

## Retos para la implementación de competencias en la educación médica

---

*AA Dr. Sergio Ronceros Medrano <sup>1</sup>*

Muchísimas gracias, Dr. Podestá, y buenos días con todos. Voy a compartir pantalla. Me pidieron que hiciera una exposición sobre la implementación curricular y el enfoque de competencias: cuáles son sus retos.

Mi exposición va a consistir en dos momentos, hasta tres momentos. El primero básicamente enfocado muy rápidamente en cómo es la competencia y cómo surge ella. Después, el proceso de la Facultad de Medicina que inició en el año 2017 y se implementó en 2018 haciendo una reforma curricular que tenía como principal elemento el enfoque de competencias. Creo que es importante que se conozca una experiencia de esta naturaleza de una universidad pública, porque a partir de esa experiencia podemos sacar conclusiones y definir cuáles son aquellos elementos que son cuellos de botella, que son nudos críticos que se tienen que resolver y con qué se tiene que empezar uno de estos temas, porque realmente es de difícil abordaje y muy complicado el proceso.

Las competencias surgen de varios simposios, de varias organizaciones. He escogido dos, pues me

parecen elementos importantes para definir esto. El primero es este informe de UNESCO que hizo el equipo de Jacques Delors y tiene como título "La Educación encierra un tesoro". Surge en un momento de tensiones como él mismo lo declara en su informe: la atención entre lo mundial y lo local, la atención entre lo universal y lo singular, entre la tradición y la modernidad, entre el largo y corto plazo, entre la indispensable competencia y la preocupación por la igualdad de oportunidades, la tensión entre el extraordinario desarrollo de los conocimientos y las capacidades de asimilación del ser humano, la tensión entre lo espiritual y lo material.

Y surgen los 4 pilares de la educación: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a vivir juntos y aprender a ser. Aprender a conocer combina una cultura general suficientemente amplia con la posibilidad de profundizar los conocimientos en un pequeño número de materias. Es lo que nosotros requerimos en la actualidad. La cantidad de información que existe no puede ser abordada por el ser humano, necesita concentrarse en aquellos elementos que son puntuales y necesarios para su desarrollo profesional.

---

<sup>1</sup> Médico patólogo clínico, magister en bioquímica y nutrición y doctor en medicina, ex decano de la Facultad San Fernando de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, ex presidente de ASPEFAM, profesor principal en la Universidad de San Marcos, Académico Asociado de la Academia Nacional de Medicina

Aprender a hacer con el fin de adquirir no sólo una calificación profesional sino una competencia que capacite al individuo para hacer frente a gran número de situaciones y, sobre todo, a trabajar en equipo.

Aprender a vivir juntos es una necesidad de toda la raza humana en todo sitio, desarrollando la comprensión del otro y la percepción de las formas de interdependencia para realizar proyectos comunes.

Y, aprender a ser para que florezca mejor la propia personalidad y se esté en condiciones de obrar con creciente capacidad de autonomía, de juicio y de responsabilidad.

El Proyecto Tuning recoge reflexiones y perspectivas de la educación superior en América Latina. Define muy bien el tema de las competencias en dos partes tomadas de autores y que están recogidas en esta presentación. Una de ellas es que las competencias son las capacidades que todo ser humano necesita para resolver, de manera eficaz y autónoma, las situaciones de la vida. Se fundamenta en un saber profundo, no sólo saber qué y saber cómo, sino saber ser persona en un mundo complejo cambiante y competitivo.

Las complejas capacidades, integradas en diversos grados de la educación, deben formar a los individuos para que puedan desempeñarse como sujetos responsables en diferentes situaciones y contextos de la vida social y personal, sabiendo ver, hacer, actuar y disfrutar convenientemente, evaluando alternativas, eligiendo las estrategias adecuadas y haciéndose cargo de las decisiones tomadas.

