

ARTICULO ORIGINAL

CONSTRUCCION DEL PERFIL DEL EGRESADO DEL CICLO CLINICO

CONSTRUCTION OF THE GRADUATE PROFILE OF CLINICAL CYCLE

Osmar Cuenca*, Ana María Soilán, Stela Benítez Leite, Miriam Riveros, Rosa Ferreira, Jaqueline Rossi, Paola Renna, Ana Buorgermini, Lorena Fontclara, Flavia Montanía

Tutora: Karenina Troncoso

Comisión Local de Clínicas – Proyecto de Innovación Curricular – Facultad de Ciencias Médicas UNA

RESUMEN

Esta investigación fue realizada, como parte integrante del Proyecto de Innovación Curricular, con la necesidad de la construcción de un perfil de egresado, en el ciclo o asignaturas clínicas, para posteriormente, realizar el perfil del Egresado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (FCM-UNA).

La misma, la fuimos construyendo a partir de artículos, documentos y actores relevantes tanto dentro y como fuera de la Institución, que permitió así contribuir en la construcción de una propuesta que optimice la formación universitaria de los estudiantes de la carrera de medicina.

Como docentes de la universidad hemos constatado una serie de problemas que se relacionan tanto con el aislamiento de las disciplinas que se manejan en forma totalmente independientes dificultando un aprendizaje integrado de los estudiantes, como su poca formación en gestión, en investigación y la necesidad un estudio exhaustivo y de mejor relacionamiento interhumano con los pacientes y con los propios colegas. Sería apropiada para intencionar los procesos de enseñanza y aprendizaje y el perfil de un médico acorde a las necesidades político- social, cultural y de desarrollo económico.

Nuestro objetivo fue analizar e interpretar documentos y percepción de los actores relevantes en cuanto a la formación de médico, que permita aportar datos para levantar una propuesta de perfil del ciclo clínico, integrado y pertinente a través de un diseño cualitativo con un énfasis comprensivo.

Autor correspondiente: Osmar Cuenca. Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica. Dirección institucional: Dr. Montero y Lagerenza Mail: cuencatorres@hotmail.com.

Fecha de recepción el 20 de septiembre del 2015; aceptado el 16 de abril del 2016.

Para el levantamiento de información se recurrió a la revisión de artículos, donde buscamos el perfil de otras Universidades de medicinas referentes, tantos de MERCOSUR, como Internacionales. Se realizaron focus group en docentes, pacientes y egresado de la FCM-UNA, también se utilizó entrevistas a empleadores del sector privado, público y seguro social.

Posteriormente, se realizó el proceso de análisis de contenidos con interés interpretativo.

En cuanto al resultado obtenido podemos decir que el egresado clínico debe reunir cierta competencia clínicas, además de buenos relacionamientos con los pacientes, parientes y sus propios colegas y el personal de apoyo.

Cabe además señalar algunos actores coinciden en interacción comunicativas y además en incorporar tecnología de avanzadas, actualización permanente en los saberes disciplinares y en la investigación, una formación contextualizada social y que atienda las necesidades de salud de la población. Una demanda expresada convergentemente es la consideración de la gestión como parte del desempeño del médico, asimismo, en la dimensión de la responsabilidad social, pacientes, egresados y empleadores; relevan la necesidad de formar médicos con sentido humanista, comprometidos con el proyecto de justicia social y que sean éticos, advierten del peligro de la mercantilización del acto médico como regulador de la relación médico-paciente, entre otros.

Un importante hallazgo de la investigación, fue la aparición de dos dimensiones demandadas en la formación del médico como es la enseñanza/docencia

Palabras clave: Perfil de egreso, responsabilidad social.

ABSTRACT

This research was conducted as part of the Curricular Project Innovation, with the need of building a graduate profile in the clinical cycle or subjects, to then make the profile of the graduate of the Faculty of Medical Science at the National University of Asunción (FCM-UNA).

We were building it through articles, documents and relevant actors within and outside the institution, enabling the contribution in building a proposal that optimizes the university education of medical students.

As university teachers we have found a series of problems related to both the isolation of the disciplines that are used in totally independent way hindering an integrated learning for students, as the little training in management, research and the need for a thorough study and better inter-human relationship with patients and with colleagues. This would be appropriate to address the teaching and learning and the profile of a doctor according to the social, cultural, political and economic development needs.

Our objective was to analyze and interpret documents and perception of stakeholders regarding the medical training, that allow to provide data that would give a proposal of the clinical cycle, integrated and relevant through a qualitative design with a comprehensive focus.

A review of articles was used to gather information, which seek the profile of other medical universities, both MERCOSUR and International. focus groups were conducted in teachers, patients and graduated from the FCM-UNA. It was also used interviews with employers from the private, public and social security sectors.

Subsequently, the process of content analysis was performed with interpretive interest.

As for the results obtained we can say that the clinical graduate must meet certain clinical competence, including good relationship with patients, relatives and their own colleagues and support staff.

It should also be noted some actors agree in communicative interaction and also to incorporate advanced technology, continuous updating on the disciplinary knowledge and research, social contextualized training and to address the health needs of the population. A convergent expressed demand is the consideration of management as part of the physician performance, also, in the dimension of social responsibility, patients, alumni and employers; they reveal the need to train physicians with humanistic sense, committed to the project of social justice and ethics, warn against the commodification of the medical act as a regulator of the doctor-patient relationship, among others.

An important finding of the research was the appearance of two demanded dimensions in the medical training such as teaching.

Key Words: graduate profile, social responsibility.

INTRODUCCION

“En la agenda política educativa, particularmente a la luz de la iniciativa de los últimos años los procesos de transformación ocupan un lugar central. La instalación de cambio no solo afecta a las dimensiones estructurales o de funcionamiento administrativo de las universidades, sino que penetra en la profundidad hasta la labor de formación profesional, una de las responsabilidades más propias de la educación superior” (Troncoso K, 2008).

Consideramos que cualquier cambio que surgiese en la carrera de medicina debería ser un cambio en profundidad que vaya desde las autoridades institucionales hasta la labor del docente porque debe haber una voluntad política y creemos que es toda la comunidad la que debe empoderarse del cambio.

