



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

1803

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
Facultad de Medicina
Comité de Currículo

N° 1

**HACIA UN MARCO TEÓRICO
PARA LA RENOVACIÓN CURRICULAR**

Referentes contextuales



Universidad de Antioquia
Facultad de Medicina
Comité de Currículo



El Proceso de Sistematización Curricular

HACIA UN MARCO TEÓRICO PARA LA
RENOVACIÓN CURRICULAR

Referentes contextuales

Medellín, Colombia



PRESENTADO POR:

Comité de currículo

LUIS JAVIER CASTRO NARANJO, Presidente
FERNANDO GARCÉS SAMUDIO, Representante de los egresados
VICTOR MUÑOZ MARÍN, Jefe de Pregrado
LUZ HELENA LUGO AGUDELO, Coordinadora de Rehabilitación
JUAN FERNANDO GÓMEZ RAMÍREZ, Profesor de Pediatría y Puericultura.
JAIME ARTURO GÓMEZ CORREA, Profesor de Medicina Preventiva.
JUAN MANUEL TORO ESCOBAR, Profesor de Medicina Interna.
PABLO JAVIER PATIÑO GRAJALES, Profesor de Microbiología y Parasitología.
ELSI OLAYA ESTEFAN, Profesora de Medicina

Comité asesor para el proceso de sistematización

AURORA GIRALDO DE LONDOÑO, Coordinadora del Programa de Desarrollo Pedagógico Docente.
HILDA NORA VÉLEZ SIERRA, Profesora de la Facultad de Medicina .
ALBERTO DUQUE VELÁSQUEZ, Profesor de la Facultad de Medicina.

Hacia un marco teórico para la renovación curricular. *Referentes contextuales.*

El presente documento introduce el tema del cambio como una constante que afecta por igual a personas e instituciones. Plantea la necesidad de una cultura de renovación curricular para la Facultad de Medicina, como mecanismo para afrontar con responsabilidad el futuro y define el contexto cultural y social en que este ocurre.

Consultoría temática y contenido:
Juan Fernando Gómez R., Jaime Arturo Gómez C., Elsi Olaya E., Luz Helena Lugo A. y Alberto Duque V.

Estructura temática y revisión final:
Alberto Duque V., miembro del Comité asesor para la sistematización.

Primera versión, junio de 1998
Segunda versión abril de 2000



HACIA UN MARCO TEÓRICO PARA LA RENOVACIÓN CURRICULAR REFERENTES CONTEXTUALES

CONTENIDO

Introducción:

1. El cambio fenómeno universal.

- 1.1. *El cambio físico.*
- 1.2. *El cambio subjetivo*
- 1.3. *El cambio institucional*
- 1.4. *El cambio en nuestra sociedad*

2. Fundamentos teóricos para un cambio curricular.

- 2.1. *La época clásica.*
- 2.2. *La época medieval*
- 2.3. *El renacimiento*
- 2.4. *La modernidad*

3. Hacia una propuesta para el cambio

4. Tendencias actuales en Educación médica

- 4.1. *Contexto de la Educación médica en el mundo*
- 4.2. *Cambios necesarios en la Educación médica*
- 4.3. *Vinculación de lo social*



4.4. *Participación del estudiante*

4.5. *Cambios metodológicos*

4.6. *Informática médica*

4.7. *Calidad de la educación y la acreditación*

4.8. *Educación continua*

5. Reforma actual de los servicios de salud

5.1. *Contexto de la reforma de los servicios de salud*

5.2. *Problemática planteada por los servicios de salud en el mundo*

5.3. *Estrategias de la reforma*

5.4. *Efectos de la reforma de los servicios de salud*

5.5. *En las instituciones de salud*

5.6. *Con respecto a los profesionales de la salud*

5.7. *En lo que tiene que ver con el usuario de la atención*

5.8. *Sobre la educación médica*

6. El cambio en la Universidad

6.1. *Objetivos del proceso de renovación curricular*

6.2. *Elementos básicos para la renovación curricular*

Bibliografía



HACIA UN MARCO TEÓRICO PARA LA RENOVACIÓN CURRICULAR

INTRODUCCIÓN

Atendiendo a las directrices académicas de la administración central de la Universidad de Antioquia, el comité de currículo de la Facultad de Medicina presenta este documento que expone las ideas básicas del proceso de renovación curricular de esta Facultad, no sólo en lo referente al acontecer histórico y social, en cuanto reportan el cambio como variable existencial que acompaña tanto al ser personal como al corporativo, sino también en la medida en que gran parte de lo actuado es el sustento de toda renovación por venir.

Tiene por lo tanto este documento una finalidad de consensuar mentalidades y voluntades, en torno a un ancestro común y a un acontecer de occidente que deviene en modernidad. Su única pretensión es la de convocar y motivar a la comunidad académica, en el camino arduo pero también apasionante que nos llevará a la renovación curricular.

Es importante que dentro del marco conceptual de este documento, se defina claramente lo que se entiende por currículo. Citanda Ascofame, currículo es...«La integración de las experiencias de aprendizaje que de facilitan al estudiantes para que desarrolle su perfil humano, científico, profesional y cultural de acuerdo con los escenarios futuros de la educación médica y los problemas prioritarios en el contexto de la salud»^{*}

^{*} Ascofame: Ospina Julio Enrique y Rey Pardo Nesa Beatriz. Perspectivas curriculares de educación médica para el siglo XXI. Asociación Colombiana de facultades de Medicina. Santafé de Bogotá, Colombia, Octubre de 1995. Página 40.



En otras palabras, el currículo trasciende al simple instrumento pedagógico y se convierte en un plan de vida que propende en primera instancia por la formación sólida de una personalidad integral basada en su ser social y a partir de allí integral en la configuración del ciudadano que incorpora la ciencias y el ser profesional, como logros de su cultura y con la particular énfasis en el contexto médico y de salud.

De la anterior definición se deduce claramente que el currículo implica tanto una teoría como una práctica y que cualquier renovación de éste abarca además de los aspectos puramente técnicos, un cambio actitudinal muy significativo por sus exigencias a las personas afectadas con dicho proceso.

1. El cambio como fenómeno universal

La historia nos ha enseñado que en materia curricular no es fácil cambiar y que la resistencia al cambio surge como impedimento para el avance exitoso de los procesos renovadores. Es aquí donde está el gran reto que debe afrontar, mediante el trabajo constante y productivo, todo integrante de la comunidad académica comprometido con el cambio.

Este fenómeno común de la resistencia a adoptar nuevos modelos, nuevas costumbres, nuevos valores, no es un asunto que se percibe sólo en el cambio curricular. Es un patrón que afecta la existencia de todo ser humano.

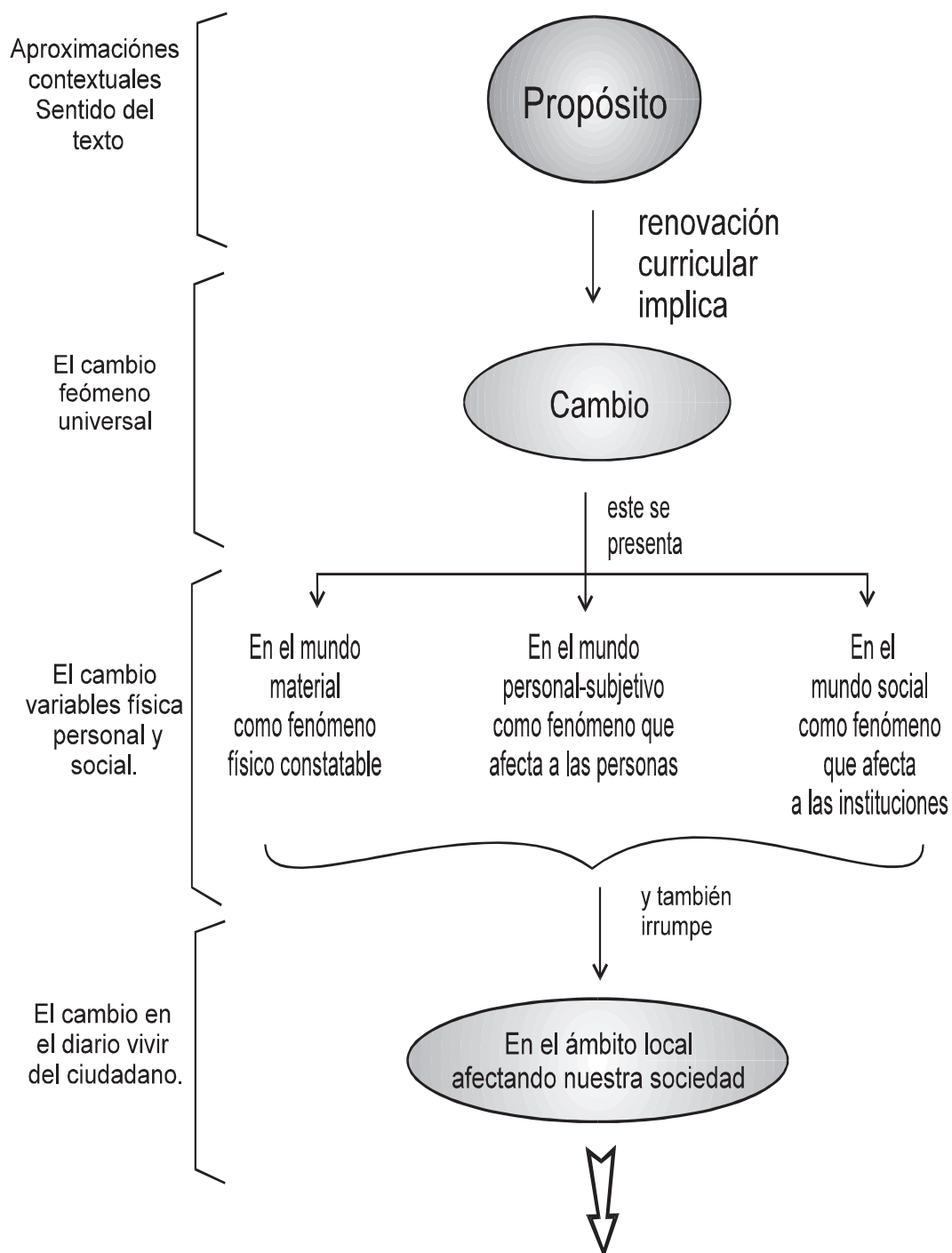
1.1 El cambio físico

Parecería lógico adivinar que con solo contemplar el vaivén de las estaciones, la variabilidad climática, las épocas de cosecha y de siembra,