Y hay también otras opiniones similares. En 2000, Ángel Díaz Barriga, mexicano, se pregunta en su artículo de investigación: ¿El enfoque de competencias en la educación es una alternativa o simplemente una rutina? Él dice que un elemento que caracteriza y distingue las reformas educativas es el de la "innovación", tema cuya ejecución, si bien significa un reto, la mayoría de las veces va acompañada de una compulsividad que impide su consolidación y revisión conceptual. La idea es llegar a una articulación conceptual del término que permita caracterizar los elementos que definen a las competencias en educación y, desde un sentido más pedagógico, ubicar su posible aplicación en el campo curricular. Díaz se hace la siguiente pregunta que es

importante antes del proceso de comenzar una reforma curricular: ¿Realmente el enfoque de competencias representa una innovación o es sólo una apariencia de cambio?

Todo esto lo tomamos nosotros en cuenta para comenzar a trabajar nuestra propia reforma. Esta es la experiencia de la Facultad de San Fernando en los años 2017-2018. Los documentos utilizados para empezar la reforma fueron la Ley Universitaria, el Estatuto de la Universidad Mayor de San Marcos, la Ley General de Salud, el Plan Estratégico Institucional, el Modelo Educativo UNMSM y la Guía de diseño curricular. El objetivo fue innovar los Planes Curriculares. La Facultad de Medicina es un poco diferente a las otras Facultades porque agrupa 5 Escuelas, una de ellas Medicina, pero también está Enfermería, Obstetricia, Tecnología Médica y Nutrición; por lo que se hacía más complejo el desarrollo de un Plan de Reforma, pues ello implicaba que las 5 Escuelas estuvieran integradas y trabajaran en forma articulada.

Dividimos este trabajo en 3 etapas. En la primera se fue recogiendo la información. Se formó un grupo inicial de profesores, que no tenían ningún cargo académico ni de gestión en la Universidad, para que hicieran una investigación y nos trajeran toda aquella información que iba a nutrir al equipo para desarrollar este trabajo. Luego, invitamos a los proveedores de servicios de salud para que nos explicaran cuál es la brecha en los profesionales de salud, y después hicimos una visita a universidades extranjeras. Durante la segunda etapa se estableció una propuesta curricular. Durante la tercera etapa se validó y aprobó la propuesta de reforma de la Facultad de Medicina.

Vamos a describir muy rápidamente cada etapa y vamos a poner énfasis en algunas situaciones especiales que -nos parece- fueron trascendentales para nuestro trabajo.

La primera etapa, acopio de la información. Se formaron 3 grupos de trabajo y se hicieron 2 informes. El primer grupo de trabajo analizó las tendencias sanitarias en el escenario global-local. Lo dirigió un profesor nuestro muy importante, muy trabajador y de mucha investigación, el Dr. Juan Pablo Murillo. Y de él extrajimos 3 elementos que nos parecieron sumamente importantes. Las nuevas reformas en la educación médica atienden dos asuntos de gran importancia: el interprofesional y

el transprofesional. Era necesario, sobre todo en una Facultad que tenía 5 Escuelas, tomar en cuenta la interprofesionalidad y la transprofesionalidad porque en ello debíamos basar nuestro trabajo. Lo interprofesional y lo transprofesional se trasluce siempre en un equipo de trabajo. Adicionalmente a esto, lo transprofesional tiene incluida dentro de su equipo de trabajo a la comunidad en general.

El mandato del futuro es innovar o perecer, ¿no es cierto? Para la Fundación RAND, frente a la crisis de financiamiento de los sistemas de salud, la única salida es la innovación. Y eso es algo que tenemos que declarar. Nos pusimos a trabajar en esto, tratamos de hacer innovación, creo que conseguimos algo de esto y ustedes lo van a ver más adelante cuando concluyamos con la exposición.

Y el tercer tema importante que desarrolló Juan Pablo fue el tema de la brecha de recursos humanos. Este estudio fue tomado en el año 2013, pero no olvidemos que el trabajo se realizó en los años 2017 y 2018, y es por eso que todavía estaba vigente este cuadro presentado por él, en donde la brecha que existe entre médicos, enfermeros y obstetras era realmente muy grande en todo el país. Me imagino que seguramente hay nuevos estudios al respecto y que esto debe estar incrementándose, pues esta brecha no se ha solucionado todavía.