En esta investigación, el ámbito de preocupación general es la formación médica por las distintas disciplinas clínicas y su pertinencia para las necesidades sociales del país desde las perspectivas de los actores relevantes.

El ámbito de preocupación específica, se centra en la formación de un perfil del ciclo clínico, levantando demandas que impactan sobre la formación de profesionales en la carrera de medicina, particularmente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (FCM-UNA).

Se espera que el análisis a través de la percepción de los actores relevante, docente, egresado, pacientes y empleadores nos delimite un marco interpretativo que pueda utilizarse en el análisis de diferentes propuestas y estructuras.

Para el propósito del trabajo resultara adecuado indagar sobre la percepción de los actores relevante, docente, egresados, pacientes y empleadores. Precisamente, uno de los supuestos de este trabajo es la necesidad de integración y pertinencia en el currículo de la carrera de medicina en beneficio de los futuros profesionales egresados de la carrera.

Actualmente el currículum de la FCM-UNA contempla materias cuyos contenidos y rumbos se encuentran preocupantemente aislados con poca o ninguna correlación entre las mismas.

El problema aparentemente surge desde los inicios con conformación de cátedras diseñadas e instaladas como islas, existiendo incluso asignaturas que resultan repetitivas, llegando a ser un trastorno para el proceso enseñanza-aprendizaje y una disputa entre los docentes que las conforman.

El actual currículum tampoco responde a los problemas y necesidades de la población, no dándose prioridad a patologías prevalentes de nuestro medio en algunas asignaturas.

OBJETIVOS

El **ámbito de preocupación general** tiene que ver con nuestra acción como docentes y profesionales que problematizan la pertinencia de la formación y la identidad de los egresados en términos de su perfil de egreso en relación con el contexto sociocultural del país. En cuanto al **ámbito de preocupación específico**, las necesidades y demandas de la sociedad y su expresión para la toma de decisiones, intencionalidad y pertinencia en la organización y estructura curricular, específicamente para configurar los perfiles de egreso y el conjunto de competencias de los graduados.

Objetivo general

Comprender e interpretar las demandas y necesidades de distintos actores de la sociedad de alumno durante su formación en disciplinas clínicas desde el contexto histórico, cultural, socio político y económico para disponer de información significativa que sea referente en los procesos de construcción de un perfil de egresado.

Objetivos específicos

Identificar, sistematizar y comprender el sentido y tipo de demandas y necesidades sociales que diversos actores declaran en relación al actuar del egresado desde la opinión de docentes, egresados, pacientes, empleadores; Analizar y significar el conjunto de demandas y necesidades sociales en su relación con la construcción curricular y la formación en disciplinas clínicas.; organizar y comprender las demandas y necesidades de los actores relevantes como declaraciones con pretensiones e intereses que configuran un escenario y contexto país y como exigencias de identidad y formación en la especialidad en disciplinas clínicas; analizar, relacionar e inferir el sentido de las demandas y necesidades atinentes a cada grupo de actores sociales, en relación a la formación, los perfiles y de la identidad de los graduados de FCM-UNA; organizar,

sistematizar y significar los ámbitos de desempeño que debieran caracterizar y distinguir al médico egresado de la FCM UNA, desde la pertinencia social y la significancia institucional

JUSTIFICACION

Los retos de la Educación Superior para el siglo XXI plantean la necesidad de un nuevo proceso educativo, fundamentado en los principios de la excelencia, calidad y pertinencia.

Las escuelas y facultades de Medicina de todo el mundo, en mayor o menor escala han iniciado ese trabajo con una característica especial: la de integrar la educación a los procesos productivos y a los servicios.

Le corresponde a la universidad promover un enfoque más centrado en la satisfacción de las necesidades de la población que en la tendencia de hacer prevalecer los intereses de mercado. Dado que la Universidad Médica centra sus esfuerzos y compromisos en utilizar al máximo su potencial humano y científico, la capacidad creadora y su permanente búsqueda de desarrollo sociocultural y bienestar de los pueblos, perfecciona la enseñanza de la salud a través de un diseño curricular adecuado que incorpore la problemática de salud de la comunidad en la noción de un cambio cualitativo de transformación constante.

La presente investigación trata fundamentalmente sobre el perfil de egreso del alumno de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción al concluir el ciclo clínico.

Se intenta comprender de qué manera se da la relación entre el fenómeno estudiado en el contexto actual de la FCM-UNA, a partir de la percepción de los actores involucrados; a fin de lograr una revisión crítica, profunda y reflexiva sobre el actuar del docente para alcanzar dicho objetivo.

En la actualidad el proceso de formación exige de una conducción que considere como requisito esencial su carácter contextualizado, un enfoque sistémico y dinámico que valore como componente curricular principal, los problemas profesionales que deben ser resueltos por el futuro egresado.

Esta realidad impone un reto a la dirección del proceso enseñanza-aprendizaje y por tanto, a sus actores principales: profesores y estudiantes; ya que la asimilación de los contenidos por el que aprende implica desarrollar las competencias necesarias y suficientes que permitan el desempeño profesional.

La realidad social que atraviesa nuestro país; exige elevar la calidad de la atención en salud de la población; y propicia como una necesidad del contexto actual el profundizar en el tema de la formación docente, de la práctica docente y competencias necesarias en aquellos actores responsables de la formación de los recursos humanos de las distintas profesiones y específicamente de los recursos humanos en Salud. Esta realidad se ve reflejada por el escaso número de instituciones que otorgan espacios de formación profesional en docencia superior.

Se evidencia, la carencia de una política institucional de formación continua y evaluación docente. Académicos en su mayoría con escasa o ninguna formación en docencia universitaria y menos aún en docencia médica superior, falta de motivaciones y en algunos casos insuficiente compromiso docente.

Al culminar el ciclo básico, el estudiante de medicina se adentra al estudio de las materias clínicas, evidenciándose una ausencia total de integración de las mismas como herramienta fundamental para encarar este nuevo ciclo, esto hace que los resultados del aprendizaje del egresado se perciben como incompletos y deficientes, al observarse en ellos una mínima capacidad para evaluar eficazmente diferentes situaciones, priorizar dificultades, asumir decisiones y acciones que permitan resolver el problema o categorías de problemas, que debe estar preparado para asumir una vez concluido el mismo.