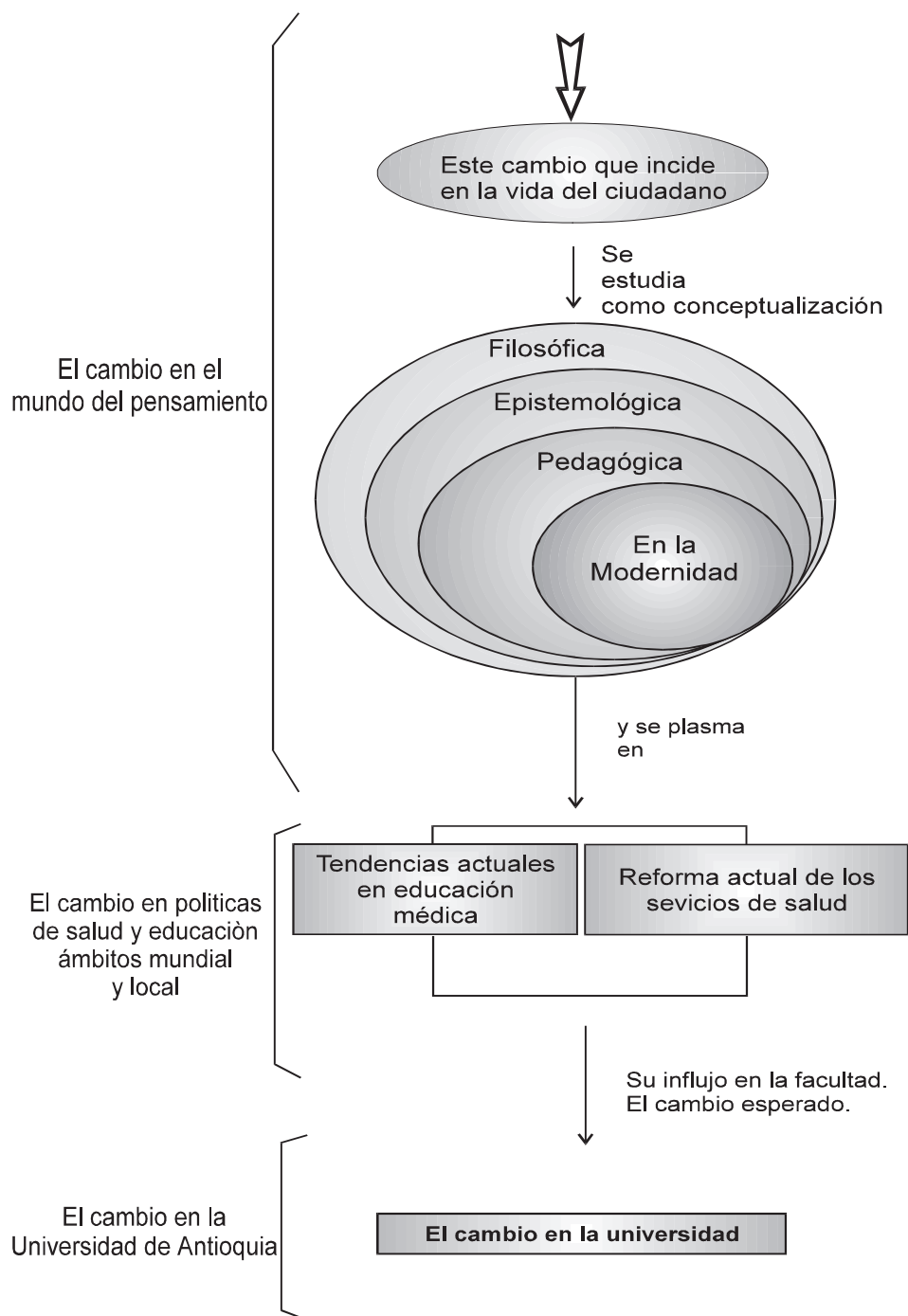


el fluir constante de los ríos, la inestabilidad de sus cauces en el invierno y en los tiempos de sequía, ello permitiría concluir al hombre que el cambio es una constante existencial, de la cual todos participamos y en la cual todos estamos inmersos. Los textos de Heráclito tan conocidos, cobran su pleno sentido cuando son rememorados para enmarcar una realidad que toca al existir en su esencia y sin embargo pasa desapercibida al hombre en su diario acontecer: «Aguas distintas fluyen sobre los que entran en los mismos ríos». «Entramos y no entramos en los mismos ríos: tanto somos como no somos». «No es posible bañarse dos veces en el mismo río». Cratilo un contemporáneo de Heráclito reprendió a éste «...por decir que no es posible entrar dos veces en el mismo río, pues él mismo pensaba que no es posible hacerlo siquiera una vez» *

* García Bacca, Refranero clásico Griego: Heráclito: (43:c B12 = 40M), 44:B 49



*Hacia un marco teórico para la renovación curricular
Referentes Contextuales. Fig. 1*



*Hacia un marco teórico para la renovación curricular
Referentes Contextuales. Continuación Fig. 1*



1.2 *El cambio subjetivo*

El hombre se afana cada vez con más ahínco por buscar la estabilidad, por proponer valores absolutos, por trascender lo temporal en busca de lo eterno, por afirmar la presencia constante de un yo que permanece siempre el mismo, y que se convierte en la tabla de salvación de la cual pende su seguridad, apoyado sólo en la afirmación rimbombante de su individualidad y permanencia como centro y razón de ser. Esta labilidad del ser humano la expresa Richard P. Feynman en su capítulo sobre el *valor de la ciencia* de manera afortunada cuando dice: «El contenido de fósforo radioactivo del cerebro de la rata decrece a la mitad en un período de dos semanas. Esto significa que el fósforo que hay en el cerebro de la rata- y también en mi cerebro y en el suyo- no es el mismo fósforo que había en él hace dos semanas. Significa que los átomos del cerebro estan siendo reemplazados: los que antes se encontraban allí se han ido. Eso que yo llamo mi individualidad, es tan solo una configuración, una danza que dura lo que tardan los átomos del cerebro, danzan en él su danza y después se van hay siempre nuevos átomos, pero danzan siempre la misma danza, recordando cómo era la danza de ayer». (Feynman Richard 1998).

De ahí el que una concepción estática del hombre como ser que permanece, lo convierta en sujeto de paradojas al encontrarse obsoleto generación tras generación y mucho más aún, cuando se salta de un ambiente parroquial, a un ámbito más universal.

1.3 *El cambio institucional*

El cambio que considerado a nivel de las personas suele ser el resultado de complejos procesos de maduración y que acontece acompañado de



contramarchas, desasosiegos y traumatismos, ocurre también en el mundo de las organizaciones. Ha sido un denominador común la actitud asumida por los grupos humanos que pretenden conservar sus posesiones, sean estas riquezas, tierras, lengua o cultura en general. Sólo el liderazgo efectivo, puede lograr cambios al interior de una organización que le permita por si misma abrirse a lo nuevo. Cuando esto no ocurre, las sociedades se aíslan en un autismo que pocas veces conduce a logros importantes de la cultura, con el agravante de que éstas, en sus distintos sectores pocas veces cuentan con el aparato crítico que les permita evaluarse en lo justo. Este obrar de las instituciones se traduce en un encierro, que es mayor en la proporción en que dichos organismos sean exitosos y en que la sociedad premie su actuación, pues paradójicamente, su éxito se convierte en su enemigo más próximo y más de temer, ya que le impide la autocrítica, única salida al cambio.

1.4 El cambio en nuestra sociedad

Cuando esta actitud hacia el cambio no surge del interior mismo de la organización, que no incorpora la autocrítica como acción fundamental de su quehacer, debe ser impulsada por otros sectores sociales que sí hayan percibido las inadecuaciones que suelen acrisolar el tiempo y la práctica. Nuestra ciudad no escapa a estas dinámicas sociales.

El Medellín de hace veinte años conservaba aún la aureola de una villa pueblerina con amagos de ciudad grande. El estrés de hoy y los modelos



de comportamiento con sus exigentes estándares, distan mucho aún de la apacible Villa de la Candelaria que ya tenía el nombre de capital industrial de Colombia, a la que en forma lenta al comienzo, pero apresurada después, comenzaban a apretar sus amplios cinturones de desplazados campesinos. El fenómeno de la droga aparecía sólo en publicaciones escritas, pero no podía palpase en sus calles ni en sus centros sociales. En el campo sólo en contadas regiones comenzaba a resonar el fenómeno emergente de la marihuana.