Tuvimos un segundo informe. En este segundo informe lo que se trató de investigar fue el perfil académico profesional de egresos de las diferentes universidades del mundo, sus competencias y cómo las lograron. Esto se hizo mediante dos búsquedas: una, en universidades del primer mundo y, la siguiente, en las más importantes universidades de Latinoamérica. Se buscaron universidades en países como Estados Unidos, Gran Bretaña, Suecia, Canadá y Australia. Esto fue conseguido a través de los rankings. Se hizo una depuración de ellas y se buscaron aquellos programas, aquellas universidades que tenían una organización similar a la nuestra, donde la Facultad de Medicina tenía distintos programas y niveles. Hubo una distribución entre los diferentes miembros del equipo para que los estudiaran.

Y también accedimos a universidades de Brasil, España, Méjico, Chile, Argentina, Colombia y Perú.

Y allí se buscó lo mismo, por más que no todas las universidades latinoamericanas presentan 5 carreras profesionales en una misma Facultad. La información también fue depurada en función de que tampoco todas presentaban perfiles de ingreso. Algunas universidades presentan objetivos de las profesiones o competencias. En otros casos, sólo son enunciados genéricos sobre la profesión. Se observa mayor información en las carreras de Medicina, Enfermería y Nutrición, poca en Obstetricia y Tecnología Médica.

Revisamos información nacional. Fue una tercera etapa. Este es uno de los artículos que me pareció sumamente importante, elaborado por Graciela Risco de Domínguez. Ella es una compañera de la Academia, En dicho artículo se presenta el diseño e implementación de un currículo por competencias para la formación de médicos, el cual se aplicó en la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. También se revisaron los perfiles de egreso en las carreras de medicina en Chile. Este trabajo lo hicieron a través de la Academia Chilena de Medicina. Las categorías que ellos definieron fueron el enfoque social, el enfoque humanista, las habilidades ocupacionales y la investigación profesional.

Se revisaron elementos de universidades españolas y acá tenemos uno de ellos. La competencias y contenidos comunes de salud pública del grado de Medicina hecho por la Universidad de Alicante, la Universidad Rey Juan Carlos, en su definición más importante dicen lo siguiente: la formación de medicina durante el grado debe ser generalista, puesto que es el único período en que los estudiantes reciben información sobre cuestiones tales como políticas de salud o gestión de servicios sanitarios. Por ello, la docencia en salud pública debe proporcionar a los futuros profesionales de la medicina, antes de que entren en su etapa de formación como especialistas, las competencias necesarias para comprender y desenvolverse adecuadamente en el entorno donde desarrollarán su trabajo.

En el programa de enfermería encontramos mucho de esto. Este es un artículo sobre la nueva formación de profesionales y las competencias en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Barcelona.

En Nutrición fue donde mayor información encontramos. La Universidad de Boston, la Universidad de New

England, la Universidad de Sao Paulo, donde hay un programa muy fuerte de esta naturaleza y tiene como áreas de competencia más importantes el cuidado de la salud individual y el cuidado de la salud colectiva.

En Chile, encontramos información referente a los otros dos programas de escasa referencia, tanto de Obstetricia como Tecnología Médica. En la Universidad de Talca había un buen programa de Tecnología Médica con 13 competencias profesionales. En la Universidad de Chile el tema de la Obstetricia estaba muy definido.

La segunda etapa fue la de los proveedores de salud. Entonces hicimos un simposio, los invitamos a todos ellos y tuvimos una participación muy, muy buena y que aclaró una serie de puntos. La primera persona que participó con nosotros fue la Dra. Caroline Chang. Caroline Chang es una consultora internacional que en ese momento era jefa de la oficina de cooperación internacional EsSalud. Nos habló de la brecha que no solamente ocurre en Perú sino en todo Latinoamérica y en buena parte del mundo. Pero nosotros nos quedamos con lo siguiente, que me parece muy importante. Dice así: “mis deseos como paciente son vivir más años y de la manera más saludable posible. No sólo necesito que me curen o me alivien, sino que también me cuiden. Atiéndanme lo más cerca de casa o en casa. Trátenme bien y que pueda decidir con conocimiento de causa. No quiero salir con una enfermedad añadida a la que motivó mi atención. Y que no me cueste lo que no tengo”.