Esto evidencia conductas mecanicistas de un importante número de egresados sin que se evidencie el análisis reflexivo de situaciones clínicas lo que lleva a algunos, a asumir conductas inadecuadas para el contexto del problema que enfrentan y a otros, a un estado de inseguridad permanente en relación a su desempeño.

Al inicio de la mayoría de las asignaturas de la carrera se explican los contenidos que se irán desarrollando sin aclarar explícitamente qué logros son los esperados al culminar la asignatura y de qué manera éstos contribuirán en la construcción del perfil de egreso declarado. Como consecuencia de esta situación, a más del conocimiento teórico de la declaración del perfil de egreso que algunos pudieran poseer, existe escasa reflexión sobre los objetivos esperados, el alcance de los resultados del aprendizaje al culminar la formación universitaria y sobre la manera en que éstos pudieran significar en el desempeño profesional.

El proceso educativo en el ciclo clínico es un proceso planificado con un fin preestablecido (los objetivos), condicionado socialmente, organizado pedagógicamente y dirigido al dominio del contenido clínico de la profesión por parte de los estudiantes, así como su desarrollo y educación y tiene un elemento básico o célula (la tarea docente). El proceso docente educativo en el ciclo clínico como sistema de acciones de la Educación Médica Superior tiene como objetivo la personalidad del educando, su transformación en un profesional de la salud, sus técnicas de tecnología educacional o moderna y como método la solución de problemas.

El presente trabajo, pretende explorar el e relacionamiento de aquellos que intervienen en el proceso de enseñanza aprendizaje y que hoy día se encuentran modelando de alguna manera los resultados del aprendizaje de los egresados en la estructura educativa actual de nuestra casa de estudios.

RELEVANCIA

Dado el problema de esta investigación se ha planteado, el presente estudio esperamos tenga un valor significativo para decidir, diseñar, estructurar y organizar los curriculum de formación médica sobre todo en el ciclo clínico; por cuanto las necesidades y demandas de la sociedad entregan información sobre el contexto sociocultural donde la formación se sitúa, se instala y se implementa.

Teniendo información acerca del trabajo de un médico, se pueden comprender los intereses y expectativas de la sociedad en relación a su identidad y orientar su formación universitaria, más aun cuando estas demandas no han sido identificadas, analizadas y comprendidas en nuestro país.

De allí que esta investigación apunta al aporte de nuevo conocimiento, que servirá de base y referente para elaborar un perfil de egreso en el ciclo clínico como metodología para construir otras propuesta formativas en el campo de la salud a partir de la consideración del contexto sociocultural que se ve traducido en los intereses de actores relevantes.

Como contexto para comprender el porqué de la búsqueda de un perfil de egreso real es importante tener en cuenta que la situación sanitaria de la región de las Américas se ve atravesada por una situación de exclusión social de salud con 230 millones de habitantes (46%) que no cuentan con seguro de salud; 125 millones (25%) que no tienen acceso permanente a servicios básicos de salud; 17% de los nacimientos se efectúan fuera del sistema sanitario; 680,000 niños no completan su programa de vacunación y 152 millones viven sin acceso a agua potable y saneamiento básico (1).

Es por esta situación que la Agenda de Salud para las Américas (2).-formulada y aprobada por todos los Ministros de Salud de las Américas- establece un compromiso conjunto entre todos los países de la Región a fin de dar respuesta, a lo largo de la próxima década, a las necesidades de salud de la población, rescatando principios y valores de derechos humanos, universalidad, accesibilidad e inclusión, equidad de salud y participación social.

Se ha generado un proceso de debate y búsqueda de consensos sobre los grandes desafíos que en materia de recursos humanos de salud tienen los países de las Américas, que concluye con una propuesta de carácter regional con el “Llamado a la Acción de Toronto”, señalando que los países deberán formular los planes de acción entre las que se cita:

- Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para que sea posible adaptar la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población (3-4).

Esta es una realidad que la Universidad no puede desconocer ni puede dejar pasar desapercibida en la concepción de un nuevo pensar y reformular la situación en la cual se desarrollan los recursos humanos que deben dar respuestas a las demandas de salud cada día más crecientes, con un sentido contextualizado de la realidad nacional, situacional de la escuela de medicina y la proyección en crecimiento académico, de investigación y la relación de ambas con la responsabilidad social.

Los complejos problemas que se observan en cuanto al personal de salud deben ser abordados según OPS a través de políticas de largo plazo, sostenibles e integrales, orientados no solamente a la superación de los tradicionales desajustes entre educación y servicios, sino también a resolver problemas de la migración, el pluriempleo/desempleo, de la carrera sanitaria y del logro de la competencia laboral” (5).

Es en este marco de grandes desafíos y del avance de los países en la construcción de los planes decenales (3) que los Países Miembros se comprometen en la Conferencia Sanitaria Panamericana del 2007 a llevar adelante el cumplimiento de metas en materia de recursos humanos para la salud para el período 2007- 2015.

El perfil de egreso debe responder a las premisas del saber de la UNESCO saber conocer, saber hacer, saber ser y saber convivir. Es posible señalar el origen de todos estos esfuerzos en un movimiento más amplio que se inicia en los acuerdos suscritos por el Espacio Europeo de Educación Superior (Declaración de Bolonia 1998), donde el acento estuvo puesto en los logros que expresan lo que una persona en proceso de aprendizaje sabe, comprende y es capaz de hacer al culminarlo. Con el objetivo de operativizar el currículum y los objetivos de un tal sistema de enseñanza se han reconocido tres categorías: A)- Conocimientos teóricos y/o fácticos. B)- Destrezas, tanto cognitivas (uso del pensamiento lógico, intuitivo y creativo), como prácticas (fundadas en la destreza manual y en el uso de métodos, materiales, herramientas e instrumentos); y C)- Responsabilidad y autonomía (6).

De allí que la organización de los procesos académicos y la innovación curricular basada en competencias e inspirada en el contexto debieran orientarse mirando la forma de cumplir las metas que implícita y explícitamente quedan señaladas con el tipo, o perfil, al que se aspira.