Cuando la violencia que anduvo siempre enmontada hizo su irrupción en la urbe, acompañada con la droga, el terrorismo y la corrupción, amplios sectores de nuestra sociedad, primero en connivencia ingenua, luego como simpatizantes y finalmente como aliados, se encontraron involucrados y comprometieron así a una sociedad que hacía décadas había dejado de nutrirse de los valores que de antemano le aportó una religión que se decía ser la de Colombia y la de Antioquia en particular (Duque A., 1992).

Hoy las estadísticas son otras; los perfiles epidemiológicos tienen que incluir en su *canasta*, la pobreza y la inequidad como males endémicos generadores a su vez de una inacabable letanía de problemas sociales. Estos se manifiestan en la pérdida del respeto por la vida humana y por los derechos ajenos. Todo lo anterior agravado por la falta de conciencia de los deberes personales y la marejada de conflictos con su secuela de genocidio y desamparo.

En la Villa de Aburrá* no todo quedó descalificado: la ciudad creció y se hizo tal. Su composición social se vio enriquecida por las gentes del

* Nombre con el que también se conoce a la ciudad de Medellín



campo y por inmigrantes nacionales y extranjeros. El comercio se acrecentó a todo nivel hasta llegar a configurar grandes monopolios criollos y transnacionales y un sector informal que supera y apabulla con frecuencia al sector organizado.

El candidato a médico, proveniente de este entorno, instruido en estos valores, cuando no desubicado, llega a una Facultad de Medicina que le ofrece la posibilidad real de concretar su ideal en el que en forma más o menos confusa se mezclan sus deseos de servicio y sus secretas aspiraciones de prestigio, poder y estatus social. Encuentra una universidad engolosinada con su propuesta biológica, intentando de palabra propiciar un acercamiento a lo social, pero en verdad ausente y sin pertinencia.

La sociedad preocupada por sus modelos mercantilistas y refinando economías de escala, cree más en el éxito económico que en los balances sociales. La universidad piensa que los valores son forjados desde el hogar como antaño, pero olvida que éstos están siendo cincelados por los grupos secundarios y sobre todo por los medios de comunicación, considerados hoy el influjo más importante como variable educativa (Duque A., 1997).

De esta manera, ni la sociedad, ni la universidad, advierten que el ciudadano que aspira a profesional ha quedado en total anomía al vaivén de la oferta y la demanda, de una sociedad que a todo nivel se ocupa más del tener que del ser.

Empirista por naturaleza, el humano es halagado y seducido por lo que brilla, lo tangible, lo cuantificable, lo contabilizable y entre estos artículos



no se encuentran las virtudes sociales, los valores, la moral, el respeto, el trabajo, la constancia, el esfuerzo, el honor, la honradez y la bonomía.

La Facultad de Medicina y la Universidad de Antioquia, conscientes de esta situación social de la inversión de valores que es parte constitutiva del ethos que la conforma, llámese juventud o adultez, consideran la importancia y la necesidad de enfocar su esfuerzo educativo por la vía de una formación integral, que rescate al hombre en su entorno y para su entorno, no en forma sectorial y parcializada, sino como componente de una sociedad viva y actuante en la que tienen que plantarse nuevamente los valores humanos como razón y sentido de la ciencia y la cultura universales.

2. Fundamentos teóricos para un cambio curricular.

Todas las sociedades, en diferentes épocas, han construido una visión de su mundo fundamentada en una serie de criterios y de interrelaciones, que le permiten comprender su devenir como grupo social, proceder en la vida cotidiana presente y orientar sus acciones hacia el futuro.

La imagen de mundo elaborada en cada época de la humanidad a la vez que rompe con la tradición, en muchos aspectos la contiene, y hace que coexistan en un momento dado y bajo una visión hegemónica diferentes sistemas interpretativos de la realidad. No se puede hablar en este sentido de sistemas homogéneos y absolutamente coherentes en su interior, porque estos sistemas contienen fisuras, conflictos y tensiones, que potencian la dinámica de cambio y de consolidación de dicha visión del mundo.



Cada una de las épocas, en su sistema interpretativo, de una u otra forma se ha ocupado de las cuestiones relativas a la constitución de la realidad, su permanencia o su variabilidad; del hombre en su origen y su devenir; de la sociedad y más específicamente de las formas de conocimiento; de las relaciones entre el objeto y el sujeto de conocimiento y la posibilidad o imposibilidad de conocerlas. (Briones G., 1996).

A continuación revisaremos de forma muy general los principales sistemas interpretativos de las más importantes épocas de la cultura occidental, describiendo la dinámica dialéctica que da origen a cada uno de ellos y procurando evidenciar la permanencia y coexistencia de sus rasgos fundamentales en el sistema interpretativo contemporáneo. Así se espera comprender la fundamentación de las diferentes corrientes epistemológicas y pedagógicas actuales, para sustentar en esta forma, una propuesta curricular que reconozca sus diversos orígenes, exprese claramente los propósitos y justifique las diferentes metodologías del modelo pedagógico propuesto y sus contenidos.

2.1 La época clásica.

Los fundamentos de la cultura occidental se establecen en Grecia aproximadamente 500 años a. de c., cuando sus filósofos realizan una crítica a la visión mítica del mundo y proponen un sistema interpretativo de la realidad cimentado en un razonamiento sobre la experiencia y la razón. (Gardner J., 1997).

A partir de este momento, con el protagonismo del ser humano, la experiencia y la razón con diferentes intensidades y énfasis, serán los polos dinamizadores del modelo de interpretación de la naturaleza, del hombre y de las sociedades, que llega hasta nuestros días.



La naturaleza y sus fenómenos, (el origen de la materia que la constituye, sus componentes, su permanencia o su cambio) son el eje temático sobre el cual elaboraron preguntas los primeros filósofos griegos (presocráticos).

Posteriormente, la dinámica del pensamiento centra el interés de la filosofía en el ser humano y su papel en la sociedad, que en Atenas se planteaba de carácter democrático, prestando suma importancia a los asuntos públicos, por lo que era fundamental la educación de los ciudadanos y en especial el arte de la retórica como ejercicio de la palabra: «Somos, en efecto, los únicos que a quien no toma parte en estos asuntos los públicos, lo consideramos no un despreocupado, sino un inútil»^{*}.

Otro aspecto fundamental de esta sociedad fué el amor por lo bello como actitud vital del pueblo griego. De esta forma la filosofía griega establece los mojones del debate entre el carácter natural o social de los fenómenos, dos nuevos polos en tensión, que con respuestas diferentes, persisten en la actualidad y cruzan en gran medida diversas discusiones científicas actuales tales como las causas de la enfermedad, la explicación de la conducta humana y la manera como el individuo aprende.

- La propuesta socrática

El filósofo más sobresaliente de esta época fue Sócrates, quien al contrario de sus contemporáneos no recurrió a la retórica para enseñar a

^{*} En: Elogio al legado griego. Discurso pronunciado por el general Pericles en la ceremonia de Honras fúnebres a los caídos en la guerra.



los ciudadanos, porque tenía el convencimiento de que el conocer surge del interior de cada uno. Considera que su papel no es enseñar en el sentido de entregar verdades a los alumnos, sino facilitar el surgimiento de las propias ideas en los individuos, mediante la indagación y el análisis de las respuestas lo que permite identificar los fallos en el razonamiento del interlocutor. Este método denominado Mayeútica es retomado por las corrientes pedagógicas activas y revisado por la vertiente cognitiva que considera al estudiante como sujeto activo y protagonista de su proceso de aprendizaje y al profesor como facilitador que ayuda a construir la comprensión. Sócrates es considerado racionalista en cuanto cree que la fuente del conocimiento es la razón y su método pudiera interpretarse como antecesor del cognitvismo, si su mayeútica se viese liberada del acendrado animismo que intenta superar, si cambiara el tono irónico y sarcástico que la acompaña, y si la conquista del conocimiento logrado en dicho proceso no fuera sólo una *reminiscencia*, ni una verdad instalada desde siempre como participación del universal, sino una aproximación conjetural y provisoria a una verdad siempre nueva y siempre evanescente. Queda como impronta sí su afán de búsqueda de la verdad, su rigor lógico, el manejo impecable de la pregunta y el paradigma no superado de un pensamiento formal que aún hoy se propone a nuestra consideración.

- La perspectiva platónica

Platón el alumno más destacado de Socrates, aunque aceptó la existencia del mundo de los sentidos en el cual todo fluye y nada permanece, no le prestó importancia a esta parcela de la realidad y en cambio, fundado exclusivamente en el uso de la inteligencia, centró la mayor relevancia en el mundo de las ideas, para él de carácter inmaterial, eterno y permanente; además propuso un método de enseñanza fundado



en el diálogo, así llamado académico que para algunos es el preludio de la propuesta contemporánea social en la que se rescata el valor del otro y la posibilidad de aprender del entorno mediante el intercambio establecido por la comunicación entre personas.