Carlos Arósquipa también participó en este simposio. Carlos Arósquipa es un profesional de la salud que trabaja para la OPS en el tema de los recursos humanos. Por el MINSA llegó la Dra. Irma Carrasco. Esta caricatura -digamos así- es muy importante porque narra virtualmente lo que nosotros padecemos. Las universidades y las instituciones prestadoras de salud corren el mismo camino, o por lo menos deberían correr el mismo camino, pero nunca nos encontramos, nunca llegamos juntos, nunca nos enteramos, y este es un trabajo que debería realizarse. Y no echo la culpa ni a uno ni a otro. Ambos somos culpables de lo que está pasando y deberíamos enrumbar el camino.

La Dra. Nancy Olivares era en ese momento la jefa de recursos humanos de EsSalud. Trabajó con nosotros también. Saco como ejemplo este cuadro que presentó

y me parecía muy importante. Es más o menos del año 2001 al año 2014, con una población bastante similar. Tenemos patologías diferentes o que no se encuentran en el camino. La patología principal en el MINSA es la neuropsiquiátrica, mientras que en EsSalud es la osteomuscular. Esta enfermedad osteomuscular y del tejido conectivo ocupa el 6to. Lugar. Entonces, algo tendría que hacerse para mirar esto a profundidad, porque nuestros alumnos se preparan en estas instituciones. Tuvimos una última reunión con tres profesores distinguidos de Latinoamérica que nos acompañaron: Javier Santa Cruz por la Universidad Autónoma de Méjico, Iván Toro que en ese momento era el decano de la Facultad de Medicina de Campinas y Mario Rover de la Universidad de Matanza. Además, tuvimos un Taller Internacional de Simulación en la UNAM en el cual se capacitaron nuestros profesores.

Luego hicimos otras visitas sumamente importantes para nosotros a universidades extranjeras. Un año antes de iniciar la reforma, se visitaron las universidades de Michigan, Harvard, Miami, Sao Paulo. Las universidades de Michigan, Miami, Sao Paulo están muy relacionadas y muy integradas a la Escuela de Enfermería de nuestra universidad. Una parte de las doctoras en enfermería han sido formadas en la Universidad de Sao Paulo y la Universidad de Harvard en 2016. El rector Cachay, al inicio de su gestión, creó un Programa Sanmarquino para el mundo y envió a la Universidad de Harvard durante un mes a los dos primeros alumnos de cada uno de los programas de la Universidad, 150 en total, con profesores. Esto realmente cambio la vida de estos chicos. Muchos de ellos están trabajando, se quedaron por allá. Y fue muy valioso porque ellos replicaron aquí las experiencias que tuvieron allí y cambiaron ese chip de que “sólo debemos hacer todo lo que tenemos”. Fue un poco mirar el mundo para nuestros alumnos.

Para la reforma curricular visitamos la Autónoma de México, la Universidad de Chile, Campinas, la Universidad Nacional de Colombia, Minnesota y Washington. Les voy a decir muy rápidamente, qué pasó en esos sitios. Estas son las fotos. La particularidad es que no solamente fueron profesores, fueron autoridades y fueron también estudiantes de la Facultad de Medicina.

En Colombia, los principios de su reforma académica fueron: flexibilidad, Interdisciplinariedad,

Internacionalización; pero lo que a mí realmente me sacudió fue la Autonomía del Estudiante. Ellos le dan al estudiante un 20% de créditos libres a su elección de un grupo muy grande de cursos que tienen. Al final los estudiantes configuran su propio currículo de formación y, si no -así nos decían-, la trayectoria de formación creada por los propios alumnos es una fuente de innovación e incluso contribuye a la formación de nuevas carreras.

