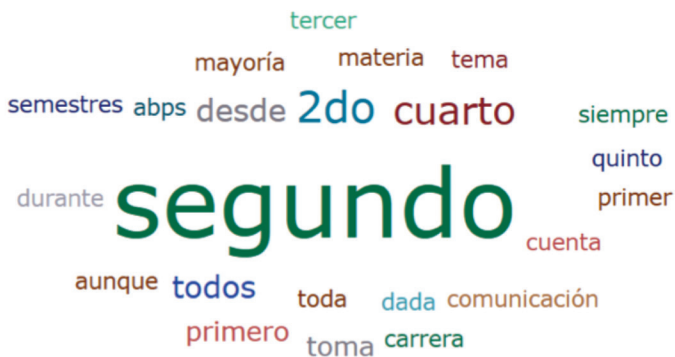


Figura 41. Percepción sobre semestres en los que se habla de relación médico-paciente

Uno de los objetivos es determinar si en la facultad de medicina se daba la suficiente importancia a este tema, para eso se debía conocer, por parte de los estudiantes, en qué semestre o semestres hablaron acerca de la relación médico-paciente. En la nube de palabras, casi todos los estudiantes mencionan que se trató el tema en segundo semestre hasta quinto, esto llama la atención puesto que son niveles inferiores, que aún no tienen contacto con los pacientes ni en el in-

ternado o externado, donde deberían estudiarlo a profundidad. Aquí se presentan dos respuestas que llaman mucho la atención, la primera menciona que, si se habla de la relación entre el médico y el paciente, no es un tema así, sino que en las clases se lo nombra. La segunda respuesta expone que donde se comenta es en comunicación, más no en medicina.

Pregunta 5: Según su experiencia en las aulas de clase ¿se da la suficiente importancia a este tema? Explique las razones de su respuesta.

No, porque es un tema que parece que es sobrentendido. (DF3, 2023)

No se da, se centra más en el estudio de la patología, en raras ocasiones se habla muy superficial. (BCM9, 2023)

Considero que sí, porque a lo largo de todo nuestro aprendizaje, nos han ido enseñando lo que es la relación médico-paciente e incluso en las prácticas nos enseñan a primero presentarnos con el paciente y de esta manera vamos creando un buen ambiente entre médico y paciente. (SGF11, 2023)

En ABP y en algunos hospitales en los que he estado si se enfatiza, sin embargo, no es en todos los casos, creo que es un tema que se ha dado y se lo ha olvidado. (ALM30, 2023)

Sí, ya que desde primer semestre se nos explicaron cuáles eran los tipos de relación médico-paciente para saber cuál es la actitud que debemos adoptar para cuando podamos ejercer como médicos, además de que cada semestre si bien ya no tenemos una materia en la que se hable explícitamente de eso, los docentes promueven un tipo de relación que sea amable para los pacientes. (VCF35, 2023)

Pregunta 6: Describa una situación en la que usted presencié un ejemplo de una buena relación médico-paciente, mientras realizaba las prácticas preprofesionales.

Durante mi rotación de pediatría se respetaba bastante esta relación, siempre se explicaba al paciente en términos que pudiera entender sin ser paternalista y se respetaba los deseos del paciente. (PRO2, 2023)

Un joven transexual tuvo la confianza de contar al médico en el centro de salud sobre su sexualidad y el médico prestó atención, lo escuchó y no lo juzgó. (MAF8, 2023)

En mi rotación actual de infectología el tratante es abierto con los pacientes, les informa, sobre todo, les pregunta cómo está y explica paso a paso sus tratamientos y hallazgos. (DRF25, 2023)

En las prácticas que realice en el HCAM, en consulta externa de medicina interna, el médico procuraba que haya una escucha activa a los pacientes y, así mismo, siempre se explica a de forma clara la afección que tiene y lo que el médico recomienda como tratamiento. (NGF26, 2023)

En IDIS comunitario estábamos en consulta, y el paciente llegó por un síntoma inespecífico, pero a medida que avanzó la anamnesis el doctor supo más sobre el paciente, tanto que se abrió y le terminó contando todo lo que le pasó y llegó a la causa del problema. (HCF39, 2023)

Así como la anterior, esta pregunta busca resaltar cómo una mala relación médico-paciente puede influir negativamente en la práctica clínica y que los estudiantes pongan en contraposición estas dos experiencias, reflexionando sobre las mismas.

Pregunta 8: ¿Cree usted que es importante una buena relación médico-paciente en la salud del paciente? ¿Por qué?

Sí, no solo nos ayuda a comprender mejor su enfermedad y su realidad para atenderlo de una manera integral, sino que también nos ayuda a fortalecer nuestra comunicación. (PRO2, 2023)

Es importante para que el paciente tenga la confianza de contarnos sobre su enfermedad y así nosotros conocer todos sus hábitos y relacionarlos con la enfermedad. (AVM8, 2023)

Sí, porque como se dijo antes, este modelo repercute en el seguimiento y la mejoría de la historia clínica del paciente cuando existe confianza. Lo cual mejora el tratamiento y por ende la salud del paciente junto con su bienestar psicológico. (CPM12, 2023)

Sí, porque eso marcará nuestra carrera y además hará que creemos un ambiente de confianza donde el paciente nos cuente todo y no nos oculte nada y que también nos puedan recomendar con sus conocidos. (CPF29, 2023)

Sí, es muy importante ya que si tenemos la confianza del paciente se apegará más al esquema tanto medicinal como posteriores revisiones. (CJF40, 2023)

sentirse cómodo con su médico y lo más importante es entender por lo que está pasando. Otras características como comunicación, conocimiento, amabilidad, respeto y serenidad se repiten mucho en la entrevista, pues mediante su experiencia los alumnos afirman que son las características que más valoran los pacientes de su médico.

Pregunta 10: ¿Piensa usted que cuando termine la carrera de medicina tendrá una buena formación en relaciones interpersonales? Sí, no, ¿por qué?

No lo sé, muchas veces esa empatía que nos enseñaban no se ponía en práctica ni de nuestros profesores a nosotros, ni de ellos a sus pacientes, y lo que no se practica se pierde. Es muy diferente hablar de la utopía de la relación y llevarla a la realidad en su totalidad. (PRO2, 2023)

Sí, porque voy viendo en las prácticas lo que no me gusta de la relación médico-paciente y trato de mejorar o de no hacer ese tipo de cosas con las que no estoy de acuerdo. (SGF11, 2023)

Sí, porque se forma muy bien dentro de la universidad y en los servicios, además el respeto que se inculca y la educación que se revive juega un papel importante. (JAM18, 2023)

Sí, porque mis valores personales y la formación de la PUCE me han incentivado a tratar de la forma que me gustaría a mis futuros pacientes. (DRF25, 2023)

Sí, porque inconscientemente al ver la experiencia en consulta nos permitirá saber qué y no queremos hacer y cómo tratar al paciente. (ARF38, 2023)

Discusión

La presente investigación se basó en conocimientos, percepciones y entrevistas a estudiantes de externado de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, mediante una entrevista abierta con diez preguntas que permitió conocer y describir cuáles fueron las percepciones y conocimientos impartidos en la universidad sobre la relación médico-paciente. La segunda parte de este trabajo fue sistematizar los datos recolectados mediante el software ATLAS-TI, mediante códigos transformados en nubes semánticas, conexiones y nodos, obteniendo los resultados más representativos de cada entrevista.

En cuanto a la relación médico-paciente, interaccionan con palabras como médico, paciente, estudiante y docente, actores claves en la formación de este vínculo, también palabras como: autonomía, atención, comunicación, confianza, empatía, salud, decisiones compartidas, conocimiento son parte de este concepto y términos contradictorios a esta relación interpersonal. Esto concuerda con los resultados obtenidos, pues los estudiantes tienen una percepción positiva sobre la relación médico-paciente y tienen un claro conocimiento de lo que esto implica en la consulta médica. Los pacientes valoran actitudes de los médicos como son la empatía, atención, buena comunicación, conocimiento, que respeten su autonomía, etcétera, lo que influirá de manera positiva en la confianza en su médico y facilitará su diagnóstico y entendimiento del tratamiento.

Como dice Hersch-Martínez (2013), hay pacientes, en especial adultos mayores con tratamientos complejos, y por este factor muchos han cometido equivocación, pero la confianza del paciente en el médico y una adecuada comunicación son clave para su seguridad.

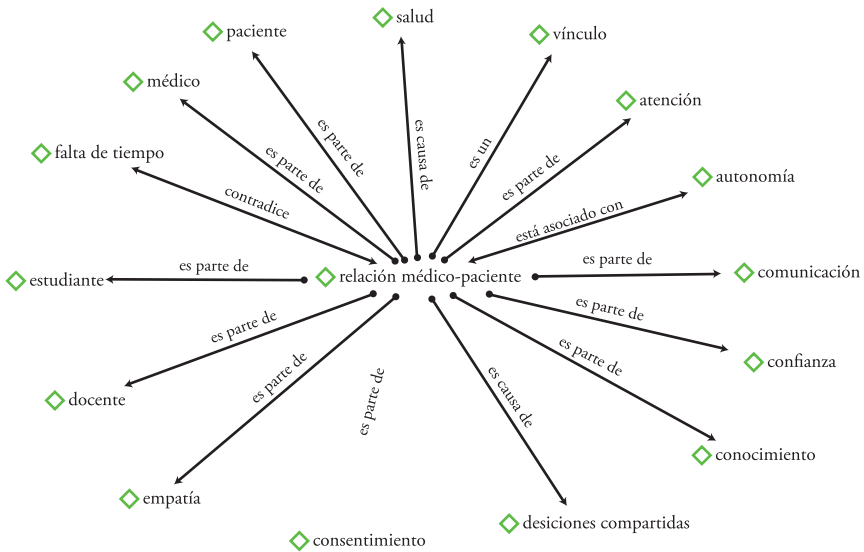


Figura 48. Conexiones entre nodos sobre la relación médico-paciente.

La formación de la universidad, con enfoque integral/biopsico-social, ha logrado desarrollar en los estudiantes de medicina aspectos como conocimientos, confianza, interés por el paciente, ética y profesionalismo para ayudar a reestablecer su salud, aspectos importantes que influyen positivamente en la relación médico-paciente.

Esto concuerda con el estudio de Morillo y Ribadeneira (2022) donde mencionan que los estudiantes de medicina de la PUCE coinciden en que la metodología biopsicosocial influye de manera positiva en su formación académica y científica, en el abordaje y manejo del paciente de forma integral. Esto, a su vez, está influenciado por la metodología del Aprendizaje Basado en Problemas (ABP).

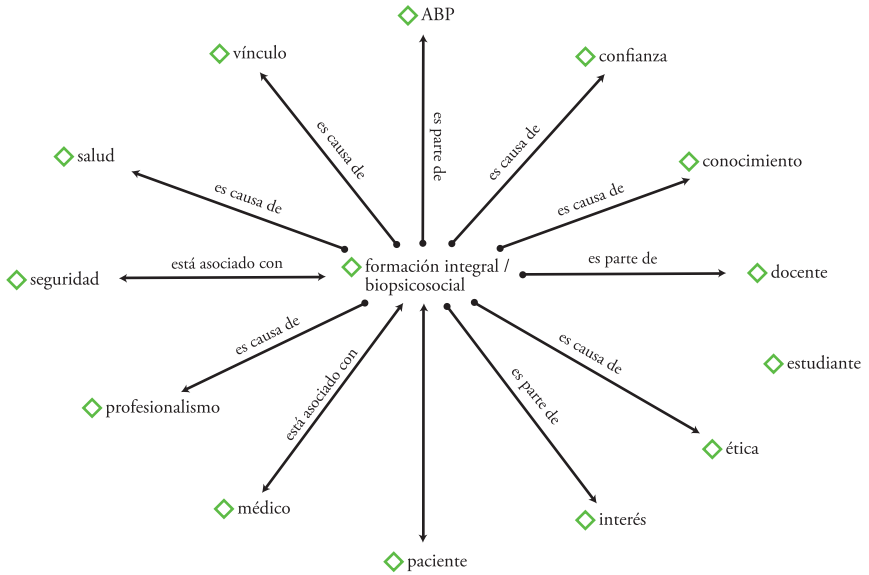


Figura 49. Conexión entre nodos sobre la formación integral/biopsicosocial

En general, la relación médico-paciente es frágil, está expuesta a agentes que pueden modificar su curso de manera positiva o negativa. Como mencionaron los entrevistados hay factores como empatía, comunicación, amabilidad, confianza, entre otros, que están ligados al profesional médico, es decir, existe una responsabilidad para propiciarlos. Hay otros como falta de tiempo, falta de medicamentos, un asunto administrativo y demás, que afectan igualmente esta relación. En distintos semestres, la universidad forma profesionales con enfoque biopsicosocial, se habla de la relación médico-paciente y, a menudo, se pone en práctica en consulta médica, lo que influye en la educación de cada alumno y muestra su importancia.

Según Sánchez (2017), una adecuada relación médico-paciente debe someterse a las más estrictas normas éticas, legales y culturales, debe tener apoyo administrativo suficiente para garantizar que, paralelo a la relación de confianza, exista un sistema que provea rapidez, continuidad, coordinación y accesibilidad del servicio; además se debe tener especial atención a la privacidad, confidencialidad y manejo de la historia clínica de cada paciente. En la vida universitaria se deben manifestar, implícitamente y explícita (talleres, seminarios, prácticas, etc.), aspectos que favorezcan la formación del estudiante para hacer efectivos los mecanismos que promuevan la seguridad del paciente, entre ellos, el trabajo en equipo, la toma de decisiones colectivas, la retroalimentación, el desarrollo de competencias de comunicación, la implementación de una adecuada relación médico-paciente y la investigación y observación propositiva (Sánchez, 2017).

Conclusiones

Se comprobó que los estudiantes de externado de la facultad de medicina de la PUCE tienen un alto conocimiento sobre la relación médico-paciente, lo que mejora la percepción sobre el proceso salud-enfermedad-atención. Hay subtemas donde falta profundizar, por ejemplo, los nuevos conceptos y la evolución teórica de este modelo, vinculados a las nuevas tecnologías médicas.

Los alumnos coinciden que, en sus clases, los docentes hablan sobre este tema en diferentes semestre y materias, aunque no es un objetivo específico establecido en el currículo de aprendizaje. Se evidenció la capacidad de identificar los factores que influyen en esta relación de manera positiva o negativa, ya que en consultas médicas

con los docentes (prácticas preprofesionales) han vivido ejemplos de buenos y malos vínculos entre médicos y pacientes. Por lo que pueden analizar las actitudes de los médicos que influyen positivamente en sus pacientes y se sientan cómodos en las consultas, lo que ayudaría positivamente al establecer un diagnóstico y tratamiento.

Finalmente, las percepciones en general de todos los estudiantes entrevistados vinculan la importancia de entender las dimensiones de la relación médico-paciente, como imprescindible en una buena consulta y en el tratamiento médico. Todos quieren ponerlo en práctica en su vida profesional porque la considera una herramienta muy útil.

Referencias

- Celedón, C. (2016). Relación médico paciente. *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 76(1), 51–54. <https://doi.org/10.4067/S0718-48162016000100007>
- Hersch-Martínez, P. (2013). Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria. *Salud Pública de México*, 55(5), 512. <https://doi.org/10.21149/spm.v55i5.7252>
- Morillo, M. B. y Ribadeneira, C. (2022) Percepciones sobre la aplicación y uso del paradigma biopsicosocial en la formación de estudiantes de medicina: Estudio de caso en la facultad de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. [Tesis facultad de Medicina-PUCE].
- Sánchez, Jacinto. (2017). La dimensión comunicativa en la formación del médico: una propuesta para fortalecer la relación médico-paciente. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(4), 641-648. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n4.59892>

Capítulo II: Experiencia Universidad Nacional del Sur-Argentina

Formación médica integral: posibilidades y dificultades para su aplicación en algunos escenarios de aprendizaje de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Sur

Ana Florencia Quiroga y María Belén Noceti.
GICES-IIESS/Dpto. Economía (CONICET-UNS)
Departamento de Ciencias de la Salud UNS
ana.flor.quiroga@gmail.com
mbnoceti@gmail.com

Introducción

Las reflexiones que se presentan en este capítulo son producto de una investigación cualitativa¹ cuyo objetivo general es caracterizar

¹ Se trata de un Proyecto de Grupo de Investigación (PGI) titulado “Caracterización antropológica de los procesos de salud-enfermedad-atención en el contexto de formación de médicos de la carrera de medicina, UNS”, que fue dirigido por la Dra. María Belén Noceti, y financiado a través de la Secretaría General de Ciencia y Tecnología de la Universidad Nacional del Sur.

las formas cómo se construye el proceso salud-enfermedad-atención (en adelante PSEA) en algunos espacios de aprendizaje de las rotaciones hospitalarias, correspondientes al Ciclo Clínico de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Sur (UNS).

En la ciudad de Bahía Blanca, provincia de Buenos Aires, la Carrera de Medicina tiene sede en el Departamento de Ciencias de la Salud de la UNS. El objetivo general de la carrera es formar profesionales médicas/os que puedan responder a las necesidades locales, regionales y nacionales con alta calidad científica y técnica, con capacidad de dar respuesta a las problemáticas particulares de cada región, adaptando su saber a las realidades sociales, culturales y económicas, con competencias para desarrollarse en diferentes escenarios en los que se requiera su práctica, condiciones de trabajo diferentes y diferentes poblaciones, en territorio urbano, periurbano y/o rural.

La carrera se compone de un Ciclo Inicial de tres años, un Ciclo de Desarrollo Profesional también llamado Ciclo Clínico de dos años y una Práctica Final Obligatoria de un año de duración. El plan de estudios propone desde el inicio la integración de contenidos correspondientes a cinco Área Curriculares (en adelante áreas) denominadas: “Biológica” (AB), “Salud Individual y Colectiva” (SIC), “Análisis Epidemiológico de los Determinantes de la Salud” (AEDS), “Ciencias del Comportamiento”(CC) y “Clínica” (AC), con una coordinación simultánea y complementaria, para lograr el desarrollo horizontal y vertical de esas áreas a lo largo de todo el plan de estudios (Gutiérrez, 2004; Plan de estudios de la Carrera de Medicina, 2022). Las áreas reúnen diferentes docentes y campos disciplinares, de forma tal que el Área Ciencias del Comportamiento por ejemplo está integrada por: Economía de la Salud, Bioética, Sociología Médica, Antropología de la Salud y Salud Mental. Al área SIC la integran psicólogos/os, traba-

jadores sociales además de médicas/os; en tanto que al área biológica bioquímicas/os y biólogas/os, entre otros.

Otros ejes propuestos son: el aprendizaje significativo, promoviendo en el alumnado un aprendizaje contextualizado, activo, crítico y con responsabilidad individual, grupal y social en el logro de sus conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes, que serán requisito de su futura práctica profesional. Y el aprendizaje autogestionado, favorecido a través de las estrategias metodológicas diseñadas para que asuman una formación y actualización continua de alto nivel científico.

El fundamento de la investigación que se propuso deviene de las evaluaciones realizadas por docentes médicos del Ciclo Clínico, coordinadores del desarrollo de las rotaciones médicas (de cuarto y quinto año de la Carrera de Medicina), quienes informaron al equipo de docentes de Antropología de la Salud² su percepción acerca de la ausencia de la dimensión antropológica en los abordajes que las y los estudiantes realizan de los casos reales en los espacios de aprendizaje de las rotaciones.

La propuesta fue indagar ¿cómo se constituye la dimensión del mundo a la que se refiere el conocimiento médico en el contexto de la formación de estudiantes, particularmente en algunos espacios de aprendizaje del Ciclo Clínico? En estos espacios, ¿qué lugar tienen en la construcción de conocimiento médico los contenidos curriculares impartidos en el Ciclo Inicial de la carrera por las Ciencias Sociales y Humanidades, y especialmente por la antropología de la salud? ¿Qué factores hacen que los contenidos de antropología sean o no recuperados y puestos en práctica en la resolución de los casos clínicos por parte de las y los estudiantes de medicina?

² Equipo del cual las autoras de este capítulo son integrantes.

Desde un enfoque etnográfico, se abordaron las preguntas de investigación a partir de las secuencias terapéuticas (Crivos, 2007) que se despliegan para resolver los casos clínicos reales en los espacios de aprendizaje basados en la resolución de problemas³ (se lo denominará ABRP) de las rotaciones, y de los sentidos y practicas puestos en juego por el conjunto de participantes de tales espacios.

En este capítulo se busca mostrar cómo en el proceso de resolución del problema de enfermedad en tales espacios del Ciclo Clínico se enfatiza en el desarrollo del razonamiento clínico para la identificación de la etiología, la definición de los diagnósticos y tratamientos terapéuticos, y se produce un desplazamiento (comparado con el Ciclo Inicial) de la mirada integral de la salud-enfermedad. Un aspecto que surge de este trabajo etnográfico es el enfrentamiento del estudiantado a una tensión entre la ‘medicina de libro’ y la ‘medicina real’ que se presenta en términos de una distinción entre el énfasis puesto en la evidencia científica y la recuperación del contexto de la enfermedad ante la resolución del problema.

El capítulo se organiza de la siguiente manera: en principio, luego de la descripción de la metodología utilizada para realizar el estudio, se describe la Carrera de Medicina en la UNS teniendo en cuenta el enfoque de la Carrera, la organización del plan de estudio y las características de los diferentes espacios de aprendizaje que la componen. A continuación, se focaliza en un tipo de espacio llamado tutoría de aprendizaje basado en la resolución de problemas (ABRP) del Ciclo

³ ABP (Aprendizaje Basado en Problemas) y ABRP (Aprendizaje Basado en Resolución de Problemas), son designaciones que surgen de una misma matriz metodológica, en este artículo se presenta ABRP como una evolución del ABP.

Clínico y se describen las prácticas formativas (Good B. 2004) a través de las cuales la medicina construye el objeto de conocimiento en ese espacio. Finalmente, se analizan las posibilidades y dificultades para el desarrollo de la formación médica integral que se promueve desde el inicio de la carrera en espacios de aprendizaje hospitalarios de los últimos años.

Consideraciones metodológicas

La metodología utilizada en esta investigación es cualitativa, con un enfoque etnográfico (Mendizabal, 2007; Guber 2004). La etnografía se realizó en dos hospitales públicos⁴ de la ciudad de Bahía Blanca durante los años 2017 al 2019, en espacios de aprendizaje de las rotaciones de clínica y clínica pediátrica,⁵ correspondientes al cuarto y quinto año de la Carrera de Medicina (Plan de estudio de medicina 2011), específicamente en las tutorías de Aprendizaje Basado en la Resolución de Problemas (ABRP). Entre los años 2020 y 2021 se repitió el estudio en las mismas rotaciones.

⁴ Con los cuales la UNS sostiene convenios, con el fin de desarrollar prácticas de formación médica.

⁵ En octubre del año 2022, el Consejo Superior Universitario aprobó un nuevo plan de estudios presentado por la Comisión Curricular de la carrera de medicina el cual, entre las modificaciones introducidas, plantea un cambio en la denominación de algunas unidades curriculares y rotaciones; tal es el caso de la sustitución del nombre de la rotación de clínica pediátrica por salud integral de la niñez y la adolescencia.

El referente empírico de la investigación es el espacio de aprendizaje de ABRP; donde los sujetos interlocutores clave se encuentran e interactúan entre sí para la resolución de un problema de salud enfermedad, lo cual resulta de interés para la investigación al permitir la exploración de cómo se desarrolla ese proceso. La unidad de análisis es el caso clínico, el cual moviliza recursos para la resolución del problema de la enfermedad, y resulta una unidad adecuada para la identificación y descripción de la secuencia de acciones orientadas a su resolución (Crivos, 2007), a partir de la experiencia de los miembros de los grupos de tutorías de ABRP.

El ingreso a estos espacios requirió la solicitud de permisos dirigidos a los profesores-tutores de las rotaciones, a través del envío de notas por escrito, la realización de llamados telefónicos y la presentación de los objetivos de investigación.

La información fue recopilada a través de la técnica de observación, con distintos grados de estructuración y participación (Taylor y Bodgan, 1984), dado que era de interés comprender las formas en que resuelven los casos clínicos; haciendo hincapié más en lo que se hace efectivamente que en lo que se dice que se hace en el abordaje que los estudiantes realizan de los casos reales.

Al inicio de la labor etnográfica la observación fue abierta y, a medida que transcurrían las tutorías de ABRP, se detectó ciertas recurrencias en las secuencias terapéuticas tales como: delimitación de actividades, tiempos dedicados a cada una de esas actividades, roles asumidos por los sujetos interlocutores claves, criterios que intervienen en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, entre otros, a partir de las cuales se estructuró la observación.

La información de campo fue registrada en forma escrita a través de notas de campo y grillas observacionales; complementado con el registro fotográfico y la grabación de audio.

El análisis de los datos se realizó codificando, categorizando y agrupando fragmentos de texto pertenecientes a una misma dimensión de análisis, siguiendo los postulados de la teoría fundamentada (Glasser y Strauss, 1967). Las dimensiones son: conceptualización del paciente, definición de diagnóstico y criterios utilizados, diagramación de tratamiento y criterios utilizados y contexto de la enfermedad. La sistematización y el análisis de la información se realizó con el soporte del software ATLAS-TI versión 9.

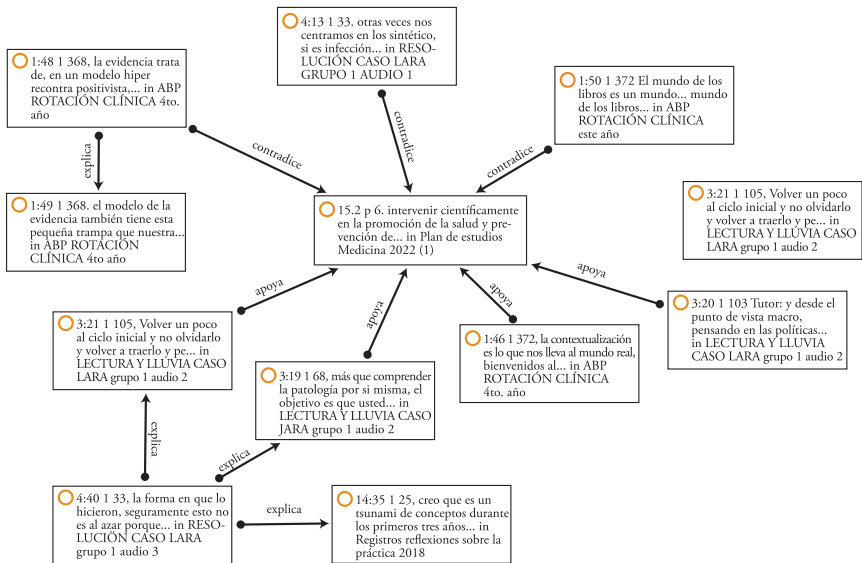


Figura 50. Sistematización y análisis de la información asistido por el Software ATLAS-TI

La Carrera de Medicina en la UNS-Bahía Blanca

El enfoque de la carrera propicia, entre otras características, el abordaje de problemas y situaciones de salud-enfermedad teniendo en cuenta la integración de las dimensiones biológica, psicológica, social y cultural (Departamento de Ciencias de la Salud, s. f.). Está orientado hacia un perfil de la egresada/o que sea el de una médica/o general en condiciones de ofrecer atención médica integral, mediante un abordaje singular, familiar y comunitario; que incorporan en su quehacer los principios de la ética, visión humanística, sentido de responsabilidad social.