- La interpretación aristotélica

Aristóteles, alumno de Platón, concentra la interpretación del conocimiento en los sentidos aplicados a la naturaleza y evidencia a través de ellos su índole dinámica y cambiante; piensa, al contrario de Platón, que el verdadero mundo es el de la naturaleza y por tanto el verdadero conocimiento es el que se consigue a través de la percepción sensorial, por lo cual los pensamientos e ideas de los humanos se construyen a partir de las experiencias obtenidas mediante los órganos de los sentidos. Por esta vía de concepción de la realidad, se retoma el asunto de la naturaleza, de la materia y de su carácter cambiante y dinámico.

Adicionalmente Aristóteles reconoce que los elementos de la naturaleza guardan unas características similares entre si; propone un sistema clasificadorio de especies a la vez que reconoce las diferencias existentes entre los individuos de una misma especie. De esta forma Aristóteles con su reflexión filosófica establece los cimientos de la escuela del conocimiento empirista y se constituye en el padre de las ciencias modernas al crear los principios del lenguaje y de la lógica científica predominante en la actualidad. Propone la experiencia sensorial como el método de conocimiento y los sistemas clasificadorios para la comprensión y organización de la realidad.



2.2 *La época medieval.*

Con la influencia de la doctrina cristiana en el mundo occidental se produce un cambio de interés, que se manifiesta en un desplazamiento del pensamiento filosófico hacia una concepción religiosa, casi mágica de la realidad en torno a las cuestiones del origen de la naturaleza y del hombre y por tanto a sus formas de conocimiento; de esta manera la experiencia y el raciocinio como fuentes de conocimiento son relegados por la fe, que se instaura como la principal y quizás la única vía de acceso al conocer. En consecuencia la reflexión humana se descentra del hombre y de la naturaleza, y se orienta al conocimiento de los asuntos divinos.

La mediación de la fé para el conocimiento de la verdad va a tener implicaciones fundamentales en la forma como se organizan los procesos del conocer. El conocimiento no es fruto de la experiencia sensorial, está dado de antemano en las Sagradas Escrituras, por lo cual pierden importancia la experiencia sensible y las actividades del raciocinio por medio de la pregunta y del diálogo como vías de conocimiento. En consecuencia cobra importancia la transmisión de las sagradas escrituras, para lo cual se crea la escuela, nacida en los monasterios y fundamentada en la autoridad del enciclopedismo que recae en los religiosos y en la ignorancia de los alumnos, quienes mediante una rigurosa disciplina (Morín E., 1996), aprenden los dogmas de fe y acceden a la revelación de los grandes misterios divinos, considerados como el verdadero conocimiento. Desde esta perspectiva epistemológica y pedagógica cobra sentido la práctica didáctica de la conferencia magistral, que se irá perfeccionando en el transcurso de la época, para adquirir su mayor desarrollo en el ámbito de la universidad, institución creada a finales del medioevo.



La imagen o representación del mundo en esta época se caracteriza por la coexistencia de una realidad no sensible, metafísica, de origen religioso con una realidad sensible, empírica (Romero J.L., 1987). La interpretación del mundo es la resultante de la interpenetración de dos formas de conocimiento: una intelectual fundada en la fé, la cual acude a las explicaciones sobrenaturales para dar cuenta de los acontecimientos y otra sensible producto de la experiencia cotidiana pero sujeta a la primera. Esta compenetración de dos tipos de realidad diferentes constituye el núcleo central de la mentalidad cristiano feudal predominante en el medioevo; la experiencia cotidiana es explicada por un sistema causal sobrenatural, religioso; llueve por castigo o bendición divina. En este contexto las cosas no son como se ven sino como se ha enseñado que son. El sistema de conocimiento en esta visión de mundo es autoritario, transmisionista, dogmático, acrítico e irreflexivo, la experiencia primaria de los hombres y su vida cotidiana que se desenvuelve en la naturaleza, es invalidada por un sistema interpretativo fundado en una causalidad sobrenatural. “Se enseña a pensar contra lo que dicen los sentidos” (Romero J.L., 1987).

En este sistema interpretativo se considera que lo real son los conceptos más generales y universales (realistas) y no los seres y las cosas (nominalistas); de esta forma, lo verdaderamente real no son los individuos particulares, sino el género, la clase, la especie, la idea que se tiene de las cosas.

Este tipo de pensamiento sobre la realidad aún prevalece en la concepción médica actual: el paciente, el enfermo y lo que le sucede no es más real que la enfermedad que se le ha diagnosticado. Se construyen grupos de enfermedades y tratamientos protocolizados, en los



cuales se ubica a los pacientes, se los homogeniza, se los estandariza, se les desconoce con frecuencia las singularidades de sus procesos, sometiéndolos a las clasificaciones de las enfermedades y a sus respectivas intervenciones, ideadas por las sociedades científicas.

2.3 El renacimiento.

La constitución de un nuevo sistema de producción que emerge de los quehaceres prácticos de artesanos, mineros y mercaderes, sustentado en una incipiente economía monetaria (Romero J.L., 1987), le exige a los actores de esta nueva sociedad, una reinterpretación de la realidad, fundada en la valoración de la experiencia cotidiana, que le permita operar y desenvolverse eficazmente en los nuevos procesos productivos. La experiencia cotidiana frente a una naturaleza susceptible de ser intervenida para la producción en un nuevo sistema económico, exige la construcción e identificación de una causalidad natural, más inmediata, producto de las regularidades que se van identificando con la experiencia.

Esto conduce a una revisión y reinterpretación del conocimiento acumulado a la fecha, paso inicial a la relectura de los clásicos, especialmente de Aristóteles: es el principio y el sentido del renacimiento; renace la cultura occidental fundada originariamente en la Grecia clásica.

Consecuentemente se plantea de nuevo, pero en una dimensión diferente, la antigua discusión Griega entre racionalistas y empiristas en torno al carácter de la realidad; *¿Qué es lo real?*: Para los nominalistas es lo sensible, el individuo, lo cognoscible por los sentidos utilizando un



método. Para los realistas es lo inteligible, el género, la especie. En términos médicos de hoy: *¿qué es lo real: la enfermedad o el enfermo?*

Por el sendero de los nominalistas, se construye y consolida el pensamiento científico, la filosofía natural y la filosofía moderna, con expresiones racionalistas (Descartes, Leibniz) y empiristas (Bacon, Locke); desde estas corrientes en tensión se proponen diversas respuestas a las antiguas cuestiones: *¿cual es el carácter de lo real, cuáles son las posibilidades de conocer, cual es el objeto de conocimiento y qué relación se establece entre el objeto de conocimiento y el sujeto cognoscente?*.

2.4 La modernidad:

Aunque los cimientos de la modernidad son bosquejados en el renacimiento, es Kant quien propone la síntesis a la tesis sustentada por los racionalistas y contraargumentada en la antítesis por los empiristas Ingleses, al plantear que tanto la percepción como la razón cumplen un papel sustancial en el conocimiento del mundo, señalando los aciertos y desaciertos de ambas formulaciones.

Ratifica Kant que los conocimientos se construyen a partir de las percepciones, pero se diferencia de los empiristas en cuanto considera que el ser humano no es una *tabula rasa* sobre la cual se imprimen dichas percepciones. Explica el filósofo, que la razón cumple el papel de un *filtro* que moldea las percepciones, pues en ella existen unas condiciones que determinan el modo de captar el mundo y por ende nuestro concepto de mundo.



Las condiciones a las que se refiere, el pensador de Konigsberg son el tiempo, el espacio, la noción de causa-efecto, categorías inherentes a la condición del ser humano, que definen su especificidad a diferencia de los demás seres. Adicionalmente propone Kant la cultura como contexto social al que llega el individuo, como otra de esas categorías propias de la conciencia que moldean nuestro modo de percibir la realidad. Por tanto nuestra conciencia es un ente que moldea activamente las percepciones y éstas a su vez modelan la conciencia en una relación recíproca (Hoyos G., Vargas G. 1997).

De esta forma se esboza uno de los fundamentos de la teoría pedagógica constructivista actual que explica que la información *procedente de los sentidos* es aprehendida por el sujeto con carácter más permanente sólo si es significativa, o sea si potencialmente puede insertarse en los esquemas conceptuales construidos durante la vida por el sujeto cognoscente en un contexto determinado, al producir una nueva reorganización de sus esquemas mentales según lo proponen autores como Ausubel y Piaget.

Así planteados los términos del aprendizaje, podría concluirse a modo de resumen, que el conocimiento del mundo no es el resultado de una intuición directa y por lo tanto no se llega a una verdad absoluta; siempre habrá una mediación del sujeto social en el proceso de aprehendizaje de ese mundo, por lo cual, es posible el conocimiento del *mundo para sí*, pero no con absoluta certeza el conocimiento del *mundo en sí*.

Con base en los elementos descritos hasta el momento, Kant definió las posibilidades del conocimiento racional, delimitando de manera nítida los alcances del conocimiento científico, aporte fundamental para la ciencia moderna. Consecuentemente al definir las fronteras y las posibilidades de lo que se puede conocer racionalmente, estableció, a través de la crítica a



la razón práctica y a la razón estética, otras áreas de conocimiento tales como las cuestiones de índole moral y estética, inmanentes al ser humano y que se encuentran referidas a cómo el sujeto debe actuar en relación con los otros sujetos y cómo con respecto al sentimiento o la emoción estéticos ante lo bello y lo artístico, campos bastante relegados en el horizonte del ser profesional.

En éstas áreas, específicamente en la de la razón práctica, Kant postula que existe un apriori, el de la ley moral, al cual estamos sujetos los individuos de la especie; susceptible de ser enunciado en términos de que las personas deben ser consideradas como un fin en sí y no como un medio para intereses particulares.