Esta más o menos es la ruta. Ellos ingresan mediante un examen de admisión, reciben una bolsa 'x' de créditos para que escojan; no escogen hasta la segunda matrícula, en la primera no pueden hacerlo. Y luego tienen una malla de asignaturas de fundamentación, la cual constituye actualmente las básicas, las disciplinarias, las médicas clínicas, las médicas quirúrgicas y luego el 20% de libre elección.

La Universidad de Washington es responsable de la formación médica de 5 Estados: Washington, Wyoming, Alaska, Montana e Idaho, lo cual representa casi al 23% de todo el territorio de Estados Unidos y al 3.3% de la población de los Estados Unidos. Y es muy importante porque el médico, el estudiante de medicina se inserta muy rápidamente en la clínica, pero de manera diferente.

Estos son los elementos que consolidaron la reforma. La Introducción a la Clínica rápidamente, en el primer mes del curso totalmente insertados en la Clínica y, después, una vez por semana toda la tarde. Una enseñanza integrada, Medicina Familiar como punto central de la enseñanza, la telesalud y la simulación. Un centro de liderazgo para la innovación en educación médica, Infraestructura física de acuerdo a las necesidades de la reforma.

La Autónoma de México. De la Autónoma de México tomamos esto. Ellos tienen 4 fases. La primera fase es el perfil intermedio, lo que también nosotros conocemos como las ciencias básicas. La segunda fase son las ciencias clínicas. La tercera fase es el internado médico, y al terminar el internado médico el alumno que aprueba todas estas materias ha cumplido con su perfil de egreso. Luego, sale un año a servicio social y con ello ya ha cumplido su perfil profesional. Otra cosa importante y diferente de esta universidad es que la calificación del docente es 50% de la nota, y el

otro 50% es de un examen departamental. O sea, hay un Departamento de Integración que es el que toma el segundo examen y coloca la segunda nota. Entonces, acá hay -digamos- una evaluación por pares: la evaluación de su profesor y la del Departamento.

El Departamento de Integración de la UNAM es realmente fabuloso. Es el que integra las asignaturas en aquellos programas que están en los cursos integrados, y tienen un pabellón de simulación también muy importante. También tienen el Departamento de Anatomía. Lo más importante de implementar -y nosotros no pudimos hacerlo- es el programa que ellos tienen de donación de cadáveres. Una persona puede ir a la universidad y decir "yo voy a donar mi cadáver a la Universidad cuando muera". Entonces, cuando esta persona fallece, la Universidad toma el cadáver, lo plastina, lo utiliza durante un año y medio y después lo devuelve a la familia para el entierro correspondiente. Tiene un logo muy importante: "Aquí está el lugar donde la muerte disfruta ayudando a la vida".

En la Universidad de Minnesota lo novedoso era que ellos tienen un Programa de Doctorología, donde la persona termina pensando como médico y es como un doctor. Cuando los estudiantes aprenden a ser "doctores" saben cómo van a enfocar una entrevista con un paciente de manera integral, lo cual ocurre en la comunidad y en el hogar y finalmente en el organismo. Cuando los estudiantes aprenden a pensar como "médicos" saben vincular la anamnesis y el examen físico con los diagnósticos diferenciales, las solicitudes de exámenes y los tratamientos. Su local de simulaciones es realmente fabuloso.

La Universidad Estatal de Campinas. Es lo más semejante a lo que nosotros hemos hecho. Tuvo un proceso de reforma curricular que se inició en 1999 y se implementó en 2001. Ellos han hecho un seminario de reforma curricular en 1998, un diagnóstico de situación, la aprobación de directrices para la reforma curricular, la reforma, y el inicio de la implementación. Y se contestaron las siguientes preguntas: ¿por qué lo hago?, ¿para qué?, ¿cuál es el objetivo?, ¿cómo lo hago?, ¿qué modelo curricular voy a emplear?, ¿cuándo lo hago?, ¿con qué recursos lo voy a hacer? El modelo pedagógico está integrado en módulos. Son dos los ejes más importantes. Primero, la integración de contenidos, la integración de la básica con la básica, de