La carrera propone un tipo de formación que le permite a las y los estudiantes y egresadas/os intervenir científicamente en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, teniendo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, en las distintas etapas de la vida y en las diversas condiciones socioeconómicas e histórico-culturales, con adecuado manejo de criterios diagnósticos y terapéuticos (Plan de estudios de la Carrera de medicina 2022).

En el Ciclo Inicial los contenidos curriculares se distribuyen en doce (12) asignaturas, o Unidades Educativas (Ver anexo II), integradas y consecutivas, que se desarrollan en forma secuencial a lo largo de los tres años del Ciclo, para cubrir los temas teóricos y prácticos propios de la formación médica, los cuales son impartidos por docentes de las áreas curriculares ya referidas.

PLAN DE ESTUDIOS MEDICINA 2022

TÍTULO: MÉDICO

Res. CSU 696/22

Código	Unidades (semanales)	Correlatividad	Para cursar	Para rendir
--------	-------------------------	----------------	----------------	----------------

PRIMER AÑO

20137	La comunicación y la práctica de la medicina	-	-	-
20138	Las personas y el entorno: la interacción	-	-	-
20139	El movimiento y el soporte	20137	Apr.	Apr.
20140	El transporte y la defensa	20137/20138	Apr./Apr.	Apr./Apr.

SEGUNDO AÑO

20144	La circulación	20138/20139	Apr./Apr.	Apr./Apr.
20145	La respiración: el intercambio con el medio ambiente	20139/20140	Apr./Apr.	Apr./Apr.
20146	La alimentación y la comensalidad	20140/20144	Apr./Apr.	Apr./Apr.
20147	El metabolismo y la nutrición	20144/20145	Apr./Apr.	Apr./Apr.

TERCER AÑO

20148	El equilibrio del medio interno	20145/20146	Apr./Apr.	Apr./Apr.
20149	El comportamiento de las personas	20146/20147	Apr./Apr.	Apr./Apr.

CUARTO y QUINTO AÑO

20060	Clínica Quirúrgica	Cursos Optativos I y II/4841	Apr.	Apr.
20061	Clínica			
20141	Salud Integral de la niñez y la adolescencia	20151	-	Apr.
20049	Ginecología y obstetricia			
20142	La salud mental			

SEXTO AÑO

20143	Salud perinatal	20060/20061/ 20141/20049/ 20142	Apr.	Apr.
20064	Medicina familiar y comunitaria			
20066	Medicina crítica y de urgencias			
	Módulo electivo (**)			
20059	Examen final de carrera	20143/20064/ 20066/Mód. electivo	Apr.	Apr.

Figura 51. Plan de la carrera de medicina – Unidades educacionales

La planificación curricular en este primer ciclo se compone de:

Actividades en Sesiones Tutoriales de ABP: en cada asignatura se mantiene, como actividad central, por sus fundamentos psicopedagógicos y metodológicos, el método de “Aprendizaje Basado en Problemas” (ABP). Se trata de una instancia de pequeños (no más de diez estudiantes) grupos de aprendizaje con una tutora o un tutor, con el objetivo de que el estudiantado se enfrente a un caso a resolver y, protagónicamente busquen la información para solucionarlo, aprendiendo en el proceso tanto el conocimiento como la habilidad de resolución.

Actividades áulicas de grupo completo: las clases teóricas se dictan habitualmente en concordancia temática con el desarrollo de cada asignatura. Tienen características de seminario, conferencia o clase dialogada y sus objetivos tienden a orientar al estudiantado para que priorice aspectos relevantes de los distintos temas, para exponer temas de mayor complejidad y para actualizar perspectivas de análisis de la información.

Actividades de Trabajos Prácticos en Laboratorio (T.P.L.): los Trabajos Prácticos en pequeños grupos se realizan en el Laboratorio Morfofuncional sobre temas de Anatomía Macroscópica, Anatomía Microscópica y Anatomía Patológica en forma independiente o integrada en temas de Imagenología, Bioquímica, Fisiología, Fisiopatología, Microbiología, Parasitología, Virología y Farmacología.

Actividades de Trabajos Prácticos Independientes (T.P.I.): la/el estudiante puede realizar actividades prácticas de laboratorio morfofuncional, sincrónicas o asincrónicas, para realizar estudios independientes con el material allí disponible, según día y hora que se le asigne.

Actividades de Trabajo en Terreno (TT): para cada asignatura el estudiantado debe concurrir a actividades de Trabajo en Terreno, en grupos pequeños (no más de diez estudiantes), según se establezca como parte de su formación integral y en concordancia con el momento de carrera. La modalidad de “Aprendizaje Basado en la Comunidad” pone a las/os estudiantes desde el primer momento de la carrera en contacto con una comunidad y sus actores sociales, en una interacción en donde los grupos de estudiantes realizan un proceso de observación-análisis-reflexión-acción en torno a problemas de salud-enfermedad individual y colectiva.

Actividades de Relación Médica/o Paciente (RMP): actividades prácticas, en grupos pequeños (no más de diez estudiantes), trabajando las/los estudiantes en el laboratorio de habilidades clínicas y con pacientes en los servicios asistenciales, para desarrollar habilidades comunicacionales y semiológicas,

El Ciclo de Desarrollo Profesional (que corresponde a cuarto y quinto año de la Carrera) debe contribuir al desarrollo del profesional en su sentido más amplio, desde la adquisición de conocimientos específicos, habilidades clínicas, el desarrollo de razonamiento clínico y la consolidación de las actitudes profesionales. Se organiza en base a rotaciones prolongadas, en servicios médicos en distintos hospitales de la ciudad, que permitan el seguimiento de pacientes, introduciendo las habilidades propias de los niveles de complejidad de atención a través de estas rotaciones y el desarrollo de competencias para la práctica profesional. Tales rotaciones médicas son: Clínica, Clínica Quirúrgica, Salud integral de la niñez y la adolescencia, Ginecología y Obstetricia, y La Salud Mental (Plan de estudios de la Carrera de Medicina, 2022):

Conceptualmente el Ciclo Clínico debe ser coherente con el ciclo inicial. De este modo el Ciclo Clínico de la Carrera de Medicina de la UNS debe mantener la perspectiva de las cinco áreas que atraviesan el currículo, debe priorizar el aprendizaje centrado en el estudiante y la base comunitaria. (Guía de la Rotación de Clínica Médica, 2020)

En términos formales, el Ciclo Clínico tiene como propósito principal la puesta en práctica de las habilidades y conocimientos adquiridos en el Ciclo Inicial, en los diferentes escenarios de aprendizaje de la práctica médica.

Una estrategia de aprendizaje peculiar es la transformación de las tutorías con situaciones simuladas (del primer ciclo) por pacientes reales como fuente para la identificación de objetivos de aprendizaje. Se propone que:

La educación con pacientes proporciona una forma activa de aprendizaje que es beneficiosa para las habilidades de razonamiento clínico. (Guía de la Rotación de Clínica Médica, 2020)

Juntamente con las actividades de los servicios en los hospitales tales como pasas de sala, ateneos, la atención en consultorio, actividades de telemedicina, otros espacios de aprendizaje son:

Tutorías de aprendizaje basados en la resolución de problemas (ABRP), que además de detectar los conocimientos necesarios para comprender el problema, se exploran posibles alternativas de solución. Las situaciones que se usan como disparadores provienen de los escenarios de práctica médica hospitalaria desarrolladas en el marco de las actividades que integran las rotaciones o del repositorio

de historias clínicas, se trata de una colección de historias clínicas con sus exámenes complementarios, editadas por el equipo docente de las rotaciones.

Revisión bibliográfica (“Journal Club”), se pretende que las y los estudiantes identifiquen y realicen a partir de una situación útil para el aprendizaje preguntas clínicas, y utilizando estrategias de búsqueda eficiente, localicen evidencia para responderlas y que puedan, luego de realizar la apreciación clínica, hacer la presentación de la información en forma sintética.

Reflexión sobre la práctica, procura realizar debates acerca de las expectativas, adquisiciones y dificultades a las que se enfrentan las y los estudiantes en sus actividades diarias.

Revisión del portfolio, de registros y reflexión sobre su aprendizaje que las y los estudiantes llevan adelante.

Finalmente, Salud Perinatal, Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina Crítica y de Urgencias conforman la práctica final obligatoria correspondiente al 6to año de la carrera.

Tutorías de ABRP y prácticas formativas

Las tutorías de ABRP se organizan en grupos de alrededor de diez estudiantes y una docente tutora médica o docente tutor médico, quien acompaña el proceso de aprendizaje. El grupo así constituido se reúne una vez por semana en un aula, ubicada en el interior del hospital, preparada para este espacio de aprendizaje. El aula tiene sillas individuales, una mesa para uso común y un pizarrón, que las y los estudiantes utilizan de manera conjunta para representar la resolución de cada problema.

Respecto a cada situación de salud-enfermedad se desarrolla una secuencia terapéutica, que incluye la identificación del problema de la enfermedad, la etiología, la definición de procedimientos diagnósticos y la elaboración del plan terapéutico, todo lo cual es discutido por el grupo de estudiantes, sintetizado y registrado en el pizarrón.

Esta secuencia terapéutica es resultante de una serie de acciones realizadas por el grupo, orientadas a la resolución del caso, las cuales siguen un orden a lo largo del tiempo y están articuladas entre sí. Tales acciones son:

- lectura del caso o situación de salud enfermedad,
- selección y registro en el pizarrón de los atributos de la situación que resultan de interés para el conjunto de estudiantes, a través de una lluvia de ideas,
- definición y registro del problema de enfermedad (a partir de los atributos identificados),
- formulación y registro de hipótesis o explicaciones acerca del problema de salud,
- elaboración de una lista de las cuestiones que el estudiantado conoce y desconoce acerca del problema definido,
- elaboración de un plan de aprendizaje a partir del cual seleccionan las cuestiones que quieren estudiar, las cuales son presentadas en forma de pregunta,
- revisión de diferentes fuentes de información (libros, revistas científicas, etc.) a partir de las cuales dar respuesta a los interrogantes planteados,
- resolución del problema, que incluye: discusión grupal acerca de los recursos y fuentes de información consultadas y exploradas de manera individual, discusión de la información

con relación al problema de salud en estudio, presentación de la información seleccionada como relevante.

La situación de salud-enfermedad se ha leído en algunas ocasiones de la historia clínica disponible en el repositorio, y en otras deviene del relato escrito de una situación real narrada por el/la docente tutor/a.

En cada una de las sesiones de ABRP observadas, la selección y presentación oral de los aspectos de la situación de salud se agrupa en diferentes conjuntos de informaciones, a saber: datos actuales que son los que presenta la persona que acude a la consulta médica; datos del examen físico y, antecedentes de enfermedades previas. Y su presentación se organiza de una manera secuencial a lo largo del tiempo de duración de la lluvia de ideas, y en el espacio al ser registrados en el pizarrón. Durante una de las tutorías una estudiante lo explica de la siguiente manera:

Lo podemos sincronizar [refiriéndose a la situación]: en base a datos positivos, examen físico y antecedentes, hacer algunos diagnósticos. (Est 1 Grupo 1 ABRP PED.)

Siguiendo este esquema las y los estudiantes presentan el caso comenzando por el nombre y edad de la persona implicada devenida paciente, características como peso y talla; seguido por información referida al examen físico, luego los antecedentes personales (de enfermedades y/o internaciones previas) y le siguen los antecedentes familiares. Posteriormente, a partir de esa información, se proponen diagnósticos diferenciales. Y finalmente un plan de tratamiento acorde a las hipótesis diagnósticas como respuestas tentativas a la afección.

En las presentaciones de casos se identificó una de las prácticas formativas que describe Byron Good (2003), en el análisis que realiza sobre cómo se configura el mundo de la medicina, fundamental para la formación del médico. Siguiendo al autor se consideró que esa presentación refiere a una de las maneras “culturalmente específica” en que la medicina formula la enfermedad y el paciente. La enfermedad es construida como entidad natural separada de la persona que la experimenta y el paciente como locus de la enfermedad; en este sentido se destaca la siguiente presentación del caso por una estudiante:

Un paciente que fue a consulta por un dolor de cabeza y terminó teniendo una meningitis [hace una pausa y luego continua]. Paciente masculino de 36 años, que había consultado porque había presentado un cuadro de dolor de cabeza ¿lo leo o lo cuento? Con cefalea, más que nada de localización occipitofrontal, de intensidad 8 en 10, fiebre, náuseas, había agregado los últimos tres días fotofobia, rigidez de nuca, en la semana hizo tres consultas a distintos médicos que lo habían tratado con antipiréticos pensando en una gripe [Pausa]. No mejoró el cuadro y terminó internado acá, luego de una semana, donde inmediatamente le hicieron las maniobras correspondientes para descartar una meningitis, lo cual dio positivo, era una meningitis. (Est.1, ABRP CL.)

Relatos como este dan cuenta de que, en la construcción de la enfermedad, todo lo que remite a la experiencia humana de la persona que padece (consultar por un “dolor de cabeza”) es traducido a un lenguaje médico (“Cuadro...”, “cefalea”) acompañado de informaciones (características referidas a localización, intensidad del dolor, condiciones asociadas) resultantes de los estudios de imágenes, exámenes de

laboratorio, y otros recursos que la tecnología aporta para el diagnóstico de la enfermedad, todo lo cual comporta el pasaje de un tipo de experiencia individual a un tipo de entidad que trasciende al sujeto que sufre (Ferrero, L. 2004), en este caso: una meningitis.

La enfermedad adquiere carácter de hecho objetivo, como si existiera por sí misma independientemente de toda evaluación humana, una vez que se confirma el diagnóstico presuntivo, omitiéndose en ese momento todas las referencias sociales que rodearon su construcción (Noce et al., 2019). La pregunta “¿lo leo o lo cuento?” indica el pasaje de un tipo de relato al inicio en lenguaje coloquial a la lectura de una historia clínica redactada con un lenguaje formal y específico de la medicina.

En estas presentaciones no se expresan las cualidades personales de las personas que solicitan atención médica ni lo que hayan manifestado al acudir a la consulta. Ni las dudas y discusiones surgidas durante la formulación de los diagnósticos presuntivos. Como así tampoco las discusiones acerca de las opciones terapéuticas a seguir. Todo esto es expuesto y discutido en otro espacio de aprendizaje, separado de las tutorías de ABRP que apuntan al desarrollo del razonamiento clínico en las y los estudiantes de medicina, que es el espacio de reflexión sobre la práctica.

Las tutorías de ABRP son instancias donde el estudiantado aprende a construir la realidad médica. En palabras de uno de los tutores son:

Ambientes de enculturación, donde se adquiere conocimiento, hábitos, valores, conductas, comportamientos. (Tutor 1, ABRP CL)

En estos “ambientes” se transmite un saber: la construcción del diagnóstico, con base en la definición de fundamentos sólidos a partir de los atributos identificados:

Tenemos que ver racionalmente como llegamos al diagnóstico de este paciente. (Tutor, 1 ABRP PED)

Lo que les propongo es que armemos un árbol de decisiones con sus fundamentos. (Tutor 1, ABRP CL)

Se enseña a tomar decisiones fundamentadas en cuanto a la formulación de los diagnósticos diferenciales teniendo en cuenta los datos existentes, pensemos, pensemos, por qué un tumor y por qué una meningitis. (Tutor 1, ABRP CL)

Qué les puede llegar a hacer pensar que esto es una inmunodeficiencia y a qué tipo de inmunodeficiencia con los datos que tiene y por qué..., bueno con esos datos actuales más los antecedentes ¿qué interpretación hacen desde la guardia? ¿Qué sospechan como posibles diagnósticos? (Tutor 2, ABRP PED)

También se pondera la fundamentación sólida en cuanto a la solicitud de estudios complementarios:

por qué no lo punzaría y por qué sí lo punzaría; el tema es cuáles son los diagnósticos diferenciales que ustedes tienen acá para hacer una u otra conducta (Tutor 1 ABRP CL),

Y respecto de la interpretación de los resultados de tales estudios:

qué esperamos con el hemograma, que me cambie la conducta, qué esperamos de la TAC, que me cambie la conducta y por qué (Tutor 1, ABRP CL)

Los criterios para formular los diagnósticos presuntivos son las informaciones que aportan los relatos o historias clínicas acerca de los signos

y síntomas físicos que presenta la persona que consulta. Estos mismos criterios son los que se utilizan para la selección del plan terapéutico.

En menor medida se han considerado otros aspectos como: la etapa de vida en la que se encuentra la persona, en una ocasión en que las y los estudiantes discutían y presentaban argumentos en favor de uno u otro diagnóstico. O la disponibilidad de equipamiento para realizar estudios complementarios y de ciertos medicamentos en los centros de salud del primer nivel de atención que integran el sistema de salud local, como aspecto para tener en cuenta al momento de discernir entre diagnósticos diferenciales y proponer el plan terapéutico respectivamente. En estas ocasiones particulares, la atención puesta sobre tales aspectos dependió de la intervención del docente tutor, quien propuso su discusión respecto de los casos clínicos abordados.

El paciente de libro versus el paciente real

Los fundamentos de todas estas decisiones derivan de la revisión de diferentes fuentes de información (libros, revistas científicas, etcétera) sobre estudios científicos relacionados con el problema de salud definido y las hipótesis diagnósticas formuladas.

Ahora bien, una cuestión que surge entre las y los estudiantes, y que les genera inquietud durante las discusiones en grupo respecto de los recursos y fuentes de información consultadas, es la existencia de contrastes entre lo publicado en los libros y en revistas científicas de medicina en cuanto a las causas, factores de riesgo y tratamiento de las enfermedades, frente al abordaje de los casos reales que no se corresponden estrictamente con los parámetros establecidos en las publicaciones científicas. Una estudiante lo expresa así:

Estaba muy confiada pensando que era una meningitis así, de libro... y cuando vi los valores ya no sabía qué poner, si viral o bacteriana. Y digo, qué tratamiento le doy, que hago, y tenía que poner las indicaciones y no sabía qué poner. (Est. 6, ABRP CL.)

Plantean la existencia de una diferenciación entre el:

Paciente de libro y el paciente real que sale de lo sistemático del libro, es decir: estos pacientes... estos casos que son así, no de libro, sino que te plantean más dudas. (Est. 5, ABRP CL.)

La tutoría de ABRP implica para las y los estudiantes un encuentro con el *paciente real* diferente del *paciente de libro*. Una distinción similar plantea Octavio Bonet (1997) entre “medicina vivida” y “medicina de libro” a partir de su análisis de las percepciones de un grupo de residentes de un hospital de la provincia de Buenos Aires respecto de la construcción del diagnóstico. Detecta que el pase de la facultad al hospital se manifiesta en una forma diferente de razonamiento diagnóstico, que conlleva el aprendizaje de hábitos profesionales necesarios para construir los diagnósticos. Ese pase se explicita en una diferencia entre lo teórico que los residentes saben y aprenden en la facultad acerca de las enfermedades y la elaboración del diagnóstico a partir de los signos y síntomas. Esta misma diferencia se identificó a partir de los relatos de las y los estudiantes de los últimos años de la Carrera quienes se enfrentan a la discrepancia entre lo que dicen los libros y lo que resulta de la atención de pacientes reales.

Uno de los docentes tutores expresa esta diferencia de la siguiente manera:

Es importante la búsqueda en artículos para ir respondiendo nuestras preguntas, pero también entendamos que el modelo de la evidencia también tiene esta pequeña trampa que nuestro paciente no está ahí. (Tutor 1, ABRP CL.)

En el siguiente extracto explica cómo opera la evidencia:

La evidencia trata de, dentro de un modelo hiper recontra positivista, hacer algo que sea replicable para lo cual hay que sacar todos los factores contundentes y entonces es solamente la meningitis, y lo que tenemos es un paciente con cefalea y fiebre. (Tutor 1, ABRP CL.)

Se destaca este fragmento del relato porque brinda una explicación sobre el inconveniente que conlleva la toma de decisiones basada en las evidencias científicas disponibles, promovida en estos espacios de aprendizaje, frente a la atención médica del paciente real, a saber: el carácter sintético de la evidencia centrada en los factores concluyentes y replicables de la patología y el desplazamiento de todos aquellos que sean discutibles. La contracara de este reduccionismo es la contextualización de la enfermedad:

La contextualización es lo que nos lleva al mundo real, bienvenidos al mundo real que es el mundo donde vamos a trabajar, el mundo de los libros es un mundo... mundo de los libros que es el de las enfermedades, nosotros trabajamos en el mundo real, este paciente que como bien dijiste hace ocho días que esta con fiebre, está bien el libro me dice que se puede ir a la casa, pero ¿lo podemos mandar a la casa? (Tutor 1, ABRP CL.)

La contextualización involucra la reconsideración de los aspectos sociales, económicos, culturales, políticos de la salud-enfermedad y del paciente que se soslayan siguiendo el “modelo de la evidencia” ponderando solo aquellos que sean replicables. Como sugiere un tutor implica que:

Más que comprender la patología por sí misma, el objetivo es que ustedes logren interpretarla en un contexto... de la paciente, de su comunidad, del rol que tiene el sistema de salud, qué acceso tiene esta paciente al sistema de salud, y entender el porqué del chico que está enfermo en una guardia, buscar y entender. (Tutor 3, ABRP PED.)

Se enfatiza la reconsideración no solo en términos de volver a tener presentes aquellos aspectos desplazados por el modelo de la evidencia, sino en el sentido de retomar el conjunto de aspectos que hacen a la integralidad de la atención médica desarrollados durante el Ciclo Inicial de la carrera, tal como expresa un tutor:

Volver un poco al ciclo inicial y no olvidarlo y volver a traerlo y pensar que se están desarrollando en un primer nivel de atención y que la realidad la ven como puede influir en una bronquiolitis que puede llegar al primer nivel de atención, ver qué es lo que hay en esa familia (Tutor 3, ABRP PED.)

Esta asociación entre el Ciclo Inicial y la interpretación de la patología en contexto es también identificada por las y los estudiantes durante su paso por las tutorías de ABRP en el Ciclo Clínico, tal como expresa uno de ellos:

es un tsunami de conceptos los primeros tres años, y después de que entramos en el ciclo clínico es algo que se pierde [...] te damos las herramientas, te decimos que tenés que ser empático y después te metemos en el medio del hospital que hay de todo [...] entonces no sé si es un déficit de la carrera que no da espacio a estos momentos o si con esos tres años es suficiente para meternos el chip a nosotros. (Est. 1, ABRP CL.)

Se usa este fragmento porque la metáfora del “tsunami de conceptos durante los primeros tres años” no solo alude a aquel conjunto de aspectos contextuales de la enfermedad discutidos en el Ciclo Inicial, sino que denota su percepción acerca de la existencia de un quiebre entre el Ciclo Inicial y el Ciclo Clínico. Porque, aun cuando en el Ciclo Clínico se continúan desarrollando las habilidades técnicas, el razonamiento clínico, de forma continua desde el inicio de la carrera, por el contrario, se desplaza el análisis de los aspectos sociales, culturales, económicos de la salud-enfermedad que permiten contextualizar al paciente y la afección abordado en profundidad durante el Ciclo Inicial.

Se identifica que la consideración de tales aspectos contextuales en el abordaje de los casos clínicos depende de la “formación” del docente tutor a cargo de las tutorías de ABRP. Una docente tutora, al referir a la resolución de una de las situaciones de salud-enfermedad lo expresa así:

han abarcado mucho, determinantes sociales y yendo a lo más biológico [...] la forma en que lo hicieron, seguramente esto no es al azar porque N [se utiliza N para referirnos y llamar a un tutor omitiendo su nombre] tiene una muy buena formación para esto [...]

porque en los otros, otras veces nos centramos en lo sintético, si es infección, porque se infectó y porque no y [...] me gusta que esta vez que haya salido primero todo esto que es lo troncal del caso. Porque otras veces lo leemos en diez minutos y no tiene demasiado misterio. (Tutor 2, ABRP PED)

La formación del tutor, de carácter integral y no biologicista, según las facultades de medicina incide en la posibilidad de abordar la salud y la enfermedad teniendo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, en lugar de recortar el caso a lo sintético signado por los aspectos biológicos. Incide también en la inclinación a recuperar estos aspectos desarrollados a lo largo del Ciclo Inicial en el Ciclo Clínico. Es el Docente Tutor N quien propone la “vuelta al ciclo inicial” para abordar el contexto y no la patología por sí sola.

A modo de cierre

El enfoque etnográfico contribuye a detectar cómo se configura la realidad médica en contextos institucionales concretos, específicamente las formas en que la medicina construye su objeto y a la persona como paciente en espacios de aprendizaje hospitalarios que forman parte de los últimos años de la Carrera de Medicina en Bahía Blanca.

Si bien en el discurso formal del plan de estudios y en los documentos asociados se habla de los aspectos psicológicos y sociales además de los biológicos de la salud y enfermedad, en la práctica en aquellos espacios de aprendizaje se pierde de vista la dimensión histórico-social, cultural, económica y política.

La observación con distintos grados de participación de las tutorías de ABRP permitió explorar, si se aplica o no, una mirada integral de la salud-enfermedad y las características que asume en el abordaje de casos clínicos reales en estos escenarios de aprendizaje del Ciclo Clínico de la Carrera.

En las tutorías de ABRP los contenidos curriculares desarrollados a lo largo de los primeros tres años de la Carrera por la antropología de la salud (y otras Ciencias Sociales y Humanidades) no son espontánea ni totalmente recuperados para el abordaje de casos reales, sino que son contenidos que se pierden. Excepto cuando el/la docente tutor promueve recuperarlos del Ciclo inicial (volver un poco al ciclo inicial... volver a traerlo), favoreciendo de esta manera el abordaje de los problemas de salud desde una mirada integral. De esta manera se advierte que, en la puesta en práctica en estos escenarios de aprendizaje de los conocimientos adquiridos en el Ciclo Inicial, incide la figura del tutor o de la tutora de ABRP, concretamente el tipo de formación aludiendo por tal al tipo de educación médica recibida en las facultades de medicina.

