

ORIGINAL

Consenso Delphi sobre la formación de grado en medicina paliativa (EDUPAL-Ar)



Vilma A. Tripodoro^{a,b,c,*}, Marcela Specos^{a,e,f}, Eduardo Mutto^{a,d}, Eduardo L. De Vito^c y Gustavo G. De Simone^a

^a Departamento de Cuidados Paliativos, Instituto Pallium Latinoamérica, Buenos Aires, Argentina

^b Atlantes, Observatorio Global de Cuidados Paliativos, Instituto de Cultura y Sociedad, Universidad de Navarra, Navarra, España

^c Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

^d Facultad de Ciencias Biomédicas, Hospital Universitario Austral, Buenos Aires, Argentina

^e Foro Iberoamericano de Espiritualidad en Clínica (FIEC) Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), Córdoba, España

^f Instituto Borja de Bioética, Universidad Ramón Llull, Barcelona, España

Recibido el 30 de noviembre de 2023; aceptado el 10 de febrero de 2024

PALABRAS CLAVE

Cuidados paliativos;
Educación médica;
Método Delphi;
Educación basada en competencias;
Pregrado;
Desarrollo de consenso

Resumen

Los cuidados paliativos son «responsabilidad ética de los sistemas de salud». La OMS propone la educación médica de grado y posgrado como una dimensión para evaluar su desarrollo en un país. En Latinoamérica, solo el 15% de las facultades de medicina tienen una asignatura de Cuidados Paliativos. En Argentina no existe aún consenso sobre contenidos básicos en los currículos de grado en Medicina.

Método: este estudio buscó consensuar cómo debe ser un currículo de grado en Medicina Paliativa en Argentina utilizando la metodología Delphi. Se recogieron datos sociodemográficos (2019–2020), profesión, años de experiencia, educación universitaria, contenidos temáticos, modalidad pedagógica, plan de estudios y carga horaria. El análisis cuantitativo se realizó utilizando porcentajes y valores medios para indicar el nivel de acuerdo en las escalas de 5 puntos. Los rangos intercuartílicos se calcularon para proporcionar indicadores de acuerdo y consenso. Se realizó el análisis temático de contenidos.

Resultados: se convocaron 250 expertos, de los cuales 85 respondieron a 2 rondas de consulta. Se alcanzó un alto grado de acuerdo para proponer 10 recomendaciones generales, dinámicas, flexibles, adaptadas a diferentes contextos. El 98% consideró necesaria la enseñanza de los cuidados paliativos de manera transversal y sugirieron una asignatura específica contextualizada a situaciones de pacientes crónicos y en fin de vida. Sin embargo, se observó una tensión entre el modelo de formación tradicional y la educación basada en competencias. El aprendizaje experiencial es apropiado, pero se recomendó la unión de la teoría con la práctica.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vilma.tripodoro@gmail.com (V.A. Tripodoro).

Conclusión: por primera vez en Argentina se convocó un consenso de expertos que definió un conjunto de recomendaciones sobre contenidos, metodología de enseñanza, ciclo académico y competencias en cuidados paliativos.

© 2024 The Author(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Palliative care;
Medical education;
Delphi method;
Competence-based education;
Undergraduate;
Consensus development

Delphi Consensus on the undergraduate training in palliative medicine (EDUPAL-Ar)

Abstract

Palliative care is an "ethical responsibility of healthcare systems". The WHO proposes undergraduate and postgraduate medical education as one dimension to assess its development in a country. In Latin America, 15% of medical schools have an undergraduate palliative care course. In Argentina, there is still no consensus on the essential content of undergraduate medical curricula.

Method: This study sought to reach a consensus on what an undergraduate curriculum in palliative medicine should look like in Argentina using the Delphi methodology (2019–2020). Sociodemographic data, profession, years of experience, university education, thematic content, pedagogical modality, study plan and hourly load were collected. Quantitative analysis was performed using percentages and mean values to indicate the level of agreement on 5-point scales. Interquartile ranges were calculated to provide indicators of agreement and consensus. Thematic content analysis was carried out.

Results: Two hundred fifty experts were convened, of whom 85 responded to two rounds of consultation. A high degree of agreement was reached on ten general, dynamic, and flexible recommendations adapted to different contexts. 98% considered it necessary to teach palliative care transversally and suggested a specific course contextualised to chronic patients and end-of-life situations. However, there was a tension between the traditional training model and competency-based education. Experiential learning is appropriate, but linking theory and practice was recommended.

Conclusion: For the first time in Argentina, a consensus of experts was reached, which defined a set of recommendations on content, teaching methodology, academic cycle and competencies in palliative care.

© 2024 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala 6 componentes esenciales necesarios para proporcionar cuidados paliativos (CP): 1) políticas de salud sólidas; 2) uso de medicamentos esenciales; 3) integración en los servicios de salud; 4) educación; 5) empoderamiento de las personas y las comunidades e 6) investigación¹. La provisión de buenos CP es una responsabilidad ética de los sistemas de salud, para cualquier enfermedad y grupo de edad y en todos los contextos, incluidas las urgencias humanitarias. Esto solo es posible con la educación adecuada¹. El cuidado de los pacientes al final de la vida recibe poca o ninguna atención en la formación médica. Se estima que cada año más de 57 millones de personas necesitan CP². El 78% de estas personas viven en países de ingresos bajos y medios.

La OMS hace referencia a la necesidad de recursos educativos de pregrado en las escuelas de medicina y enfermería, la existencia de una especialización en medicina paliativa y la educación continua¹. La capacitación implica que el alumno participe en la definición de sus necesidades y cambie sus estrategias cognitivas³. El modelo

tradicional de enseñanza es pasivo, mientras que el enfoque experiencial involucra activamente en la construcción del conocimiento.

La Asociación Europea de CP (EAPC) subraya la importancia de la educación en medicina paliativa^{4,5}. Desde 2011, emite recomendaciones periódicas sobre planes de estudios de pregrado y posgrado en CP. Aunque algunos países ya la han integrado como asignatura obligatoria, la falta de competencias del personal sanitario sigue siendo global^{6,7}. Según el Atlas Europeo de CP (2019), solo 9 países exigen este programa en todas las facultades de medicina. Pero en su mayor parte sigue siendo una asignatura aislada en alguna universidad⁸. Muy pocos países proporcionan más de 20 horas de enseñanza y práctica clínica obligatoria en CP para todos los estudiantes de Medicina⁸. La EAPC recomienda un total de 40 horas, asignadas en diferentes años de educación médica, para lograr los objetivos del plan de estudios. Los conceptos básicos deberían enseñarse tempranamente y los aspectos clínicos más adelante. Además, es recomendable una experiencia clínica en un entorno de CP⁵.

Según estudiantes españoles, después de recibir el curso y en una revisión del «currículo oculto», mejoraron en la

integración con el paciente, desarrollando empatía, atención holística, autoconocimiento y autoestima⁹.