la básica con la clínica, de la clínica con la clínica y de lo clínico con lo quirúrgico. Y el otro eje integrador es la Integración Básica en Salud. Es decir, la iniciación de la práctica en las ciencias muy rápidamente, la bioética y la clínico- comunidad. Y esto se fortalece, se apoya con la ampliación de las ciencias de la práctica fuera del hospital y la iniciación temporal del estudiante en la práctica médica del primer año. Voy a mostrar como ejemplo 2 ejes. Este es el eje de Ética. Durante 6 años los alumnos de esta universidad Campinas tienen cursos de ética. Ética I y II en el primer año, Bioética I y II en el segundo, Ética Médica en el tercero, Medicina Legal en el cuarto y Ética y Práctica Profesional I y II 5to y 6to año. Y tienen el otro integrador mediante la Formación en atención básica, para la cual durante los 4 años llevan cursos: Atención en Salud Pública en primero, Salud y Sociedad en el segundo, Atención Integral en Salud en el cuarto. En el quinto hacen Prácticas Clínicas, Enfermedades de Transmisión, Dermatología en los centros de salud. Hacen también Ambulatorio de Clínica Médica en el centro de salud, Pediatría Social y Salud Colectiva. Con esto nosotros terminamos la primera etapa de conocimientos e información nacional y extranjera.

La segunda etapa consiste en elaborar la Propuesta Curricular de la Facultad de Medicina. Esta propuesta curricular se basa en la demanda social de los servicios de salud, la oferta de recursos humanos, el perfil del egresado de las facultades de medicina, los planes de estudio y el perfil del docente del plan de estudios.

Este fue el Proyecto Curricular, que tuvo varias cosas, como los fundamentos del currículo, los fundamentos de la carrera con sus tendencias, con el contexto, con la historia, la demanda, los ámbitos, los ejes, el perfil del egresado: competencias generales, competencias específicas de la Facultad, competencias de la especialidad. Esto para nosotros fue una construcción muy difícil pero también muy valiosa, y constituyó una gran oportunidad de mejora. Establecimos que las competencias generales y las competencias específicas de la Facultad eran las mismas para las cinco Escuelas; solamente tenían competencias diferentes cuando se trataba de la especialidad. Ahora vamos a ver un ejemplo. La articulación fue vertical y horizontal con los cursos integradores. El plan de estudios se hizo por áreas curriculares y se construyó la malla curricular. Pensamos en las formas de gestión curricular, es decir,

cómo se iba a hacer, cada cuánto tiempo se iba a evaluar, consistencia, pertinencia e idoneidad.

Este fue el armado del tejido. Recuerden que en la anterior lámina les dije que las competencias generales y las específicas de la Facultad eran las mismas. Bueno, pues, nuestras competencias generales para las cinco escuelas son: liderazgo, trabajo en equipo, comunicación oral y escrita, investigación, pensamiento crítico y creativo, resolución de problemas y gestión de aprendizaje, razonamiento ético. Para las específicas son: Ciencias básicas de la Salud, Salud Pública, Gestión de Servicios, Responsabilidad Social y Ciudadanía. Aquí hay un modelo para las competencias de la especialidad.

Estas son, pues, las competencias completas para la Escuela Profesional de Medicina, las que hemos visto anteriormente: las competencias generales, las competencias específicas de la Facultad de Medicina y las competencias específicas de la especialidad de medicina, que son Atención Médica y Emergencias Médicas. Lo mismo tenemos para Nutrición y para cada una de ellas, pero creo que lo más importante son las consideraciones generales y específicas porque eso iguala un poco el marco de enseñanza para las cinco escuelas.

Adicionalmente a esto, y para cautelar el enfoque de competencias, se debería asegurar que el perfil contenga presencia en cada asignatura de acuerdo a la naturaleza de los contenidos. Por ello fue necesario y preciso un alineamiento de las competencias, sus criterios con los niveles de la escala de Miller. Así, cada asignatura, de acuerdo a su complejidad, coloca en el syllabus sus contenidos y cómo esos contenidos contribuirán al perfil del egresado. Este proceso lo hizo cada escuela con el total de sus competencias. Esto es solamente para las competencias de liderazgo, y aquí está de acuerdo a la escala de Miller: sabe, sabe cómo, demuestra, hace y qué se va logrando en el transcurso de la carrera.