Al considerarse al individuo como un sujeto moral, en cuanto está vinculado a una ley moral, éste en el ejercicio de la libertad es responsable o al menos debe serlo de sus actos, que no es algo diferente a hablar del ejercicio de la autonomía y por ende de la actitud crítica ante todo autoritarismo y dogmatismo. Cada sujeto es responsable de sus actos, debe dar cuenta argumentativa y públicamente de éstos y ello no puede delegarse en ninguna autoridad. En esto consiste el logro de la mayoría de edad, fundamento del proyecto de La Ilustración como una de las tareas primordiales de la época moderna. En éstos términos, Kant postula que el proyecto de la modernidad es sustancialmente crítico, característica que se pone de relieve hoy y para nosotros en la facultad de Medicina pues ésta crítica, debe constituirse en eje orientador de la formación de los estudiantes de medicina para los cuales se elabora la propuesta de reforma curricular.

La modernidad aunque se pretendió como megaproyecto para el mundo occidental, no satisfizo las expectativas depositadas en ella; al menos



eso evidencia la crisis actual de nuestra sociedad, que a finales del siglo XIX y principios del XX, aún antes de la primera guerra mundial, fué prevista por grandes pensadores de nuestra cultura occidental y se hizo evidente en las dos postguerras del siglo que termina. Las promesas de emancipación, libertad, igualdad y solidaridad no se han cumplido; todo lo contrario, los fascismos, la pobreza, la discriminación de diversa índole, los dogmatismos en todas sus manifestaciones, la *minoría de edad* y en genérico la pérdida de la dignidad humana prevalecen en la mayoría de las sociedades del mundo actual.

La crisis de la modernidad se ha explicado en términos de que el desarrollo del proyecto moderno se ha reducido a una racionalidad estratégica y funcional, que genera un gran desequilibrio entre el desarrollo de las ciencias, la técnica la tecnología y el atraso de la cultura y la moral. Se ha dado más importancia a la información que al conocimiento, a la eficacia que a la comprensión, y a la tecnología más que a la especulación.

En términos fenomenológicos, el mundo de la vida, el mundo vivencial y sensible de lo cotidiano, en sus dimensiones material, subjetiva y social, ha sido reducido al mundo material; éste ha colonizado los territorios de la vivencia moral y estética, con la consecuente repercusión en el desarrollo de las ciencias sociales y del espíritu. Estas a más de tener un pobre desarrollo, generalmente lo han intentado desde una conciencia cientifista según el modelo de las ciencias de la naturaleza,* tal como lo expone Habermas en Conocimiento e interés, ignorando las especificidades de

* La Teoría Crítica Social, heredera de Marx, ha profundizado en esta reflexión crítica de la modernidad, por intermedio de autores tales como Herbert Marcuse con su obra *El Hombre Unidimensional*, título que ilustra gráficamente la objetivación de la vida; como Max Horkheimer en «Teoría tradicional y teoría crítica» y actualmente Jurgen Habermas en «Conocimiento e interés» (Habermas J.).



sus objetos de estudio y de los métodos para acceder a ellos, ratificando por diferentes vías la invasión de la conciencia positiva, empírica, en los diferentes planos del mundo de la vida.

La comprensión de dicha categoría, exige entender en primera instancia lo que en el momento actual, de crisis de la modernidad, ha sido comprendido como *mundo*: se hace referencia al *mundo* y por extensión a la realidad, al horizonte en que se nos presentan los seres como objetos de la naturaleza, como facticidades, susceptibles de cuantificar y de establecer relaciones matemáticas entre ellos, tales como minerales, vegetales, animales, incluyendo al hombre y las construcciones de los hombres; este tipo de comprensión de *mundo* ha ubicado a la humanidad en una postura teórica que propone su conocimiento desde los cánones de la ciencia positiva.

Sin embargo entender al hombre y a sus realizaciones desde esta perspectiva implica ignorar en el ser humano su estatuto de existencia de una forma distinta a la de los demás seres del Mundo, de una forma, que aunque con fundamento en una base material y objetiva como la de la corteza cerebral, cualitativamente lo hace diferente. Esta diferencia consiste en la conciencia que tiene de sí y de lo que le circunda; de su subjetividad y de la necesidad imperiosa de construir su autoidentificación y autocomprensión; del reconocimiento de su existencia en y gracias a los otros y de que nace en comunidad y en ella, en relación con otras subjetividades construye su autocomprensión y representación del mundo.

Son precisamente estos aspectos sustantivos de lo humano, los que permiten tematizar el mundo desde un título mas amplio: *El mundo de la*



vida, entendiéndolo como el horizonte humano en el que se presentan y desde el que se interpretan todos los fenómenos del mismo.

Ampliada de ésta forma la realidad percibida y construida por la humanidad, es posible identificar en ella tres dimensiones que se encuentran íntimamente relacionadas, desde las cuales surgen los intereses que dinamizan el desarrollo de los diferentes tipos de ciencias:

- Dimensión material

En ésta se encuentran todos los objetos de la naturaleza, incluido el hombre como ser animal; los seres cuyas manifestaciones se presentan en esta dimensión, se constituyen a partir de un sustrato físico, químico y/o biológico; por tanto pueden ser explicados a partir de las leyes de la causalidad y la mecánica, propias de las ciencias empírico-analíticas; con base en estas leyes, es factible dadas unas condiciones previas, predecir su comportamiento. Este tipo de comprensión del objeto de conocimiento, determina a su vez un método válido para la ciencia, el empírico-analítico, el método cuantitativo o experimental, que no debe ser extendido al conocimiento de otras dimensiones del mundo de la vida.

El conocimiento de esta dimensión, se fundamenta en el interés técnico del hombre de manipular y transformar la naturaleza con el fin de superar unas condiciones que le son adversas y garantizar de esta forma su supervivencia como ser biológico. El medio por el cual el hombre domina o al menos transforma la naturaleza y asegura su supervivencia material, es el trabajo.

- La dimensión subjetiva

En ésta se encuentran comprendidas las temáticas referidas a la instancia psicológica del ser humano: los estados de conciencia; las experiencias



sensible y estética, que necesariamente remiten a la apreciación de lo bello; la autorreflexión y a través de ella los procesos de autoidentificación; la intencionalidad como propiedad de la conciencia, la cual apoyada en los procesos volitivos, permite dirigirse a la consecución de las metas, que se encuentran determinadas por la comprensión que se tenga del mundo, del sentido de la existencia y de una buena vida.

En esta dimensión, el poder se convierte en el medio por el cual los individuos se liberan de ataduras ideológicas, y posibilitan nuevos niveles de autoidentificación y de cualificación del género humano.

- Dimensión intersubjetiva

La temática fundamental de esta dimensión es el logro de la comprensión del sentido de las acciones humanas, pasadas o presentes; se reconoce la existencia de múltiples perspectivas de interpretación del mundo y de su sentido, múltiples representaciones de la existencia, determinadas por cada referente histórico y social.

3. Hacia una propuesta para el cambio

Planteamos el tema *mundo de la vida*, como referente fundamental para la formulación de una propuesta teórica y pedagógica en el currículo, por la importancia que representa para la reconstrucción y reorientación de la modernidad y por ende para el desarrollo de las ciencias contemporáneas en general y las potencialidades que ofrece para el replanteamiento del proceso de formación de los estudiantes universitarios y en particular para el currículo de una facultad de medicina.



La importancia que representa el tema *mundo de la vida* como referente para la construcción de una propuesta curricular en una facultad de medicina como la nuestra, se fundamenta en que la vivencia de la enfermedad por parte de los humanos puede ser considerada como uno de los aspectos a los que estos han prestado mayor atención en el horizonte de su *mundo de la vida*; no en vano las sociedades a través de su historia han dedicado grandes esfuerzos orientados a dar respuesta a este asunto central para el desarrollo de la vida cotidiana.

Mas aún, en la época contemporánea los desarrollos del conocimiento en esta área, se orientan ya no solo a dar respuesta a la enfermedad, sino que su objeto de estudio se ha ampliado, para considerar en primera instancia las condiciones que favorecen el surgimiento de la enfermedad y de esta manera evitarla y en segunda instancia, tal como lo propone Saul Franco, se ha extendido para tematizar la salud y la vida mismas como cuestiones fundamentales de estudio y de práctica de los profesionales de esta área. (Franco S., 1993).

Por esta vía, según un desarrollo más amplio que haremos adelante, es posible ubicar la comprensión y en consecuencia la intervención de los procesos mórbidos y también el sentido mismo del quehacer de los profesionales de la salud en un horizonte menos reduccionista, en el que la concepción positivista y objetivista de las ciencias, ceda un real lugar a las ciencias sociales y del espíritu, con sus métodos y criterios de validez correspondientes, para la reinterpretación de la enfermedad, de la salud y de la vida misma de los individuos y de los grupos sociales, teniendo en consideración el contexto histórico y social en que éstos fenómenos acontecen.