En Latinoamérica, 8 países cuentan con el reconocimiento de Medicina Paliativa como especialidad y/o subespecialidad¹⁰. Solo el 15% de las facultades de medicina en la región tienen una asignatura independiente de CP. En 2012, el Encuentro ITES en Argentina, abordó la enseñanza de CP en pregrado y atención primaria en la región. Se reconoció la falta de formación adecuada en pregrado, con predominancia de enseñanza teórica y limitadas oportunidades clínicas^{11,12}. Una revisión de 2018 identificó 36 programas en 8 países latinoamericanos, mayormente en posgrado, centrados en el tratamiento del dolor y con escasa evaluación de resultados¹³.

En Argentina, actualmente existen 47 facultades de medicina, 21 estatales y 26 privadas¹⁴. La carrera médica generalmente se compone de 3 ciclos y dura entre 6 y 7 años: el ciclo biomédico, el ciclo clínico y el internado anual rotatorio, cuyo objetivo es la práctica intensiva. Los 2 últimos se cursan en las unidades docentes hospitalarias y en centros de atención primaria. El título de médico otorgado por las universidades habilita para el ejercicio de la profesión. Solo 6 carreras han adoptado un plan de estudios integrado con enseñanza basada en problemas; varias tienen un sistema híbrido con una combinación de métodos y la mayoría presentan un plan tradicional estructurado por asignaturas. En 2020 solo 2 facultades de medicina reportaban una asignatura independiente de CP¹⁰. La Universidad Austral la incluyó como materia optativa en 2010 con una carga horaria total de 24 h presenciales al igual que la Universidad Nacional de José C. Paz en 2022. Otras facultades incluyen algunos principios básicos de manera transversal, sin carga horaria especificada en sus planes de estudio¹⁵.

Nos preguntamos ¿cómo debiera ser una currícula de Grado en Medicina Paliativa para facultades de medicina en Argentina?

Nuestro objetivo fue diseñar un consenso de expertos en CP y educación universitaria, con metodología Delphi y llevarlo a cabo con el fin de lograr recomendaciones para una currícula consensuada para las carreras de medicina en Argentina. Presentaremos el diseño y las recomendaciones obtenidas a través del consenso de expertos.

Diseño y metodología

Se llevaron a cabo 2 rondas anónimas de consulta Delphi¹⁶ con base en un cuestionario estructurado según las recomendaciones de la EAPC para el desarrollo de planes de estudios en Medicina Paliativa en las facultades de medicina europeas⁸. Se conformó un grupo nominal virtual de consenso¹⁷. Cada ronda se basó en los resultados de la anterior, hasta alcanzar un consenso sobre el contenido final. Las preguntas eran de respuesta obligatoria, excepto las de agregar otros comentarios adicionales. Los datos se recopilaron vía correo electrónico en un formulario Google Forms personalizado. Los cuestionarios de la primera y segunda ronda se mantuvieron abiertos durante julio y diciembre de 2019, respectivamente. Se exploraron opiniones sobre contenidos docentes, ciclo académico, resultados del aprendizaje, metodología y didáctica. Se confeccionaron 10 preguntas cerradas, 4 de ellas con

subpreguntas, con opción múltiple de respuesta de escala tipo Likert de 0 a 5. Las 3 preguntas abiertas correspondían a contenidos temáticos y comentarios adicionales. En la tabla 1 se detalla el cuestionario enviado a los participantes.

El muestreo fue intencional y no se aplicaron criterios estrictos de inclusión/exclusión con el fin de ampliar la participación y fomentar una amplia gama de conocimientos especializados y multidisciplinarios. Se tuvieron en cuenta los antecedentes académicos, así como la experiencia en la especialidad. Todos los participantes estaban vinculados a la Asociación Argentina de Medicina y CP (AAMYCP), al Instituto Nacional del Cáncer y/o participaron en el encuentro ITES de 2012¹¹. Todos los participantes convocados eran profesionales dedicados a los CP y/o a la enseñanza universitaria pública o privada y de los CP (académicos o docentes universitarios).

Teniendo en cuenta, que el muestreo intencional podía introducir un riesgo de sesgo, se animó a los invitados a proponer los contactos que consideraran importantes para contribuir con este estudio (muestreo de bola de nieve) siempre que cumplieran con los criterios de selección antedichos¹⁸. Se firmó un consentimiento informado incluido en el formulario web junto con la hoja de información del estudio. Para garantizar la confidencialidad y permitir la revisión individualizada de las respuestas, los cuestionarios recibieron un identificador único, y el vínculo entre el identificador y el participante se destruyó tras la ronda final del Delphi. La recogida de respuestas de cada ronda se extendió durante un mes con 2 recordatorios.

Recolección de los datos

En la figura 1 se describe el proceso de consulta que incluyó las siguientes etapas: identificación del problema de investigación, selección de los participantes, elaboración del cuestionario, realización de rondas iterativas de preguntas, recogida de opiniones individuales y de grupo entre rondas y resumen de los resultados. Se esquematiza el proceso realizado basado en nuestra pregunta de investigación y el diseño metodológico.

Primera ronda Delphi: se establecieron niveles de acuerdo mediante la escala de Likert (0 a 5) para las 8 preguntas cerradas, 4 de ellas con subpreguntas (tabla 1). También se recogieron textos libres de las 3 preguntas abiertas sobre contenidos, su relevancia y comentarios adicionales. El cuestionario online ofrecía a los participantes la oportunidad de sugerir nuevos puntos o de enviar cualquier otro comentario sobre los puntos incluidos.

Segunda ronda Delphi: se establecieron niveles de acuerdo con los ítems revisados tras la primera ronda. Se distribuyó nuevamente el cuestionario online de la segunda ronda a todos los participantes que respondieron la primera para evaluar el nivel de acuerdo con los ítems en los cuales el acuerdo era «moderado o bajo». Se consideró que las preguntas que alcanzaron un nivel de acuerdo «muy alto» habían llegado a un consenso y no se repitieron en la segunda ronda. Junto con el cuestionario se envió el informe del resultado de la primera ronda para que los participantes pudieran ver las respuestas de todo el grupo. Los participantes podían mantener su opinión o rectificarla. Se invitaba a explicar las razones de la rectificación.