Ahora bien, es evidente que la Escuela de Medicina debe asegurarse que finalmente este profesional sea el efectivo portador de las características enunciadas en aquel perfil, que es algo así como el germen que encarnará una vez concluida la carrera y el proceso de aprendizaje.

Diseño metodológico

Este trabajo pretende realizar el levantamiento de demandas y necesidades de la sociedad a la formación del médico general, para la construcción de un perfil de egreso, pertinente, con identidad y sello institucional, por lo tanto es una investigación cualitativa con interés interpretativo, porque se orienta a comprender y dar sentido al mundo en el cuál nosotros vivimos, cómo, porqué y de qué manera los fenómenos sociales ocurren.

En las investigaciones cualitativas, se producen significados y conocimientos a partir de las opiniones, creencias, representaciones, experiencias y sentimientos de las personas. Describen y analizan, desde una lógica más bien comprensiva e inductiva, los fenómenos sociales en la forma en que ellos ocurren naturalmente, ofreciendo como resultado la interpretación de una situación desde una perspectiva relacional y holística.

Las necesidades y demandas a la formación de los médicos generales, son construcciones que dependen del contexto, y para analizarlas en una primera etapa debemos identificarlas, a partir de la consulta con distintos actores sociales interesados. Para identificar e interpretar las necesidades sentidas y las demandas expresadas por la población a la formación de médicos generales, debemos obtener información a partir de los pacientes que representen distintos sectores de la sociedad, así como de los empleadores.

Las informaciones cualitativas son colectadas a través de encuentros con los sujetos en entrevistas, encuestas, entrevistas grupales o por la observación.

Las técnicas de muestreo cualitativos apuntan a buscar información a partir de personas, grupos o subgrupos específicos de la población.

El tipo de diseño es cualitativo de interés comprensivo-interpretativo.

Fases del diseño de Investigación

Fases	Actividades
Inicial	1. Planteamiento del problema. 2. Revisión bibliográfica. 3. Formulación de los objetivos. 4. Redacción del marco teórico 5. Formular el diseño metodológico. 6. Elaborar los instrumentos. 7. Organizar los grupos para informantes clave: alumnos-egresados, pacientes, empleadores y docentes. 8. Realizar los grupos focales
Pre-analítica	1. Codificación 2. Categorización
Analítica	1. Análisis de contenido de la información recogida en los focus. 2. Análisis documental
Interpretativa	1. Comprender y significar, las demandas y necesidades identificadas, desde las características del contexto. 2. Comprender y significar los enunciados del análisis documental.

Universo y población

Actores relevantes para la contextualización curricular que expresan necesidades y demandas al médico general y que se consideran referentes en la elaboración de un curriculum y de perfiles. Estos actores representan grupos de interés y para este estudio se han seleccionado los siguientes: 1-Alumnos del ciclo clínico y egresados; 2- Docentes; 3- Pacientes; 4- Empleadores

Muestra y casos estudio

- A. **Tipo de muestra:** No probabilístico intencional con casos de estudio, cada caso representa un actor que expresa la opinión de los informantes claves.

- B. Casos de estudio:** 1)- Alumnos – egresados de la Facultad de Medicina - UNA;
2)- Docentes, académicos de la Facultad de Medicina - UNA, Facultades Privadas;
3)- Pacientes atendidos en los hospitales de Clínicas, privados, Central del IPS, Regionales del Ministerio de Salud o en los hospitales distritales; 4)- Empleadores públicos y privados

Casos de estudio y criterios de selección para reunir información

Casos de estudio	Criterios y Fundamentación
Alumnos-egresados	- Ambos sexos, alumnos 4°, 5° y 6° Curso de la Facultad de Medicina - UNA. Egresados, médicos-internos. - Total: 10 informantes claves. - Fundamentación: Dado que estos alumnos pertenecen al ciclo clínico, y pueden ofrecer su opinión sobre su proceso enseñanza-aprendizaje. - Los médicos internos proporcionan información sobre si su proceso formativo es contextualizado, por lo que empiezan a asumir su rol de profesional.
Docentes-académicos	- Ambos sexos, Docentes que desempeñan procesos de enseñanza-aprendizaje en la Facultad de Medicina, en el ciclo Clínico, de la UNA, docentes pertenecientes a otras facultades privadas, docentes que lideran comisiones de admisión para concursos de especialidades, académicos que lideran jefaturas de cátedras de ciclos clínicos en facultades públicas y privadas. - Fundamentación: los docentes-académicos representan un grupo de opinión muy importante, por su experiencia docente, su visión y reflexión sobre la profesión, y su propia práctica profesional.
Pacientes	- Ambos sexos, de distintas edades, procedentes de áreas rurales y urbanas, distintas condiciones económicas, diferentes grados de instrucción, que fueron atendidos en hospitales públicos y privados. - Total: 10 informantes claves. - Fundamentación: deben constituirse en informantes que respondan a distintos perfiles demográficos y socioculturales que representen distintos núcleos poblacionales.
Empleadores	- Ambos sexos. - Directores de centros privados - Directores o jefes de departamentos del IPS urbano y rural y de Hospitales del Ministerio de Salud pública urbano y rural, y Hospital de Clínicas. - Parlamentario de la comisión de salud. - Sujetos: 10 informantes claves. - Fundamentación: los directivos y autoridades suelen administrar demandas de la población y necesidades de los servicios, además aportan su opinión sobre el rol o perfil del médico que necesitan.

Recolección de información. Técnicas seleccionadas:

El **Focus Group**, que es una técnica que pretende comprender un proceso social, por lo tanto posibilita generar espacios de diálogo entre diversos actores y potencia la conversación grupal, exige un ambiente de confianza, es posible conseguir gran cantidad de información en poco tiempo y potencia la interacción comunicativa y los actos de habla no solo declarativos sino las actitudes, expresiones, los lenguajes gestuales, todo esto constituye material de información para el investigador.

En este estudio, dado su problema, si objeto de estudio y sus objetivos, hemos decidido que dicha técnica es la que permite reunir información significativa y relevante para comprender las necesidades y demandas de diversos grupos de interés.