A la luz de estos resultados se propone algunas acciones con el fin de propiciar la aprehensión de los conceptos y dimensiones no solo abordadas desde la antropología de la salud, sino por las Ciencias Sociales y Humanidades que integran los espacios curriculares de la carrera, en el abordaje de las situaciones de salud-enfermedad. Una de ellas es la participación de docentes de las Ciencias Sociales y Humanidades en los escenarios de aprendizaje de las rotaciones médicas, con el objeto de complementar la labor de enseñanza de los docentes tutores médicos y contribuir a lograr la pretendida integralidad, mitigando la visión de la enfermedad con eje en la dimensión biológica. Ya sea integrando los mismos espacios de tutorías de ABRP o bien cuando

ello no fuera posible, habilitando su participación en todos los espacios de reflexión sobre la práctica. Sería interesante la primera opción con el fin de integrar a la discusión clínica centrado en lo biológico los aspectos sociales y culturales, en lugar de abordarlos en forma de capas superpuestas en espacios de aprendizaje separados; con la intención de contribuir a romper la fragmentación del conocimiento característico de la modernidad (Camargo, 2005).

Se recomienda también que la redacción de las situaciones usadas como disparadores de los ABRP no se restrinja solo a los signos y síntomas de las personas que buscan atención médica, sino que se integren otros aspectos como las maneras en que los síntomas y molestias son vividos por las personas, las opciones e itinerarios terapéuticos como respuesta al problema que padecen, las restricciones del sistema de salud, entre otros que forman parte de los problemas de salud.

Por último, cabe destacar que los resultados obtenidos no pueden ser generalizados más allá de los espacios de aprendizaje observados; y se espera poder continuar este estudio en otros escenarios a fin de explorar lo que acontece en los mismos y comparar con los resultados hasta el momento obtenidos.

Referencias

- Bonet, O. (1997). Saber y sentir. Los Protocolos y las Prácticas en el Cotidiano de la Biomedicina, Congreso de Antropología Social, La Plata.
- Camargo, Jr. (2005). A biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 15(suplemento), 177-201. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312005000300009>

- Crivos, M. (2007). El estudio de la narrativa de casos: una propuesta para el abordaje etnográfico de las alternativas médicas. En Idoyaga Molina A (ed.) *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad*. Editorial CAEA-IUNA.
- Departamento de Ciencias de la Salud (s. f.). Carreras. Universidad Nacional del Sur. Obtenido de <https://www.cienciasdelasalud.uns.edu.ar/unidad-academica/carreras>
- Ferrero, L. (2004). Conocimiento, prácticas y tecnologías médicas. Un abordaje etnográfico de la biomedicina. VI Jornadas de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Guía de la Rotación de Clínica Médica, 2020. Departamento de Ciencias de la Salud. Carreras. Universidad Nacional del Sur. Obtenido de <https://www.cienciasdelasalud.uns.edu.ar/unidad-academica/carreras>
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Aldine Press.
- Good, B. (2003). *Como construye la medicina sus objetos. En Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Bellaterra.
- Guber, R. (2004). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Paidós.
- Gutiérrez, R. (ed.). (2004). Programa de Medicina para la UNS. Planificación de una Carrera de Medicina basada en nuevos paradigmas. Bahía Blanca, Buenos Aires.
- Mendizábal, N. (2007). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En *Vasilachis de Gialdino. Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 65-105). Gedisa.
- Noceti M. B., Quiroga A. F., Corredera M. y Bertoni, B. (2019). Formación Médica integral en espacios hospitalarios de la Carre-

ra de Medicina de la Universidad Nacional del Sur. Enfoque desde la antropología de la salud. *Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca*, 29(1), 13-20. <https://www.ambb.org.ar/ojs/index.php/RCAMBB/article/view/27>

Plan de estudios de la Carrera de Medicina, 2022. Departamento de Ciencias de la Salud. Carreras. Universidad Nacional del Sur. Obtenido de <https://www.cienciasdelasalud.uns.edu.ar/unidad-academica/carreras>

Taylor, S. J. y Bodgan, R. (1984). La observación participante en el campo. En *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados* (pp. 50-94). Ediciones Paidós.

Capítulo III: Experiencias Universidad de Chile

La formación humanista y el modelo de competencias en las carreras de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile: ¿Sello institucional o herramientas difusas? Una apreciación desde las experiencias de los estudiantes

Patricia Junge Cerda.

Doctora en Antropología,
Universidad de Heidelberg.

Profesora Asistente, Departamento de Fonoaudiólogo,
Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Correo: patricia.junge@uchile.cl

<https://orcid.org/0000-0001-5751-7500>

“Profesora: cuéntenme, ¿qué opinan de la epidemia de cáncer que ha emergido luego del COVI-19?”

Estudiantes: ...

Profesora: ¿no han visto las noticias del fin de semana?

Estudiantes: profesora, nosotros solo nos dedicamos a estudiar.”

Este diálogo, ficticio —pero no tanto—, está basado en años de experiencia y observación en docencia de pregrado en la Facultad de

Medicina de la Universidad de Chile, y refleja una situación bastante generalizada entre los estudiantes de las carreras de la salud. Atiborrados de ramos y contenidos, sus ratos libres son usados para estudiar, o, en el mejor de los casos, para distraerse. La conexión experiencial con el contexto sociosanitario en que están viviendo y formándose como futuros profesionales parece no ser una prioridad. Cuando más, conocen algunos temas o aspectos del sistema de salud debido a experiencias personales o de familiares cercanos que han accedido como usuarios. ¿Qué pasa con estos estudiantes, tan dedicados a su estudio, pero faltos de sensibilización en el entorno social, comunitario, sanitario? ¿Dónde están las tantas horas y créditos que sus currículums declaran enfocados a una formación integral y con responsabilidad social? ¿Qué pasa con la formación humanista en las carreras de la salud de la Universidad de Chile?

Con estas observaciones y preguntas preliminares desde la experiencia propia y en equipos de docentes, inició el proyecto trinacional de investigación sobre el efecto de la formación humanista en los médicos egresados de las Escuelas de Medicina de la Universidad Nacional del Sur, en Argentina, la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, sede Quito, y la Universidad de Chile.

***El problema del humanismo médico: la formación,
la clínica y la concepción de la medicina
entre lo biofísico y lo vivencial***

La pregunta por la relevancia de la formación humanista en las carreras de la salud es antigua, y apunta tradicionalmente al valor relativo entre la formación científico-técnica o anatómo-patológica, por

una parte, y la formación sociosanitaria, así como de valores e integral en los futuros profesionales de la salud, por la otra.

Desde la fundación de la Universidad de Chile, con su Facultad de Medicina, en 1842, hubo reiterados ajustes curriculares que intentaban resolver la diáda formación científica/formación clínica, enfocado en la carrera de medicina. Camus y Valenzuela (2016) resumen la breve, pero significativa historia de las primeras décadas de la Facultad. Ya en 1854 se tomó la decisión de remover de los requisitos de ingreso a la formación médica aquellos ramos vinculados al grado de bachiller en humanidades, que “no son de gran importancia para el curso de medicina” (p. 10). Despejado el “obstáculo” que representaba el requisito de formación humanista, el foco se volcó hacia la clínica, en cuanto aprendizaje práctico que permitía aplicar las materias aprendidas en las aulas y los escasos laboratorios. En este periodo los recursos tecnológicos eran insuficientes y había dificultades para que los estudiantes pudieran asistir a los hospitales administrados aún por la Junta de Beneficencia, organización privada de caridad que era propietaria de los centros asistenciales. En el debate público, médicos formados en Europa apuntaban a la necesidad de formar médicos clínicos o “prácticos” capaces de aplicar sus conocimientos al lado del lecho del enfermo con una sólida formación en táctica clínica, para lo cual era necesario modificar los hábitos escolares y memorísticos de los estudiantes de medicina en aula (pp. 16-17). Si bien la preocupación fundamental de este debate estaba enfocada en las enfermedades, la anatomía patológica y los cuerpos enfermos, y no incorporaba otras perspectivas presentes en la época, como, por ejemplo, la higiene pública y la profilaxis, en aquellos años ya se cuestionaba el aprendizaje pasivo y memorístico. En 1910, Pérez Canto aludiría irónicamente al estilo pedagógico de la escuela de medicina: “el estudio

de las patologías parecía tener por objeto el ejercicio de la memoria o la determinación del grado de somnolencia capaz de producir en cada alumno” (p. 17).

Apenas a mediados del siglo XX es cuando cobra relevancia el debate en torno a la formación sociosanitaria y humanista de los profesionales de la salud, luego del desarrollo de procesos sociales, políticos y científicos que llevaron a la visibilización de la medicina social como una disciplina necesaria de la medicina (Gaete, 2012b). Fueron médicos los que a mediados de 1960 incorporaron a profesionales de las ciencias sociales para desarrollar investigación, extensión y docencia en áreas de salud mental y educación en salud. Otros fueron más allá y buscaron formarse complementariamente en ciencias sociales, algunos llegaron a afirmar que las ciencias sociales eran básicas en medicina y atención médica, pues todo es social en la medicina, el diagnóstico, el tratamiento, el acto médico mismo, por lo cual las ciencias sociales debían traducirse a la medicina y atención médica (Gaete, 2012a). Estos debates se fundan en una concepción biopsicosocial de la persona, y de ahí la necesidad de formar profesionales de la salud capaces de una clínica que aborde integralmente los procesos de salud y de enfermedad de las personas, esto era, formarlos tanto comprensivamente como en las metodologías y competencias necesarias para llevar a la práctica dicho abordaje (Aggarwal et al., 2023), (Junge et al., 2022).

¿Pero cómo formar a los futuros médicos en estas habilidades más cercanas a la experiencia vivida que a los libros? Surge así la preocupación por desarrollar el llamado humanismo médico, que Nelson Muñoz describe en esta misma antología: se enfocó en el desarrollo de habilidades de escucha e interpretación de las experiencias sobre salud y enfermedad de pacientes. Se incluyeron disciplinas como la literatura, filosofía, arte, historia, cine, música, derecho, economía, política,

entre otras, para aportar a una visión comprensiva de las personas con dolencias y una mirada integral de la medicina como arte-oficio-disciplina (McManus, 1995, citado por Muñoz). Además, se incluyeron ciencias sociales, como la antropología y la sociología, que apuntan a pensar la salud desde las ciencias sociales, enfocándose en las condiciones de vida en que emergen los problemas de salud (Gaete, 2012b), lo que posteriormente se llamaría determinación social de la salud.

En las definiciones y disciplinas incluidas como aportes para la formación humanista, se pueden identificar dos formas de comprender lo que es el humanismo médico, las que van a repercutir en los procesos formativos de esas habilidades humanistas o integrales que se quiere promover en los futuros profesionales de la salud. Por una parte, se comprende el humanismo médico como la formación integral de la persona del médico —hoy de los profesionales de la salud—, abogando por la necesidad de incluir humanidades, arte, deporte, vinculación cívica, etcétera, como recursos para reforzar la humanización tanto del profesional de la salud como del paciente. Por otra parte, se apunta a incorporar la mirada humanista y de ciencias sociales como parte de las ciencias fundamentales de la medicina, toda vez que esta se entiende como una práctica social que aborda un fenómeno social y vivencial, del cual los procesos fisiopatológicos de salud y enfermedad forman parte (Kottow, 2014).

En el primer modelo, se refuerza el foco individual en la persona del médico y del paciente que interactúan en el encuentro clínico. Aquí cobra relevancia la ética médica enfocada a la relación tratante-paciente basada en un encuentro entre dos personas (Mol, 2006), donde es fundamental una disposición al diálogo entre el saber biomédico y el saber que se sustenta en las experiencias y puntos de vista de los sujetos que son los pacientes (Kleinman y Benson, 2006). Pedagógicamente,

es afín con el enfoque aditivo de la formación que describe Muñoz en este mismo libro, donde se agregan materias o habilidades de las ciencias sociales y humanidades que harían al médico un profesional y persona más integral y ética, capaz de tratar mejor al ser humano que tienen al frente.

En el segundo enfoque se asume la necesidad de integrar el humanismo y la mirada social en cuanto bases de una práctica médica crítica, toda vez que permite comprender de forma situada y compleja los procesos sociosanitarios, como lo propone, por ejemplo, la epidemiología crítica latinoamericana (Almeida Filho y Silva Paim, 1999), (Breilh, 2013), y así humanizar la clínica al enfocarse en el proceso salud-enfermedad-atención-promoción. En este modelo la aproximación científico-técnica de la clínica integra la situación social, económica y psíquica del paciente, considerando desde enfoques críticos y de derecho los contextos socioculturales, ambientales e histórico-políticos en que emergen las dolencias de los sujetos (Menéndez, 1994; 2017) En este último modelo la formación humanista deja de competir en relevancia y eficacia clínica con la formación científico-técnica, para integrarse como una herramienta que permite abordar el proceso en su contexto sociosanitario a nivel local, comunitario e individual.

Actualmente, el plan de incorporar transversalmente dimensiones humanistas y de compromiso social en la formación de nuevos profesionales, se ve reflejado en la actualización del Modelo Educativo de la Universidad de Chile publicado en 2021, y que rige a la Facultad de Medicina. El Modelo Educativo declara un interés por revisar los procesos formativos institucionales y los tipos de interacción social que estos procesos promueven, enfocados no solo en la formación de profesionales de excelencia, sino también de personas con sentido ético, cívico y de solidaridad social. Para ello se insiste en la centralidad de una

enseñanza que considere a la persona desde una perspectiva integral y multidimensional, la cual incluye aspectos cognitivos, afectivos, sociales, políticos y comunitarios. La formación, de acuerdo con estos principios, impactaría en los procesos formativos, toda vez que la participación, el diálogo abierto, la solidaridad y el pluralismo se promueven no solo a través de los contenidos y evaluaciones de la enseñanza, sino también en la construcción de sus estrategias y metodologías (Universidad de Chile, 2021, pp. 13-14). Este último punto resulta central, pues abre la reflexión y el debate, en torno a cómo formar en el enfoque humanista. Será retomado en los apartados siguientes.

El modelo de formación basada en competencias

La actualización del Modelo Educativo de la Universidad de Chile se alinea con el modelo de educación superior basado en competencias, donde se busca que los y las estudiantes desempeñen un rol activo en los procesos enseñanza-aprendizaje,

autorregulando sus aprendizajes a medida que construyen nuevos significados mediante la interacción con otras personas y con el mundo, proceso en el que los conocimientos y las experiencias previas son el punto de partida para la construcción de nuevos aprendizajes. (Universidad de Chile, 2021, p. 29)

Lo que queda por revisar, entonces, es cómo el modelo basado en competencias buscaría desarrollar esas habilidades humanistas.

Hacia fines del siglo XX se reformaron los sistemas de educación superior a nivel global producto de la declaración de Bolonia en 1999.

Se buscaba provocar un tránsito desde los modelos pedagógicos y de evaluación del rendimiento estudiantil enfocados en indicadores de aptitudes adecuadas a los objetivos y realidades de la institución y/o sociedad, hacia un modelo pedagógico y de evaluación orientado a metas que funcionaran como indicadores de aprendizajes integrales, orientados al saber hacer en cualquier contexto más que a las necesidades de contextos particulares. Así, el modelo basado en competencias se enfoca en integrar el manejo de ciertos conocimientos y la capacidad de actuar o resolver problemas en un dominio y/o situación determinada, con idoneidad y compromiso ético (Tobón y García 2008, p. 93, citado por V. A. A. 2021). Este cambio hacia el modelo basado en competencias permitiría que las formaciones de diversas universidades en diversos países se hicieran más equivalentes y adecuadas a un contexto global, multicultural y de alta movilidad de personas, estudiantes y profesionales (Beneitone et al., 2007). Como el modelo declara enfocarse al saber hacer, los docentes deben tender a un estilo pedagógico flexible, que permita la construcción de nuevos conocimientos y que se produzca

en y por la interacción social, en el marco de actividades de aprendizaje en las que se negocian y atribuyen nuevos sentidos y significados a determinados contenidos de aprendizaje, seleccionados y organizados por las y los docentes de acuerdo con el principio de pertinencia, tanto interna como externa. (Universidad de Chile, 2021, p. 30)

Efectivamente, lo que se busca es que, junto con el manejo de conocimientos, los estudiantes desarrollen habilidades y actitudes que les permitan desenvolverse bien al aplicar dichos conocimientos, lo que desplazaría el foco desde el manejo de contenidos específicos hacia el desarrollo de competencias. La definición de competencias de la

Vicerrectoría de Asuntos Académicos (V. A. A.) de la Universidad de Chile enfatiza la formación como “un conjunto dinámico e integrado de conocimientos, habilidades y actitudes que permiten actuar de manera pertinente, fundamentada y responsable en un contexto particular, a partir de diversos recursos: personales, de redes y contextuales.” (2021, p. 37). Para generar en los estudiantes la capacidad de aprender a aprender y actuar en contextos situados se enfatiza el desarrollo de competencias genéricas, “que en principio son independientes del área de estudio y competencias específicas para cada área temática” (p. 37). Este es uno de los fundamentos para incorporar enfoques integrales, transversales o humanistas en la formación:

¿Puede un doctor, con grandes conocimientos en el área de la genética, ser considerado competente si al momento de enfrentarse a sus colegas es déspota y poco honesto? Según la formación por competencias, que busca la conjugación de objetivos y la integralidad profesional, ese doctor no puede ser catalogado como competente. (p. 37)

Este reenfoque genera un desafío no menor para el diseño de los procesos de aprendizaje. Mientras que en el modelo por objetivos era más fácil cuantificar el rendimiento en función de aprendizaje de contenidos discretos organizados en asignaturas independientes, en el modelo por competencias estas dimensiones deben observarse en función de la consecución de metas integradas en el quehacer de los estudiantes, quienes deberían integrar progresivamente los logros de diversas asignaturas. De ahí la dificultad para adaptar metodologías de enseñanza-aprendizaje y evaluación tradicionales a este modelo.

Adicionalmente, en la Facultad de Medicina, el proceso de Innovación curricular llevado a cabo entre 2006-2013 (Armanet y de

Barbieri, 2009) tuvo entre sus consecuencias la incorporación explícita de los aspectos sociales de los PSEA en los perfiles de egreso y las mallas curriculares que rigen la formación de las diversas carreras de la salud a través de los sellos transversales declarados por las escuelas formadoras. Esto debía integrarse consistentemente con el modelo de competencias. En concreto, se expresó en la incorporación en el ciclo básico de asignaturas enfocadas a los aspectos biopsicosociales del PSEA, así como en el desarrollo de competencias conceptuales, procedimentales y actitudinales que fortalezcan el enfoque biopsicosocial en actividades de extensión, investigación y vinculación con el medio (Arancibia et al., 2015).

Aquí tenemos un primer marco para reflexionar: al integrarse contenidos y temas gatilladores de competencias humanistas y sociales solo en el ciclo básico, y no en los ciclos de especialización disciplinar y profesional, esa formación de competencias conceptuales, procedimentales y actitudinales con enfoque integral y biopsicosocial quedan relegadas a un periodo inicial de la formación, y se diluye su pertinencia y efectividad en formación para la práctica clínica específica. ¿Dónde queda, entonces, la transversalidad de esas competencias vinculadas al humanismo médico?

Cabe entonces preguntarse cómo, desde el marco de los requerimientos locales y globales, se desarrollan los procesos formativos asociados al humanismo médico definido como un enfoque integral hacia los procesos biopsicosociales del PSEA, y no solo a la formación de profesionales con sentido ético-individual. Para ello se discutirá resultados preliminares de la investigación “I-17021 La experiencia biopsicosocial y cultural en la formación de profesionales de la salud: estudio etnográfico comparativo entre Argentina, Chile y Ecuador”, patrocinada por el Departamento de Fonoaudiología de la Universidad de Chile. El pro-

pósito de esta investigación fue describir la incorporación del paradigma biopsicosocial y cultural en los programas de formación de los profesionales de la salud en la Universidad de Chile, y la caracterización de los procesos formativos asociados a dicha declaración programática desde las experiencias de los actores involucrados directamente en la pedagogía que apunta a aquello: estudiantes, docentes y actores que participan como pacientes simulados. Buscamos un análisis crítico del proceso formativo del *habitus* (Bourdieu, 1991) clínico de los futuros profesionales de la salud tanto en las mallas curriculares declaradas, las prácticas formativas y la asimilación por parte de los estudiantes.

Metodología de exploración en la formación médica

Para ello en la investigación se propuso, primero, realizar una revisión sistemática de la malla curricular de ambas carreras, analizando cómo los componentes explícitos de las mallas y los programas de las asignaturas incluían elementos de formación humanistas, los que condensamos, a partir de la literatura (Chiapperino y Boniolo, 2014), (H. M. Evans, 2007), (Gaete, 2012), (McManus, 1995), en las dimensiones 1) biopsicosocial, 2) ética y 3) de la relación tratante-paciente. Esta parte del análisis está sintetizada en el artículo de Nelson Muñoz en esta misma antología.

La revisión de los programas permitió seleccionar una muestra de asignaturas que contenían una alta prevalencia de referencia a competencias humanista relacionadas con enfoque biopsicosocial, ética y relación tratante-paciente. En estas asignaturas se propuso realizar observaciones etnográficas y entrevistas en profundidad a los actores involucrados. Dado que los ramos con un componente humanista sig-

nificativo se encuentran en los ciclos básico y, en menor medida, de especialización —no así en el ciclo profesional—, las observaciones etnográficas se llevaron a cabo en las aulas —y no en campos clínicos—. Con el consentimiento informado de todos los participantes, docentes, estudiantes, tutores y, en ocasiones, actores, se observó la pedagogía y las dinámicas a través de las cuales las competencias humanistas se realizan en el proceso formativo. Asimismo, se realizó entrevistas en profundidad a estudiantes, docentes y actores —quienes simulan ser pacientes—, para profundizar en sus experiencias y perspectivas respecto de los contenidos y actividades que buscan integrar una formación humanista. Los resultados que siguen se refieren a los testimonios entregados por las y los estudiantes de la carrera de medicina.

Resultados

En general, las competencias orientadas al enfoque humanista se relacionan con los procesos de aprendizaje basado en problemas y en el manejo de contenidos relacionados con evaluación biopsicosocial de casos. En cuanto a la carrera de Medicina, las asignaturas que imparten esta formación se vinculan a los ámbitos llamados ético-social, clínico y de salud pública, con una marcada predominancia del ámbito ético.

Abordar problemas con idoneidad y compromiso ético: del análisis a la práctica

Los estudiantes valoran los ramos con enfoque humanista vinculados a una formación valórica que les parecen novedosa y significativa. No obstante, coinciden en encontrarle poca utilidad a esta formación en

los ciclos superiores, pues al ser contenidos vistos de forma analítica/teórica en aula, no se sienten con herramientas para tratar concretamente con personas reales, en situaciones particulares de la clínica.

Mire, para ser honesta, nadie me explicó ciertas cosas que yo creo que son esenciales. O sea, lo vimos como de forma muy teórica y en ética, y entiendo los valores, pero falta como esa parte de aplicación, porque nadie me dijo qué hago si el paciente se pone a llorar o qué hago si el paciente se enoja, o cómo le explico tal cosa. Entonces, siento que es igual, está como un poco al aire. (EST1-III-MED)

Porque te puede tocar cualquier paciente. A mí últimamente me han tocado muchos pacientes con cáncer, entonces yo no les puedo dar el diagnóstico. Pero ellos más o menos saben qué es lo que tienen, entonces yo no sé cómo manejarlo, a mí solo me mandan a hacer preguntas. (EST 1-IV-MED)

En efecto, los estudiantes reportan que a pesar de que los ramos abordan el encuentro clínico desde un enfoque ético, a través de lecturas, debates, y simulaciones clínicas, no saben qué hacer en contextos naturales cuando se enfrentan a pacientes reales en los ciclos superiores de formación. Más aun considerando que, en su rol de estudiante, no están autorizados para explicar los diagnósticos ni profundizar en las dolencias y enfermedades de las personas. “Entonces yo no sé cómo manejarlo”, dice una estudiante. Agregan que, en general, con leer y comprender situaciones en aula, ya sea individualmente o en grupos de discusión, no se sienten preparados para tratar con personas en casos concretos y contextualizados, ese “saber hacer” propuesto por el modelo de competencias.

Por último, la misma brecha entre comprender y saber hacer se extiende a la gradiente social de los pacientes, pues al encontrarse con

personas de diversos estratos socioculturales en los distintos centros de práctica clínica, los estudiantes reportan no saber cómo tratarlos considerando los distintos antecedentes de determinación social de su salud.

Lo entiendo porque me mandaron a leerlo de un texto, pero nunca lo apliqué. Entonces, yo me hago una idea de cómo deberían ser las cosas, pero es muy distinto leerlo y la práctica. (EST2-III-MED)

Métodos de estudio vs. métodos de evaluación

Relacionado con lo anterior, aparece un aspecto vinculado a la metodología pedagógica, que parece no aportar mucho a la asimilación de las competencias integrales que se busca desarrollar con los ramos de enfoque humanista. Los estudiantes reportan no comprender la relación entre los métodos de aprendizaje y los métodos de evaluación.

Con algunos amigos a veces hablamos de cuestiones que estaban en lecturas de los primeros ramos y muchos opinan que, si bien son muy interesantes, desmotivan el tener que leerlos obligatoriamente para dar un control de la materia. Es como un poco de psicología inversa. Eso es lo que he conversado con gente. (EST3-IV-MED)

Se cuestiona el enfoque memorístico y detallado de contenidos humanistas, donde el estudio se desarrolla a través de la revisión y memorización de literatura, pero con evaluaciones que piden reflexionar críticamente sobre esos contenidos memorizados.