Tabla 1 Preguntas cerradas y abiertas diseñadas para las rondas Delphi según las recomendaciones de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos

Preguntas	Tipo de respuestas
1. ¿Cuán necesario considera que se brinde enseñanza de contenidos en cuidados paliativos a los estudiantes de las escuelas de medicina en el país?	Cerrada con opciones escala tipo Likert 0 a 5 (absolutamente innecesaria a completamente necesario)
<i>Contenidos temáticos de Medicina Paliativa</i>	
2. Enumere un mínimo de 6 y un máximo de 10 contenidos temáticos esenciales que debieran ser incluidos en la enseñanza de cuidados paliativos a los estudiantes de Medicina del país	Abierta
3. Refiera a partir de los contenidos enumerados en la respuesta previa, los 3 que considera más relevantes	Abierta
4. En relación con el formato educativo a implementar para la enseñanza de cuidados paliativos para estudiantes de Medicina en su país, indique cuán conveniente considera cada uno de los formatos que se refieren a continuación	Cerrada con opciones escala tipo Likert 0 a 5 (absolutamente inconveniente a completamente conveniente)
4.1 Asignatura específica de Cuidados Paliativos	
4.2 Cuidados paliativos dentro de otra única asignatura	
4.3 Contenidos transversales de cuidados paliativos incluidos en otras diferentes asignaturas	
<i>Sobre ciclo académico de la carrera de Medicina</i>	
5. En relación al ciclo académico en el cual considera oportuno incluir contenidos de cuidados paliativos en el plan de estudios, ¿cuán necesario considera la enseñanza de cuidados paliativos en cada ciclo?	Cerrada con opciones escala tipo Likert 0 a 5 (absolutamente innecesario a completamente necesario)
5.1 En el ciclo básico	
5.2 En el ciclo clínico	
6. En relación al ciclo académico en el cual considera oportuno incluir contenidos de cuidados paliativos, marque cuál de las siguientes opciones escoge como la más apropiada:	Cerrada con 3 opciones: Solo en el ciclo básico Solo en el ciclo clínico En ambos ciclos (básico y clínico)
7. Marque el/los años preferencial/es del plan de estudios para la enseñanza de cuidados paliativos en una carrera de Medicina:	Cerrada con 6 opciones: 1. ^º – 2. ^º año 3. ^º – 4. ^º año 5. ^º – 6. ^º año 1. ^º – 2. ^º – 3. ^º y 4. ^º año 3. ^º – 4. ^º – 5. ^º y 6. ^º año 1. ^º a 6. ^º año
<i>Sobre la carga horaria</i>	
8. Indique la carga horaria total que considera recomendable para la enseñanza de cuidados paliativos en una carrera de Medicina	Cerrada con 6 opciones: De 1 a 10 h De 11 a 20 h De 21 a 30 h De 31 a 40 h De 41 a 50 h De 51 a 60 h
<i>Sobre objetivos de aprendizaje</i>	
9. ¿Cuán importante considera que son los siguientes objetivos del aprendizaje de cuidados paliativos para el estudiante de Medicina en su país?	Cerrada con opciones escala tipo Likert 0 a 5 (ninguna importancia a máxima importancia)
9.1 Adquisición y comprensión de conocimientos teóricos	
9.2 Adquisición de habilidades y destrezas	
9.3 Adquisición de valores y actitudes	
9.4 Aplicación práctica de conocimientos y habilidades	
9.5 Otros ¿cuáles? Describir	
<i>Modalidades de enseñanza</i>	
10. ¿Cuán importante considera que es cada una de las siguientes modalidades de enseñanza de los cuidados paliativos en la formación del estudiante de Medicina?	
10.1 Actividad teórica en aula (clase expositiva tradicional)	Cerrada con opciones escala tipo Likert 0 a 5 (ninguna importancia a máxima importancia)

Tabla 1 (continuación)

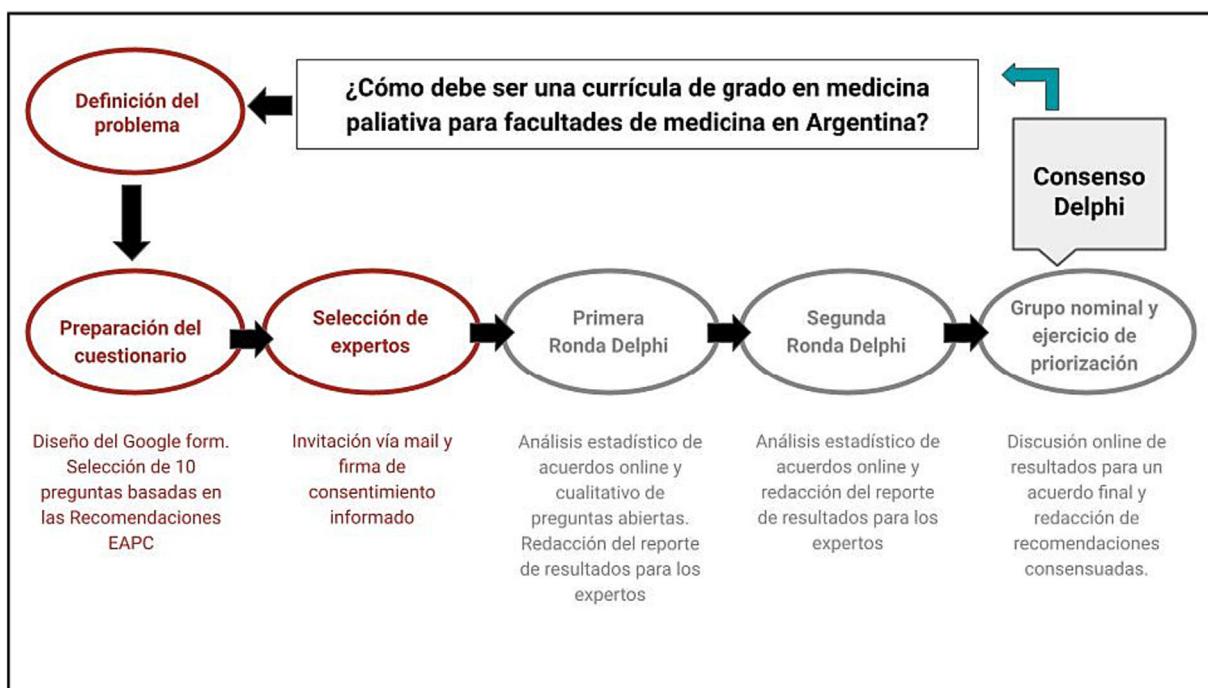
Preguntas	Tipo de respuestas
10.2 Seminarios (técnica de enseñanza, basada en el trabajo en grupo e intercambio oral de información, utilizada para trabajar y profundizar desde el debate y análisis colectivo en un tema predeterminado. Es más del orden intelectual)	
10.3 Talleres	
10.4 Clases prácticas (mostrar cómo deben actuar)	
10.5 Prácticas externas (en un entorno real y en diferentes contextos) alude al componente situado de la competencia, es decir poner en práctica lo que han aprendido)	
10.6 Tutorías (seguimiento personalizado a estudiantes)	
10.7 Estudio y trabajo en grupo (hacer que aprendan entre ellos). Aprendizaje colaborativo	
10.8 Estudio y trabajo individual (desarrollar la capacidad de autoaprendizaje). Aprendizaje autorregulado	
10.8 Otras ¿cuáles? Describir ¿Desea hacer algún comentario extra? Puede hacerlo aquí ¿Desea continuar participando en una segunda ronda de expertos Delphi?	Abierta Cerrada: sí o no

Grupo nominal virtual de consenso EDUPAL-Ar: luego de completadas las 2 rondas de consulta, se alcanzó el nivel de acuerdo requerido según los criterios de análisis estadístico para emitir recomendaciones y no fue necesario repetir el proceso. Se invitó a los participantes a conformar un grupo nominal en un encuentro virtual de discusión donde se incluyó un ejercicio de priorización¹⁷. Luego, las ideas se compartieron con el grupo y fueron registradas por 2 facilitadores (VT y EM) hasta que todos los participantes no

tuvieron alcanzaron el acuerdo final. Previo al encuentro se distribuyeron los resultados de ambas rondas de consulta.