Esta es la rúbrica que cuenta con los siguientes atributos a evaluar: atención del paciente, presentación, inicio de la entrevista, comunicación efectiva con el paciente para el razonamiento clínico, exploración física general, exploración dirigida, diagnóstico 1, diagnóstico 2, plan de manejo.

Y la tercera etapa fue la validación y aprobación de la propuesta del plan curricular de la Facultad de Medicina, la metodología del trabajo: talleres, talleres integradores, talleres departamentales de ciencias básicas, un taller departamental de ciencias clínicas, con su taller de integración para ciencias clínicas, y un taller de integración de ciencias básicas y ciencias clínicas. Acá participaron los 14 departamentos que tiene la Facultad de Medicina para evitar que cada uno vaya y defina las cosas como le parece. Estos fueron los talleres. Luego de concluir esto llegamos al Plan Curricular 2018 para las cinco escuelas que fue aprobado por el Consejo Universitario, actualmente está en vigencia y ya se está desarrollando.

Pero no era suficiente lograr tener esa malla curricular, esos programas académicos que tanto trabajo nos han costado. Esto tenía que ir de la mano con Infraestructura y Equipamiento. Entonces, la Facultad de Medicina, haciendo un gran esfuerzo, modificó todos sus espacios para convertirlos en espacios pequeños donde pudiéramos hacer reuniones con pequeños grupos. Por ejemplo, este es uno de ellos.

En el Hospital Loayza hicimos aulas de esta naturaleza, lo que tienen ustedes a la izquierda. Las oficinas de los profesores mejoraron sustancialmente, los laboratorios, tenemos el Instituto de Cirugía Experimental totalmente remodelado. En el Hospital Dos de Mayo hicimos lo mismo. Definimos nuestras aulas grandes y las dividimos en otras más pequeñas. Hicimos este trabajo. Todas las aulas tienen este tipo de mobiliario, todas las aulas tienen aire acondicionado y todas las aulas tienen el material tecnológico apropiado para poder desarrollarse. Los laboratorios también fueron remodelados. El laboratorio del Instituto de Bioquímica está totalmente remodelado actualmente, y se compraron nuevos simuladores. Los alumnos pueden ahora desarrollar sus prácticas con simuladores de alta resolución.

En conclusión, estos son los retos que hay que vencer. Los retos que tenemos para llegar, desde el punto de vista de la Facultad de Medicina y de un servidor. Primero, tener la decisión de hacerlo, o sea, estar convencido de que lo que se va a proponer es lo mejor, arrancar con ello al inicio de la gestión para poder concluirlo y dejarlo terminado cuando se haya concluido dicha gestión.

Necesitamos que se tenga el apoyo político para la gestión, que el rector y todo su equipo de trabajo esté convencido de que lo que se esté haciendo va a estar apoyado hasta el final. Hay que convencer -a los profesores, a los alumnos y a la comunidad académica del organismo donde se va a hacer la reforma- de que ese modelo es el mejor y por eso debemos trabajar para lograrlo.

Hemos de construir un equipo multidisciplinario, pero no solamente multidisciplinario al interior de la Facultad, porque a veces caemos en el error de solamente convocar a profesores destacados. Seguramente que son de lo mejor que hay en el país, pero necesitamos aportes de otras miradas, de otras universidades, con otra visión, nacionales e internacionales; entonces, ese equipo multidisciplinario tiene que estar formado por todos ellos. Y necesitamos presupuesto.

Nada de lo que se ha hecho en la Facultad de Medicina ha sido gratis. Ha supuesto un gran esfuerzo, un gran desembolso económico, pero creo que valió la pena. Estamos en el tercer año, este año ha sido evaluado el programa. Creo que todavía hay cosas por mejorar, seguramente, bastantes, pero creo que es un paso hacia delante y que, con el esfuerzo de todos, va a seguir mejorando. Muchas gracias.