Y como los ramos están mal hechos, son tediosos hasta para mí, producen un alejamiento de lo humanista y social. [...] Más allá de las

rotaciones en los Cesfam [Centros de Salud Familiar], que me encanta ir a los Cesfam, llegar acá a los talleres, que nos vaya pésimo en los controles porque las preguntas son ambivalentes, en los certámenes también está todo rebuscado, nos pasan material para leer y después nos preguntan otra cosa, o nos preguntan y respondemos lo de los documentos oficiales y esta malo... genera disgusto yo creo. No es primera vez que pasa tampoco [se refiere a un ramo en particular]. (EST2-IV MED)

[...] preguntaban cómo el año de no sé qué cosa, y yo digo “chuta, no sé, esto se me va a olvidar eventualmente”. [...] Yo creo que cuesta ver un poco la aplicabilidad de eso en medicina, sobre todo porque estamos muy acostumbrados a verle la utilidad a las cosas. (EST1-IV-MED)

El problema parece ubicarse en la aplicabilidad de materias que se estudian de memoria, pues no comprenden cómo la memorización de contenidos podría llevar a desarrollar las respuestas creativas y/o críticas que dicen que les piden en las evaluaciones, y que, sin duda, surge como necesidad del “saber hacer” en clínica.

¿Clínica humanizada o especializada?

En el ámbito netamente clínico, aparecen incongruencias significativas entre el énfasis formativo en competencias humanistas y el énfasis dirigido de la formación clínica. El componente ético aparenta no tener mayor incidencia en zanjar esta brecha al momento de buscar una entrevista clínica más humanizada e integral.

Te dicen: “Ya, ¿un problema traumatológico? Anda a anamnesis dirigida”, no me voy a poner a preguntarle si tiene los servicios

básicos en su [...] todas esas cosas. En semiología yo diría que fue como en la que más pude integrar [...] en teoría. De repente te ponen en un texto así en la clase “sí, bueno, si es importante preguntar”, lo ponen, pero a la hora de que tu vai’ [sic] a la práctica en el hospital y te piden hacer la anamnesis, no, no se aplica. Algún que otro profesor que está a cargo de la clase pone “bueno, es importante preguntar por si le duele algún otro lado, o revisar otras partes”, pero, por ejemplo, en la práctica de traumatología veía que tenían una lesión en el tobillo, se iban solo al tobillo, y ella decía después que le dolía un poco el pecho, pero no, no preguntaban. (EST2-IV-MED)

En general los estudiantes no manejan estrategias para humanizar el vínculo clínico, lo cual no apunta tanto a falta de contenidos o manejo de conocimientos, sino a habilidades procedimentales y actitudinales vinculadas a la capacidad de aplicar criterio a partir de la experiencia:

Es complicado porque siento que la mayoría de la formación siempre apunta a hacer diagnóstico, o sea, hacerlo bien. Pero uno no está tratando con una hoja con letras, uno igual está tratando con una persona, y una persona es un mundo completo. Entonces, siento que falta como ayudarnos a enfrentar mejor los contextos. Me pasó que una vez un paciente me dijo que no le gustaba tomarse las pastillas porque le quemaba la lengua y yo quedé, así como... Y estuve todo el día pensando, todo el día pensando y de repente se lo hablé con mi mamá y mi mamá me dijo “a lo mejor se las tomaba sin agua”. Entonces, ahí yo caí en cuenta de que tal vez el paciente no sabía que había que tomarse las pastillas con agua. (EST4-III-MED)

Discusión

Estos resultados preliminares permiten abrir algunos campos de discusión en torno a cómo las y los estudiantes están asimilando las competencias humanistas declaradas en las asignaturas.

Una primera pregunta apuntaría a cuál es el *habitus* médico que se busca formar, si acaso un *habitus* integral y humanista o un *habitus* científico/técnico que conoce, y eventualmente podría manejar, algunas herramientas y contenidos humanistas. El *habitus*, en cuanto una forma particular de hacer en un campo específico (Bourdieu, 1991), se refiere en este caso a cómo los procesos formativos incorporan y reproducen el sentido con el cual se incorpora el humanismo en medicina. Buscando cómo la formación perfila los modos especializados de ver, escribir y hablar de los estudiantes y futuros médicos (Good, 2003), cabe la pregunta: ¿el modo de hacer de los médicos formados en la Universidad de Chile, es integral?

De acuerdo con lo declarado en el perfil de egreso de los profesionales de la Universidad de Chile, la intención es formar a médicos con un “saber hacer” integral, humanista y comprometido con los problemas de la comunidad-país. No obstante, a partir del análisis preliminar de los programas (Muñoz en este libro) y las entrevistas que se revisaron en este apartado, parece que, los modos de ver, escribir y hablar que se entrenan, incorporan los enfoques humanistas preponderantemente circunscrito al ámbito ético-valórico, y de forma más teórica que práctica.

Entonces, el *habitus* médico que se forma tiende a la especialización científico-técnica, donde “lo humanista” será adicionado como herramientas técnicas para “saber hacer” el trabajo clínico con criterios éticos que representan a un buen médico. No obstante, ello no impli-

ca necesariamente estar formando médicos con competencias integrales, humanistas y/o humanizados. La literatura muestra que formar solo en ciertas “competencias culturales” vinculadas a un listado de rasgos culturales que se deben preguntar y anotar, en vez de formar en una perspectiva respecto del contexto sociocultural, es problemático porque puede llevar fácilmente a la reproducción de estereotipos culturales (Aggarwal, et al., 2023), (Kleinman y Benson, 2006). Por ejemplo, cursos enfocados en “contenidos étnicos”, y sin hacerse cargo explícitamente de los sesgos que estudiantes y docentes pueden acarrear, pueden llevar a fortalecer un enfoque clínico hacia los pacientes como “otros” o, con suerte, “los diversos”. De esta forma, los programas enfocados en contenidos terminan operacionalizando la cultura de forma inconsistente y reproduciendo brechas e incomunicación (Aggarwal, et al., 2023), (Kleinman y Benson, 2006).

Dentro de las alternativas formativas tendientes a una clínica más integral que revisó Aggarwal y su equipo (2023) se encuentran: a) la adopción de enfoques culturales de las ciencias sociales, enfocado en procesos que enfatizan la flexibilidad y facilitan un encuentro clínico basado en la apertura y disposición hacia la clarificación del intercambio, b) la recomendación de conducir minietnografías que pregunten a potenciales pacientes y pacientes sobre sus identidades, saberes, concepciones sobre enfermedad, modelos explicativos, etcétera; y c) proporcionar espacios seguros donde clínicos y estudiantes puedan expresar sus conflictos e inseguridades al tratar con pacientes.

Estas propuestas no distan demasiado de las necesidades expresadas por las y los estudiantes, quienes reportan sentirse poco preparados para abordar la relación con las y los pacientes durante la clínica. Al parecer, actividades como analizar contenidos, contar con instrumentos de registro de datos biopsicosociales, o ser evaluados por la

presencia o ausencia de competencias ético-valóricas, no son suficientes para desarrollar un pensamiento diagnóstico integral como parte del *habitus* médico. Más bien queda abierta la pregunta por el cómo llevar a cabo esa formación integral y crítica de los clínicos, tal como es declarada en los perfiles de egreso.

Un segundo punto, más conceptual pero que en última instancia impactará en la pedagogía y proceso formativo, apunta a preguntarse por la forma en que se comprende el humanismo y el enfoque integralidad que se desea formar. El llamado a poner a la persona en el centro del tratamiento, como parte de la humanización de la clínica, conduce a problematizar lo que se entiende por sujeto de salud y enfermedad. Hay una diferencia sutil, mas no menor, entre considerar al paciente-individuo, multidimensional, integral, con historia y que ha de ser tratado con respeto y altos valores, que considerar al paciente como sujeto integral, situado en un contexto donde se despliega la multidimensionalidad de su experiencia de salud y enfermedad (Junge, 2021). Se trata de integralidades distintas. La integralidad del paciente-individuo, es coherente con la formación en un trato amable y adecuado al vínculo clínico, la escucha activa, el respeto por la diversidad encarnada en el paciente, entre otros elementos propios de la formación ético-valórica (Mol, 2006). La integralidad del paciente-situado obliga, en cambio, a considerar gradientes de edad, condición socioeconómica y sociocultural, la diversidad como condición de la sociedad de la cual el paciente y el tratante son parte, y de los procesos de determinación social de la salud (Breilh, 2013).

El análisis preliminar del impacto de la formación humanista en el proceso formativo de la carrera de medicina de la Universidad de Chile da cuenta de la importancia de equilibrar ambas aproximaciones humanizantes e integrales en la clínica. Tanto la reflexión y autoobser-

vacación ética de los clínicos, como la comprensión y mirada crítica de los factores contextuales que acompañan y determinan los procesos de salud enfermedad atención, parecen ser dos partes indivisibles de una formación humanista.

Queda como tarea seguir revisando el cómo se forma un habitus médico integral, pues la información recopilada hasta aquí da cuenta de una débil capacidad de integrar materias, contenidos y ejercicios de aula con enfoque humanista en la práctica clínica que los estudiantes enfrentan en contextos naturales. Tal como se reconstruyó en el epígrafe de este capítulo, los estudiantes de medicina estudian mucho, pero la capacidad de observar y reflexionar sobre la experiencia vivida, propia y de los demás, parece ser todavía un ámbito dejado a la deriva de los intereses y capacidades personales, sin incluirse como parte de los procesos formativos con enfoque integral.

Referencias

- Aggarwal, N. K., Chen, D., Lewis-Fernández, R., y Guarnaccia, P. (2023). Patient identity narratives through the cultural formulation interview in a New York City outpatient clinic. *Medical anthropology quarterly*, 37(3), 280–295. <https://doi.org/10.1111/maq.12781>
- Almeida Filho, N. y Silva Paim, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos médico sociales*, 75, 5-30. <http://www.repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6060>
- Arancibia, C., Coloma, C. y Peñaloza, C. (2015). Análisis del proceso de innovación curricular en la Escuela de Fonoaudiología

- de la Universidad de Chile. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 14(2015), 118-128. <https://doi.org/10.5354/0719-4692.2015.37696>
- Armanet, L., de Barbieri, Z. (2009). Proceso de innovación curricular en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile* 2009(20), 345-348. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/124229>
- Beneitone, P., Esquetini, C., González, J., Maletá, M. M., Siufi, G. y Wagenaar, R., (eds.). (2007). Reflexiones y perspectivas de la Educación Superior en América Latina. Informe Final. Proyecto Tuning en América Latina. Universidad de Deusto y Universidad de Groningen. https://tuningacademy.org/wp-content/uploads/2014/02/TuningLAIII_Final-Report_SP.pdf
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(S1), S13-S27. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.16637>
- Bourdieu, P. (1991). El sentido práctico. Taurus Ediciones.
- Camus, P. y Valenzuela, S. (2016). ¿Más ciencia o más clínica? Desarrollo curricular en las primeras décadas de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile. *Anales de Historia de la Medicina*, 24(1), 8-19.
- Gaete, J. (2012a). Ciencias Sociales y Medicina: 40 años después (1a parte). *Revista Chilena De Salud Pública*, 16(1), 47-57. <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/18612>
- Gaete, J. (2012b). Ciencias sociales y medicina: 40 años después (2ª Parte). *Revista Chilena De Salud Pública*, 16(2), 163-169. <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/20309>

- Good, B. (2003). Como construye la medicina sus objetos. En *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Bellaterra.
- Junge-Cerda, P., Prieto-Bravo, C., Rocamora-Villena, V. y Navarrete-Luco, I. (2022). La enseñanza de las metodologías cualitativas en carreras de las Ciencias de la Salud: desafíos y reflexiones a partir de experiencias de docencia en Fonoaudiología. *Revista Chilena De Fonoaudiología*, 21(1), 1–13. <https://doi.org/10.5354/0719-4692.2022.64791>
- Junge, P. H. (2021). “Flower Power”. La terapia de Flores de Bach como práctica política en salud. *Revista Chilena De Antropología*, (43), 167–186. <https://doi.org/10.5354/0719-1472.2021.64438>
- Kleinman, A. y P. Benson. (2006). Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. *PLoS Medicine*, 3(10), e294. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030294>.
- Kottow, M. (2014). Humanidades médicas: ¿Decorativas o substantivas? El caso de literatura y medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 38(3), 293–298. <https://doi.org/10.1590/s0100-55022014000300002>
- Menéndez, E. L. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Revista Alteridades*, 4(7), 71-83. <https://www.redalyc.org/pdf/747/74711357008.pdf>
- Menéndez, E. L. (2017). Antropología de la Salud en las Américas: Contextualizaciones y sugerencias. *Salud Colectiva*, 13(3), 353-357. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1548>
- Mol, A. M. (2006). Proving or Improving: On Health Care Research as a Form of Self-Reflection. *Qualitative Health Research*, 16(3), 405–414. <https://doi.org/10.1177/1049732305285856>

Universidad de Chile (2021) Modelo Educativo 2021. Plan de Mejoramiento Institucional (PMI UCH 1501): “Transformando la formación de Pregrado de la Universidad de Chile a través del fortalecimiento de la cultura de excelencia y de valoración de la diversidad”. <https://uchile.cl/presentacion/institucionalidad/modelo-educativo>

Vicerrectoría de Asuntos Académicos Universidad de Chile (2021), Programa de Perfeccionamiento Docente Evaluación de Aprendizajes basados en Competencias en la Educación Superior. Material docente.

**La formación en humanidades y ciencias sociales
en las carreras de medicina y fonoaudiología
de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile:
nuevos desafíos para viejos problemas**

Nelson Muñoz-Lizana.

Fonoaudiólogo, Licenciado en Fonoaudiología,
Universidad de Chile.

Candidato a Doctor en Salud Pública,
Programa de Doctorado en Salud Pública,
Instituto de Salud Poblacional, Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.

Profesional, Departamento de Fonoaudiología,
Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Registro ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7538-5249>

Correo: nelsonmunoz@uchile.cl

Introducción

Dentro de los complejos y diversos procesos involucrados en la formación de personas aprendices de las profesiones y oficios ligados al ámbito de la salud, la enseñanza en humanidades y ciencias sociales se ha mantenido, hasta nuestros días, como un viejo problema y gran

desafío para las instituciones, los docentes y los estudiantes partícipes del proceso educativo. A inicios del siglo XXI, Friedman (2002) constataba la cruel paradoja relacionada con una mayor demanda de la humanización en la formación sanitaria junto con una disminución de la incorporación de las humanidades y las ciencias sociales en el plan de estudios formal de estudiantes de medicina en universidades de Norteamérica. Entre las diversas razones de esta paradoja se encuentra la postura asociada a considerar a las humanidades médicas como simples experiencias complementarias, deseables, mas no fundamentales para una formación integral en salud (Chiapperino y Boniolo, 2014), (Kottow, 2014), (Shapiro et al., 2009). En ese contexto, quizás la única disciplina que ha podido ganar legitimidad dentro esta formación es la bioética, la cual ha debido establecer métodos similares a las ciencias denominadas naturales y demostrar su valor utilitario, para ganar validez en la práctica clínica y la formación profesional en salud (Friedman, 2002), (Kottow, 2014).

En las últimas décadas, los contrastes mostrados entre los avances científicos de las ciencias biomédicas y las dificultades para alcanzar mejoras en las condiciones de salud de la población a nivel mundial han generado un replanteamiento sobre la contribución de las humanidades y las ciencias sociales para la medicina y la salud. En esta línea, movimientos de académicos, profesionales y de la sociedad civil han expresado múltiples preocupaciones sobre la dirección general, las deficiencias en la atención en salud y el desarrollo de la medicina para mejorar la salud de la población (Chiapperino y Boniolo, 2014). Por este motivo, se han generado iniciativas en el ámbito académico, como la creación de centros de investigación en el ámbito de las humanidades en salud como el Institute for Medical Humanities de la Universidad de Durham y el Centre for Humanities and Health del King's

College of London, por nombrar algunos. Estos espacios han promovido planes de estudio para profesionales de la salud que integran a las humanidades como literatura, historia, filosofía, junto con sociología y antropología en la formación en salud (Crawford et al., 2010).

A nivel latinoamericano, las experiencias académicas y las trayectorias formativas en este tema son múltiples y diversas. Autores como Gaete (2012) sitúan sus inicios formales en la década de los 60, época marcada por importantes movimientos y luchas sociales que reclamaban mayor justicia dentro de la región, lo que impulsó una consolidación de la Medicina Social Latinoamericana, con un fuerte diálogo con las ciencias sociales y humanidades médicas. Un hito importante fue la Reunión sobre Enseñanza de las Ciencias Sociales en las Facultades de Ciencias de la Salud desarrollada en 1972 en la ciudad de Cuenca, Ecuador, en la que participaron profesionales de Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, Guatemala, México, Perú, Uruguay, Venezuela y representantes de la Organización Panamericana de la Salud/OPS (OPS, 1974). No obstante, el desarrollo de las humanidades y ciencias sociales en salud se vio truncado por los quiebres democráticos y la instauración de dictaduras militares en diversos países del continente, lo que repercutió en la educación universitaria —entre ellas, en la formación de profesionales de la salud— eliminando a las humanidades dentro de su educación (Parada-Lezcano et al., 2009).

Con el retorno de la democracia y los avances al interior de la academia, el desarrollo de las humanidades y ciencias sociales en salud han ido en aumento. En la actualidad existen diversos departamentos y centros universitarios dedicados a la investigación y formación de esta dimensión en el continente, con variadas propuestas curriculares y metodológicas (Cabrera, 2008), (Cárdenas Díaz y Sogi Uematsu,

2013), (Ferrari, Silva, Siqueira, et al., 2018), (Macías Llanes, 2011), (Outomuro, 2008). En ese contexto, el presente capítulo pretende analizar la experiencia formativa de las carreras de medicina y fonoaudiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, implementada luego de su reforma curricular de 2013. Para eso, en primer lugar, se entrega un panorama general de lo que se entiende en el ámbito académico por formación en humanidades y ciencias sociales en salud. En segundo lugar, se contextualiza la formación de las carreras de medicina y fonoaudiología en el marco del proyecto educativo de la Universidad de Chile y de la educación superior de dicho país. Tercero, se describe la metodología para realizar el ejercicio analítico con los resultados del proceso. Por último, se presenta una discusión con las fortalezas, debilidades y oportunidades para enfrentar los desafíos de formación en humanidades médicas y ciencias sociales dentro de estas profesiones. Con este capítulo se espera aportar a la reflexión sobre la formación de profesionales de la salud en esta materia, con el fin de contribuir con insumos que permitan modificar la educación en salud hacia una visión compleja e integral.

¿A qué se refieren las dimensiones humanísticas de la formación de profesionales del ámbito sanitario?

Las humanidades médicas¹ tienen múltiples significados en la literatura académica dependientes de las corrientes y lugares geopolí-

¹ El término ‘humanidades médicas’ refleja principalmente la fuerza dominante en esta temática. Históricamente, la medicina ha ocupado el primer plano intelectual

ticos desde donde se enuncian. En el mundo anglosajón, sus orígenes se remontan en la segunda mitad del siglo XX, donde comienzan a constituirse como un ámbito de interés profesional por un grupo de personas que compartían una crítica a la educación médica debido a su despersonalización, su centralidad en la biología molecular y un enfoque de enseñanza mecanicista (Fox, 1985). Aunque en sus inicios este impulso tuvo una orientación religiosa, el desarrollo de la propuesta adquirió una misión amplia y secular, constituyendo institutos y consejos educativos dentro de las asociaciones de educación médica en los Estados Unidos, para incorporar temas humanísticos a la enseñanza de la medicina. Parte del objetivo fue desarrollar habilidades de escucha e interpretación de las experiencias sobre salud y enfermedad de pacientes (H. M. Evans, 2007). En esa línea, se incluyeron disciplinas como la literatura, filosofía, arte, historia, cine, música, derecho, economía, política, entre otras, para aportar a una visión comprensiva de las personas con dolencias y una mirada integral de la medicina como arte-oficio-disciplina (McManus, 1995).

Desde Latinoamérica, el reconocimiento de las humanidades toma fuerza en el campo de la medicina con el desarrollo de la Medicina Social Latinoamericana (Iriart et al., 2002), (Waitzkin, 2005) y la incorporación de la sociología (Duarte Nunes, 1997), (Gaete, 2012),

y clínico en el ámbito de la salud. Sin embargo, el impacto de las humanidades no se limita a la educación de los médicos. Algunos autores apuntan a la terminología humanidades en salud o humanidades de la atención médica. Para términos prácticos, en este escrito se mantendrá la etiqueta utilizada de manera histórica y reconocida. Para interiorizarse sobre los debates sobre el nombre de este campo, véase: Crawford et al., (2010); Evans (2007); Evans y Greaves (2002); Evans y Macnaughton (2004).

la filosofía y la ética (Kottow, 2014) en los currículos de las carreras de medicina. En el caso de las ciencias sociales, en un comienzo, su incorporación estuvo marcado por un enfoque sociológico fundamentado en el modelo funcionalista, que prontamente fue criticado por sus limitaciones explicativas, al contribuir a una concepción estática de los problemas sanitarios que impedía relacionarla con otras esferas los sistemas y estructuras sociales (OPS, 1974). No obstante, a partir de los años ochenta, las humanidades y ciencias sociales tuvieron un desarrollo importante, diversificando sus teorías y enfoques, mientras potenciaban su carácter científico y formativo, hasta integrar departamentos y centros de estudio dentro de diversas facultades. Para Outomuro (2008), las humanidades médicas son un conjunto de disciplinas de límites difusos, algunas de las cuales, en Latinoamérica, han tenido cierta presencia por herencia de los viejos esquemas curriculares, como el caso de economía en salud pública o derecho en medicina legal. Sin embargo, otras como historia o estética han tenido una consideración menor en la formación.

A nivel general y de manera convencional, las disciplinas incluidas en este ámbito son los estudios de literatura, historia, filosofía, bellas artes, teatro, teoría crítica, historiografía, teología, lingüística, música, derecho, entre otras. Además, se incluyen ciencias sociales como la antropología y la sociología, en sus fronteras entre las humanidades y las ciencias (Chiapperino y Boniolo, 2014), (H. M. Evans, 2007). Independiente de una lista más o menos extensa de disciplinas y de la heterogeneidad de enfoques y perspectivas académicas, diversos autores señalan que el campo de las humanidades médicas tiene la capacidad de abarcar diferentes objetivos y otorgar múltiples beneficios diferentes. Entre ellos, se encuentran Chiapperino y Boniolo (2014), H. M. Evans (2007), H. M. Evans y Greaves (2002), Junge-Cerda et al. (2022), Shapiro et al., (2009): (1) aportar a las teorías y prácticas

sanitarias mediante comprensiones e interpretaciones complejas de los procesos de salud-enfermedad-atención al utilizar teorías y metodologías provenientes de las disciplinas de humanidades o ciencias sociales, (2) relevar la dimensión humana de la salud de manera que se enfatice en los aspectos experienciales de la enfermedad, el sufrimiento, la discapacidad, la atención y la salud, y se estimule el sentido de asombro por la naturaleza humana; y, (3) generar reflexiones sobre los fenómenos sociales relacionados a la atención en salud, las políticas y las instituciones, de manera que mejore la calidad de la relación entre profesionales clínicos, usuarios y otros actores implicados en el proceso.

Algunas corrientes académicas y profesionales de larga data consideran que las humanidades médicas tienen un lugar legítimo dentro de la salud, no como elementos accesorios o adornos elegantes para la medicina, sino esenciales para cumplir con el deber ético de las profesiones sanitarias, la toma de decisiones pertinentes y correctas para las problemáticas de salud, junto con el fomento de una atención comprensiva, empática y humanizada (Crawford et al., 2010). En cambio, para otros, las humanidades y las ciencias sociales son homologables a la ética médica, el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones clínicas, las habilidades de comunicación interpersonal en la relación tratante-paciente, o incluso reducidas a las ciencias del comportamiento (McManus, 1995). Por su parte, Evans (2007) señala que existe una tendencia a considerar a las humanidades médicas en el ámbito sanitario solo como un tema de interés dentro de la educación en salud, por lo que su desarrollo ha estado centrado en la literatura, la escritura creativa y el cine como recursos para las habilidades interpretativas de los clínicos y la autoexpresión. No obstante, el autor señala que el conocimiento de las humanidades, las ciencias sociales y las artes creativas no solo debe utilizarse como recurso expresivo para clínicos, usuarios y cuidadores,

o como un movimiento de contracultura médica ante los procesos de deshumanización, sino constituir un campo interdisciplinar de estudio y práctica de la salud (H. M. Evans y Greaves, 2002)

La dimensión de estudio se relaciona con la empresa crítica y reflexiva sobre elementos metafísicos y epistemológicos de la teoría y práctica de la experiencia humana encarnada en procesos de salud-enfermedad-atención (PSEA) (Menéndez, 1985) y las fuentes de conocimiento de dichos procesos. La dimensión práctica se vincula a las formas de atención en salud, centrado en la humanidad de las personas atendidas. Así, este autor propone un conjunto variado de preocupaciones características que pueden constituir a las humanidades médicas, las que agrupa en tres áreas (H. M. Evans, 2007):

- 1) Las actividades conocidas como “artes en salud”, que agrupan al conjunto de actividades artísticas como la escritura, la pintura o el teatro con uso terapéutico o como fomento de comunidades saludables.
- 2) Las actividades de educación en salud, las que incluyen planes de estudio para estudiantes de pre y postgrado para la entrega de recursos personales, a través del arte, la literatura y la expresión creativa, para ser aplicadas en el ámbito profesional.
- 3) Las acciones centradas en la actividad académica o teórico, a través de reflexiones filosóficas, antropológicas y sociológicas, con la finalidad de comprender la naturaleza humana y su relación con la salud.

Pese a los esfuerzos y debates por consensuar una conceptualización de las humanidades médicas —en cuanto a objetivos, alcances y disciplinas— esta tarea sigue su curso. Las corrientes que abogan

por una integración de las humanidades como aspectos constitutivos y cruciales de los procesos de salud plantean que las humanidades médicas están constituidas por todas aquellas perspectivas conceptuales y existenciales, con un carácter humanista interdisciplinario e interprofesional, pero siempre incompleto, basado en problemas, que aprovecha las habilidades creativas e intelectuales de diversos ámbitos de conocimiento para influir en la teorización sobre la salud, la práctica clínica y la educación de profesionales (Chiapperino y Boniolo, 2014), (Crawford et al., 2010), (Yun et al., 2017). En el siglo XXI, este campo interdisciplinar puede utilizarse para analizar, criticar e influir en una serie de prácticas y prioridades dentro de la atención en salud, como en el equilibrio entre el uso de la tecnología en salud y la humanización. A su vez, pueden contribuir a la formación de políticas públicas en salud, guía de prácticas clínicas y resolución de problemas éticos (Yun et al., 2017).