Análisis de los datos

Para el análisis cuantitativo del cuestionario se utilizaron porcentajes y valores medios para indicar el nivel de acuerdo en las escalas de 5 puntos para cada ítem de la primera ronda. Los rangos intercuartílicos (RIQ) se calcularon

**Figura 1** Etapas del proceso Delphi de consulta a los expertos EDUPAL-Ar.

para proporcionar indicadores de acuerdo y consenso para cada ítem; p. ej., la baja variancia de las respuestas y un RIQ ≤ 1 , señala un alto consenso. Estos puntajes (porcentaje, mediana, RIQ) se usaron para determinar el «nivel de acuerdo» entre los participantes, para cada ítem:

- Muy alto acuerdo - mediana 5; porcentaje de acuerdo $\geq 80\%$; RIQ 0.
- Alto acuerdo - mediana 4/5; porcentaje de acuerdo $\geq 80\%$; RIQ 1.
- Acuerdo moderado - mediana ≤ 4 ; porcentaje de acuerdo 60–79%; RIQ 1.
- Acuerdo bajo - mediana < 4 ; porcentaje de acuerdo $< 60\%$; RIQ > 1 .

Debido al probable sesgo de aceptabilidad social entre los participantes (tendencia a alterar sistemáticamente las respuestas en la dirección que perciben como buena o deseable, mientras que las consideradas socialmente indeseables tienden a omitirse), el umbral de inclusión se fijó en un nivel de acuerdo «muy alto» para la primera ronda. En la segunda ronda se analizaron los ítems que habían recibido un nivel de acuerdo «alto» o «muy alto». Para el análisis estadístico se utilizó el programa SIGMAPLOT 12.0.

Para el análisis cualitativo 2 investigadores (Marcela Specos y Gustavo de Simone) realizaron la categorización temática inductiva de 96 contenidos temáticos, que fueron agrupados en 6 categorías: a) generalidades, b) control de síntomas y dolor, c) aspectos psicológicos, sociales y espirituales, d) temas éticos y legales, e) comunicación y f) trabajo en equipo y autocuidado; propuestas por la EAPC para diseñar un plan de estudios¹⁹.

En la segunda ronda se consideraron estas categorías preguntando a los participantes sobre su ponderación (0 ninguna importancia a 5 máxima importancia) y se buscó el grado de acuerdo de la misma manera que en las respuestas cuantitativas.

Para el análisis del grupo nominal virtual, se desgrabaron textualmente las recomendaciones consensuadas para el reporte final, resguardando la confidencialidad.

Este estudio fue aprobado por el Comité de ética de la investigación del Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Universidad de Buenos Aires (Aprobación 185/2017).

Resultados

Se convocaron 250 expertos vía email de forma personalizada, donde solo los invitados podían acceder al cuestionario *online*. En la primera ronda (junio-julio de 2019) respondieron 107 expertos (42%); 80% eran médicos; 77,4% tenían experiencia en enseñanza universitaria en CP y 65% más de 10 años de enseñanza universitaria. El 94% eran argentinos y el resto eran expertos de otros países de Latinoamérica o España. En la segunda ronda, (diciembre de 2019) se invitaron 106 expertos dado que un participante no deseó continuar, y respondieron 85 (80,2%). En la tabla 2 se describen las características sociodemográficas de los participantes de ambas rondas. Se detalla el tiempo de trabajo en CP (corte por años), tiempo de trabajo en educación universitaria (corte por años) y experiencia en la

enseñanza universitaria en CP/Medicina Paliativa. La distribución por géneros tiene predominancia del género femenino acorde a la distribución habitual de la especialidad.

En la tabla 3 se describen los resultados y grados de acuerdo entre las 2 rondas de las preguntas cuantitativas. El 98% de los expertos consideró muy necesaria la enseñanza de CP; el 81% sugirió que debiera haber una asignatura específica, el 99% acordó con que esa asignatura debe enseñarse principalmente en ciclo clínico (últimos años de la carrera). Para el 60% se deberían asignar entre 50 y 60 h en el programa de estudio. Con respecto a los contenidos, el 97% dijo que se deben inspirar valores y actitudes, y el 94% acordó con la enseñanza práctica de conocimientos y habilidades. Se diseñó un panel de consenso calculando los acuerdos.

En la segunda ronda se ponderaron los contenidos temáticos. En la tabla 4 se describen los resultados de la segunda ronda de acuerdo con las categorías analizadas en la primera. El consenso alcanzado en la primera ronda Delphi respecto de las categorías cualitativas fue alto, 80% o mayor, para las categorías generalidades, control de síntomas y dolor, comunicación, aspectos psicológicos, sociales y espirituales (empatía y compasión, acompañamiento espiritual, sufrimiento) y temas éticos. En las otras categorías, trabajo en equipo y autocuidado, el consenso fue medio (51 a 60%). Con respecto a aspectos legales y modelos de gestión el acuerdo fue bajo.

Grupo nominal virtual de consenso EDUPAL-Ar

En julio de 2020 se convocó vía correo electrónico a un grupo de expertos participantes de las 2 rondas Delphi con interés en conformar un grupo nominal de discusión. En un único encuentro participaron 15 profesionales (13 médicos, una enfermera, una trabajadora social y una pedagoga) y coordinaron el grupo 2 de los autores (Gustavo De Simone y Vilma Tripodoro). El registro de las opiniones estuvo a cargo de (Eduardo Mutto y Marcela Specos). El objetivo de este grupo nominal fue consensuar y priorizar recomendaciones con base en los resultados de las 2 rondas de consulta. Dos preguntas nominales guiaron el ejercicio: ¿qué recomendaciones emergen de los resultados del consenso para el diseño de currículos de grado que incluya los CP en las facultades de medicina del país? y ¿cómo operativizar las recomendaciones? De manera individual y luego en 2 grupos se propuso un ejercicio de priorización de las recomendaciones. Los participantes registraron sus respuestas a las preguntas nominales y las presentaron al grupo en turnos. Un facilitador registró las ideas, hasta la saturación temática, que luego se compartieron con los participantes de ambos grupos. Los facilitadores condujeron una discusión grupal, cubriendo cada concepto individualmente y agrupando los relacionados. Se alcanzaron acuerdos generales, afirmando que las recomendaciones tienen que ser dinámicas y flexibles, y que contemplen los diferentes contextos universitarios donde se esté desarrollando la formación para impulsar e implementar los CP en la región. El eje prioritario se centró en el énfasis en la inclusión de los CP en la formación médica.