Concluimos, a riesgo de ser reiterativos, que los fenómenos de la enfermedad, de la salud, de la vida y de la muerte, exigen una reformulación fundada en un referente teórico amplio, que dé lugar a un abordaje desde múltiples miradas (ciencias y disciplinas), pero sin caer en un eclecticismo que desdibuje las especificidades de las ciencias que pueden dar cuenta de los aspectos materiales, sociales y subjetivos que determinan complejamente las cualidades de dichos fenómenos. Para ello es necesario construir un macrocurrículo que reconozca en su visión la complejidad y por tanto el carácter multidisciplinario del quehacer de los profesionales de la salud y además, especialmente, la responsabilidad que tiene la universidad en la formación de estas personas que en parte de su vida se desempeñarán como profesionales de este campo.

La exigencia de coherencia con un macrocurrículo de esta índole, reclama en el meso y en el microcurrículo la definición clara y consecuente de unas relaciones docente-estudiante, docente-docente, estudiante-estudiante, respetuosas e intersubjetivas. Igualmente exige una relación con el conocimiento, de carácter creativo y lúdico, que promueva el espíritu de búsqueda, no autoritario ni dogmático; debe dar cabida a diferentes enfoques de conocimiento científico, para que la investigación sea pertinente. A nivel de contenidos y didácticas, estos deben ser significativos, que reconozcan las particularidades en las formas de aprender por parte de los estudiantes y las diferencias de intereses en ellos, haciéndose de esta forma, flexible. Estas características apenas esbozadas, se desprenden de la revisión de temáticas en torno al desarrollo del conocimiento hasta acá presentado y se verán más detenidamente en un acápite que partiendo de las escuelas pedagógicas más importantes en la actualidad y sus relaciones con las teorías y métodos de conocimiento descritos, permita sustentar cabalmente nuestra propuesta curricular.



4. Tendencias actuales en educación médica

En el contexto internacional, la formación médica plantea nuevos retos, que a su vez inducen cambios curriculares, algunos de los cuales son parciales y otros de mayor amplitud. Estos cambios se han centrado en los modelos pedagógicos, en los propósitos de formación, en las estructuras curriculares, en las metodologías didácticas, en la evaluación y en la administración para la educación superior en salud.

Los conceptos compilados en este capítulo sobre las tendencias universales que han impulsado estas transformaciones han sido recogidos de diferentes publicaciones internacionales, como la titulada *Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica* del congreso realizado en Edimburgo y los documentos de las conferencias mundiales sobre educación médica que tuvieron lugar en Punta del Este y en Santa Fé de Bogotá en años recientes.

4.1. Contexto de la educación médica en el mundo.

La práctica médica actual viene siendo influenciada cada vez en mayor proporción por la función y dinámica del estado, por la economía, el desarrollo científico y tecnológico y por las necesidades sociales, entre ellas la salud misma y las formas en que se organiza su atención. Estos aspectos condicionan los contenidos, las estrategias y los mecanismos del proceso de la formación médica.



En América Latina se observa una disminución progresiva del papel del estado en el desarrollo social, especialmente en los campos de la salud y la educación, con una tendencia a transferir responsabilidades fundamentales al sector privado sin la garantía necesaria de equidad en la oferta de los servicios. Las universidades han tenido que incluir en sus políticas la búsqueda de fuentes alternativas por la vía del autofinanciamiento, lo cual deriva en la implementación de políticas de corto plazo que afectan la calidad del proceso educacional, la investigación y las prácticas de salud.

El enfoque económico en el sector de servicios de salud que busca la reproducción ampliada de las inversiones del capital, con sus principios de segmentación del mercado y de diversificación del producto con gran impacto en la reconfiguración de la práctica médica, ha generado una muy fuerte tensión al desestimular políticas de salud tales como la de la estrategia de la atención primaria y en las universidades la de la definición misma de la misión y visión en la formación médica.

En Colombia el tránsito de un sistema público de asistencia en salud a otro de seguridad social con intermediación, *genera un cambio en la práctica médica* de ser autónoma y liberal a convertirse en institucional e intermediada. En esta, la relación médico-paciente pasa a jugar un papel secundario en cuanto a las decisiones sobre los procesos diagnósticos y terapéuticos, los cuales se transfieren a los intermediarios financieros, quienes comienzan a desempeñar un papel privilegiado sobre los mismos.

Las exigencias inducidas por el complejo médico.-industrial y reforzadas por una propuesta pedagógica centrada en el diagnóstico y el tratamiento y no en la promoción, la prevención y la rehabilitación, han consolidado un modelo de atención morbicéntrico e individualista, que estimula la aplicación de altas tecnologías, en muchos casos de manera



indiscriminada. Este modelo incrementa los costos de la atención, deteriora la calidad de los servicios, lleva a una oferta inequitativa, produce bajas coberturas efectivas en atención y paradójicamente subutiliza el trabajo de médicos y otros profesionales. Un alto porcentaje del producto interno bruto (PIB) es invertido en el sector sin que ello redunde en un mejor servicio a la población. Este desarrollo cientifista y tecnocrático genera en la sociedad altas expectativas con respecto a la solución de sus problemas de salud individual. Sin embargo dichas esperanzas se ven frustradas por un modelo que tiende a reducir a los individuos a la condición de objetos y de máquinas biológicas. De ahí la gran inconformidad por parte de los usuarios del servicio de salud frente a una profesión y a un modelo médico que los inducen a buscar respuestas a sus necesidades en campos alternativos, como la acupuntura, la bioenergética, la medicina popular y otras ofertas, en muchos casos carentes de fundamentos científicos sólidos.

No existe en las escuelas médicas una cultura ni un desarrollo científico acordes con nuestras necesidades; se carece de investigación para la generación y adopción crítica de conocimientos científicos, que resuelvan los problemas prioritarios de salud. De igual forma hay ausencia de publicaciones médicas tanto en ciencias básicas como en clínicas, que divulguen los resultados de las escasas investigaciones que logran superar los escollos mencionados.

La situación ya descrita es debida entre otras causas a procesos de formación y entrenamiento universitarios que anulan la curiosidad, eliminan el espíritu de observación y por ende no orientan al futuro profesional hacia la investigación. Por otra parte esta situación, se debe también, a la presión ejercida por el incremento extraordinario de la información médico-científica y a la expansión de la tecnología biomédica



que amplían en forma exponencial el horizonte del quehacer en salud, volviendo cada vez más rico y complejo tanto el abanico de posibilidades como el de la formación. Esta situación genera una aplicación pragmática de la clínica que fortalece la profesionalización y de paso debilita la formación integral y la investigación en los estudiantes.

Las actuales condiciones socioeconómicas en las cuales coexisten la insatisfacción de las necesidades básicas para una gran parte de la población, con la dinámica de países industrializados para un grupo minoritario, explican la convergencia de antiguos problemas de salud aún no resueltos como, la desnutrición, la lepra, y la tuberculosis. Explican también la reaparición de epidemias como el cólera, el surgimiento y consolidación de nuevas entidades patológicas como el SIDA y de problemas derivados del desarrollo como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la violencia y el deterioro en los ancianos, que ahora se hacen más evidentes dada su mayor esperanza de vida.

El compromiso de las facultades de medicina frente a la situación de salud de la población antes descrita deja mucho que desear. Los indicadores de éxito se orientan más hacia la aprobación de exámenes de admisión a las residencias en el país o en el extranjero. La introducción del nuevo modelo económico en el sector de la salud no tuvo en cuenta, por lo menos en nuestro país, la relación docente asistencial; sin embargo en algunos países como México existen comités interinstitucionales entre los sectores de educación y salud con el propósito de desarrollar mecanismos que contribuyan al diagnóstico integral de la formación de recursos humanos en salud, a la promoción para lograr una adecuada distribución de estos recursos, a la definición de los perfiles profesionales, a la definición de criterios para la aprobación, a



la acreditación de las universidades, a la selección de alumnos, y a la evaluación de los programas de internado y servicio social obligatorio.

4.2 Cambios necesarios en la educación médica

La historia de la medicina como parte del conocimiento de la evolución del hombre debe ser enseñada, analizada y estudiada bajo contextos locales y universales. La historia de las ciencias que la conforman, de sus raíces antropológicas y sociales, de sus bases humanísticas, de sus etapas positivista y marxista y de sus relaciones filosóficas con la evolución misma del hombre, permiten comprender la explosión tecnológica, que utiliza los avances en aras del beneficio del individuo y de la colectividad. De esta manera, tanto los saberes teóricos como los prácticos deberán mirarse en estrecha relación con las vicisitudes históricas que los han generado y que les han dejado su huella, pues sólo gracias a la pertinencia que surge de una confrontación inmediata con el mundo de la vida, el saber y el saber hacer podrán exigir al estudiante y al profesional un ser ético en consonancia con el devenir axiológico presente, gracias a lo cual se haga realidad la consolidación de un actuar ético, coherente con la historia reciente, en un proceso de formación que se lleve a cabo en forma transcurricular.

Las ciencias sociales deben constituir uno de los ejes articuladores del proceso educativo, incorporándose en cada uno de los niveles de la carrera para apoyar la explicación integral de los fenómenos determinantes del proceso salud -enfermedad, individual y colectivo. Es necesario reconocer que las enfermedades tienen causas biológicas, ambientales, sociales y subjetivas. Al profesional de la medicina debe proporcionársele la formación suficiente para comprender y aceptar su responsabilidad en la preservación de un medio ambiente para todos y



que a la vez le permita dominar los factores epidemiológicos de la enfermedad y configurar para sí una visión científica, antropológica, social y económica del hombre y de su entorno.

Sería un error imperdonable cerrar las puertas a las realizaciones y posibilidades tecnológicas en la práctica médica, pero es necesario fijar prioridades, criterios de eficiencia y eficacia, integrar tecnologías autóctonas e impulsar a la par otras tecnologías apropiadas.