En el último tiempo, se destaca un compromiso más estrecho por la inclusión de dimensiones relacionadas con las teorías críticas y queer (Viney et al., 2015), las teorías feministas (Sharma, 2019), los estudios sobre discapacidad (Singh y Meeks, 2023) y los activismos políticos. Además, se propone un firme compromiso con nuevas formas de colaboración interdisciplinarias, interprofesionales e intersectoriales (Viney et al., 2015). En el ámbito latinoamericano, las aproximaciones de salud intercultural (Alarcón et al., 2003), (Salaverry, 2010), la epidemiología sociocultural (Hersch-Martínez, 2013), así como el movimiento de Medicina Social y Salud Colectiva (Breilh, 2013), (Duarte Nunes, 2010), (Almeida Filho y Silva Paim, 1999) resaltan entre las apuestas de integración de las humanidades y las ciencias sociales que han suscitado el desarrollo de importantes consideraciones epistemológicas, metodológicas y prácticas que invitan a

repensar la salud, enfermedad, atención y cuidados de las personas en relación con el entramado sociocultural diverso y desigual en el que transcurre la vida.

Desafíos y propuestas para la formación en humanidades y ciencias sociales en carreras de la salud

En cuanto a los debates en el área de la educación en salud en el ámbito de las humanidades médicas, sus defensores plantean que estas no deben insertarse como un simple enriquecimiento dentro de un plan de estudios, ni ser aisladas de las ciencias básicas y clínicas, sino ser utilizadas para entregar contexto a los otros componentes de la formación y la práctica clínica (Crawford et al., 2010), (Evans, 2007), (Friedman, 2002), (McManus, 1995). Al respecto, Friedman (2002) sostiene que este ámbito no puede ser un componente formativo dejado al azar, sino que deben tener un papel crucial dentro del plan de estudios, puesto que proporcionan herramientas para que los profesionales sanitarios se posicionen públicamente con un rol activo, consciente y reflexivo frente a las problemáticas, las necesidades y las situaciones que debe asistir. De tal manera, el propósito de la integración de las humanidades médicas a la formación de profesionales de la salud apunta a una reconceptualización de la atención en salud desde una perspectiva integral que involucre dimensiones sociales, culturales y éticas de la salud, la enfermedad, el sufrimiento y la curación. Para ello, es necesaria la generación de reflexiones profundas y complejas por parte de estudiantes y profesionales, sobre las creencias, actitudes y prácticas relacionadas con el PSEA, de manera que entreguen herramientas que aporten al desarrollo del profesionalismo en salud (con sus complejidades, matices, ambigüedades y

posibilidades), la comprensión de la dimensión narrativa de la salud y cuestionen de manera crítica el énfasis en los modelos basados en competencias (Shapiro et al., 2009).

Actualmente, las actividades docentes involucradas en la formación en humanidades médicas se caracterizan por la utilización de conceptos, métodos y temáticas de una o más disciplinas de las humanidades y ciencias sociales para comprender la enfermedad, el dolor, la discapacidad, el sufrimiento, los procesos curativos, las relaciones terapéuticas, las prácticas asistenciales, entre otros elementos relacionados a la salud (Shapiro et al., 2009). También, se incluyen las iniciativas que aportan a la reflexión crítica sobre las profesiones con la finalidad de desarrollar conciencia de su humanidad (Kottow, 2014). Por último, se agregan todas aquellas acciones que impliquen un enfoque interdisciplinar e intersaberes en teoría y práctica, con la intención de fomentar la colaboración entre diversos sistemas médicos (Chiapperino y Boniolo, 2014), (Shapiro et al., 2009). Para Junge-Cerda (2022), esto implica desarrollar capacidades para aproximarse a lo que el antropólogo médico Eduardo Menéndez denomina procesos de salud-enfermedad-atención (PSEA) (Menéndez, 1985), mediante una perspectiva de la complejidad de los problemas socioculturales. Así, se debiese comprender el sentido y punto de vista de los actores a partir de sus experiencias vitales, incorporando la reflexividad antropológica para interpretar los fenómenos y actuar a partir de ello.

Pese a la claridad de esta postura, en la actualidad se encuentra abierta la discusión de cuáles serían las mejores formas de integrar a las humanidades médicas dentro de los planes de estudios. Ya hacia finales de la década de los noventa, M. Evans y Greaves (1999) resumían el debate en dos posiciones principales. Por un lado, la perspectiva aditiva que busca una sensibilización por parte de los estudiantes para

humanizar las prácticas sanitarias. En esta línea están los planes de estudio con cursos específicos que enfatizan el desarrollo de habilidades emocionales para la comprensión psicológica, social y cultural de la persona atendida y cursos en los que se da énfasis a las habilidades cognitivas para ampliar perspectivas de salud, combatir el reduccionismo biomédico, desarrollar pensamiento crítico y la tolerancia a la incertidumbre (Friedman, 2002), (McManus, 1995). Por otro lado, la perspectiva integradora, pretende reenfocar el estatus, los objetivos, los métodos y los procedimientos de la práctica clínica hacia una comprensión amplia y compleja de los PSEA y la existencia humana. En esta línea, se encuentran los planes formativos con cursos que integran en sus sesiones elementos como la escritura reflexiva, con la participación de académicos de humanidades, salud y estudiantes, los que interactúan para comprender de manera crítica la experiencia profesional y la de sus pacientes en el proceso de atención médica. De esta manera, se contribuye al desarrollo de la profesionalidad médica, la comprensión de la dimensión narrativa de la medicina y el cuestionamiento crítico a las competencias técnicas (Shapiro et al., 2009).

Con base en esta distinción, la perspectiva aditiva ha perdido fuerza debido a que su inclusión se visualiza como incorporaciones de temáticas alternativas de medicina, en contraste con la medicina basada en evidencia, dejando inalterada las comprensiones sobre salud y enfermedad como meros fenómenos biomédicos. A su vez, su integración de las humanidades a la práctica sanitaria queda relegada a la capacidad intelectual individual de cada estudiante, al no estar presente o integrado de manera armónica en los cursos de habilidades clínicas (M. Evans y Greaves, 1999). Por su parte, la perspectiva integradora es la más respaldada, al otorgar la capacidad de hacer que los profesionales de la salud sean más conscientes de las implicacio-

nes conceptuales y existenciales que conlleva su rol manteniendo las naturalezas materiales y experienciales irreductiblemente fusionadas (Chiapperino y Boniolo, 2014).

Pese al reconocimiento de su importancia para la comprensión integral de la salud y su aporte a la humanización de la medicina, el proceso de incorporación de las ciencias sociales (sociología, antropología, psicología, entre otras) y las humanidades médicas (filosofía, ética, historia, literatura y las artes) en los planes formativos de profesionales de la salud no ha estado exento de dificultades. La literatura académica reconoce que las humanidades médicas y las Ciencias Sociales se mantienen subordinadas, en un segundo plano, como líneas formativas periféricas o marginales, incluso optativas, dentro de los currículos de educación superior médica (Friedman, 2002), (Kottow, 2014), (Shapiro et al., 2009). Esta situación se explica por el valor otorgado a las ciencias biológicas y el modelo biomédico dentro de la salud (Kottow, 2014). La representación social de una medicina objetiva y científica, basada casi de manera exclusiva en conocimientos factuales y habilidades técnicas, junto con los requisitos para postular a las carreras de la salud relacionados al rendimiento en ciencias básicas y enfoques cuantitativos perpetúan la resistencia de estudiantes y docentes para establecer diálogos con las humanidades (Shapiro et al., 2009).

A su vez, los numerosos intentos por transversalizar la integración de las humanidades han generado un efecto diluyente dentro de la formación, al no cumplirse los objetivos propuestos y reducir la enseñanza a pinceladas de ciencias sociales, salud poblacional o de medicina psicológica (Kottow, 2014). Además, existen condiciones estructurales dentro de las configuraciones de las facultades de medicina o de salud que impiden una integración armónica, como la dificultad para la incorporación de docentes provenientes de disciplinas huma-

nistas o de ciencias sociales en los planteles académicos (Junge-Cerda et al., 2022) o aproximaciones mínimas con académicos de facultades de arte, humanidades y ciencias sociales (H. M. Evans, 2007). A eso se suma, la inclusión de actividades o cursos con fuerte presencia de contenidos humanistas en los primeros años de estudios, sin repercusiones en los niveles clínicos superiores (Shapiro et al., 2009).

Por su parte, las principales críticas internas, provenientes tanto de estudiantes como de académicos de otras áreas del conocimiento que participan de la formación en salud, tienen relación con la relevancia de las posturas, los contenidos, las habilidades y las destrezas relacionadas con las humanidades médicas y las ciencias sociales, por ser considerados elementos simples, de sentido común, dependientes de cada individuo, poco interesantes, irrelevantes o poco prácticos (Shapiro et al., 2009). Esto se suma a una sensación de superioridad moral que proyectan los académicos de humanidades médicas, al transmitir la creencia de que son los únicos defensores de la iluminación, mientras que el resto son bárbaros reduccionistas de la salud (Friedman, 2002). Esta percepción se refuerza con algunas metodologías que plantean reflexiones sobre los valores, actitudes y comportamiento del estudiante, o cuestiones subjetivas, ambiguas o de múltiples perspectivas mediante el uso de poemas, historias, obras de arte o música, lo que genera una sensación de incomodidad, exceso de intrusismo a la vida personal o incertidumbre. También existe desconfianza por parte de los planteles docentes y estudiantes para profesionales no médicos/no sanitarios que enseñan en programas de salud, puesto que según ellos estos últimos no comprenden las realidades clínicas al carecer de formación profesional o experiencia en salud (Shapiro et al., 2009).

Estas posturas cristalizan la persistente resistencia de la obligatoriedad de las humanidades médicas dentro de la formación profe-

sional, por lo que lograr un objetivo desafiante y ambicioso requiere de equipos docentes interdisciplinarios, comprometidos con los propósitos formativos y respaldo institucional, tanto en infraestructura, recursos humanos y económicos, en este ámbito (Yun et al., 2017). La tendencia de las propuestas integradoras exitosas sugieren aprovechar oportunidades sustantivas para un trabajo conjunto y significativo entre los docentes de humanidades médicas con las ciencias básicas, e implementar actividades en cada rotación clínica mediante metodologías como las basadas en las artes para favorecer la observación, seminarios de medicina narrativa, presentaciones de historias de pacientes y experiencias profesionales, seminarios de reflexión sobre cuestiones éticas y bioéticas de la atención en salud. Para ello, la estrategia de modelado de roles integrados, entre docentes humanistas y docentes de la salud, puede desempeñar un papel clave que facilite la manifestación de habilidades y valores humanísticos en la enseñanza, con participación en los cursos clínicos para la realización de una coenseñanza (Shapiro et al., 2009).

En América Latina, varias facultades de medicina han incorporado al humanismo en los planes de estudio de futuros profesionales de la salud, con la finalidad de desarrollar currículos plurales y holísticos, no restringidos al paradigma biomédico, que propendan hacia un entendimiento integral y situado del proceso salud-enfermedad-atención (Cisternas et al., 2022), (Ferrari, Silva, y Siqueira, 2018), (Hawes B. et al., 2017), (Kottow, 2014) y exploran diversos modos didácticos de desarrollar estos temas (Kottow, 2014). A continuación, se expone el contexto en el que se desarrolla la propuesta formativa de pregrado de medicina y fonoaudiología de la Universidad de Chile, como casos estudios de este capítulo.

La formación en ámbitos sociales, culturales y éticos de las carreras de medicina y fonoaudiología de la Universidad de Chile

En Chile, la tradición de incluir humanidades y ciencias sociales en el currículo de carreras de la salud data de los años sesenta del siglo pasado. Uno de los primeros antecedentes es la realización de la mesa redonda entorno al “Aporte de las ciencias sociales a la formación médica en el nivel pre-graduado”, organizada por un grupo de médicos liderados por Carlos Montoya (Gaete, 2012). Según este académico, citado en Gaete (2012):

las condiciones del país parecen estar maduras para ensayar la integración explícita de los aspectos sociales en la enseñanza médica. La experiencia de varios médicos con formación sociológica, la de varios sociólogos con alguna experiencia en sociología médica y, sobre todo, la intención continuada de los últimos diez años en torno a la necesidad de enseñar y practicar una Medicina Integral o Nueva Medicina, prédica que ha comenzado a extenderse y fructificar, son los fundamentos de aquella opinión. (p. 49)

A partir de ese periodo han sido múltiples las iniciativas y análisis para la incorporación de las humanidades y ciencias sociales en la formación de profesionales de la salud en este país (Álvarez et al., 2021), (Herskovic, 2005), (Parada-Lezcano et al., 2009). Por su parte, también existe una serie de propuestas y de experiencias formativas para abordar temáticas que actualmente contribuyen las humanidades, como el enfoque de género (Valenzuela y Cartes, 2019), (Arcos et al., 2007), la diversidad cultural (Ortiz-Moreira et al., 2018), (Veliz-Rojas et al., 2019), inclusión (Hernández-Muñoz et al.,

2021), enfoques comunitarios (Parada-Lezcano et al., 2022) y metodologías cualitativas (Junge-Cerda et al., 2022). Más recientemente, la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH) generó informes que plantean que la educación médica debe incluir competencias orientadas a una sólida formación científica, clínica, ética y humanista, y una actuación profesional con compromiso social, principios éticos y atención a los determinantes sociales de salud (ASOFAMECH, 2016a; 2016b).

Para el caso de la Universidad de Chile, a partir del 2006, su Facultad de Medicina comenzó un proceso de innovación curricular en el marco del Proyecto de Desarrollo Institucional de Modernización del Pregrado, liderado por la Vicerrectoría de Asuntos Académicos a través del Departamento de Pregrado y de la Dirección Académica de la Facultad de Medicina (Sepúlveda, 2013). Este proceso implicó un cambio de su enfoque educativo y prácticas docentes acorde a las demandas sociales y presiones institucionales por atender a los cambios paradigmáticos de formación profesional universitaria a nivel mundial, transitando de un modelo de contenidos a un modelo basado en competencias profesionales. Esto significa

desarrollar en el estudiante un saber actuar de manera pertinente en diversas situaciones y contextos, para enfrentar problemas propios de la profesión y la ciudadanía, con claros criterios de calidad y humanidad, y haciéndose cargo de sus decisiones, efectos e impactos. (Universidad de Chile, 2013, p. 13)

Así, en el año 2014, las carreras de Enfermería, Fonoaudiología, Medicina, Nutrición, Tecnología Médica y Terapia Ocupacional comienzan un proceso de implementación de su currículum innovado.

Este cambio procura atender a la integridad e integralidad de la formación, por lo que se busca una formación bajo una concepción humanista, cuya educación profesional se encuentra orientada hacia un desarrollo armónico de las potencialidades humanas y de realización personal, de forma tal que se generen las competencias que fortalecen el rol de ciudadano responsable que se desenvuelve en un mundo globalizado (Sepúlveda, 2013). En este contexto, se incorporan de manera explícita aspectos sociales y humanísticos en los perfiles de egreso, a través de la inclusión de competencias selo que atraviesan diversas asignaturas y prácticas formativas en sus carreras (Arancibia et al., 2015), (Armanet y De Barbieri, 2009). Actualmente, el currículo de cada carrera tiene definidos dominios de competencias y subcompetencias, lo cual origina una matriz integrada que permite dar cuenta del perfil de egreso establecido para cada programa educativo.

En el caso de medicina, el perfil de egreso declara que (Universidad de Chile, 2013):

El médico(a) cirujano(a) egresado de la Universidad de Chile es un profesional de reconocida excelencia, que se desempeña en forma competente en la red de salud, atendiendo integralmente las necesidades de salud de las personas y de la población en los ámbitos de la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación a lo largo del ciclo vital, incorporando a la familia y la comunidad en su quehacer.

Razona crítica y reflexivamente acerca de su rol social, así como de su quehacer y profesión, la que ejerce sobre la base del conocimiento actualizado, considerando el avance de las ciencias, la tecnología y los cambios de los determinantes de la salud.

Trabaja efectivamente en el equipo de salud, en escenarios diversos en cuanto a complejidad y contexto, en coherencia con los principios éticos y el marco legal vigente.

Manifiesta su sentido ético y cívico, así como su compromiso y solidaridad social, generando acciones orientadas a resolver las necesidades y expectativas de salud del país. Optimiza los procesos de gestión desde una perspectiva estratégico-operativa, con el fin de mejorar la situación de salud de la población.

Se espera que destaque por su liderazgo y tolerancia en todos los ámbitos de desempeño y que gestione constantemente su desarrollo personal y formación profesional realizando actividades de perfeccionamiento, de especialización y de contribución a la generación de conocimiento, proyectándose como un referente de excelencia, ya sea como médico general o especialista, académico, investigador o gestor en el ámbito de la salud. (<https://medicina.uchile.cl/carreras/5013/medicina>)

En la carrera de Fonoaudiología, el perfil de egreso declara que (Universidad de Chile, 2013):

El fonoaudiólogo(a) de la Universidad de Chile es un profesional de la salud que demuestra en su actuar competencias para evaluar, diagnosticar y tratar a personas a lo largo del ciclo vital y/o comunidades que requieran apoyo relacionado con la comunicación, motricidad orofacial, alimentación oral, audición y sistema vestibular. A su vez, cuenta con sólidas competencias para investigar en ámbitos fonoaudiológicos, con el fin de contribuir a la calidad de vida de las personas y al desarrollo de la disciplina.

Además, promueve estilos de vida saludable y participa en la prevención de las alteraciones en el ámbito de su quehacer profesio-

nal. Igualmente, cuenta con las competencias necesarias para gestionar proyectos en los distintos contextos en los que participa.

En todo este actuar profesional, ejercido de manera individual y/o en conjunto con otros profesionales, se espera que el fonoaudiólogo(a) de la Universidad de Chile demuestre proactividad y liderazgo, con un marcado compromiso social con la comunidad, actitud ética y respeto por la diversidad y por el entorno. (<https://medicina.uchile.cl/pregrado/licenciaturas-y-titulos/fonoaudiologia>)

A casi una década de la implementación de la innovación curricular de las carreras de Medicina y Fonoaudiología dentro de la Universidad de Chile, surgen interrogantes sobre la manera en que las dimensiones humanísticas y sociales se incorporaron de manera explícita en sus planes formativos, a la luz de los avances y debates sobre la formación en esta dimensión en profesiones del área de la salud. Por tal motivo, en el siguiente apartado se busca analizar la formación en humanidades y ciencias sociales en las carreras de Medicina y Fonoaudiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en la estructura curricular declarada en sus documentos oficiales y programas de cursos. Con ello, se busca identificar las diferencias y semejanzas entre planes de estudios de Medicina y Fonoaudiología, junto con reconocer las debilidades y desafíos para una integración pertinente de las dimensiones humanas dentro de los planes formativos de estas carreras.

Recopilación de datos

En el marco del proyecto trinacional de investigación en educación médica, la investigación correspondiente a la Universidad de Chile² incluyó una revisión documental de los planes formativos y programas de cursos de las carreras de medicina y fonoaudiología de la Universidad de Chile. En un análisis preliminar, se identificaron un total de dos planes curriculares, dos matrices de competencias y subcompetencias y 146 programas de cursos de los ciclos formativos inicial, clínico e internado distribuidos en los siete y cinco años de duración de las carreras de medicina y fonoaudiología. Luego, se seleccionaron los programas que manifestaron tributar de manera explícita a la formación humanista y en ciencias sociales dentro de sus competencias y subcompetencias, obteniendo un total de 38 programas de medicina (Tabla 1) y 31 programas de fonoaudiología (Tabla 2). Cada uno de los documentos fue recuperado en texto completo, obtenidos a través de canales institucionales y plataformas educativas digitales.

² **Proyecto Interno de Investigación Inicial Nr. I-01721-2021**, Departamento de Fonoaudiología, Universidad de Chile, “La experiencia biopsicosocial y cultural en la formación médica: estudio etnográfico comparativo”, con Pontificia Universidad Católica del Ecuador (Instituto de Salud Pública-Quito); Universidad Nacional del Sur, Argentina.

Tabla 1. Resumen de las asignaturas del plan formativo de la carrera de medicina de la Universidad de Chile que contribuyen de manera explícita en la formación humanista

Nombre del curso	Tipo de curso	Nivel	Línea formativa
Medicina y sociedad	Especializada	I semestre	Ético-social
Medicina, persona y sociedad	Especializada	II semestre	Ético-social
Semiología I	Especializada	III semestre	Clínico
Bioética	Básica	III semestre	Ético-social
Semiología II	Especializada	IV semestre	Clínico
Casos Integradores I	Especializada	IV semestre	Multidominio
Medicina Interna I	Especializada	V semestre	Clínico
Ética Clínica I	Especializada	V semestre	Ético-social
Epidemiología descriptiva	Especializada	V semestre	Salud Pública
Medicina Interna II	Especializada	VI semestre	Clínico
Medicina General Familiar I	General	VII semestre	Clínico
Cirugía	Especializada	VII semestre	Clínico
Geriatría	Especializada	VII semestre	Clínico
Ética Clínica II	Especializada	VII semestre	Ético-social
Medicina General Familiar II	General	VII semestre	Clínico
Especialidades médicas y quirúrgicas I	Especializada	VII semestre	Clínico
Neurología	Especializada	VII semestre	Clínico
Medicina Legal	Especializada	VII semestre	Ético-social
Pediatría y cirugía infantil	Especializada	IX semestre	Clínico
Especialidades médicas y quirúrgicas II	Especializada	IX semestre	Clínico
Medicina de Urgencias	Especializada	IX semestre	Clínico
Casos Integradores IV	Complementaria	IX semestre	Multidominio
Ginecología-obstetricia	Especializada	X semestre	Clínico

Psiquiatría	Especializada	X semestre	Clínico
Psiquiatría infantil	Especializada	X semestre	Clínico
Módulo integrado Interdisciplinario Multiprofesional II	Común	X semestre	Genérico-Transversal
Medicina Interna	Especializada	XI y XII semestre	Clínico
Pediatría	Especializada	XI y XII semestre	Clínico
Obstetricia y Ginecología	Especializada	XI y XII semestre	Clínico
Urgencias	Especializada	XI y XII semestre	Clínico
APS rural	Especializada	XI y XII semestre	Clínico
APS Urbano	Especializada	XI y XII semestre	Clínico
Psiquiatría	Especializada	XI y XII semestre	Clínico
Especialidades: Dermatología, Urología, Otorrinolaringología, Oftalmología y Traumatología	Especializada	XI y XII semestre	Clínico

Tabla 2. Resumen de las asignaturas del plan formativo de la carrera de fonoaudiología de la Universidad de Chile que contribuyen de manera explícita en la formación humanista

Nombre del curso	Tipo de curso	Nivel	Línea formativa
Introducción a la Fonoaudiología	Especializada	I semestre	Intervención
Bases teóricas y prácticas de la comunicación humana	Especializada	I semestre	Intervención
Biología molecular y celular	Especializada	I semestre	Intervención
Sociedad, cultura y comunicación	Especializada	II semestre	Intervención
Introducción a la salud pública	Básica	II semestre	Promoción y prevención
Fundamentos cognitivos de la comunicación	Especializada	III semestre	Intervención

Medicina humanista: Importancia e impacto de la educación y la formación médica con enfoque sociocultural

Psicología del desarrollo infantil	Especializada	III semestre	Intervención
Neurología	Especializada	III semestre	Intervención
Promoción en salud	Básica	III semestre	Promoción y prevención
Intervención fonoaudiológica y bioética aplicada	Especializada	IV semestre	Intervención
Semántica y discurso	Especializada	IV semestre	Intervención
Psicología del desarrollo en adolescentes y adultos	Especializada	IV semestre	Intervención
Psiquiatría	Especializada	IV semestre	Intervención
Evaluación y diagnóstico auditivo y vestibular	Especializada	V semestre	Intervención
Motricidad orofacial	Especializada	V semestre	Intervención
Evaluación y diagnóstico de la voz humana	Especializada	V semestre	Intervención
Diagnóstico de situación de salud y organización	Básica	V semestre	Promoción y prevención
Módulo Integrado Interdisciplinario Multiprofesional I	Común	V semestre	Genérico-Transversal
Intervención auditiva y vestibular	Especializada	VI semestre	Intervención
Intervención del habla	Especializada	VI semestre	Intervención
Terapia y técnica de la voz humana	Especializada	VI semestre	Intervención
Evaluación y diagnóstico de la comunicación en niños y adolescentes en contexto clínico y educativo	Especializada	VI semestre	Intervención
Terapia de la comunicación en niños y adolescentes en el contexto clínico educativo	Especializada	VII semestre	Intervención
Electivo de lingüística aplicada	Especializada	VII semestre	Intervención
Integrado clínico en salud primaria	Especializada	VII semestre	Intervención
Intervención cognitiva en adultos	Especializada	VIII semestre	Intervención

Electivo disciplinar	Especializada	VIII semestre	Intervención
Internado profesional áreas: infanto-juvenil, adultos, audiología y voz	Especializada	IX y X semestre	Intervención

Sobre esta muestra, se codificaron los contenidos mediante el software ATLAAS-TI versión 9.0, con los siguientes criterios: estructura de la asignatura (propósito formativo, subcompetencias declaradas, resultados de aprendizaje, indicadores de logro, estrategias metodológicas y de evaluación) y aporte a la formación humanista (consideración de aspectos biopsicosociales y éticos de la salud; consideración de elementos del PSEA en su complejidad: aspectos sociohistóricos y pluralismo médico; aporte a la formación de la relación médico-paciente). Con base en esta codificación se analizó la coherencia interna de los programas evaluando la relación entre las subcompetencias declaradas y su expresión en los descriptores de logros de aprendizaje, las estrategias metodológicas y evaluativas de cada curso, junto con identificar similitudes y diferencias entre las carreras.

***Análisis de la propuesta formativa en humanidades
y ciencias sociales de los programas de pregrado de medicina
y fonoaudiología de la Universidad de Chile***

Desde el punto de vista de la estructura curricular, tanto en medicina como en fonoaudiología, todos los semestres del plan formativo cuentan con al menos un curso que aborda la dimensión humanista. Para el caso de medicina, ordenados según las líneas formativas, seis

cursos pertenecen al dominio ético-social, veintiocho al clínico, uno al genérico-transversal, uno a salud pública y dos multidominios; no se encontraron cursos que declaren aportar a la formación humanista dentro del dominio científico. En el caso de fonoaudiología, veintisiete corresponden al dominio de intervención fonoaudiológica, tres al dominio de promoción y prevención y uno al genérico-transversal; no se encontraron cursos tributarios a la formación humanista en los dominios de investigación y gestión.