Se acordó que en las currículos hay contenidos no exclusivos de CP, pero que deben contextualizarse a

Tabla 2 Características sociodemográficas de los participantes de las rondas Delphi¹

	Primera Ronda	Segunda Ronda
Fechas	Junio-julio de 2019	Diciembre de 2019
Invitados	250	106
% respuesta	42,50	80,20
Médicos n (%)	84 (79,2)	66 (77,6)
Psicólogos n (%)	10 (9,4)	9 (10,6)
Enfermeros n (%)	5 (4,7)	5 (5,9)
Otras n (%)	4 (3,8)	2 (2,4)
Trabajador social n (%)	2 (1,9)	2 (2,4)
Pedagogo n (%)	1 (0,9)	1 (1,2)
Edad n (%)		
20 a 40 años	21 (19,8)	14 (16,5)
41 a 60 años	74 (69,8)	62 (72,9)
Más de 61	11 (10,4)	9 (10,6)
Género n (%)		
Mujer	66 (62,3)	52 (61,2)
Hombre	40 (37)	33 (38,8)
<i>¿Cuánto tiempo hace que trabaja en CP? n (%)</i>		
Menos de 10 años	20 (18,9)	17 (20)
Entre 10 y 20 años	38 (35,8)	32 (37,6)
Más de 20 años	25 (23,6)	21 (24,7)
No trabaja en CP	23 (21,7)	15 (17,6)
<i>¿Cuánto tiempo hace que trabaja en educación universitaria? n (%)</i>		
Menos de 10 años	23 (21,7)	21 (24,7)
Entre 10 y 20 años	51 (48,1)	35 (41,2)
Más de 20 años	18 (17)	17 (20)
No trabaja en educación universitaria	14 (13,2)	12 (14,1)
<i>¿Tiene experiencia en la enseñanza universitaria en CP/medicina paliativa? n (%)</i>		
Sí	82 (77,4)	75 (88,2)
No	24 (22,6)	10 (11,8)

¹ no desea continuar.

CP: cuidados paliativos.

situaciones de pacientes crónicos y/o en fin de la vida con sufrimiento, en el marco bioético de los derechos del paciente, la comunicación empática y la buena relación médico-paciente. Algunos de los temas pueden ser transversales, estar desde el inicio, con presencia en los diferentes ciclos (básico y clínico) con diferente grado de profundidad y complejidad. El aprendizaje experiencial es apropiado, pero se recomendó la unión de la teoría con la práctica, así como la inclusión de los CP independientemente de la metodología. Con respecto a los temas de legislación, donde el acuerdo final fue bajo, se acordó que este tema tiene que ver con los derechos en el final de la vida. Por tal motivo, este y los temas del trabajo en equipo interdisciplinario (acuerdo moderado) y el autocuidado (acuerdo moderado/bajo) fueron reconsiderados como importantes. Con respecto a incluir modelos de gestión en la formación básica el acuerdo se mantuvo bajo. Finalmente se redactaron las 10 recomendaciones generales (tabla 5).

Discusión

Este estudio logró un consenso de expertos en CP considerando muy necesaria la enseñanza de los CP como una asignatura específica, que debiera enseñarse

principalmente en ciclo clínico en las carreras de medicina argentinas. Utilizando la metodología Delphi, se definieron recomendaciones sobre contenidos, metodologías de enseñanza, ciclo académico y competencias para así lograr nuestro objetivo del diseño de una currícula de grado. Con respecto a los contenidos, se recomendó inspirar valores y actitudes, y se enfatizó la relevancia de la enseñanza práctica de conocimientos y habilidades, basada en las competencias. Es la primera vez que expertos argentinos de diversas disciplinas en CP, profesionales y académicos, generan recomendaciones validadas por una metodología estructurada en este tipo de estudios.

En la educación de la medicina paliativa en Argentina, coexisten 2 modelos: el tradicional, centrado en la trasmisión de conocimientos teóricos y el basado en competencias y aprendizaje experiencial²⁰. Mientras el primero se enfoca en teoría, el segundo se centra en habilidades prácticas para que los estudiantes se desenvuelvan de manera creativa en su entorno. La educación médica basada en competencias (EMBC) se destaca como enfoque curricular para garantizar la competencia de los graduados en la atención a pacientes²¹.

Aunque hay tensiones entre ambos modelos, se observa una clara aplicación del enfoque basado en competencias en la educación médica argentina en general. Nuestro estudio muestra alto consenso sobre la importancia de metodologías

Tabla 3 Resultados y grados de acuerdo entre las 2 rondas de las preguntas cuantitativas

Preguntas	Primera ronda Delphi				Segunda ronda Delphi			
	Mediana	RIQ	% Acuerdo (4/5 en la escala)	Nivel de acuerdo	Mediana	RIQ	% Acuerdo (4/5 en la escala)	Nivel de acuerdo
1. ¿Cuán necesario considera que se brinde enseñanza de contenidos en CP a los estudiantes de las escuelas de medicina en su país?	5	0	98,1	Muy alto	5	0	98,8	Muy alto
4.1 Asignatura específica de CP	5	1	80,4	Alto	5	0,5	90,6	Muy alto
4.2 CP dentro de otra única asignatura	3	3	30,8	Bajo	3	2	21,2	Bajo
4.3 Contenidos transversales de CP incluidos en otras diferentes asignaturas	5	1	76,6	Moderado	4	2	68,2	Moderado
ciclo académico 5.1 En el ciclo básico	3	2	49,5	Bajo	3	2	34,1	Bajo
ciclo académico 5.2 En el ciclo clínico	5	0	99,1	Muy alto	5	0	100	Muy alto
9.1 Adquisición y comprensión de conocimientos teóricos	5	1	91,6	Alto	5	1	90,6	Alto
9.2 Adquisición de habilidades y destrezas	5	1	86,9	Alto	5	1	84,7	Alto
9.3 Adquisición de valores y actitudes	5	0	97,2	Muy alto	5	0	97,6	Muy alto
9.4 Aplicación práctica de conocimientos y habilidades	5	1	92,5	Alto	5	1	90,6	Alto
10.1 Actividad teórica en aula (clase expositiva tradicional)	3	2	35,5	Bajo	3	1	28,2	Bajo
10.2 Seminarios	4	1	80,4	Alto	4	1	82,3	Alto
10.3 Talleres	5	0	99,1	Muy alto	5	0	100	Muy alto
10.4 Clases prácticas	5	1	91,6	Alto	5	1	97,6	Alto
10.5 Prácticas externas	5	0	94,4	Muy alto	5	1	94,1	Alto
10.6 Tutorías	5	1	85,0	Alto	4	1	80	Alto
10.7 Estudio y trabajo en grupo	5	1	82,2	Alto	4	1	84,7	Alto
10.8 Estudio y trabajo individual Aprendizaje autorregulado	4	2	55,1	Bajo	3	1	49,1	Bajo

CP: cuidados paliativos.