La metodología que utilizaremos en el diseño y aplicación del focus consiste en conformar para cada caso de estudio, grupo focal distinto para que la información se focalice y se analice de acuerdo a cada grupo de interés y evitar las hegemonías, con el propósito impedir inhibiciones por relación de poder o distancias culturales o sociales que pudieran generar inhibiciones entre los sujetos.

No obstante, pensamos que en nuestra cultura latinoamericana, y por los mismos procesos históricos y políticos que ha vivido nuestro país, no existe un ejercicio ciudadano acostumbrado al diálogo, el debate y el disenso, a exponer ideas, y sostener conversaciones. Por los actores que consultaremos, el tipo y características del moderador y los guiones resultan clave.

Pasos a seguir para aplicación de los focus:

- 1.- Determinar el propósito, objetivos, dimensiones y guiones de la actividad.
- 2.- Seleccionar los moderadores del grupo focal: un moderador y un observador para la toma de notas, poseer una grabadora.
- 3.- Validación de los guiones con expertos.
- 4.- Selección, identificación e invitación de los participantes.
- 5.- Selección del lugar adecuado.
- 6.- Realización el grupo focal.
- 7.- Transcripciones y codificación.
- 8.- Análisis de contenido la información según categorías.

Entrevista en profundidad, es un técnica válida en investigaciones cualitativas, y permite reunir información significativa y relevante, que servirá para comprender las necesidades y demandas de diversos grupos de interés; atendiendo a que los casos empleadores (actores sociales, que representan el caso de estudio) tienen una limitación al tiempo por las actividades en las que se desempeñan, hemos decidido realizar a los mismos, la entrevista en profundidad.

Dimensiones y descriptores para la elaboración de guiones:

Para relevar, analizar y dar sentido a las demandas y necesidades sociales, se asume que éstas se expresan en los actos de habla de diversos sujetos que poseen intereses y acciones, funciones o roles semejantes, de allí que llamamos “actores sociales”, no a un individuo, sino a un grupo que tiene pertenencia sociocultural, económica o política en un contexto específico y pretende salvaguardar ciertos intereses y orienta sus acciones hacia fines convergentes.

Para estructurar las demandas de los “actores sociales” se han determinado dimensiones que se supone constituyen los elementos centrales y transversales que permiten dar sentido y describir lo que pretendemos expresar como demanda y necesidad en un contexto social y para propósitos formativos. Así para cada actor social, que en esta investigación se traduce en cada caso de estudio, se tiene las siguientes dimensiones:

- 1.- **Interacción comunicativa:** intencionan actos de habla hacia el entendimiento en un trasfondo comunicativo, considerando contexto, espacio y “mundo de la vida”, por tanto acción comunicativa entre sujetos orientada al entendimiento en un trasfondo comunicativo.
- 2.- **Desempeño profesional:** conjunto de saberes disciplinares, diagnósticos y terapéuticos, con movilización de conocimientos, recursos, habilidades, actitudes, redes para actuar profesionalmente y de manera competente en resolver problemas de salud de la población.
- 3.- **Responsabilidad social:** función social de la profesión, la capacidad para formarse y actuar en tanto ciudadanos activos con un elevado compromiso ético, la capacidad para anticipar los cambios y trabajar a favor de un mundo a la medida del ser humano y no únicamente de las fuerzas económicas, del resultado técnico o del éxito individual, compromiso con la sociedad y su transformación. posibilidades de intervención social, por ejemplo la pobreza, la exclusión social, la discriminación, la desigualdad, aspectos éticos y valóricos.
- 4.- **Gestión:** administrar recursos y materiales, liderar, coordinar, mediar y dirigir redes sociales, profesionales, corporativas, estimular e impulsar trabajo en equipos multiprofesionales, movilizar y articular diversos recursos para resolver los problemas de salud de sus pacientes, iniciativa, pro actividad, anticipación, compromiso.
- 5.- **Investigación:** Participación en trabajos de investigación y desarrollo de proyectos propios. Aplica criterios de medicina basada en evidencias

Análisis de contenido

Para el análisis de contenido en su fase inicial, se conformaron dimensiones que se basaron en el problema de estudio, objetivos, sustentados por los supuestos teórico descripto en el marco interpretativo.

En un primer nivel de análisis, que desarrolla la información obtenida a partir de la matriz de síntesis, que organiza las ideas fuerza, los enunciados más recurrentes y relevantes en razón de las dimensiones categoriales definidas.

A partir de los enunciados por los informantes de cada caso se atribuyeron a cada dimensión aquellos enunciados que podrían entenderse como demandas y necesidades que se organizan por ámbitos de formación de un perfil de egresado del ciclo clínico. Esta etapa permite describir y relacional las ideas más convergentes, los énfasis más significativos y las opiniones más relevantes de los informantes que participaron en cada uno de los focus group, así como también las que fueron vertidas por los entrevistados del caso de los empleadores.

En cuanto al análisis de las competencias clínicas, en varios artículos hay un consenso aparente de cuáles son los componentes que deben incluir las competencias clínicas, lo cual podría ser utilizado en el perfil de la FCM-UNA.

Las competencias clínicas son:

- 1.- **Destreza clínica o Habilidades clínicas:** habilidad para adquirir información, conversando y examinando al paciente, e interpretar la significación de la información obtenida
- 2.- **Conocimientos y comprensión:** La habilidad para recordar información relevante acerca de los aspectos clínicos con objeto de proveer una atención efectiva y eficiente a los pacientes.
- 3.- **Solución de problemas y juicio clínico:** La aplicación de conocimientos relevantes, destrezas clínicas y atributos interpersonales al diagnóstico, investigación y manejo de los problemas clínicos de un paciente dado
- 4.- **Habilidades Técnicas:** La habilidad para usar procedimientos y técnicas especiales en la investigación y manejo de pacientes.
- 5.- **Atributos interpersonales:** La expresión de aquellos aspectos de carácter personal y profesional del médico que son observables en su interacción con los pacientes. A 1-173 y A 4-47

Si queremos realizar nuestro perfil de egreso por competencias debemos hacer cambios radicales desde la estructura organizativa y económica de la FCM-UNA, en la formación docente continua , en el empleo de TICS y otros instrumentos pertinentes, en el compromiso del alumno, en la integración, congruencia y coherencia entre las materias de grado y ellas con post grado, en la actualización de los contenidos, en la aplicación de estrategias de enseñanza-aprendizaje, en la actualización de los sistemas de evaluación, en la investigación, pero sobre todo, y más relevante es realizar cambios profundos en el pensamiento de los que formamos parte de la FCM-UNA.