En relación con los propósitos formativos de los cursos, los resultados de aprendizaje y los indicadores de logro, elementos que en su conjunto permiten evidenciar las habilidades que se desarrollarán durante las asignaturas y la manera en que estas tributan al perfil de egreso, 29 de los 38 programas seleccionados de medicina explicitan algún aspecto relacionado con la formación humanista. La mayor representación se evidencia en las asignaturas enmarcadas en el dominio ético-social, presente mayoritariamente en los tres primeros años de la formación, las que aportan a: a) el reconocimiento del proceso de salud-enfermedad-atención como un fenómeno multidimensional, dinámico y complejo, con niveles individual y poblacional; b) reflexiones sobre la dimensión ética de la profesión y la humanidad; c) la incorporación del razonamiento ético-clínico en la práctica médica, la justificación de decisiones clínicas y resolución de conflictos; y d) integración de la dimensión ética de la relación médico-paciente, mediante el desarrollo de habilidades comunicativas y las consideraciones sobre el resguardo de la privacidad, la confidencialidad y los límites del secreto profesional, protección de vulnerabilidad, consentimiento informado, el anuncio de malas noticias y los conflictos de interés frente a algún tratamiento.

Para ello, se recurre a disciplinas de las ciencias sociales como la antropología, sociología, economía y psicología, y a las humanidades

(artes, historia, filosofía y ética) para su integración en análisis de casos y situaciones aplicadas a la práctica médica, así como la adquisición de conocimientos jurídicos y administrativos para la administración de justicia en la asistencia y gestión sanitaria. El abordaje de salud desde el modelo de determinantes sociales de la salud, las inequidades y los procesos de exclusión social, con sus respectivos impactos en la salud, aparece como aprendizaje en estos cursos y reaparecen en “casos integradores I” e “internado de medicina interna”. Cabe destacar el abordaje de temáticas relacionadas a los derechos humanos y elementos del enfoque de género en asignaturas específicas como “medicina legal” y “ginecología y obstetricia”.

En menor medida, algunas asignaturas del dominio clínico declaran en su propósito formativo aportar a la formación desde intervenciones con enfoque biopsicosocial, la reflexión ética, la importancia de la buena relación médico-paciente y la atención integral en el marco legal vigente. Se destacan dentro de este grupo, los cursos con temáticas relacionadas con la medicina familiar, las considerar abordajes de salud con perspectiva sistémica, aportar a la promoción en salud comunitaria y al enfoque centrado en las personas. Existen otros cursos de este dominio que declaran acciones que aportan a la promoción y prevención de enfermedades, pero lo realizan de manera genérica o desde una perspectiva conductual-individual.

En el caso de fonoaudiología, 19 de los 31 programas aluden al menos a algún aspecto relacionado con las dimensiones humanistas de la profesión. La mayor representación se evidencia en las asignaturas enmarcadas en el dominio de intervención, presentes a lo largo de toda la formación profesional, aunque centradas a las consideraciones éticas en relación terapeuta-paciente. En este grupo, destacan las asignaturas de primer año, “Introducción a la Fonoaudiología” y “Bases

teóricas y prácticas de la comunicación humana”, al declarar tributar a una línea formativa denominada “desarrollo de habilidades comunicativas en el terapeuta”. No obstante, no se advierten de manera explícita otras asignaturas que contribuyan a esta línea durante el resto del recorrido formativo, ni a qué aspectos específicos contribuyen a desarrollar. También resalta la asignatura “intervención fonoaudiológica y bioética aplicada” como única asignatura para el desarrollo de habilidades sobre la ética profesional, la toma de decisiones desde una perspectiva bioética, el marco legal vigente y el contexto social y cultural de intervención. Cabe destacar que en este plan formativo hay asignaturas de disciplinas sociales como psicología, que tributa solo aspectos relacionados al desarrollo evolutivo de las personas, desde una perspectiva clásica y lineal de la psicología del desarrollo. Además, existen asignaturas asociadas a la lingüística, pero estas no tributan a ninguna subcompetencia relacionada a lo que la literatura describe como formación en humanidades médicas.

Por su parte, en este plan de estudios, los cursos del dominio de promoción y prevención, junto con “sociedad, cultura y comunicación” del primer año, son los únicos que declaran abordar el proceso terapéutico y los fenómenos fonoaudiológicos desde dimensiones sociales, culturales y/o desde una perspectiva de salud pública. Para este caso, también destaca el curso relacionado con la Atención Primaria de Salud, al considerar los abordajes desde una perspectiva biopsicosocial, bajo un modelo de salud integral, familiar y comunitario.

Tanto para medicina como para fonoaudiología, el curso intercarrera “Módulo de Integración Interdisciplinar Multiprofesional II”, declara aportar al desarrollo de habilidades de trabajo cooperativo e interprofesional, con énfasis en el compromiso social, inclusión, respecto a la diversidad, el enfoque de género y derechos humanos. Sin

embargo, no se advierten otras asignaturas ni unidades de cursos que potencien dicha formación en otros niveles.

Respecto a las metodologías de enseñanza-aprendizaje, todas las asignaturas seleccionadas incluyen metodologías tradicionales dentro la formación universitaria, tales como clases expositivas, revisión de cápsulas audiovisuales, seminarios bibliográficos, seminarios de análisis de casos, demostración de procedimientos y práctica clínica tutoradas en hospitales, policlínicos, centros de salud primarios y ambientes comunitarios. Resaltan algunas estrategias novedosas y atinentes a la formación en dimensiones humanistas, tales como construcción de un genograma familiar (medicina y sociedad para medicina, y sociedad, cultura y comunicación en fonoaudiología), observación etnográfica (medicina, persona y sociedad para medicina, y promoción en salud para fonoaudiología), representaciones teatrales y registro de experiencias en bitácoras personales (bases teóricas y prácticas de la comunicación humana para fonoaudiología), talleres de entrevista entre pares, construcción de historias clínicas y narrativas de pacientes (semiología I y II, medicina legal para medicina, intervención fonoaudiológica y bioética aplicada para fonoaudiología), actividades de simulación clínica (varios cursos de III a V año en medicina, y de I a IV año en fonoaudiología), *team based learning* (cirugía para medicina), construcción de material audiovisual (psiquiatría para medicina, introducción a la fonoaudiología, sociedad, cultura y comunicación y diagnóstico de situación de salud para fonoaudiología), y talleres de trabajo comunitario bajo metodologías de investigación acción participativa, salida de campo para análisis del territorio y sus determinantes sociales y trabajo con familias y comunidades (medicina general familiar I y II, para medicina, promoción de salud para fonoaudiología y módulo de integración interdisciplinar multiprofesional II para ambas carreras).

Por último, en cuanto a las estrategias de evaluación aplicadas para los logros de aprendizaje que tributan a la formación humanista, tanto en medicina como en fonoaudiología existe un predominio de métodos tradicionales como los certámenes con desarrollo corto o selección múltiple, controles de lectura, evaluación del desempeño argumentativo en debates, desempeño en entrevista clínica simuladas y en contexto de atención, desempeño clínico a través de rúbricas, talleres de análisis de casos, y presentaciones individuales o grupales de ensayos, informes, materiales audiovisuales y observaciones. Se destacan los informes escritos sobre el desarrollo de los trabajos de campo (medicina general familiar I y II , para medicina, promoción de salud para fonoaudiología y módulo de integración interdisciplinaria multiprofesional II para ambas carreras) y las representaciones audiovisuales y teatrales (medicina, persona y sociedad para medicina y bases teóricas y prácticas de la comunicación humana para fonoaudiología).

***Discusión y desafíos para una integración pertinente
de las dimensiones humanas en las carreras
de Medicina y Fonoaudiología***

A nivel general, se logra advertir que en ambos planes educativos existen elementos pedagógicos que aportan a la dimensión humanista dentro de la formación de profesionales del área de la salud, con la inclusión de contenidos y habilidades provenientes tanto de las humanidades (historia, literatura, filosofía, arte y ética) como de las ciencias sociales (sociología, antropología y psicología). Bajo esta perspectiva, la propuesta es coherente con lo planteado con algunos

autores a nivel internacional como McManus (1995), Evans (2007) y Chiapperino y Boniolo (2014) con respecto a lo que se considera humanidades médicas. No obstante, para el caso de medicina, existe un desequilibrio en la representación de algunas disciplinas, con una fuerte formación en ética clínica y bioética, con aproximaciones iniciales de sociología, antropología e historia en los primeros años y una presencia mínima o nula de las artes y la filosofía. Esto muestra, tal como plantea Kottow (2014), que en la formación en humanidades se ha enfatizado en las dimensiones éticas y bioéticas de la práctica profesional, en desmedro de otras disciplinas.

En el caso de fonoaudiología, si bien se ve una representación más homogénea a lo largo del plan formativo, en donde uno de los aspectos novedosos en la inclusión de las artes de la representación dentro de su formación, la presencia de subcompetencias y resultados de aprendizaje relacionados a la dimensión humanista sigue siendo escaso y marginal, en comparación a las ciencias biomédicas y las técnicas de intervención. Este elemento es contradictorio con lo señalado por autores como Romero (2012) y Herrera y Sandoval (2022) que plantean que el *ethos* profesional se encuentra vinculado a los procesos comunicativos de las personas, como fenómeno social. Esto se puede deber a la influencia del modelo biomédico en la tradición formativa de la fonoaudiología, debido a su origen paramédico y auxiliar de la medicina, hace no más de cincuenta años en Chile (Maggiolo y Schwalm, 1999).

En cuanto a la composición de equipos docentes, en su mayoría, las asignaturas que propenden hacia una formación humanista son dictados por equipos docentes integrados por profesionales provenientes de las ciencias sociales y las disciplinas de la salud. De acuerdo con Shapiro et al. (2009) un aspecto clave para fortalecer

un modelo integrativo de formación en humanidades dicta relación con la participación de docentes de diversas disciplinas y con distintas experiencias, los que deben participar de manera conjunta en el acompañamiento de los procesos de educación desde las etapas iniciales hasta las prácticas profesionales. No obstante, en los casos de medicina y fonoaudiología, la presencia de profesionales de ciencias sociales solo se advierte en cursos específicos para abordar temas humanistas, cuya presencia se encuentra exclusivamente en los primeros años de formación.

En esta misma línea, en cuanto a su distribución e integración a lo largo de todo el plan curricular organizado de acuerdo con líneas formativas, tanto el plan formativo de medicina como fonoaudiología presentan una concentración de contenidos y desarrollo de habilidades con aspectos humanistas en los primeros niveles de la formación, sobre todo en las líneas formativas del dominio ético-social, en el caso de medicina, y de intervención, en el caso de fonoaudiología. En menor medida, se encuentran elementos asociados a la relación tratante-paciente, consideraciones éticas y acciones de promoción y prevención con perspectiva biopsicosocial en algunas asignaturas clínicas de los últimos años formativos en ambas carreras. Destacan en este punto, como elementos excepcionales, las asignaturas relacionadas a la atención primaria de salud (medicina familias I y II/ Integrado clínico en salud primaria), cuyos logros de aprendizaje se encuentran enmarcados en modelos de salud integrales, sistémicos, con perspectiva territorial y centrados en las personas, familias y comunidades. Cabe mencionar, que la línea formativa científica, para el caso de medicina, y su homóloga, investigación en fonoaudiología, no explicita ningún aspecto relacionado a la dimensión humanista. Este elemento plantea enormes cuestionamientos sobre la manera

en que se concibe la formación en investigación en profesiones del área de la salud, lo que podría ser un remanente del pensamiento positivista hegemónico dentro de la medicina y la salud. Todos estos hallazgos son similares con lo que indica la literatura internacional en cuanto a la existencia permanente de desafíos para incorporar de manera crítica, integrada y armónica las dimensiones psico y sociales dentro de la enseñanza de profesionales de la salud (Chiapperino y Boniolo, 2014), (H. M. Evans, 2007).

Respecto a las metodologías y métodos de evaluación, se advierte la utilización preferente de estrategias metodológicas clásicas dentro de la educación superior, como clases expositivas, la aplicación de certámenes y los controles de lectura, lo que dificulta la visualización de dimensiones actitudinales, reflexiones complejas y la integración de aspectos contextuales y/o biopsicosociales. A su vez, se enfatiza en evaluaciones de simulación clínica en un modelo basado en competencias, lo que para Shapiro et al. (2009) resulta reduccionista, al transformar los aspectos humanísticos de la práctica de salud en indicadores tipo check-list, para su medición. Pese a ello, se reconoce de manera ocasional la presencia de metodologías participativas, críticas y basadas en narrativas personales, con la aplicación de las artes de la representación en la caracterización de una situación clínica para su análisis.

Más allá de la presencia o ausencia de elementos tributarios de la formación humanista, un elemento para examinar en profundidad es la coherencia existente entre los propósitos formativos declarados, los resultados de aprendizaje e indicadores de logro propuestos, las metodologías didácticas y las estrategias de evaluación diseñadas dentro de las propuestas formativas para tributar a la educación humanista. Al analizar la congruencia interna de los programas, se

destaca una mayor coherencia en las asignaturas enfocadas a la salud familiar y comunitaria, con énfasis en atención primaria de salud, al incorporar e integrar elementos biopsicosociales, éticos y humanistas tanto en sus propósitos formativos y resultados de aprendizaje, como en las metodologías y estrategias de evaluación. En esta misma línea, destacan los cursos del dominio ético-social en medicina, y de promoción y prevención en fonoaudiología, al declarar incluir trabajos de observación etnográfica y evaluaciones en formatos pertinentes para su comprensión. En cambio, la mayoría de los cursos clínicos y especializados dentro de los planes de estudios analizados declaran subcompetencias que tributan a la formación humanista pero que luego no se plasman en objetivos de aprendizaje ni metodologías relacionadas con este ámbito.

Limitaciones del estudio

Este ejercicio analizó los componentes explícitos del plan de estudios declarados por las carreras de medicina y fonoaudiología en sus documentos oficiales. Para conocer las experiencias, reflexiones y prácticas pedagógicas de los actores involucrados en el proceso (estudiantes y docentes), queda abierta la necesidad de realizar observaciones y entrevistas que permitan profundizar en el fenómeno de estudio.

A modo de conclusión

En este capítulo se analizó la experiencia formativa de las carreras de medicina y fonoaudiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, mediante una revisión de los programas de los cursos que tributan a lo que la literatura describe como dimensión humanista de la formación de profesionales de la salud. Con todo lo expuesto, se puede concluir que estos programas cuentan con actividades docentes que contribuyen a la formación humanista, puesto que aportan a la comprensión de los procesos de salud-enfermedad-atención, contribuyen a la reflexión ética de las profesionales y promueven enfoques interdisciplinarios para la solución de problemáticas sanitarias. Sin embargo, esta formación se encuentra aún en una transición entre el enfoque aditivo propuesto por M. Evans y Greaves (1999) con cursos específicos para tributar a esta dimensión formativa, como los pertenecientes al dominio ético-social en medicina y al dominio de promoción y prevención en fonoaudiología, y los modelos integracionistas propuestos por referentes de la formación en humanidades (Chiapperino y Boniolo, 2014), (Shapiro et al., 2009).

Queda como desafío plantear reestructuraciones en los planes formativos de medicina y fonoaudiología de la Universidad de Chile que contribuyan a una integración armoniosa y transversal de las diversas dimensiones de la salud, entre ellas las humanidades médicas. Para ello, se podrían potenciar la inclusión de profesionales de las humanidades y ciencias sociales en los cursos de primer ciclo e incluirlos en los cursos clínicos e internados profesionales con el fin de aportar en las reflexiones sobre los procesos de atención en salud y los problemas sanitarios desde una perspectiva humanista. También se podrían robustecer los cursos que tributan a la Atención Primaria de Salud,

puesto que esta estrategia propone la adopción de modelos integrales de comprensión de las problemáticas de salud de la población, en un plano individual, familiar y comunitario, con participación del intersector. Por último, queda el desafío de buscar nuevas metodologías de enseñanza y estrategias de evaluación que permitan un desarrollo coherente y pertinente con los aspectos humanísticos de ejercicio profesional de medicina y fonoaudiología.

Referencias

- Alarcón, A. M., Vidal H, A. y Rozas, J. N. (2003). Salud intercultural: Elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 131(9), 1061-1065. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872003000900014>
- Almeida Filho, N. y Silva Paim, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos médico sociales*, 75, 5-30. <http://www.repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6060>
- Álvarez, A., Ruiz, M., Anigstein, S. y Oyarce, A. (2021). Desafíos para la antropología de la salud : Repensando un abordaje teórico-metodológico para la formación , la investigación y la acción. *Revista Chilena de Antropología*, 43, 96-112. <https://revistas.uchile.cl/index.php/RCA/article/view/64434/67760>
- Arancibia S., C., Coloma T., C. J. y Peñaloza C., C. (2015). Análisis del proceso de innovación curricular en la Escuela de Fonoaudiología de la Universidad de Chile. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 14(0 SE-Artículos), 118-128. <https://doi.org/10.5354/0719-4692.2015.37696>

- Arcos, E., Poblete, J., Vega, I. M., Miranda, C., Zúñiga, Y., Fecci, E., Rodríguez, L., Márquez, M. y Ramírez, M. (2007). Perspectiva de género en la formación de profesionales de la salud: Una tarea pendiente. *Revista Médica de Chile*, 135(6), 708-717. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872007000600004>
- Armanet, L. y De Barbieri, Z. (2009). Proceso de innovación curricular en la facultad de medicina de la universidad de Chile. *Rev Hosp Clín Univ Chile*, 20, 345-348. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/124229>
- ASOFAMECH. (2016a). Competencias comunes para los egresados de las escuelas de medicina.
- (2016b). Informe Final Comisión Perfil Egresado de Medicina. <http://www.asofamech.cl/documentos/>
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31(1), 13-27. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.16637>
- Cabrera, A. P. (2008). Ética y Humanismo en la formación médica. *Acta Bioethica*, 14(1), 30-38. <https://actabioethica.uchile.cl/index.php/AB/article/view/16509>
- Cárdenas Díaz, M. y Sogi Uematsu, C. (2013). Enseñanza de la ética en las escuelas de medicina peruanas: un estudio de sílabos. *Anales de la Facultad de Medicina*, 74(2), 107-116. <https://doi.org/10.15381/anales.v74i2.2382>
- Chiapperino, L. y Boniolo, G. (2014). Rethinking Medical Humanities. *Journal of Medical Humanities*, 35(4), 377-387. <https://doi.org/10.1007/s10912-014-9269-5>
- Universidad de Chile, (2013). Decreto exento N°0020985. Plan de Estudios de la carrera de Medicina, Facultad de Medicina.

- Universidad de Chile (s,f) Pregardo Medicina y Fonoaudiología. <https://medicina.uchile.cl/carreras/5013/medicina>, <https://medicina.uchile.cl/pregrado/licenciaturas-y-titulos/fonoaudiologia>
- Cisternas, M., Rodríguez, J., Llanos, C., Garrido, F., Nazar, C., Thone, N., Sirhan, M., Gana, N., Valdés, C. y Rivera, S. (2022). Implementación de la reforma curricular de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile: analizando la experiencia. *Revista Médica de Chile*, 150(6), 821-827. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872022000600821>
- Crawford, P., Brown, B., Tischler, V. y Baker, C. (2010). Health humanities: the future of medical humanities? *Mental Health Review Journal*, 15(3), 4-10. <https://doi.org/10.5042/mhrj.2010.0654>
- Duarte Nunes, E. (1997). Las ciencias sociales en salud en América Latina: una historia singular. *Espacio Abierto*, 6(3), 215-236. <https://produccioncientificaluz.org/index.php/espacio/article/view/2289>
- (2010). Por una epistemología de la Salud Colectiva: los conceptos sociológicos For an epistemology of Collective Health: the sociological concepts. *Salud Colectiva*, 6(1), 11-19. <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2010.v6n1/11-19/es>
- Evans, H. M. (2007). Medical humanities: stranger at the gate, or long-lost friend? *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 10(4), 363-372. <https://doi.org/10.1007/s11019-007-9079-x>
- Evans, H. M. y Macnaughton, J. (2004). Should medical humanities be a multidisciplinary or an interdisciplinary study? *Medical Humanities*, 30(1), 1-4. <https://doi.org/10.1136/jmh.2004.000143>

- Evans, M. y Greaves, D. (1999). Exploring the medical humanities. *British Medical Journal*, 319(7219), 1216. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7219.1216>
- (2002). ‘Medical humanities’—what’s in a name? *Medical Humanities*, 28(1), 1-2. <https://doi.org/10.1136/mh.28.1.1>
- Ferrari, A. G., Silva, C. M. da, y Siqueira, J. E. de. (2018). Ensino de bioética nas escolas de medicina da América Latina. *Revista Bioética*, 26(2), 228-234. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018262243>
- Fox, D. M. (1985). Who we are: The political origins of the medical humanities. *Theoretical Medicine*, 6(3), 327-341. <https://doi.org/10.1007/BF00489733>
- Friedman, L. D. (2002). The Precarious Position of the Medical Humanities in the Medical School Curriculum. *Academic Medicine*, 77(4), 320-322. <https://doi.org/10.1097/00001888-200204000-00011>
- Gaete, J. (2012). Ciencias sociales y medicina: 40 años después (1a Parte). *Revista Chilena de Salud Pública*, 16(2), 163–169. <https://doi.org/10.5354/0717-3652.2012.20309>
- Hawes B., G., Rojas-Serey, A. M., Espinoza, M., Oyarzo, S., Castillo-Parra, S., Castillo, M. y Romero, L. (2017). Desarrollo de una matriz conceptual para la innovación curricular en profesiones de la salud. *Revista Médica de Chile*, 145(9), 1193–1197. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872017000901193>
- Hernández-Muñoz, H., Pérez-Villablanca, L., Contreras-Seguel, N. y Matus-Betancourt, O. (2021). La inclusión y su importancia en la educación médica. Análisis del escenario chileno: una revisión sistemática. *Revista de La Fundación Educación Médica*, 24(4), 211. <https://doi.org/10.33588/fem.244.1137>

- Herrera, A. y Sandoval, M. (2022). *Identidad profesional y Fonoaudiología. Reflexiones y fundamentos prácticos*. Ediciones UVM.
- Hersch-Martínez, P. (2013). Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria. *Salud Pública de México*, 55(5), 512. <https://doi.org/10.21149/spm.v55i5.7252>
- Herskovic, P. (2005). La Reforma Curricular de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile. *Revista Chilena de Pediatría*, 76(1), 9-11. <https://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/2088/0>
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A. y Merhy, E. E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(2), 128-136. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892002000800013>
- Junge-Cerda, P., Prieto-Bravo, C., Rocamora-Villena, V. y Navarrete-Luco, I. (2022). Enseñanza de las metodologías cualitativas en carreras de las Ciencias de la Salud. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 21(1), 1-13. <https://doi.org/10.5354/0719-4692.2022.64791>
- Kottow, M. (2014). Humanidades médicas: ¿Decorativas o substantivas? El caso de literatura y medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 38(3), 293-298. <https://doi.org/10.1590/s0100-55022014000300002>
- Macías Llanes, M. E. (2011). Ciencias Sociales y Humanísticas en la formación médica. *Humanidades Médicas*, 11(1), 18-44. <https://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/38>
- Maggiolo L., M. y Schwalm A., E. (1999). Escuela de Fonoaudiología: Notas acerca de su historia. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 16, 5-10. <https://doi.org/10.5354/0719-4692.2017.47556>

- McManus, I. (1995). Humanity and the medical humanities. *The Lancet*, 346(8983), 1143-1145. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(95\)91806-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(95)91806-X)
- Menéndez, E. L. (1985). Saber “médico” y saber “popular”: el modelo médico hegemónico y su función ideológica en el proceso de alcoholización. *Estudios Sociológicos*, 3(8), 263-296. <http://www.jstor.org/stable/40419834>
- Organización Panamericana de la Salud. (1974). Aspectos teóricos de las ciencias sociales aplicadas a la medicina. *Educación Médica y Salud*, 8(4), 354-359. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/48061/39598.pdf?sequence=1>
- Ortiz-Moreira, L. E., Fasce-henry, E. A., Matus-betancourt, O. B. y C, I. C. (2018). Educación médica y diversidad cultural en Chile. Un diálogo pendiente. *Revista Médica de Chile*, 146(7), 922-928. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000700922>
- Outomuro, D. (2008). Fundamentación de la enseñanza de la bioética en medicina. *Acta Bioethica*, 14(1), 19-29. <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2008000100003>
- Parada-Lezcano, M., Gregoire, J., Casanova, D. y Vidales, A. (2009). Incorporación de contenidos de Ciencias Sociales y Humanas en el currículum de Medicina de la Universidad de Valparaíso. *Cuadernos Médico Sociales*, 49(4), 238-245. <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/612>
- Parada-Lezcano, M., Parrao-Achavar, F., Gurovich-Herrera, J. y Palacios-Saldiva, J. (2022). Percepciones acerca de la formación en atención primaria de estudiantes de medicina: un estudio cualitativo. *Investigación En Educación Médica*, 11(42), 30-41. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2022.42.21400>

- Romero, L. (2012). Desplazamiento respecto de los saberes disciplinares de la Fonoaudiología. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 11(0), 99–106. <https://doi.org/10.5354/0719-4692.2012.24520>
- Salaverry, O. (2010). INTERCULTURALIDAD EN SALUD Presentación del Simposio: Interculturalidad en Salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27(1), 80-93. <https://doi.org/10.1590/S1726-46342010000100013>
- Sepúlveda, C. (2013). La innovación curricular en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 25(1), 5-12. <https://doi.org/10.5354/2735-7996.2014.72930>
- Shapiro, J., Coulehan, J., Wear, D. y Montello, M. (2009). Medical humanities and their discontents: definitions, critiques, and implications. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 84(2), 192-198. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181938bca>
- Sharma, M. (2019). Applying feminist theory to medical education. *The Lancet*, 393(10171), 570-578. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32595-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32595-9)
- Singh, S. y Meeks, L. M. (2023). Disability inclusion in medical education: Towards a quality improvement approach. *Medical Education*, 57(1), 102-107. <https://doi.org/10.1111/medu.14878>
- Universidad de Chile. (2013). Modelo Educativo de la Facultad de Medicina. Universidad de Chile.
- Universidad de Chile, (2013). Plan de Estudios carrera de Fonoaudiología, Facultad de Medicina. Universidad de Chile.
- Valenzuela, V. y Cartes, V. (2019). Perspectiva de género en la educación médica: Incorporación, intervenciones y desafíos por su-

- perar. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 84(1), 82-88. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262019000100082>
- Veliz-Rojas, L., Bianchetti-Saavedra, A. F. y Silva-Fernández, M. (2019). Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(1), 1-11. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00120818>
- Viney, W., Callard, F. y Woods, A. (2015). Critical medical humanities: embracing entanglement, taking risks. *Medical Humanities*, 41(1), 2-7. <https://doi.org/10.1136/medhum-2015-010692>
- Waitzkin, H. (2005). Commentary: Salvador Allende and the birth of Latin American social medicine. *International Journal of Epidemiology*, 34(4), 739-741. <https://doi.org/10.1093/ije/dyh176>
- Yun, X., Guo, J. y Qian, H. (2017). Preliminary thoughts on research in medical humanities. *BioScience Trends*, 11(2), 148-151. <https://doi.org/10.5582/bst.2017.01085>

**Sexismo y androcentrismo en la educación médica:
Estudio de la presencia de sesgos de género
en el currículo de Medicina**

*Pascal Vega¹, Silvana Jiménez¹, Catalina Muñoz¹,
Antonia Reyes-Suárez²,
Felipe Medina Marín³, Sandra Flores-Alvarado³.*
Correo: sfloresa@uchile.cl

¹ Escuela de Medicina,
Facultad de Medicina, Universidad de Chile

² Departamento de Antropología,
Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile

³ Programa de Bioestadística,
Instituto de Salud Poblacional, Facultad de Medicina,
Universidad de Chile

El año 2018 marcó un momento decisivo en la historia de Chile por un fenómeno social de gran relevancia: las movilizaciones feministas estudiantiles para manifestarse frente a la violencia de género presente en las instituciones y ante la necesidad de una educación no sexista, las que tuvieron un profundo impacto en la lucha por la igualdad de género en el país, y, particularmente, en el ámbito educativo.