Tabla 4 Resultados de la segunda ronda de acuerdo sobre las categorías analizadas cualitativamente en la primera ronda

Preguntas contenidos temáticos de medicina paliativa	Segunda ronda Delphi			
	Mediana	RIQ	% Acuerdo (4/5 en la escala)	Nivel de acuerdo
Categoría 1: generalidades de los CP	5	0	100,0	Muy alto
subcategoría 1a: principios y definiciones (paradigmas, cronicidad avanzada, calidad de vida)	5	0	92,9	Muy alto
subcategoría 1b: evaluación multidimensional (oncológica y no oncológica), edades (niños, adultos gerontes). Identificación de necesidades y problemas	5	0	94,1	Muy alto
subcategoría 1c: modelos de gestión e implementación (cuidados domiciliarios – lugar de cuidado CP en APS, diversidad cultural, situación en Argentina, investigación)	4	2	61,2	Bajo
Categoría 2: dolor y control de los síntomas	5	0	100,0	Muy alto
Subcategoría 2a: control de los síntomas (evaluación escalas, prevalencia, delirio, digestivos, respiratorios [disnea], ansiedad, depresión, síntomas psicológicos, caquexia, refractarios. Fármacos: beneficio terapéutico, toxicidad, vías de administración, de prescripción de fármacos y urgencias)	5	1	90,6	Alto
Subcategoría 2b: dolor: evaluación y tratamiento (dimensiones del dolor, dolor total. Analgésicos opioides, mitos. Tratamientos no farmacológicos)	5	0	95,3	Muy alto
Subcategoría 2c: últimos días de vida (sedación paliativa)	5	1	83,5	Alto
Categoría 3: Aspectos psicosociales y espirituales	5	1	87,1	Alto
Subcategoría 3a: reacciones emocionales (modos de afrontamiento)	5	1	81,2	Alto
Subcategoría 3b: cuidado de la familia (conceptos de familia/entorno. duelo)	5	1	83,5	Alto
	5	1	82,4	Alto

Tabla 4 (continuación)

Preguntas contenidos temáticos de medicina paliativa	Segunda ronda Delphi			
	Mediana	RIQ	% Acuerdo (4/5 en la escala)	Nivel de acuerdo
Subcategoría 3c: espiritualidad (empatía y compasión, acompañamiento espiritual, sufrimiento)				
Categoría 4: temas éticos y legales	5	1	84,7	Alto
Subcategoría 4 a: aspectos éticos (generalidades de bioética, proceso de toma de decisiones compartidas, futilidad, directivas anticipadas/voluntad anticipada).	5	1	84,7	Alto
Proporcionalidad, adecuación terapéutica, autonomía, eutanasia, morir con dignidad)				
Subcategoría 4 b: legislación en CP (aspectos médico- legales, derechos del paciente y familia. Leyes específicas)	4	2	63,5	Bajo
Categoría 5: comunicación	5	0	100,0	Muy alto
Subcategoría 5a: generalidades (comunicación paciente/familia/equipo, comunicación verbal y no verbal, cerco de silencio, comunicación empática)	5	0	92,9	Muy alto
Subcategoría 5b: dar malas noticias	5	0,5	91,8	Muy alto
Categoría 6: trabajo en equipo y autocuidado	5	1	85,9	Alto
Subcategoría 6a: equipo interdisciplinario (interdisciplina - transdisciplina, red de apoyo. Rol de: enfermería – medicina - TO, voluntarios - cuidadores)	4	1	78,8	Moderado
Subcategoría 6b: autocuidado y cuidado del cuidador (autocuidado, burnout, autoconocimiento, meditación, medicina narrativa)	4	2	72,9	Moderado/bajo

CP: cuidados paliativos; TO: terapista ocupacional.

específicas que incorporan este enfoque, como el trabajo con casos clínicos, el aprendizaje experiencial y la promoción de debates^{22,23}. Estos hallazgos resaltan la valoración de los expertos respecto a la necesidad de desarrollar habilidades técnicas y relacionales, así como actitudes éticas y afectivas, más allá de la simple adquisición de conceptos teóricos²⁴.

En nuestro consenso, sin embargo, se observa una parcial aplicación del modelo por competencias en la educación en CP, evidente en algunos aspectos. Por ejemplo, respecto a incluir en la currícula elementos de gestión e implementación, hubo un alto acuerdo en que no sería prioritario en este nivel básico de formación. Sin embargo, el componente de aplicación práctica es esencial en cualquier enfoque profesional basado en competencias, ya que abarca la integración cognitiva, técnica, relacional y afectiva en un contexto y momento específicos independientemente del nivel de formación^{19,25}.

Hubo acuerdo en evitar actividades teóricas tradicionales en el aula. Esto contrasta con la importancia reconocida de una comprensión conceptual sólida como base para desarrollar cualquier competencia profesional^{24,26}. La adquisición de habilidades, actitudes y la capacidad de actuar en diversos escenarios se construyen desde la base de una comprensión conceptual sólida de los saberes validados de referencia. Las clases teóricas tradicionales pueden no ser pasivas y ser un buen vehículo para el desarrollo de esta dimensión de la competencia. Mediante la práctica y la reflexión a la luz de marcos conceptuales, el adulto joven en formación puede ir desarrollando habilidades técnicas, integrar juicio científico, clínico y humano, y desplegar dimensiones relacionales para resolver problemas específicos. A su vez, este ejercicio fomenta hábitos mentales como autoobservación, pensamiento crítico y autorregulación afectiva y moral²⁴.