La educación por competencias implica:

- 1.- Transitar del enfoque centrado en la enseñanza hacia el enfoque centrado en el aprendizaje.

- 2.- Lograr que el estudiante se apropie del control de su proceso formativo
- 3.- Realizar trabajo directo con el estudiante por medio de la actividad de tutoría o de asesoría.
- 4.- Lograr la congruencia de cada asignatura, materia, módulo o área con las competencias.
- 5.- Aplicar una diversidad de estrategias de enseñanza aprendizaje a lo largo del currículo y adecuadas al programa académico.
- 6.- Lograr la integración básico-clínica y teórico práctica a lo largo del currículo.
- 7.- Emplear las TIC de manera cotidiana y eficiente.
- 8.- Promover el trabajo colaborativo para favorecer el enfoque constructivista.
- 9.- Desarrollar sistemas integrales de evaluación que tomen en cuenta el proceso curricular, el aprendizaje, la enseñanza, la realimentación y la actualización permanente de todos los componentes.
- 10.-Actualizar los contenidos y materiales educativos de manera permanente.
- 11.-Formar y capacitar al docente en forma continua.
- 12.-Promover actividades multi e interdisciplinarias.
- 13.-Desarrollar investigación en educación médica cotidiana y aplicar los resultados. A 4-44,45

El aprendizaje basado en competencias ocupa en este momento un interesante lugar en la forma del como plantear el proceso enseñanza-aprendizaje, si bien su uso es aceptado no podemos estar seguros que ello hay implicado un cambio integral en el pensamiento de los docentes.

Sin un cambio metodológico claro y sin un cambio en la forma de pensar, planificar, desarrollar y evaluar el proceso de enseñanza-aprendizaje, el aprendizaje basado en competencias será una moda pasajera, una oportunidad perdida, un sueño educativo más. A 6-263.

Las competencias adquiridas a lo largo de la carrera, llevan a formar un médico apto para realizar adecuados interrogatorios, examen clínico inicial, historia clínica completa; incluso de formulación de hipótesis diagnósticas y tratamientos pertinentes a la patología, no así con respecto a los aspectos éticos y legales o el desempeño como líder, dueño del paciente, capaz de tomar decisiones para cambiar situaciones.

En lo referente a la dimensión Responsabilidad Social, es muy importante recordar en una facultad como la nuestra, en donde alumnos pasan por la misma sin darse cuenta que existe una obligación para con la sociedad; que la facultad tiene establecido un delineamiento social y sanitario, que pretende titular a personas comprometidas con la mejoría de la situación sanitaria del país.

En esta dimensión, se entiende a la responsabilidad social, desde una perspectiva transformacional, dinámica, una dimensión transversal en el desempeño médico, que apunta a lograr una sociedad más justa, solidaria, igualitaria, sustentable, donde las acciones y desempeños profesionales individuales y colectivos se empeñan en proponer, reflexionar, participar y contribuir en la construcción de una sociedad mejor respondiendo a las necesidades y demandas sociales y para la solución de las problemáticas que enfrentan los diversos contextos locales y regionales.

Desde la mirada de los docentes y empleadores, sostienen que un sujeto actúa con responsabilidad social siendo honesto, humano, compasivo, dando ejemplos de vida para los alumnos y para los demás, con aptitud de respeto entre los mismos y al paciente.

Los alumnos a su vez, afirman que la Facultad está caracterizada por la inequidad, la falta de justicia social, de compromiso hacia la clase indigente, y se ve reflejada en sus estudiantes, además consideran que una forma de responsabilidad social, es la atención no mercantilista, el desempeño ético en su profesión, y tanto los alumnos como docentes coinciden que la manera de retribuir a su comunidad, en razón a que su formación en una Universidad Pública, está siendo costeadada por los bienes del estado, es preocupándose de los problemas de salud pública, prevención, promoción.

En tanto los pacientes, afirman que el médico debe dedicarse completamente a su profesión, en razón que sus actividades políticas, le llevarán un tiempo considerable, en el que se verá afectado el tiempo dedicado a la atención de sus pacientes.

La **Investigación** debe ser fomentada desde el Perfil en forma transversal, formando estudiantes que sepan y reconozcan la investigación, aunque no todos sean luego investigadores. La investigación apoya la academia y viceversa, se retroalimentan. En la FCM-UNA y en toda la Universidad paraguaya la investigación se encuentra en pañales, implementándose el escalafonamiento del investigador y el financiamiento de las investigaciones a nivel gubernamental solo hace pocos años, por lo tanto desde el Perfil se debe motivar, fomentar y normatizar la investigación en los diferentes ámbitos, estimulando la curiosidad científica con énfasis en el conocimiento interdisciplinario.

Los Alumnos, Médicos egresados y Docentes-académicos, convergen en la necesidad de fomentar el área investigativa, estableciendo líneas de investigación de acuerdo a las necesidades nacionales, gestionando apoyo presupuestario y estimulando el interés de los alumnos desde sus inicios, creando en ellos ese “espíritu de búsqueda constante”, tan necesario para hacer investigación.

El compromiso asumido por la Facultad de Medicina no cumple el objetivo establecido, ya que Metodología de la Investigación es la materia base para la realización de cualquier proyecto investigativo.

Debe señalarse que la investigación constituye uno de los fines principales de la Universidad, conforme el artículo 79 de la Constitución Nacional y este fin precisa tener cierta centralidad a fin de que la Universidad base su liderazgo en la producción y difusión de conocimientos que tengan incidencia tanto en los programas de docencia, asistencia y responsabilidad.