Pese a ello, hoy en día existen confusiones y desconocimiento sobre lo que significa e implica el sexismo (hooks, 2003), especialmente a nivel de violencia de género sistemática, dificultando la institucionalización de una propuesta de educación no sexista, y lo que es aún más complejo, la implementación de una propuesta de educación feminista. Con el objetivo de identificar algunos sesgos que ha dejado el sexismo, en el presente capítulo se presenta una investigación que demuestra la presencia de brechas de género en la educación médica, realizando un análisis de lo que ocurre en la carrera de Medicina en comparación con otras carreras de la salud. Para ello se realizó una evaluación crítica del currículo formal de las asignaturas que se imparten en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (FMUCH) hasta el tercer año. Los análisis que se exponen a continuación no pretenden realizar una evaluación completa del currículo formal, más bien se hará un estudio de una parte de él, correspondiente a la bibliografía obligatoria, con una mirada basada en la perspectiva de género y destacando la relevancia de abordar estas temáticas en un contexto de inequidad de género en las instituciones.

Antecedentes y problemática

En el tejido social chileno persiste una problemática, a menudo oculta bajo la superficie, que se sostiene por relaciones desiguales entre géneros y ha sido normalizada durante generaciones por las rutinas diarias y las normas culturales. El sexismo, con sus raíces profundas en nuestras tradiciones, sistemas sociales y estructuras de poder, sigue siendo un obstáculo formidable en el camino hacia una sociedad verdaderamente igualitaria.

A pesar de los avances notables en la lucha por la igualdad de género, el sexismo perdura, enmascarado en actitudes, prácticas y estructuras que discriminan a las mujeres y a otras identidades de género. La idea que se tiene sobre hombres y mujeres condiciona las acciones y pensamientos, ejerciendo una forma de dominación basada en el sexismo (Muñoz y Lira, 2020), que se puede observar en situaciones de la vida cotidiana. Por ejemplo, en un contexto laboral o académico, hacer comentarios injustificados sobre la apariencia física o la forma de vestir, sin dar cuenta del trasfondo de esa acción, desacreditando a las mujeres en su quehacer académico y laboral. Otros ejemplos menos evidentes, pero frecuentes, son el uso del masculino genérico del locutor (“él” para referirse a una persona no específica) y libros de texto que contienen imágenes estereotipadas de mujeres/hombres, niños/niñas. También el sexismo está arraigado en los estándares y expectativas, por ejemplo, al creer que un hombre debe ser masculino y una mujer debe ser femenina, al pensar que hay actividades más adecuadas para hombres y mujeres e incluso pensar que una persona transexual debe decidir entre ser hombre o mujer. El sexismo opera así y de muchas otras maneras, sin necesariamente dar cuenta de que lo que está ocurriendo es una acción sexista e incluso una forma de violencia de género debida a su normalización.

A medida que transcurre el siglo XXI, en que los avances en igualdad de género son un pilar central de la sociedad, es esencial que se reconozca la presencia constante de estas actitudes y prácticas sexistas. Las consecuencias de este problema se sienten en todas las esferas de la vida, desde el ámbito laboral y económico hasta el ámbito político y personal. En la educación, el sexismo se manifiesta de la misma manera, minando el potencial de las mentes jóvenes y perpetuando inequidades de género arraigadas, que favorecen a un género, por lo general masculino, de manera injusta y en perjuicio del otro

(González, 2016). Este fenómeno no solo socava el acceso igualitario a la educación, sino que también las aspiraciones, la autoestima y el empoderamiento de quienes buscan conocimiento y crecimiento. En un mundo que clama por justicia y equidad, es imperativo reconocer el sexismo como un obstáculo a enfrentar.

Para comprender en profundidad el fenómeno del sexismo y sus implicaciones en nuestra sociedad, es esencial definir y contextualizar una serie de conceptos interrelacionados. El sexismo, en su esencia, se refiere a la discriminación basada en el sexo biológico, que sitúa a un sexo, en general e históricamente al masculino, en una posición privilegiada, supeditando al sexo femenino y otras identidades a una posición inferior (Lampert, 2018). Se manifiesta con cualquier expresión (un acto, una palabra, una imagen, un gesto) basada en la idea de que algunas personas, casi siempre mujeres, son inferiores por razón de su sexo. Mientras que el androcentrismo es el enfoque que considera solo la perspectiva masculina como la única válida y a considerar, dejando a la mirada femenina en un segundo plano (Fernández y Baeza, 2018). Además, se suman al panorama otros conceptos como las brechas de género, entendidas como la desigual distribución de recursos, acceso y poder en un contexto dado para distintos géneros (García et al., 2016), que a su vez permite cuantificar las inequidades de género (Dirección de Presupuestos del Gobierno de Chile, 2009).

Es fundamental reconocer que esta problemática no es simplemente el resultado de elecciones individuales, sino que a menudo están arraigadas en estructuras sociales, prejuicios y roles de género que sostienen las desigualdades. En este sentido, las brechas de género pueden ser una manifestación concreta y medible del sexismo presente en las instituciones, en las que por medio de políticas, prácticas y normas se perpetúan relaciones desiguales de género.

Trayectoria del nexo entre feminismo y educación en Chile

Tras la independencia de Chile, la educación se consideró fundamental en la constitución del proyecto Estado, adjudicándole un carácter político inseparable (Mayorga, 2017). En el siglo XIX se inició el proceso de expansión de las escuelas, en miras de implementar una instrucción obligatoria estatal (Meneses, 2014). En este contexto, la Universidad de Chile tomó el rol de dirección e inspección de la enseñanza pública (Mayorga, 2017). También, a finales de este periodo, en el año 1887, se gradúa Eloísa Díaz Insunza, como la primera médica cirujana de Chile y Latinoamérica, egresando de la Universidad de Chile (Universidad de Chile, 2016b).

Durante la primera mitad del siglo XX se constituye el sistema de educación nacional, en un contexto histórico de gran desigualdad, donde el Estado enfrentó un enorme desafío para lograr cumplir con las expectativas de la población (Meneses, 2014). En esta época también se da la primera ola feminista en Chile, cuya principal demanda fue el voto femenino (Forstenzer, 2019). Este periodo, además, estuvo marcado por hitos como la creación de la Asociación de Mujeres Universitarias en 1920 (Memoria Chilena, 2018). En la segunda mitad del siglo XX, los gobiernos de Frei Montalva y Allende instauraron políticas orientadas a igualar oportunidades a través de asistencia social y económica, que fueron interrumpidas por la dictadura militar. Con el retorno a la democracia, los gobiernos de la Concertación buscaron retomar las iniciativas previas al golpe militar aumentando el presupuesto educacional, pero sin realizar modificaciones sustanciales, y, por el contrario, se promovió la progresiva desintegración de la red educativa estatal (Mayorga, 2017). Durante la dictadura se vivió la segunda ola feminista en Chile rompiéndose el llamado “silencio feminista” de las décadas anteriores. Esta ola fue impulsada por grupos

heterogéneos que funcionaron bajo objetivos y reivindicaciones comunes (Forstenzer, 2019), y entre otros temas instalaron la crítica de que la educación formal reproduce la desigualdad de la sociedad (Follegati, 2016). Después de la dictadura se gestó una agenda de igualdad entre mujeres y hombres por parte del Estado, sumada a la institucionalización a nivel nacional del movimiento feminista a través de la creación de organizaciones estatales como el Servicio Nacional de la Mujer. Como resultado de esto, a finales de la década de los ochenta el movimiento se disgregó, causando un nuevo “silencio feminista” (Forstenzer, 2019).

En el año 2011 se gestó una movilización nacional que aboga por una “educación gratuita y de calidad”, propiciando espacios de reflexión dentro de las universidades. El feminismo fue parte de estas discusiones, problematizando la institucionalidad universitaria que, bajo la imagen de la pluralidad y la diversidad, esconde sesgos sexistas (Follegati, 2016). Esta situación se explica por el concepto de la doble verdad de las políticas de igualdad, las cuales se legislan y se hacen obligatorias, sin embargo, su mandato se vio pospuesto: las declaraciones públicas ratificaban su existencia, pero no así su implementación, siendo la principal razón la desidia o la indiferencia de las universidades en implementar y evaluar estas políticas (Nuño y Álvarez, 2017). Como respuesta a las críticas emergidas se crearon las Secretarías de Género en las universidades, que tratarán de suplir estas falencias creando un espacio de contención y de denuncia, no obstante, estas secretarías no lograron tener la incidencia buscada o no pudieron permanecer en los espacios, en parte por el desconocimiento de la trayectoria de las demandas feministas y la poca articulación con organizaciones que trascienden la universidad. Por lo anterior, las secretarías de género se acotaron a la comunidad universitaria, buscando facilitar los protocolos de denuncia contra el acoso (Follegati, 2016).

Durante el año 2018 hubo un resurgimiento del movimiento estudiantil feminista, aglomerando las calles de las ciudades de Chile. El movimiento buscó la reivindicación del sujeto político “mujer”, la articulación del feminismo con otros movimientos sociales y darle un cierre al periodo posdictadura. Este resurgimiento se ha caracterizado por una efervescencia mundial por denunciar el acoso y la violencia sexual (Forstenzer, 2019), que movieron a la ciudadanía a interpelar al Estado en su inacción en contra de la violencia machista (Iturralde y Pérez, 2016). Las movilizaciones del 2018 fueron una culminación y concretización de las demandas feministas, tanto por el ambiente internacional como la política nacional posdictadura (Forstenzer, 2019), cuyas repercusiones no quedaron ajenas a la comunidad universitaria.

En este contexto, en la Universidad de Chile se gestó un paro feminista en el año 2018 que, remitiéndose a la FMUCh, produjo discusiones locales y, a partir de estas, un petitorio estudiantil que exigía educación no sexista y con perspectiva de género (Petitorio estudiantil, 2018).

Perspectiva de género en educación superior

Con posterioridad a las movilizaciones del 2018 se han implementado varias medidas a nivel de la Universidad de Chile, entre las que se encuentra la creación de la Dirección de Igualdad de Género (DIGEN UChile), la Política de Corresponsabilidad Social en la Conciliación de las Responsabilidades Familiares y las Actividades Universitarias (DIGEN UChile, 2018), Política para Prevenir el Acoso Sexual en la Universidad de Chile (Rectoría UChile, 2018), y particularmente en la FMUCh, se creó la Dirección de Género a nivel local. Sin embargo, en lo que respecta a una educación no sexista y con

perspectiva de género, existe un desconocimiento de qué medidas se han implementado, sobre todo en su incorporación en las mallas curriculares, los perfiles de egreso y los programas de los cursos (Petitorio estudiantil, 2018). Con el ingreso de nuevas generaciones y el egreso de otras, se hace imperioso un diagnóstico a este nivel.

Esta impronta cobra aún más relevancia, si se considera que la Universidad de Chile aporta con la mayor cantidad de médicos que se desempeñan en el sistema de Atención primario de Salud, con un 12 % para el año 2016 (Universidad de Chile, 2016a), de ahí la importancia de la calidad de educación que se les imparte. En definitiva, la situación ha cambiado desde que egresó Eloísa Díaz: la Universidad fijó un número máximo de estudiantes femeninas hasta el año 1960, sin embargo, en la actualidad el 55 % de las matrículas en la carrera de Medicina de la Universidad de Chile corresponden a mujeres (Universidad de Chile, 2023).

A medida que las instituciones de educación superior han integrado progresivamente una mayor participación de mujeres se ha vuelto evidente la necesidad de abordar las históricas inequidades de género. Para ello, la incorporación de perspectivas de género y la eliminación de sesgos sexistas en el currículum son pasos esenciales para garantizar que todas y todos los estudiantes, independientemente de su género, tengan igualdad de acceso a oportunidades educativas de alta calidad. En este contexto, la presente investigación cobra especial relevancia, ya que se enfoca en evaluar estos sesgos en el currículum formal de la Universidad de Chile, para lo cual se analizaron los currículos formales de los cursos de la carrera de Medicina desde primero hasta tercer año (seis semestres), evaluando la presencia de sesgos del sexismo y androcentrismo en estos, en relación con aquellos presentes en las otras siete carreras de pregrado de la FMUCH.

Recopilación de datos

Para el estudio se utilizaron las bibliografías obligatorias de las asignaturas de la FMUCH para evaluar la presencia de sexismo a partir del género de la autora o el autor del texto, evidenciando así la representación de género dentro de cada disciplina. En caso de tener más de una autoría, se ha considerado el género de la primera persona en aparecer dentro de la lista, puesto que generalmente coincide con quien ha hecho una mayor contribución (Tschardt et al., 2007).

La población se ha definido como los currículos formales de las ocho carreras de la FMUCH hasta el tercer año de pregrado. Se ha elegido esta población debido a la mayor cantidad de asignaturas teóricas, en las cuales se entrega una más amplia bibliografía en comparación a años posteriores, en los que predominan asignaturas de orden práctico, en las cuales además toma mayor importancia el currículo oculto.

Los datos se recolectaron a partir de la extracción de los programas de las asignaturas de la plataforma virtual U-Campus de la Universidad de Chile, donde se encuentran disponibles. Luego se hizo una lista de la bibliografía obligatoria con el nombre de la o el primer autor y distintas variables de interés. Dichas variables son: Género del autor(a), Carrera (Medicina u otra), Nivel, Área de formación, Créditos de la asignatura, Género del Profesor Encargado del Curso (PEC) y Año de publicación.

Respecto a los métodos de análisis, en primer lugar, se contabilizó la cantidad de autores y autoras de las bibliografías obligatorias, para posteriormente calcular la proporción de autoras respecto al total de autores (femenino, masculino, institucionales y desconocidos, descartando estos dos últimos). Posteriormente se comparó la proporción de autorías estratificadas por las demás variables, para poder determi-

nar cómo influyen en el género de la autoría. Finalmente se midió el efecto en conjunto de las variables recolectadas en la proporción de autorías femeninas mediante un modelo de regresión logística cuyos resultados se expresaron como odds ratios (OR).

Como resguardo ético se ha protegido la identidad de los autores, profesores y cursos, los que no fueron usados en el análisis, sino que solo para construir las variables “Género del autor(a)” y “Género del PEC”, así como los nombres de los cursos solo se utilizaron a través de códigos anonimizados.

Resultados

Se identificaron un total de 1363 referencias presentes en la sección de bibliografía obligatoria de los programas más actuales de todos los cursos obligatorios de las carreras de la FMUCh. Para llevar a cabo un análisis más específico, se aplicó un criterio de exclusión de las autorías institucionales y datos perdidos, lo que resultó en la selección de 911 referencias relevantes para el estudio. La caracterización de las variables de estudio por carrera y género de la primera autoría puede observarse en la Tabla 3.

Tabla 3. Descripción de las variables de estudio por carrera y género de la primera autoría

	Medicina		Otras		Total	
	Femenino (N=27)	Masculino (N=104)	Femenino (N=280)	Masculino (N=500)	Femenino (N=307)	Masculino (N=604)
Nivel						
Media (DE)	1,81 (0,921)	1,94 (0,846)	2,22 (0,795)	2,12 (0,791)	2,18 (0,814)	2,09 (0,804)
Mediana [Min, Max]	1,00 [1,00, 3,00]	2,00 [1,00, 3,00]	2,00 [1,00, 3,00]	2,00 [1,00, 3,00]	2,00 [1,00, 3,00]	2,00 [1,00, 3,00]
Datos perdidos	0 (0 %)	0 (0 %)	10 (3,6 %)	50 (10,0 %)	10 (3,3 %)	50 (8,3 %)
Semestre						
Media (DE)	3,00 (2,06)	3,19 (1,77)	3,96 (1,66)	3,76 (1,71)	3,87 (1,72)	3,66 (1,73)
Mediana [Min, Max]	2,00 [1,00, 6,00]	3,00 [1,00, 6,00]	4,00 [1,00, 6,00]	4,00 [1,00, 6,00]	4,00 [1,00, 6,00]	4,00 [1,00, 6,00]
Datos perdidos	0 (0 %)	0 (0 %)	10 (3,6 %)	50 (10,0 %)	10 (3,3 %)	50 (8,3 %)
Créditos de la asignatura						
Media (DE)	3,85 (1,49)	4,48 (2,10)	4,51 (2,03)	4,76 (2,46)	4,46 (2,00)	4,72 (2,41)
Mediana [Min, Max]	4,00 [2,00, 6,00]	4,00 [2,00, 14,0]	4,00 [1,00, 15,0]	4,00 [2,00, 17,0]	4,00 [1,00, 15,0]	4,00 [2,00, 17,0]
Género del PEC						
Femenino	21 (77,8 %)	55 (52,9 %)	176 (62,9 %)	234 (46,8 %)	197 (64,2 %)	289 (47,8 %)
Masculino	6 (22,2 %)	47 (45,2 %)	103 (36,8 %)	263 (52,6 %)	109 (35,5 %)	310 (51,3 %)
Datos perdidos	0 (0 %)	2 (1,9 %)	1 (0,4 %)	3 (0,6 %)	1 (0,3 %)	5 (0,8 %)

Medicina humanista: Importancia e impacto de la educación y la formación médica con enfoque sociocultural

Área de formación						
Ciencias	5 (18,5 %)	37 (35,6 %)	41 (14,6 %)	171 (34,2 %)	46 (15,0 %)	208 (34,4 %)
Clínico	0 (0 %)	9 (8,7 %)	59 (21,1 %)	57 (11,4 %)	59 (19,2 %)	66 (10,9 %)
Disciplinar	11 (40,7 %)	25 (24,0 %)	127 (45,4 %)	172 (34,4 %)	138 (45,0 %)	197 (32,6 %)
Investigación	1 (3,7 %)	0 (0 %)	20 (7,1 %)	35 (7,0 %)	21 (6,8 %)	35 (5,8 %)
Salud Pública	10 (37,0 %)	33 (31,7 %)	33 (11,8 %)	65 (13,0 %)	43 (14,0 %)	98 (16,2 %)
Año del programa						
Media (DE)	2020 (0)	2020 (0)	2020 (0,880)	2020 (1,16)	2020 (0,843)	2020 (1,06)
Mediana [Min, Max]	2020 [2020, 2020]	2020 [2020, 2020]	2020 [2020, 2020]	2020 [2020, 2020]	2020 [2020, 2020]	2020 [2020, 2020]
Año de la publicación						
Media (DE)	2010 (8,92)	2010 (10,3)	2010 (6,92)	2010 (11,9)	2010 (7,10)	2010 (11,7)
Mediana [Min, Max]	2010 [1990, 2020]	2010 [1960, 2020]	2010 [1980, 2020]	2010 [1850, 2020]	2010 [1980, 2020]	2010 [1850, 2020]
Datos perdidos	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

De las bibliografías analizadas, un 14,4 % (n=131) corresponden a la carrera de Medicina y un 85,6 % (n=780) a otras carreras (Tabla 3). En cuanto a la distribución de las autorías por género, se observó que la mayoría de las autorías correspondían a hombres, representando un 66,3 % del total (n=604), mientras que las autorías femeninas representaban solo un 33,7 % del total (n=307). Las referencias se clasificaron según su área de formación. En el caso de la carrera de Medicina, la mayoría de las referencias se concentra en el área Disciplinar, de Salud Pública y de Ciencias, en las que la representación masculina a nivel de FMUCH alcanza un 69,4 %, 76,7 % y 88,1 % de las referencias, respectivamente (Figura 52). Estas áreas de formación se comportan de manera similar en las otras carreras de la facultad, y la mayor diferencia se encuentra en el área de Clínica, en que un 100 % de las referencias son de autoría masculina en Medicina, mientras que solo corresponden a un 49,1 % en las otras carreras (Jiménez et al., 2023).

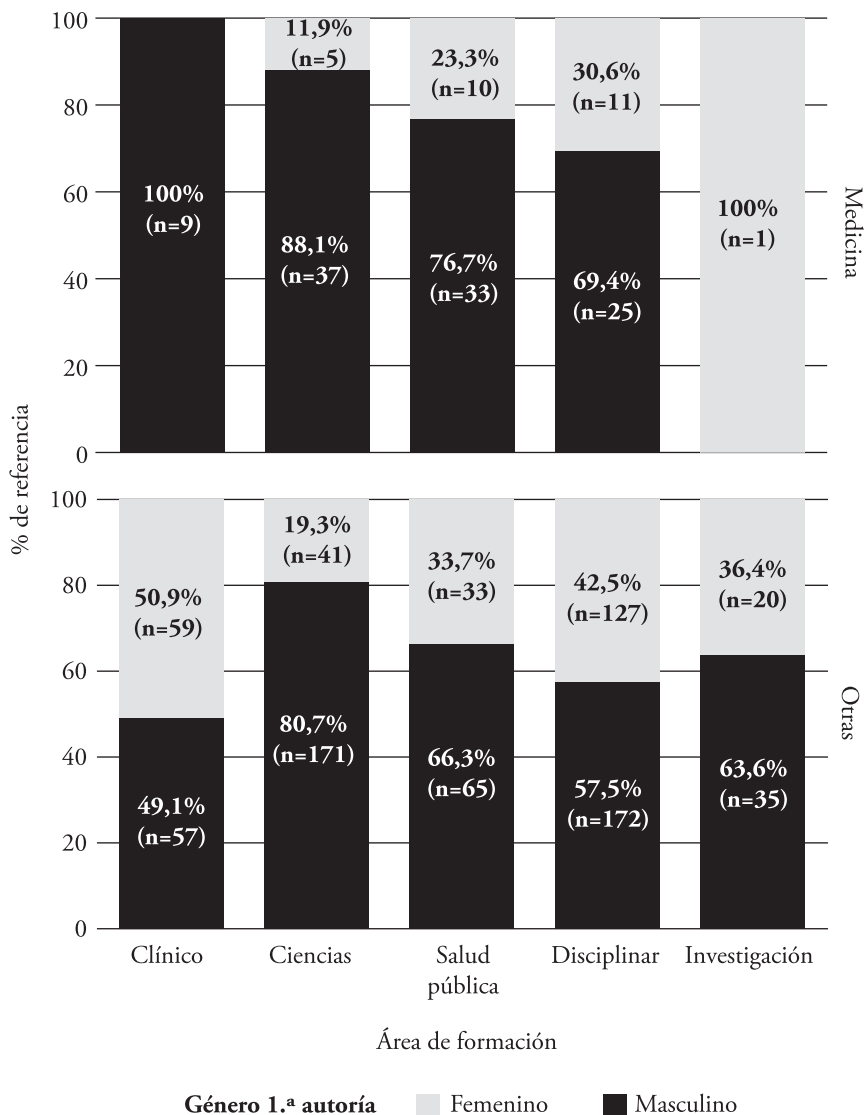


Figura 52. Distribución del género del primer autor según carrera y área de formación

Una observación interesante se presenta al comparar las diferentes carreras dentro de la FMUCh. Utilizando los datos recopilados, se realizó un análisis comparando la carrera de Medicina con las otras carreras de la FMUCh (Tabla 4), que muestra la proporción de bibliografía cuya primera autoría es femenina en cada una. Se destaca que la carrera de Medicina presenta una menor cantidad de bibliografía con primera autoría femenina en comparación con otras carreras dentro de la misma facultad (20,6 % y 35,9 %, respectivamente). Particularmente, si bien, en siete de las ocho carreras predominan las autorías masculinas, hay variaciones importantes entre ellas. En la Figura 53 se observa una mayor proporción de autorías femeninas en las carreras de Enfermería, Obstetricia y Puericultura, Fonoaudiología, Nutrición y Dietética y Terapia Ocupacional en comparación con el resto de las carreras, que no superan un 25 % de bibliografías de autoría femenina.