Se destaca el alto acuerdo en la falta de relevancia del aprendizaje autorregulado y el trabajo individual del

Tabla 5 Diez recomendaciones generales del consenso Delphi de expertos EDUPAL-Ar

Diez recomendaciones sobre la medicina paliativa		Acuerdo
1	Incluirla en forma obligatoria en las carreras de grado de Medicina	Muy alto
2	Adaptar la modalidad pedagógica a las posibilidades locales de implementación	Muy alto
3	Incluir los contenidos en ambos ciclos, básico y clínico, con prioridad en el ciclo clínico, si se trata de una única materia (los últimos 4 años de formación)	Muy alto
4	Incluir contenidos temáticos de generalidades, principios, definiciones y evaluación multidimensional. Dolor y control de los síntomas. Comunicación	Muy alto
5	Incluir contenidos temáticos de aspectos psicosociales y espirituales. Aspectos éticos y legales	Alto
6	Incluir contenidos temáticos de trabajo en equipo, Autocuidado y cuidado del cuidador	Moderado
7	Incluir entre 50 y 60 horas de formación durante la carrera	Alto
8	Enfatizar la enseñanza de valores y actitudes	Muy alto
9	Implementar modalidades teórico prácticas de enseñanza: talleres y clases prácticas centradas en el alumno	Muy alto
10	Implementar la enseñanza en un entorno real y en diferentes contextos	Muy alto

alumno, indicando una posible adaptación incompleta del modelo educativo por competencias a nuestro contexto nacional²⁰. Fomentar la autonomía y la autorregulación, también conocido como aprendizaje autodirigido, es crucial para el desarrollo de competencias en cualquier disciplina, especialmente en CP debido a las complejidades de la atención multidimensional e interdisciplinaria^{20,27}.

En el país, no hay una diferencia sustancial entre los planes de estudio propuestos para la formación básica en CP en grado y posgrado. Esto puede deberse a la urgencia de incluir esta disciplina en crecimiento, aún ausente en la mayoría de las universidades y a la posibilidad de ser tal vez, la única oportunidad para que los médicos en formación se acerquen a esta disciplina. El acceso a la formación en CP debe abordarse en varios niveles simultáneamente. La EAPC, en línea con esto, definió 3 niveles de formación: enfoque paliativo básico, generalista y especialista, que deben considerarse en los diseños curriculares de grado y posgrado²⁸.

Nuestros hallazgos sugieren un movimiento pendular en la crisis por el cambio paradigmático en la educación médica argentina, pasando de un modelo tradicional a uno más práctico y desembocando en un enfoque más equilibrado basado en competencias^{22,29,30}. Esta transición presenta desafíos y oportunidades valiosas para la inclusión temprana de los CP en programas curriculares, permitiendo un aprendizaje centrado en el estudiante. En muchas carreras de medicina, los CP se encuentran en proceso de adquirir su lugar legítimo en los programas curriculares como un componente esencial e integrado¹⁵.

La obligatoriedad de la asignatura de CP se respalda en la experiencia europea, donde, cuando es opcional, solo el 15% de los estudiantes la cursa⁷. La sugerencia de impartir la asignatura en el ciclo clínico en los últimos años de formación (práctica común en países con enseñanza en CP) se respalda en la madurez del alumno, y la adquisición previa de contenidos necesarios. Abordar contenidos específicos coincide con prácticas internacionales, aunque algunas universidades dependiendo de las posibilidades locales, los integran transversalmente. La recomendación sobre la carga horaria en Argentina supera el rango propuesto por la EAPC de 40 horas⁷. En países como el Reino Unido, Alemania y Suiza, donde el 100% de las facultades de medicina la han incorporado como materia, se observa variabilidad en los tiempos asignados, que oscilan entre 10 y 20 horas. Fuera de Europa, en países donde no todas las universidades incluyen esta asignatura, la cantidad de horas es similar, alrededor de 14 horas, en el caso de Estados Unidos o Japón⁷.

Metodologías teórico-prácticas, como talleres y clases centradas en el alumno, son fundamentales para una formación activa, reflejando experiencias internacionales. Priorizar la inclusión de CP independientemente de la metodología es clave para preparar a futuros médicos independientemente de la estructura educativa.

En cuanto a la gestión e implementación, así como a la diversidad de contextos e investigación en CP, existe un consenso limitado, posiblemente debido a la falta de diferenciación en los niveles educativos. Se recomienda incorporar aspectos legales y éticos, constitutivos e inherentes a los CP. Es esencial cribar los contenidos según los niveles propuestos por la EAPC, orientando la

priorización de la formación general y la diferenciación adecuada del nivel intermedio y especializado²⁸.

Futuros estudios controlados o de cohortes podrían responder la pregunta si la formación de pregrado en CP influye en la atención clínica. La educación en CP ofrece oportunidades para mejorar actitudes generales, como la colaboración interprofesional, atención holística, centrada en el paciente, autoconciencia y humanismo¹⁵. La exposición a los CP también mejora la percepción de los estudiantes sobre las complejidades de los pacientes al final de la vida y sus cuidados.

Limitaciones

Este estudio tiene limitaciones y aspectos no explorados. Si bien las recomendaciones coinciden con la de expertos internacionales, se discutieron en un contexto nacional y no pueden ser extrapolables sin adaptación a otros países de la región. Se requiere un mayor análisis sobre quién debería encargarse de la enseñanza de CP, considerando tanto especialistas en el tema como colaboradores del equipo interdisciplinario. La evaluación y los métodos de evaluación adecuados no fueron completamente explorados, aunque los expertos sugirieron la inclusión de temas transversales en materias y exámenes ya existentes como el examen clínico objetivo estructurado (ECOE) y aprendizaje basado en problemas (ABP). Dado que otras investigaciones muestran que un plan de estudios que no aborda de manera explícita la atención al final de la vida puede influir negativamente en las actitudes de los estudiantes, se recomienda desarrollar estrategias para contrarrestar este enfoque implícito, que a menudo excluye la muerte como un componente natural del proceso de atención a las personas. Por último, la tasa de respuesta en la consulta fue media; sin embargo, la participación de los expertos representó a las principales instituciones educativas y de CP del país.

Teniendo en cuenta la interdisciplinariedad del campo de trabajo, podría considerarse una limitación la menor participación de profesionales no médicos. Sin embargo, dada la especificidad de la materia Medicina Paliativa, consideraremos que una participación mayoritaria de médicos, refuerza el consenso para la disciplina.

Este estudio se realizó antes de la pandemia por coronavirus. Es posible que la percepción de los participantes en relación con la necesidad de formación de grado en CP sea aún mayor en la actualidad, aunque con consideraciones diferentes. En futuros estudios se debería indagar estos potenciales cambios.

Responsabilidades éticas

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (Aprobación 185/2017). El trabajo no incluyó pacientes. Los participantes firmaron un consentimiento informado incluido en el formulario web junto con la hoja de información del estudio. Para garantizar la confidencialidad y permitir la revisión individualizada de las respuestas, los cuestionarios recibieron un identificador único, y el vínculo entre el identificador y el participante se destruyó tras la

ronda final del Delphi y los profesionales que participaron del consenso.

Financiación

Financiación del Instituto Nacional del Cáncer, Argentina (asistencia financiera a la investigación en cáncer en el ámbito nacional IV- 2018).