Es pertinente destacar que la centralidad de la creación de nuevo conocimiento constituye un rasgo distintivo de la universidad y ello implica promover habilidades y competencias para el descubrimiento, la formulación de nuevos principios, hipótesis o teorías, la identificación o invención de nuevos métodos o técnicas y la formación de nuevos investigadores.

Declaración del perfil clínico en términos de Dominios y competencias:

Dominio Interacción Comunicativa. Los actores consultados (casos de estudio) convergen en exigir que la institución forme egresados del ciclo clínico, que se caractericen y distingan:

- a)- Dialogando efectiva y eficientemente con el paciente y su entorno familiar, sobre todo lo relacionado con su enfermedad, con veracidad y honestidad, respetando su autonomía;
- b)- Otorgando un trato igualitario con respeto, amorosidad y compasivo, considerando la necesidad del paciente del contacto - examen físico;
- c)- Respetando la cultura del paciente, en cuanto a sus creencias, costumbres y su idioma;
- d)- Integrando colectivos de trabajo con el equipo de salud, en un marco de respeto, tolerancia, humildad, cooperación, y amabilidad;
- e)- Transfiriendo conocimientos e intercambiando experiencias y juicios a través de la discusión, el disenso, la crítica y el debate con respeto.

Dominio Competencias Clínicas. Con énfasis en el pensamiento crítico en las acciones, no sólo un pensamiento procedimental, actúen:

- a)- Diagnosticando las enfermedades a través del método clínico, con dominios en las prácticas de las afecciones emergentes y prevalentes en la sociedad en la que se inserta;
- b)- Actualizando en forma continua su formación, tomando en cuenta su contexto, y los estándares de calidad;
- c)- Incorporando a su práctica los avances tecnológicos en la disciplina;
- d)- Practicando las técnicas semiológicas pertinentes en variedad y complejidad al lugar donde se desempeñe profesionalmente;
- e)- Ejerciendo la medicina con enfoques en la promoción, prevención y los avances en salud y responda a las necesidades de la sociedad donde se instala e interactúa.

Dominio Responsabilidad Social. Tiene significancia para la Universidad, en sentido de transformación y construcción de un sujeto en la sociedad, considera las dimensiones del desarrollo personal, la gestión y liderazgo, los derechos humanos, profesionalismo, la ética y ciudadanía activa, es lo que debiera distinguir al egresado:

- a)- Ejerciendo honestamente, con criterio humanista, ético, con respeto, equidad, justicia y compasión;
- b)- Respetando la autonomía del paciente;
- c)- Asistiendo, orientando y gestionando a favor de personas carenciadas;
- d)- Realizando las prácticas médicas con autocritica y autoaprendizaje permanente, con transparencia y espíritu de diálogo;
- e)- Participando en las políticas públicas en materia de salud con redes de apoyo, en el que sean detectadas las necesidades y demandas de la comunidad, sin ningún tipo de discriminación;
- f)- Demostrando posicionamiento crítico ante la masificación de la profesión y mercantilización de la formación médica y del acto médico;
- g)- Trabajando con un comportamiento ecológico cotidiano, orientado hacia el uso inteligente y respetuoso del medio ambiente;
- h)- Promoviendo y potenciando el aprendizaje auto dirigido y autoregulación, deponiendo intereses personales en beneficio del bien común;
- i)- Teniendo conocimiento y estando comprometido con la ética profesional.

Dominio Docencia Aprendizaje-Enseñanza. Constituye un rol propio del quehacer médico que cumple funciones como docente y educador, que lleva a cabo acciones de enseñanza con los equipos de salud, en acciones de promoción, prevención en las personas, familia y comunidad. Asimismo, debe participar en los programas de formación continua compartiendo experiencias y

reflexionando sobre su práctica. Las acciones y competencias necesarias serían: a)- Realizando transferencias de saberes y experiencias con razonamiento crítico y reflexivo; b)- Comunicándose en un lenguaje comprensible, asegurando interacciones efectivas y significativas con pacientes y comunidades de diversos contextos socioculturales; c)- Generando ambientes e incorporando tecnologías para el aprendizaje que consideren el respeto a la vida y al medio ambiente; d)- Elaborando programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades en distintos contextos.

Dominio Investigación. Refiere fundamentalmente en una formación que permita y potencie el pensamiento científico, razonamiento crítico con actitud de búsqueda permanente del conocimiento y sus aplicaciones médicas. Cabe, destacar que en los docentes debe ser un compromiso de desempeño estableciendo un sistema de escalafonamiento del investigador, áreas y tutoría constante: a)- Evaluando la práctica clínica tendiente a la mejora continua, el registro, sistematización y comunicación de los hallazgos para producción de conocimiento relevante a los contextos de salud local; b)- Explicando e interpretando información científica a través del manejo adecuado del método científico, discriminando la validez y confiabilidad de la información obtenida, orientándose a la toma de decisiones con base en el juicio crítico y la evidencia empírica actualizada; c)- Participando en equipos de investigación multidisciplinarios que aborden problemas relevantes para el sistema de salud local; d)- Evidenciando suficiencia investigativa y dominios de las disciplinas de las ciencias médicas y de los enfoques y métodos más pertinentes a los problemas de salud de la población; e)- Manejando y dominando estrategias, técnicas de almacenamiento procesamiento y análisis de datos e información en sistemas informáticos; f)- Utilizando el idioma inglés para acceder a las fuentes de información relevantes, así como la tecnología informática.