No se puede descuidar disciplinas como la biología y la genética en aras de una supuesta simplificación del gasto tecnológico y de las necesidades en salud de un país, porque este sería un camino rápido a la mediocridad y al atraso científico. Nuestros países están en la obligación de generar su propia tecnología y una infraestructura científica acordes con sus necesidades y las exigencias del mundo actual. No se debe permitir la división entre las ciencias biológicas y las ciencias aplicadas; en medicina existen además diferencias notables entre quienes se dedican a unas u otras, debido a la cuantía de ingresos, lo que hace que estos referentes sean percibidos por los estudiantes, quienes ante todo buscan la formación clínica con la esperanza de un mejor futuro económico. La solución se encuentra en términos que concilien las realidades locales y nacionales y en el desarrollo de programas que integren el área clínica, las ciencias biológicas, las ciencias sociales y otras disciplinas en una síntesis que parta del estudio del hombre y finalice en el desarrollo social y comunitario.

El eje articulador fundamental de la educación médica debe ser la interdisciplinariedad; ésta permite una explicación humana, científica, técnica e integral de la problemática de la salud, por cuanto intervienen las diferentes perspectivas de las disciplinas y se plantean las posibles



alternativas de solución, mientras se abre el espacio a la investigación y a la producción colectiva del conocimiento. Toma fuerza una tendencia importante hacia una educación multiprofesional, en la que el egresado esté en capacidad de desempeñarse en diferentes oficios, según lo exijan los cambios continuos de la realidad. Actualmente prima la idea de un equipo de salud conformado por profesionales generales del área.

Otro de los aspectos relevantes en estas conferencias mundiales sobre Educación Médica es la urgencia de dar cabida a la formación en salud familiar. Esta consiste en programas en los cuales un grupo interdisciplinario se compromete en los aspectos de salud-enfermedad-bienestar con un grupo definido de familias. Se lleva a cabo mediante una práctica integral que exige el conocimiento de la persona, de la familia y del entorno de trabajo o de estudio, del vecindario y además, de los nichos en los que se mueve la persona y la familia. Conlleva la aplicación del modelo biopsicosocial, la educación y la promoción en salud, la prevención de la enfermedad y las acciones de atención y de rehabilitación. En este enfoque debe promoverse la participación de las familias en el autocuidado. En todas las facultades de Medicina deberá haber un sitio de práctica que sirva de modelo para una atención en salud familiar.

4.3. Vinculación de lo social a la formación médica.

Uno de los aspectos sobre los que se insiste con respecto al cambio en la educación médica es el concepto de integración docente asistencial vigente en América Latina, que exige un compromiso global de la universidad y de la facultad con los servicios de salud y bienestar de la población, que supere en su alcance al enfoque comunitario predominante en otras regiones.



En algunas instituciones académicas como la Universidad de Wisconsin, la integración de las escuelas de Medicina con los servicios de salud, se hace a través del desarrollo de unidades de investigación en salud, que realizan el análisis, la planeación y la evaluación de los programas de educación médica y de los servicios clínicos y comunitarios. Por medio de estas unidades investigativas se definen las necesidades de cada servicio de salud y así éstas ayudan a los educadores a lograr una mejor comprensión del medio ambiente en el que deberá cumplirse la práctica médica. La unidad investigativa también ofrece servicios a la comunidad, brindando datos demográficos y supervisando las condiciones generales y específicas de salud. Lo anterior se hace en concordancia con los servicios públicos con lo cual se ayuda a la auto-financiación de los mencionados grupos investigativos.

La importancia de vincular lo social a la formación médica se muestra de una manera patente en tres proyectos internacionales de la Universidad de Temuco (Chile). El proyecto UNI (Una nueva iniciativa) cuyo objetivo básico es el cambio del perfil del egresado, haciéndolo más acorde con las necesidades de las comunidades en las cuales se desempeñará; el proyecto UPRO - Mc Master, financiado por la agencia Canadiense de Desarrollo (CIDA) cuyo objetivo es introducir cambios conceptuales y metodológicos en la enseñanza de las carreras de la salud. Y el proyecto de Epidemiología Clínica auspiciado por el INCLEM (Red Internacional de Epidemiología Clínica) que propugna por la formación investigativa y crítica de los profesionales de la salud.

La comunidad debe participar de manera activa en la formación de los estudiantes para que estos identifiquen las verdaderas prioridades de la comunidad. Temas tales como juventud y violencia, embarazo en



adolescentes, enfermedad terminal, prostitución, abuso en niños, abuso de sustancias entre otros., deben ser trabajados entre la facultad y la comunidad.

En Colombia las universidades han planteado formas diferentes de integración entre las facultades, los servicios y las comunidades; lo anterior se ha realizado por medio de los programas de integración docente asistencial y de los programas UNI. Es primordial buscar otros escenarios adicionales para los estudiantes de medicina diferentes de los hospitales universitarios y de los docentes.

4.5. Participación del estudiante

Una de las metas de la educación debe ser la participación y el liderazgo del estudiante, este es un punto de llegada, no de partida. Se deben superar los bloqueos de tipo emocional, cultural y cognitivo; es tarea de los docentes, formar la dimensión de persona en los alumnos de manera que puedan llegar a comprender su derecho a recibir y su deber de dar. Se debe dejar de mirar a los estudiantes como a un conglomerado amorfo e incompetente sin capacidad y sin ideas, sobre el que puede probarse, sin escrúpulo, todos los procedimientos, todas las disciplinas y esgrimir contra ellos la regleta, de una mal entendida pedagogía.

El proceso de aprendizaje tiene que involucrar a los estudiantes y no puede dejar de lado aspectos tan importantes como la motivación, la comprensión, la adquisición, la retención, la recordación, la recuperación, la generalización y la reglamentación. La enseñanza para lograr la participación activa y motivada del aprendiz debe ser: flexible, relevante, de experiencias totales, activa y dinámica, funcional, centrada en el estudiante, y orientada hacia la experiencia, en otras palabras debe ser pertinente no sólo en contenidos sino también en método.



Tratar de recuperar la participación activa del estudiante en la docencia es buscar maneras de volver a integrar una unidad que ha sido escindida en forma nada provechosa, puesto que la realidad educativa es una y está constituida por dos fases: enseñanza y aprendizaje. Si logramos que nuestros estudiantes participen en su educación de forma comprometida seguramente llegarán más lejos que nosotros.

El ambiente de aprendizaje bajo esta modalidad requiere de apoyo institucional, capacitación pedagógica de los docentes, planeación curricular, programación de asignaturas, selección y diseño de estrategias didácticas.

En cuanto a las estrategias para mediar el proceso de enseñanza, será necesario revisar lo antiguo y lo nuevo sin escatimar esfuerzos por mejorar lo presente, acudiendo a formas más participativas como por ejemplo el taller, el seminario investigativo, el método de solución de problemas, la experiencia clínica, la técnica de la pregunta, y la enseñanza personalizada.

La evaluación buscará diversas alternativas incluyendo el perfil de lo formativo, sin descuidar la evaluación de producto cuando la situación lo amerite, pero en todo caso intentando superar el claustro de la heteroevaluación con la búsqueda de propuestas claras que conduzcan finalmente al logro de la autoevaluación en cuanto ello significa conquista de autonomía, autocrítica, autocomprensión, autodirección, responsabilidad y sentido ético, sin caer en las extravagancias de autismos o de autarquias exageradas que riñen con el bien común.



Hay un aspecto fundamental en la tarea de aprender y enseñar y es el papel que juega la comunicación con sus repertorios verbales y no verbales; la comunicación asertiva, orientadora espontánea, que fomenta un clima de apoyo con mensajes de igualdad, flexible, conciliadora que resalte el valor de la persona. El manejo tutorial que propicia una experiencia personalizante, y que genera familiaridad y espontaneidad.

4.6. Cambios metodológicos en educación médica

Como ya se ha propuesto en los numerales anteriores los cambios en la educación médica deberán tener en cuenta la exigencia de la incorporación de lo histórico, la interdisciplina y lo ético la vinculación de lo social a la formación del médico y la participación del estudiante en su propia formación, cada uno de esos numerales esta llamando la atención sobre la necesidad de propiciar cambios en este campo de la educación, que dicen relación no sólo con la intelección del *carácter histórico* de la misma y las implicaciones de ello en lo atinente a sus temáticas, enfoques, soluciones, horizontes y limitaciones, sino también a las exigencias de una nueva actitud por parte del estudiante, en cuanto al requisito de una *participación más personal y social*, más activa y de compromiso y consecuentemente a un rol menos directivo, impositivo y paternal por parte del profesor. En este mismo sentido, se espera del profesor un cambio radical en lo que dice relación con la propuesta de un nuevo paradigma del conocimiento, que pone en crisis todo aprendizaje copiado y repetitivo y reclama un encuentro más personal, crítico propositivo y comprometido con el saber y con el entorno en el que se da y sobre el cual se hace imperativo actuar como condición necesaria de un aprendizaje pertinente y con sentido social.