Contribuciones

Todos los autores contribuyeron con el diseño del trabajo, la recolección y análisis de los datos. Vilma Tripodoro y Marcela Specos redactaron el primer manuscrito que fue revisado y aprobado por todos los autores.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Premios

Este trabajo recibió el Premio de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP) al mejor póster 2021 Jornada Virtual. EDUPAL: educando a los médicos del futuro para la atención paliativa y el tratamiento del dolor. Primer Premio e-poster Tripodoro VA, De Specos M, Mutto E, De Vito EL y Simone GG.

Agradecimientos

A todos los profesionales que participaron en este consenso de expertos. Al Profesor Carlos Centeno de la Universidad de Navarra (España) por su valioso aporte como consultor del proyecto EDUPAL-Ar.

Bibliografía

- Evaluación del desarrollo de los cuidados paliativos en el mundo: conjunto de indicadores factibles. World Health Organization; 2022;72.
- Alliance W. Global atlas of palliative care. London: Worldwide Hospice and Palliative Care.
- Tripodoro VA, De Simone GG. New paradigms in university education. David Kolb's learning styles. Medicina. 2015;75(2): 113–8.
- Centeno C. Introducing the EAPC steering group on medical education and training. Eur J Palliat Care [Internet]. 2016. [consultado 1 Nov 2023]; Disponible en: https://www.academia.edu/19966777/Introducing_the_EAPC_Steering_Group_on_Medical_Education_and_Training.
- Recommendations of the European Association for Palliative Care (EAPC) for the development of undergraduate curricula in palliative medicine at European ... [Internet]. [consultado 1 Nov 2023]. Disponible en: <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/34516/1/Recommendations%20of%20the%20EAPC%20for%20the%20Development%20of%20Undergraduate%20Curricula%20in%20Palliative%20Medicine%20At%20European%20Medical%20Schools.pdf>.
- Centeno C, Garralda E, Carrasco JM, den Herder-van der Eerden M, Aldridge M, Stevenson D, et al. The palliative care challenge: analysis of barriers and opportunities to integrate palliative care in Europe in the view of national associations. J Palliat Med. 2017;20(11):1195–204.
- Noguera A, Bolognesi D, Garralda E, Beccaro M, Kotlinska-Lemieszek A, Furst CJ, et al. How do experienced professors teach palliative medicine in European universities? a cross-case analysis of eight undergraduate educational programs. J Palliat Med. 2018;21(11):1621–6.
- Arias-Casais AN, Garralda E, Rhee JY, de Lima L, Pons JJ, Clark D, et al. EAPC atlas of palliative care in Europe [Internet]. [consultado 2 Nov 2023]. Disponible en: <http://mariabouri.eu/sitecake-content/1d2d3ae4-7d60-11e9-9993-000000000000-1.pdf>.
- Noguera A, Robledano R, Garralda E. Palliative care teaching shapes medical undergraduate students' professional development: a scoping review. Curr Opin Support Palliat Care. 2018;12(4):495–503.
- Pastrana T, de Lima L, Sánchez-Cárdenas M, van Steijn D, Garralda E, Pons-Izquierdo JJ, et al. Atlas de cuidados paliativos de Latinoamérica 2020.2^a ed. IAHPG Press; 2021.
- Wenk R, de Lima L, Mutto E, del Berenguel MR, Centeno C. Encuentro sobre educación de cuidado paliativo en Latinoamérica. Recomendaciones sobre enseñanza en el pregrado y en el primer nivel de atención de salud. Med Paliat. 2016;23(1):42–8.
- Pastrana T, Wenk R, De Lima L. Consensus-based palliative care competencies for undergraduate nurses and physicians: a demonstrative process with Colombian universities. J Palliat Med. 2016;19(1):76–82.
- Vindrola-Padros C, Mertnoff R, Lasmarias C, Gómez-Batiste X. Palliative care education in Latin America: a systematic review of training programs for healthcare professionals. Palliat Support Care. 2018;16(1):107–17.
- Centeno ÁM, Campos S. La educación médica en Argentina. FEM (Ed Impresa). 2017;20(6):265–71.
- Mutto EM, Bunge S, Vignaroli E, Bertolino M, Villar MJ, Wenk R. Medical students' palliative care education in a Latin American university: a three-year experience at Austral University in Buenos Aires. Argentina J Palliat Med. 2014;17(10):1137–42.
- Jünger S, Payne SA, Brine J, Radbruch L, Bearley SG. Guidance on conducting and REporting DElphi Studies (CREDES) in palliative care: recommendations based on a methodological systematic review. Palliat Med. 2017;31(8):684–706.
- Humphrey-Murto S, Varpio L, Gonsalves C, Wood TJ. Using consensus group methods such as Delphi and Nominal Group in medical education research. Med Teach. 2017;39(1):14–9.
- Elfil M, Negida A. Sampling methods in clinical research; an educational review. Emerg (Tehran) 2017;5(1):e52.
- Gamondi C, Larkin PJ, Payne S. Core competencies in palliative care. Eur J Palliat Care. 2013;20(2):86–91.
- Charokar K, Dulloo P. Self-directed learning theory to practice: a footstep towards the path of being a life-long learner. J Adv Med Educ Prof. 2022;10(3):135–44.
- Day LB, Colbourne T, Ng A, Rizzuti F, Zhou L, Munroo R, et al. A qualitative study of Canadian resident experiences with competency-based medical education. Can Med Educ J. 2023;14(2):40–50.
- Pulsford D, Jackson G, O'Brien T, Yates S, Duxbury J. Classroom-based and distance learning education and training courses in end-of-life care for health and social care staff: a systematic review. Palliat Med. 2013;27(3):221–35.
- Roberts JW. Experiential education in the college context: what it is, how it works, and why it matters. Routledge. 2015. 200 p.
- Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. JAMA. 2002;287(2):226–35.
- McGregor B, Belton A, Henry TL, Wrenn G, Holden KB. Improving behavioral health equity through cultural competence training of health care providers. Ethn Dis. 2019;29(Suppl 2):359–64.

26. Best M, Leget C, Goodhead A, Paal P. An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care. *BMC Palliat Care*. 2020;19(1):9.
27. McCallum M, Carver J, Dupere D, Ganong S, Henderson JD, McKim A, et al. Developing a palliative care competency framework for health professionals and volunteers: the nova Scotian experience. *J Palliat Med*. 2018;21(7):947–55.
28. Payne S, Harding A, Williams T, Ling J, Ostgathe C. Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): a Delphi study. *Palliat Med*. 2022;36(4):680–97.
29. Connolly M, Ryan K, Charnley K. Developing a palliative care competence framework for health and social care professionals: the experience in the Republic of Ireland. *BMJ Support Palliat Care*. 2016;6(2):237–42.
30. Cao W, Li C, Zhang Q, Tong H. Perceptions on the current content and pedagogical approaches used in end-of-life care education among undergraduate nursing students: a qualitative, descriptive study. *BMC Med Educ*. 2022;22(1):553.