Dominio Gestión. Constituye un ámbito cada vez más relevado en la formación de profesionales de salud, creemos que un médico siempre está inserto y actúa en organizaciones, y las estructuras organizacionales de los sistemas de salud y hospitales se tornan cada día más complejas. La acción misma del alumno requiere movilizar muchos recursos y redes para optimizar su uso y eficiencia. Entonces, los egresados en la formación clínica, estarían comprometidos: a)- Actuando como líder comunitario y estableciendo redes que le permitan conseguir los recursos que requiere para la atención; b)- Movilizando diversos recursos y redes según las necesidades en diferentes contextos en distintos escenarios y niveles del sistema de salud; c)- Integrando y participando de manera eficiente y con criterio de calidad equipos de salud con énfasis en estrategias de atención primaria; d)- Optimizando los recursos disponibles y dominando los procesos y procedimientos de la gestión administrativa hospitalaria para mejorar la eficiencia en la atención del paciente; e)- Evaluando la relación costos y beneficio para la optimización de recursos y minimización de los riesgos; f)- Dominando el Marco Jurídico en materia de Salud, el plan de estudios por competencias y sus programas académicos. Las estructuras orgánicas y funcionales de la Facultad de Medicina y su vinculación con otras instituciones de educación superior. La organización del Sistema Nacional de Salud y su vinculación con la facultad de medicina; g)- Gestionando los recursos necesarios para equipar los centros, constituir un equipo calificado y para contar con los insumos necesarios para realizar el trabajo; h)- Integrando y liderando equipos de trabajo multidisciplinarios y multiprofesionales; i)- Organizando y planificando, estableciendo metas, determinando indicadores de logros, ejecutando las tareas, evaluando los resultados y efectos, practicando la auto evaluación y la rendición de cuentas; j)- Formándose y actualizándose permanentemente en gestión, administración hospitalaria y salud pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OIT/OPS. Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe. Reunión regional tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS. México; 1999.
2. OPS/OMS. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. Washington, DC: OPS; 2007
3. Llamado a la acción de Toronto, Hacia una década de recursos humanos para la salud en las Américas, OPS, Salud Canadá y el Ministerio de Salud de Ontario y Long Term Care. Toronto, Canadá; octubre de 2005.
4. OPS/OMS. Consulta Regional de Recursos Humanos en el Sector de la Salud: Retos fundamentales en: <http://observatoriorh.org>.
5. Mirta Roses. Conferencia de clausura de la Reunión de Buenos Aires 30/15 en: Hacia un cuidado integral de la salud para la equidad: De Alma Ata a la Declaración del Milenio. Ministerio de Salud. Argentina; 2007.
6. Recomendación 2008/C 111/01/CE del Parlamento Europeo y del Consejo Europeo, de 23 de abril de 2008, relativa a la creación del Marco Europeo de Cualificaciones para el aprendizaje permanente http://ec.europa.eu/dgs/education_culture/index_es.html.
7. Marlon Guillermo Bernal Montaña. Evaluación de competencias clínicas en semiología. Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia). Salud Uninorte 2007; 23 (2): 172-183.
8. Adalbero Amaya Afanador. Simulación clínica: ¿pretende la educación médica basada en la simulación remplazar la formación tradicional en medicina y otras ciencias de la salud en cuanto a la experiencia actual con los pacientes? Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D. C., Colombia. Universidad Médica Bogotá (Colombia). Julio-Setiembre de 2008; 49 (3): 399-405.
9. Gustavo Hawes B. Evaluación de logros de aprendizaje de competencias. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. www.gustavohawes.com. Pag. 1-6
10. Ma B. Irene Durante Montiel, Adrián Martínez González, Sara Morales López, José Rogelio Lozano Sánchez, Melchor Sánchez Mendiola. Educación por competencias: de estudiante a médico. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, México. Noviembre-Diciembre 2011, 54 (6): 42-50.
11. Juan José Irigoyen, Miriam Yerith Jiménez, Karla Fabiola Acuña. Competencias y Educación Superior. Revista Mexicana de Investigación Educativa. Enero-Marzo 2011; 16 (48): 42-50.
12. Rodolfo Peón Aguirre (Centro de Tecnología Educativa (EDUCADIS) -Universidad de Sonora), Alejandro Ibarra (NOVA Southeastern University Fischler Graduate School of Education and Human Service). Necesidad de nuevas competencias en el docente de Educación Superior. Pag: 1-
13. María Alexandra Rendón Uribe. Una descripción de los estilos de enseñanza en la Universidad de Antioquia 1. Facultad de Educación- Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. UNIPLURI/VERSIDAD 2010; 10 (2):1-16.
14. Manuel Pulido Martos, Manuel Jesús de la Torre Cruz, Pedro Jesús Luque Ramos y Antonio Palomo Monereo. Estilos de enseñanza y aprendizaje en el EEES: un Enfoque cualitativo. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad de Jaén, España. Revista Estilos de Aprendizaje Octubre de 2009; 4 (4):1-12.
15. Boelen Charles, Woollard Robert. Consenso Global sobre la Responsabilidad Social de las Facultades de Medicina. Educación Médica. Marzo 2011; 14 (1): 7-14.
16. Martínez-González A., López-Bárcena J., Herrera Saint-Leu P., Ocampo-Martínez J., Petra I., Uribe-Martínez G. et al. Modelo de competencias del profesor de medicina. Educación médica. Setiembre 2008; 11 (3): 157-167.
17. Brailovsky CA. Educación médica, evaluación de competencias. Aportes para un cambio curricular en La Argentina. University Press. Buenos Aires 2001: 103-122.
18. Bueno P, y Landa V. Aprendizaje Basado En Problemas. Theoria 2004; 13: 145-157.
19. Blanca H. de Espínola, Samuel Bluvstein, Ingrid G. Melis y Marcelo A. González. La formación de competencias clínicas según la percepción de los graduados de medicina de la UNNE Argentina. Educación Médica de Barcelona Marzo 2005; 8 (1): 1-9.

20. Washington Rosell Puig, Ena Rosa Paneque Ramos. Consideraciones generales de los métodos de enseñanza y su aplicación en cada etapa del aprendizaje. Revista Ciencias Médicas de la Habana. Abril-Junio 2009; 8 (2): 1-6.
21. Vivian Soto Santiesteban, Gilberto Felicó Herrera. La interacción comunicativa profesor-alumno en la Educación Medica Superior. Cuadernos de Educación y Desarrollo. Malaga, España. Abril 2011; 3 (26): 1-5.
22. Moore P, GómezG, Kurtz S, Vargas A. La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? Rev Med Chile 2010; 138: 1047-1054-
23. Villalba J.C., Ferreira R. "Necesidades y demandas a la formación de médicos cirujanos en Paraguay a partir de la opinión de actores sociales relevantes: UN ESTUDIO analítico comprensivo para orientar la construcción de programas de formación de cirujanos generales.", Tesis para la obtención del título de magister en educación médica, Asunción, FCM-UNA año 2012.