Tabla 4. Género de la primera autoría en las bibliografías por carrera de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile

		Carrera		
		Medicina	Otra	Total
Género 1er autor o autora	Femenino	20,6 % (n=27)	35,9 % (n=280)	33,7 % (n=307)
	Masculino	79,4 % (n=104)	64,1 % (n=500)	66,3 % (n=604)

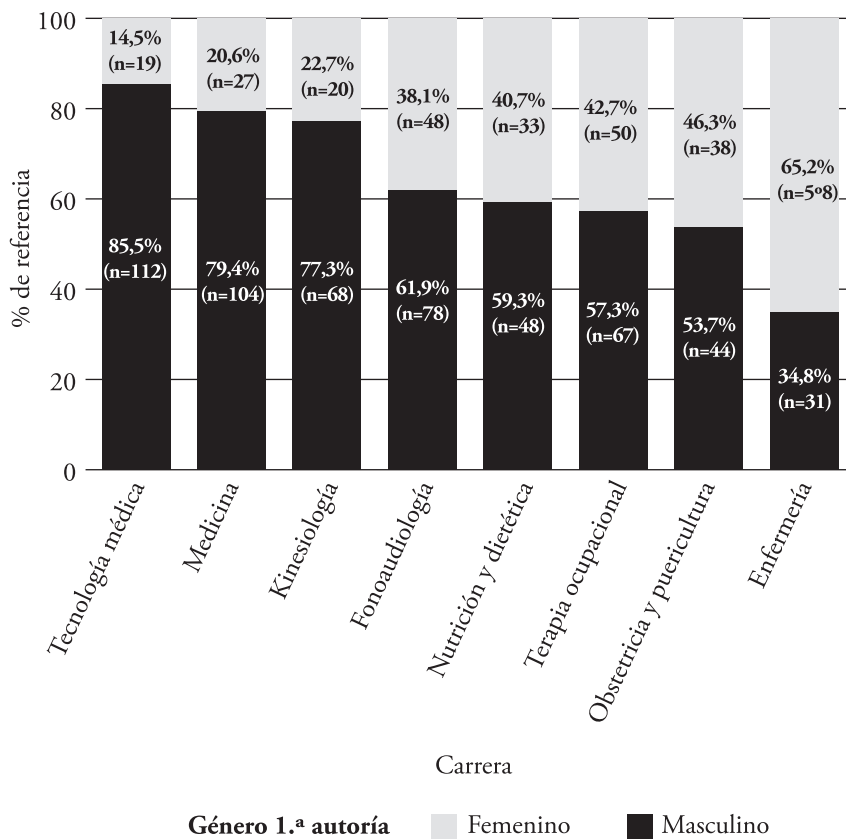


Figura 53. Gráfica de la proporción de autoras y autores por carrera

Sobre la dirección del curso, a nivel de facultad se observa una predominancia en escoger autorías masculinas por parte de PECs de ambos géneros (Tabla 5), sin embargo, si el PEC es hombre, se evidencia una clara tendencia a que la bibliografía del curso que imparte sea a su vez escrita por hombres (OR=0,510 de incluir bibliografía femenina). En la carrera de Medicina este patrón se repite, mostrando sesgos hacia la autoría masculina más profundos que las otras carreras (Figura 54).

Tabla 5. Segregación de la bibliografía según el género del PEC

		Género del PEC	
		PEC Femenino	PEC Masculino
Género 1er autor o autora	Femenino	38,8 % (n=240)	24,4 % (n=123)
	Masculino	61,2 % (n=379)	75,6 % (n=381)

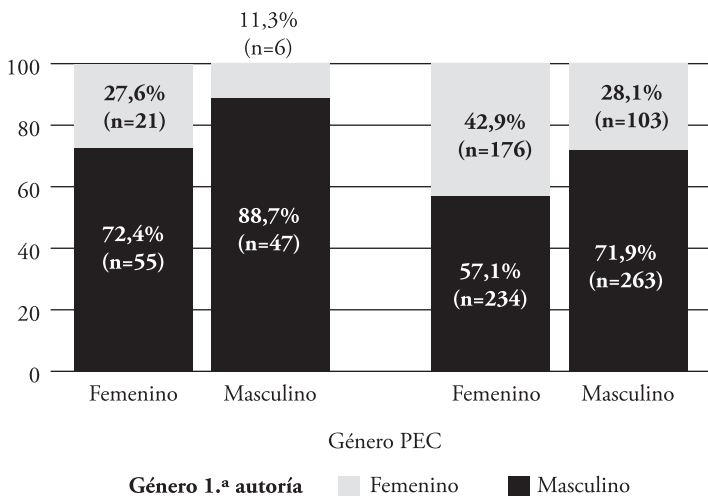


Figura 54. Segregación de la bibliografía según el género del PEC por carreras de la Facultad de Medicina

Para explorar más a fondo las posibles razones detrás de estas diferencias en la inclusión de autorías femeninas en la bibliografía, se ajustaron tres modelos logísticos: uno para todas las carreras, uno para Medicina y uno para otras carreras (Tabla 6). En estos modelos se observa que, si bien la mayor parte de las variables consideradas son estadísticamente significativas al considerar todas las carreras o solo aquellas distintas a Medicina, cuando consideramos solo esta última, la única variable que presenta significancia estadística es el género del PEC. En este modelo, la variable género del PEC presenta una asociación estadísticamente significativa respecto a una menor inclusión de bibliografía con primera autoría femenina al analizar la carrera de Medicina, en comparación a otras. Esto se detalla en la Figura 55, en que, si bien la mayor parte de los cursos de la carrera tienen PEC de género femenino, se destaca un patrón particular en el área de formación Clínica, que es donde prevalecen los cursos que son impartidos por PEC masculinos.

Tabla 6. Resultados de los modelos logísticos por carrera para la proporción de autorías femeninas

	Todas	Medicina	Otras
	OR (IC95 %)	OR (IC95 %)	OR (IC95 %)
Carrera [Otras]	2,228 (1,398, 3,653)		
Semestre	0,97 (0,882, 1,066)	0,999 (0,577, 1,64)	0,968 (0,873, 1,073)
Área de formación [Clínico]	3,982 (2,32, 6,917)	0 (0, 1,275e+20)	4,32 (2,441, 7,758)
Área de formación [Disciplinar]	2,937 (1,94, 4,522)	3,118 (0,783, 14,92)	2,89 (1,851, 4,599)
Área de formación [Investigación]	2,047 (1,033, 4,022)	*	1,987 (0,975, 4,015)
Área de formación [Salud Pública]	2,174 (1,269, 3,741)	2,132 (0,278, 17,505)	2,141 (1,157, 3,971)
Créditos asignatura	0,914 (0,848, 0,981)	0,85 (0,417, 1,553)	0,923 (0,855, 0,993)
Género PEC [Masculino]	0,571 (0,42, 0,774)	0,253 (0,065, 0,819)	0,631 (0,455, 0,874)
Año publicación	1,02 (1, 1,041)	1,015 (0,957, 1,082)	1,023 (1,001, 1,046)

* Se descarta el área de formación en Investigación en la carrera de Medicina ya que cuenta con una única bibliografía

Medicina humanista: Importancia e impacto de la educación y la formación médica con enfoque sociocultural

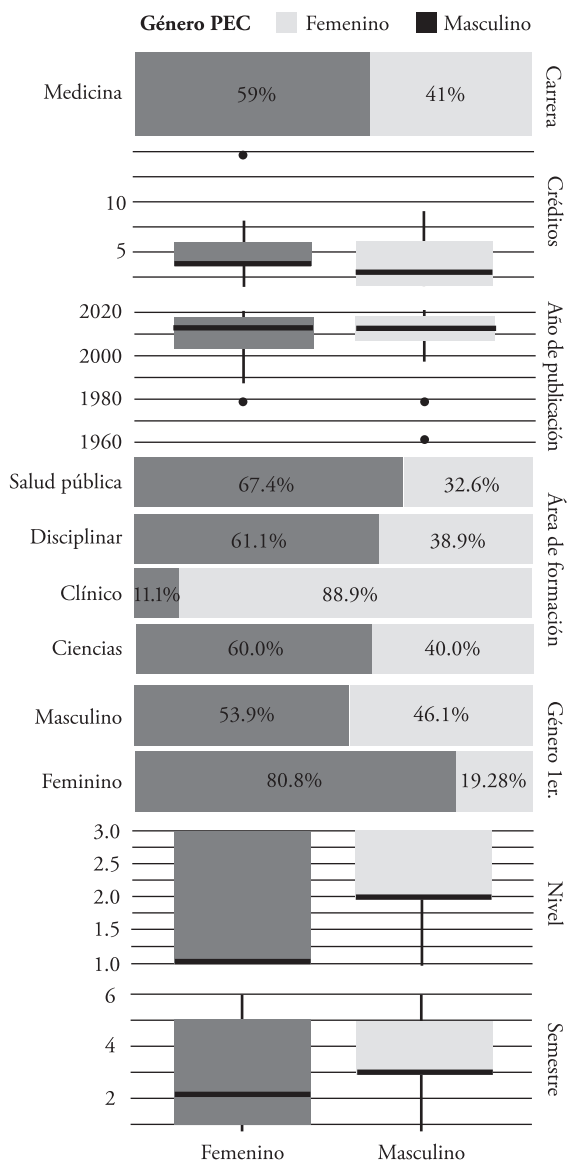


Figura 55. Descripción de variables de análisis en la carrera de Medicina por género del PEC

Este hallazgo es de suma importancia ya que anteriormente se había identificado que el área Clínica estaba fuertemente asociada con bibliografías de autores masculinos. Este patrón en el área Clínica sugiere que podría haber una asociación entre el género de los profesores de cátedra, la elección de la bibliografía y la predominancia de autores masculinos en este ámbito académico. Los detalles y las implicaciones de esta asociación se discutirán en profundidad a continuación, donde se analizarán posibles factores contribuyentes y se ofrecerán recomendaciones para promover la incorporación de la perspectiva de género en el currículum de la educación superior, particularmente en la selección de la bibliografía académica en el contexto de formación de profesionales de la salud.

Discusión y limitaciones

La Universidad de Chile fue la primera que se fundó en el país y a su vez, fue la primera que impartió la carrera de Medicina en Chile. Estas y otras improntas se podrían mencionar para decir que esta institución es relevante en la sociedad chilena, siendo sus egresados personas con injerencia en sus respectivos rubros. De esta manera, las médicas y médicos formados en la Universidad de Chile tendrán un sello característico, el cual considera la formación docente de sus egresadas y egresados, quienes a su vez se encargarán de formar a las siguientes generaciones de profesionales, por lo que la educación que reciban tendrá un impacto que es difícil de dimensionar.

Al ver los resultados obtenidos en la carrera de Medicina, esta queda por detrás de las otras carreras de la facultad, pues su autoría femenina alcanza un 20,6 % en comparación al 35,8 % que alcanzan las

siete carreras restantes. En cuanto a si este dato es comparable, en un estudio que se realizó utilizando la base de datos de Web of Science, el cual abarcó las publicaciones de 1 523 002 autores de trabajos publicados entre 1955 y 2010, en 83 países, entre ellos algunos latinoamericanos, se obtuvo que solo el 26,8 % de todas las publicaciones analizadas eran de autorías femeninas. A su vez, el análisis consideraba las disciplinas a las cuales pertenecían los trabajos, y en el área de Ciencias de la Salud el porcentaje ascendía a un 30,4 % (Huang et al., 2020). Se sobreentiende que la cantidad de autorías femeninas halladas en las bibliografías de la carrera de Medicina sea menor a la de autorías masculinas, pues hay una menor cantidad de publicaciones de mujeres en el área; sin embargo, igualmente existe una brecha cercana a un 10 % respecto al porcentaje de bibliografías identificadas en este estudio, y de un 15 % respecto a las otras carreras de la facultad. Ahora bien, puede que el porcentaje expuesto se deba en mayor medida al contexto cultural del país que a la disponibilidad, en un estudio realizado por Stefany Cordero y Ximena Troncoso, en donde se analizó textos de Ciencias Naturales de segundo básico desde un enfoque de género, en específico la categoría de Contenido y Subcategoría de Autorías y referencias bibliográficas, solo el 30 % de estas referencias era de mujeres científicas (Aliaga y Araos, 2020), indicando que en otros contextos educativos también se observa una menor presencia de autoras femeninas, sin embargo, esta sigue siendo mayor a la carrera de Medicina en la Universidad de Chile.

En cuanto a las otras categorías que revisamos, se observa que el género del PEC es relevante al asociarse a un aumento o disminución de las autorías femeninas, de forma tal que si el PEC es hombre se observa una tendencia mayor a escoger autorías masculinas que cuando la PEC es mujer. Esta brecha, presente en todas las carreras de la facul-

tad, es más evidente en la carrera de Medicina. En particular, las asignaturas que solo se imparten en Medicina son un total de treinta hasta el tercer año, entre las cuales el 59 % de las o los PEC corresponde a mujeres, de manera que a primera vista no parece ser la distribución de estos géneros la causa de esta tendencia. Sin embargo, cuando nos fijamos en el área de formación, resalta la brecha en los ramos Clínicos, que incluye las asignaturas Semiología I y II, y Medicina Interna I y II. Estos cursos, a pesar de ser del área de formación minoritaria en el rango estudiado, son fundamentales considerando que, en una carrera de la salud, los contenidos clínicos son los cimientos sobre los que se centrará el ejercicio profesional de sus egresadas y egresados. En ellos, cada uno cuenta con cinco diferentes PECs según el campus clínico y, de estos, solo el 11,1 % corresponde a PEC mujer. A su vez, esta área de formación cuenta con un 100 % de primeras autorías masculinas. Ahora bien, cabe señalar que este porcentaje se basa en solamente en nueve bibliografías obligatorias, que no reflejan todo el material que abordan los cursos, pero que escapan a los alcances de esta investigación. Revisando las otras áreas de formación, los cursos del área de Ciencias Básicas, dictados principalmente por el Instituto de Ciencias Biomédicas (ICBM) de la FMUCH, tuvieron la menor cantidad de autorías femeninas después de los ramos Clínicos (11,9 %), además de ser el área de formación más representada en los niveles formativos analizados y contar con un 60 % de PEC de género femenino. Esto contrasta con las otras carreras, en que, si bien las autorías femeninas son minoritarias, estas comprenden un 19,3 % de las referencias. Con esto en consideración, es posible que esta tendencia no se asocie únicamente al género del PEC, sino más bien al área de formación misma, pues estos ramos tienen versiones similares en las ocho carreras de la Facultad, realizados por las y los mismos profesores. Algo similar

ocurre con los ramos de Salud Pública, cuya administración está dada por el Instituto de Salud Poblacional, por lo que no es de sorprender que los porcentajes de Medicina y las otras carreras, 23,3 % y 33,7 % respectivamente, no sean tan diferentes, lo cual no ocurre en las áreas de formación restantes, en donde la carrera de Medicina muestra una clara tendencia hacia la bibliografía escrita por hombres.

Con referencia al año de publicación, Medicina, así como las otras carreras muestran una estabilización en el presente siglo en cuanto a la cantidad de autorías, sin embargo, existe una brecha que radica en el porcentaje en que se estabiliza: un 80 % de autorías masculinas en Medicina, contra un 60 % en otras carreras, de manera que, a nivel de FMUCh, no ha habido una variación estadísticamente significativa en cuanto a las autorías en el periodo completo. Pese a ello, el porcentaje que se presenta en la década anterior hasta el 2021 representa una gran diferencia (20 %). Una posible explicación es que existe una segregación vertical o “techo de cristal”, porque si bien ha habido un aumento importante de estudiantes femeninas en la educación superior en general, cuya matrícula en el presente año en la carrera de Medicina superó al 55 % y que al momento de egresar se mantiene como el grupo mayoritario, aún existe una brecha en las publicaciones científicas, evidenciada en una revisión de la base de datos de Web of Science de países de Iberoamérica del periodo del 2014 al 2017, en que se observa que existe casi una paridad en el número de autores con un artículo publicado, pero la brecha en favor de los autores de género masculino aumenta mientras más artículos publiquen (Albornoz et al., 2018). Con esto se podría entender el porqué de una menor presencia de escritos por mujeres en la actualidad a pesar de su amplia presencia, pero no basta para dar cuenta de la brecha observada entre la carrera de Medicina y las otras carreras de la Facultad. Una de estas razones se

puede deber a procesos internos diferentes; en Chile cada egresada o egresado de Medicina debe rendir Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (EUNACOM), el cual es necesario para trabajar en la mayoría de los ámbitos clínicos del país, además de requerirse para las posteriores especializaciones. En este sentido, la Universidad de Chile históricamente ha destacado como una institución cuyos egresados ocupan los percentiles más altos del EUNACOM, lo que se ha logrado gracias a una revisión y reformulación constante en los contenidos curriculares de la carrera. Esta evolución puede repercutir en las generaciones posteriores, porque incentiva a que la planificación de los cursos con respecto a sus contenidos cobre más relevancia que la incorporación de la perspectiva de género.

Limitaciones

Este es el primer estudio que caracteriza la proporción de autorías femeninas en la bibliografía obligatoria de los programas de cursos de la FMUCH con enfoque en la comparación entre la carrera de Medicina y las otras carreras de la facultad, trabajando con la población completa de programas disponibles. Pese a ello, la obtención de datos presentó dificultades que constituyen limitaciones en el análisis. La mayor parte de los programas pertenecen al año 2021, sin embargo, una minoría se encontraban desactualizados; dada su baja proporción, se espera que su efecto sobre las conclusiones no resulte significativo. Además, debido a que el contenido de los programas no se encuentra estandarizado en todos los cursos, la bibliografía total contuvo un 7,1 % de datos perdidos; pese a ello, los datos utilizados corresponden a la totalidad de la población de bibliografías publicadas y consideran la

información más completa que es posible obtener a partir de fuentes de datos secundarias.

Cabe señalar, además, la dificultad de conocer el impacto real de las y los autores en la publicación del texto dada la diversidad de criterios para el ordenamiento de las autorías, como la numerosa cantidad de autores que puede haber en un escrito bajo diferentes criterios de autoría, además de la existencia de autorías no reconocidas. Asimismo, muchos estilos bibliográficos incluyen el apellido y solo la inicial del nombre, obstaculizando el acceso a su género, por lo que podría haber algún nivel de error en la determinación de este, sobre todo con aquellos nombres en idiomas diferentes al inglés y al español. Junto con esto, cabe señalar que esta es una primera aproximación y futuros trabajos deberían hacer el esfuerzo por identificar la representación de las autorías no binarias, no detectables solo a partir del nombre propio. Todo esto puede introducir sesgos en la interpretación de los resultados, que, sin embargo, no restan valor a esta primera contribución en el diagnóstico del sexismo y androcentrismo en los programas de asignaturas de la carrera de Medicina de la FMUCh.

Conclusión

Mediante el análisis de todo el universo de programas, se observó que hay sesgos de sexismo y androcentrismo en la elaboración de programas de la carrera de Medicina de la FMUCh, que se traducen en brechas en el avance de la implementación de una educación no sexista en comparación con las otras carreras de la salud que se imparten en la misma facultad, evidenciado en la selección de bibliografía obligatoria de los cursos. Si bien, constituye solo una sección de los

programas, es suficiente para dar cuenta de que se ha favorecido el género masculino a través de una herramienta importante de la educación como son las lecturas obligatorias de los cursos.

Los factores más relevantes que influyeron en la brecha evidenciada se encuentra la carrera misma, que en la totalidad presentaba una diferencia de más de un 10 % en la proporción de autorías femeninas, que se veía asociada a una tendencia a escoger bibliografía escrita por hombres de parte de las y los PEC de Medicina. En cuanto al área de formación, se evidenció una gran diferencia entre la carrera de Medicina y las restantes en los ramos Clínicos y Disciplinar, no así en los ramos de Ciencias Básicas, Salud Pública y de Investigación, los cuales suelen ser más transversales en la Facultad.

Estos resultados podrían deberse a que aún no se ha conseguido incorporar plenamente la perspectiva de género en los procesos de ajuste curricular a través de su implementación en las mallas curriculares y programas de asignatura, como fue acordado tras las movilizaciones del año 2018 en la FMUCh. Esto además sugiere que no se ha logrado normalizar a la figura femenina en el ámbito académico y científico, evidenciando un enfoque androcéntrico al momento de seleccionar la bibliografía obligatoria, sumado a la brecha aún presente en las publicaciones científicas. Pese a ello, esperamos que este diagnóstico contribuya a la toma de decisiones que permitan una pronta implementación de la educación no sexista en los programas de las asignaturas.

Referencias

- Albornoz, M., Barrere, R., Matas, L., Osorio, L. y Sokil, J. (2018). Las brechas de género en la producción científica Iberoamericana. *Papeles del Observatorio OEI*, 9(1), 1-30. <https://oei.int/publicaciones/gender-gaps-in-ibero-american-scientific-production>
- Aliaga, S. C. y Araos, X. T. (2020). Análisis de textos escolares de Ciencias Naturales para segundo ciclo de Educación Básica desde un enfoque de género. *Nomadías*, (29), 211-235. <https://revistas.uchile.cl/index.php/NO/article/view/61062>
- DIGEN UChile. (2018). *Política de Corresponsabilidad Social en la Conciliación de las Responsabilidades Familiares y las Actividades Universitarias*. Dirección de Igualdad de Género, Universidad de Chile <https://direcciondegenero.uchile.cl/corresponsabilidad/>
- Dirección de Presupuestos del Gobierno de Chile. (2009). *Guía para la Implementación del Procedimiento de Incorporación del Sistema Gestión Territorial en el Sistema Unificado de Gestión de la Calidad Institucional*. Gobierno de Chile.
- Fernández, M. y Baeza, P. (2018). Androcentrismo en la co-construcción discursiva multimodal crítica de significados valorativos en la enseñanza de la historia. *Literatura y Lingüística*, 38, 251-274. <https://doi.org/10.29344/0717621X.38.1636>
- Follegati, L. (2016). Feminismo y universidad. Reflexiones desde la U. de Chile para una educación no sexista. En *Educación no sexista. Hacia una real transformación* (pp. 123-127). Red Chilena Contra la Violencia hacia las Mujeres.

- Forstenzer, N. (2019). Feminismos en el Chile Post-Dictadura: Hege-
monías y marginalidades. *Revista Punto Género*, 11, 35-44.
<https://doi.org/10.5354/2735-7473.2019.53879>
- García, M. D. M., Rubio, A., Marcos, J., Mitge, Y., Bolívar, J. y Hi-
gueras, C. (2016). *Guía para incorporar el enfoque de género
en la planificación de políticas sociales* (Número December).
Escuela Andaluza de Salud Pública y Consejería de Igualdad
y Políticas Sociales, Junta de Andalucía.
- González, P. (2016). Efectos de la educación sexista en la vida de las mu-
jeres. En *Educación no sexista. Hacia una real transformación* (p.
77). Red Chilena Contra la Violencia hacia las Mujeres.
- hooks, b. (2003). *Teaching community: A pedagogy of hope*. Routledge.
- Huang, J., Gates, A. J., Sinatra, R. y Barabási, A. L. (2020). His-
torical comparison of gender inequality in scientific careers
across countries and disciplines. *Proceedings of the National
Academy of Sciences of the United States of America*, 117(9),
4609-4616. <https://doi.org/10.1073/pnas.1914221117>
- Iturralde, M.; Pérez, P. (2016). *#Ni Una Menos en Olavarría*. IV Jor-
nadas del Centro Interdisciplinario de Investigaciones en
Género, 13, 14 y 15 de abril de 2016, Ensenada, Argenti-
na. En Actas. Ensenada: Universidad Nacional de La Pla-
ta. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Género. En
Memoria Académica. [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.
ar/trab_eventos/ev.9997/ev.9997.pdfv](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.9997/ev.9997.pdfv)
- Jiménez, S., Muñoz, C., Vega, P., Medina Marín, F. y Flores-Alvarado, S.
(2023) Gender biases in university bibliography: an analysis in
the Faculty of Medicine at the University of Chile. *Salud, Ciencia
y Tecnología*, 3, 691. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2023691>

- Lampert, M. (2018). Definición del concepto de “sexismo”: influencia en el lenguaje, la educación y la violencia de género. *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile*, 11. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/26147/1/BCN_definicion_sexismo_FINAL.pdf
- Mayorga, R. (2017). Capítulo X. Una red educativa, cuatro escuelas, millones de ciudadanos: Educación, Estado Republicano y sociedad civil en Chile (1813-2011). En I. Jaksic y F. Rengifo (eds.), *Historia política de Chile, 1810-2010*. Tomo II Estado y Sociedad (pp. 333-345). Fondo de Cultura Económica <http://bibliografias.uchile.cl.uchile.idm.oclc.org/files/preses/1/monographs/2456/submission/proof/328/index.html>
- Memoria Chilena. (2018). *Amanda Labarca*. Biblioteca Nacional Digital. <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-92516.html>
- Meneses, S. (2018). Historia de la Educación en Chile (1810-2010). Tomo III. Democracia, exclusión y crisis (1930-1964): Editores: Sol Serrano, Macarena Ponce de León, Francisca Rengifo, Rodrigo Mayorga. *Cuadernos Chilenos De Historia De La Educación*, (10), 177–179. <https://doi.org/10.60611/cche.vi10.106>
- Muñoz, A. y Lira, A. (2020). *Política educacional desde el feminismo: Conversaciones iniciales 1*. Policy Brief. Núcleo Milenio Experiencia de los Estudiantes de la Educación Superior, Chile
- Nuño, L. y Álvarez, E. (2017). Androcentrismo académico: la ficción de un conocimiento neutral. *Feminismos*, 29, 9–10. <https://doi.org/10.14198/fem.2017.29.11>
- Rectoría UChile. (2018). *Decreto Mara Rita*.
- Tscharntke, T., Hochberg, M. E., Rand, T. A., Resh, V. H. y Krauss, J. (2007). Author Sequence and Credit for Contributions in

Multiauthored Publications. *Plos Biology*, 5, 13-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.0050018.t001>

Universidad de Chile. (2016a). *Casa de Bello lidera en número de médicos que trabajan en la Atención Primaria de Salud*. UChile. <https://uchile.cl/noticias/129855/casa-de-bello-lidera-en-numero-de-medicos-de-la-atencion-primaria>

Universidad de Chile. (2016b). *Eloísa Díaz Insunza*. UChile. <https://medicina.uchile.cl/facultad/historia/primeras-mujeres-en-la-medicina/eloisa-diaz-insunza>

Universidad de Chile. (2023). *Matrícula 2023 de la Facultad de Medicina: mayoritariamente femenina*. UChile. <https://medicina.uchile.cl/noticias/202641/matricula-2023-de-la-facultad-de-medicina-mayoritariamente-femenina>

Este libro se terminó de editar en el mes de mayo del 2025.

El manuscrito se sometió a revisión de pares ciegos
lo que garantiza la confidencialidad de autores y árbitros.

Formar médicos que cuestionen el paradigma flexneriano es un reto en las facultades de ciencias de la salud en el siglo XXI. Contar con profesionales que aporten una visión integral sobre el proceso salud-enfermedad-atención, reconociendo la importancia de factores biológicos pero también de los emocionales, sociales y culturales en la experiencia del paciente. Este libro se pregunta si es posible ir más allá de la formación bio-médica, presentando experiencias de estudiantes de medicina y fonoaudiología de tres países con énfasis en su formación humanista, lo que les permitiría comprender diversas realidades y contextos en los que se desarrollan las enfermedades, brindando un trato más personalizado y sensible. Presentamos experiencias de tres facultades de salud de la región que nos permiten debatir nuevos modelos de aprendizaje y de la importancia de ver una medicina social complementaria y humanista.



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador



Grupo de
Editoriales
Universitarias
AUSJAL

ISP

Instituto
de Salud
Pública



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

ISBN: 978-9978-77-750-3



9789978777503