Sobre estos puntos se volverá en forma más amplia en la propuesta pedagógica (documento No. 3), pero no se quiere dejar de lado el modelo ya muy estudiado en las facultades de Medicina y que se conoce como el de aprendizaje basado en problemas (ABP). Este enfatiza el estudio de las distintas respuestas adecuadas a una serie de situaciones particulares, que se dan con respecto a la problematización aplicada a un contexto. El ABP hace hincapié en los procesos de reflexión y análisis sobre los problemas de la salud desde un horizonte amplio de perspectivas y en toda su complejidad. Los problemas que son objeto de estudio, la forma y lugar en que los alumnos se exponen a los mismos y las soluciones que plantean, deben estudiarse para valorar el carácter científico, la utilidad práctica del saber y las intervenciones sociales. De esta manera se puede contextualizar la utilidad del quehacer médico-clínico individual, frente al quehacer de la salud pública y de otras ciencias. El Aprendizaje Basado en Problemas es una metodología excelente que permite la integración transdisciplinaria y básico-clínica.

La universidad de Maastricht ha presentado una ponencia sobre la evaluación de costos y resultados de la aplicación de esta metodología de aprendizaje basado en problemas. La Universidad lleva 25 años de implementación del ABP. El 20% del plan de estudios son electivas, requiere de 91 profesores de tiempo completo, de los cuales el 20.1% son del área básica, el 47.1% de las clínicas, el 6.6% de educación, el 8.8% de laboratorios y el 8.5% profesores de los hospitales afiliados. La relación maestro alumno es de 1 a 2. En este programa los estudiantes necesitan menos tiempo para su graduación, pero los costos se incrementan por el tiempo que los docentes pasan en otras actividades que tienen relación con la implementación de ambientes de aprendizaje, trabajos de campo, relación con la comunidad, investigación etc.



4.7 *Informática médica*

El médico hoy y en el futuro deberá conocer en forma general los sistemas operativos de las computadoras, las bases de almacenamiento de datos, la evolución y la teoría general sobre su uso y sus aplicaciones. Esta es una necesidad constatada en la práctica diaria privada o pública. El desarrollo de una red electrónica de datos antes opcional y de lujo es hoy una necesidad científica, social y tecnológica. La introducción de la informática en las escuelas médicas permite desarrollos en administración, investigación, comunicación, atención de pacientes, búsqueda de información, y programas de extensión, hasta un punto tal, que no hacer uso de ella, significa ineficiencia, obsolescencia y muerte institucional.

No obstante se debe permanecer alerta ante las amenazas que representan para los procesos de aprendizaje y construcción crítica del conocimiento, la presión consumista que ejerce la informática sobre lectores sin criterios científicos suficientemente consolidados y la posible aplicación descontextualizada de la información procedente de cualquier parte del mundo.

4.8 *Calidad de la educación y de la acreditación*

La universidad es una institución cuya misión, funciones, tareas y resultados deben estar al servicio del desarrollo armónico e integral del hombre y la sociedad, motivo por el cual debe responder y rendir cuentas a la comunidad nacional que la rodea y la sustenta. Esto implica la



evaluación de su quehacer como institución de educación superior, para saber en qué medida esta cumpliendo su cometido social. Existe un amplio acuerdo en torno a la idea de que la educación superior deba autorregularse por medio de algún mecanismo de acreditación voluntaria; este derecho de autorregulación es la piedra angular de la excelencia académica. Lo anterior se relaciona con la calidad de la educación y es objeto de la acreditación. Estos programas de mejoramiento de la calidad deben ser de largo plazo, pues exigen generar cambios de tipo horizontal en las estructuras organizacionales para involucrar a las personas que tienen que tomar las decisiones reales. El concepto de calidad debe ser integral en función de las necesidades, en el grado de adecuación de los procesos y actividades y en las características de los productos.

4.9 Educación continua.

Es necesario preparar a los profesionales de la salud, en una formación que se extienda a todo lo largo de su vida profesional, para que asuman posiciones de liderazgo, adquieran habilidades y destrezas administrativas y de gestión. La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ha venido desarrollado un ambicioso programa de educación continua, con base en la experiencia de la Universidad Javeriana y con el objeto en primer término de actualizar al médico mediante una estrategia docente a distancia y un óptimo aprovechamiento del tiempo libre; en segundo lugar de desarrollar una disciplina de autoaprendizaje y autoevaluación; en tercer lugar de establecer una vía de comunicación de las facultades de medicina con sus egresados y con todo el cuerpo médico del país, para ser aprovechada en la difusión de toda la información importante del sistema de salud y la realización de encuestas entre otros. Lo anterior con el fin de mejorar la prestación de los servicios de atención en salud.



Para concluir dice el Dr. Rodolfo Llinas. “ La inmediata reestructuración del sistema educativo dará a Colombia la oportunidad óptima para un futuro mejor en un mundo que discriminará a las personas según sus capacidades cognitivas, culturales y organizacionales en un sistema educativo que promueva la autoestima, el respeto a la vida y el acceso equitativo a ella, la creatividad y el racionalismo científico.....

El patrimonio más importante de los Colombianos es su vida su mente y la posibilidad de recrear su historia y su memoria; este patrimonio actualmente se desaprovecha, es necesario encontrar los mecanismos que permitan canalizarlo hacia el mejoramiento cuantitativo y cualitativo de la vida en Colombia. La meta del desarrollo educativo en nuestro país debe ser el óptimo desarrollo del saber, de la dignidad humana, de la solidaridad colectiva y de la conciencia social y ecológica tanto global como local.”

5. Reforma actual de los Servicios de Salud*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la reforma de los servicios de salud en el mundo como un proceso sostenible de cambios políticos, institucionales, organizacionales, gerenciales y financieros guiado por cada gobierno, con el propósito de mejorar el funcionamiento

* Ver documento resumen de Cátedra Abierta sobre el cambio de los servicios de salud en el mundo, elaborado por el Dr. Eduardo Cano Gaviria.



del sector salud como sistema y la situación de salud de la población en particular.

La OMS propone como objetivos para la reforma la *universalización* de las coberturas; la *equidad* en la atención, en el acceso a los servicios, en el tratamiento recibido para la misma condición, en el tratamiento basado en las necesidades de la atención y en el estado de salud. También es objetivo la *eficiencia* para lograr una mejor relación costo-beneficio, la *calidad de la atención* lo cual requiere de un acuerdo entre los diferentes actores de la organización y la *satisfacción de los usuarios y de los proveedores*.

5.1. Contexto de la Reforma de los Servicios de Salud

Esta reforma se desarrolla en un contexto social, político y filosófico propio de la llamada modernidad tardía que podría caracterizarse por la irrupción e instalación en forma ampliamente generalizada de las siguientes macro variables:

La primera macro variable es la comunicación. Uno de los asuntos que siempre quiso resolver la cultura contemporánea en su afán por lograr unidad y ello con base en la reducción de la complejidad a todo nivel, es el problema de la comunicación, principalmente en el orden empresarial. La dispersión de recursos en una organización de cualquiera índole significó siempre ineficiencia por la aparición de fenómenos entrópicos a distintos niveles. Ello debido en gran medida a la ausencia de control generada a partir de fallas en la comunicación y éstas en proporción directa al tamaño y complejidad de las interacciones entre los diversos agentes del sistema. Los avances actuales en comunicación digital satelital y en informática comunicacional han facilitado la integración del



espacio y del tiempo, condiciones necesarias para la articulación de las relaciones sociales en ámbitos extensos de tiempo y espacio hasta llegar a incluir sistemas universales. Este influjo de lo tecnológico ha permitido el crecimiento y a la vez el manejo teóricamente coordinado de organismos de salud que fácilmente rebasan linderos nacionales.

Una segunda macro variable es el predominio de los mecanismos de *desenclave* propios de la modernidad que sirven para relacionar a las personas a distancia y trascender sus circunstancias locales y parroquiales. Tales mecanismos impactan aspectos de la vida social como la alimentación, la vivienda, las medicinas, las formas de transporte, y crean así un macro-entorno que regula y norma a las colectividades, propiciando el concepto y la vivencia de ciudadano universal.

La tercera macro variable tiene que ver con la importancia creciente de la reflexividad institucional, entendida como la utilización regular del conocimiento de las circunstancias de la vida social, en cuanto elementos constituyentes de su organización y transformación. Con ello, se crea el concepto de aprendizaje institucional y el cambio en dichas instituciones como resultado de una cibernética social que evalúa y toma decisiones para corregir rumbos.

Los tres puntos anteriores han servido para el desarrollo de los procesos de universalización y globalización de las relaciones económicas, culturales y políticas, bajo el signo de la hegemonía capitalista.

Otra de las variables intervinientes que matiza el contexto de la reforma de los servicios de salud, es el incremento del proceso de *individuación*, entendido como la desintegración de las certezas de la sociedad industrial y la compulsión a buscar y a encontrar nuevas certezas para el individuo.



La individulización y la globalización son de hecho, dos caras del mismo proceso de modernización reflexiva . Se trata de un nuevo orden en el que hay que actuar en un mundo de elecciones plurales. Comprometerse en él es tener que elegir permanentemente entre alternativas, despojándose de convicciones y convenciones urgido por un tren de ofertas siempre a punto de partir que no da treguas y tampoco espera. En el campo de la salud, hace parte de este contexto la crisis del modelo flexneriano de medicina, que se evidenció desde la primera mitad del siglo que termina y fué puesta de presente por varios autores tanto desde el punto de vista de la medicina asistencial, como desde la perspectiva de la salud pública y la medicina social.

Los problemas identificados en los servicios de salud, y los objetivos y estrategias de la reforma para corregir dicha situación, son el resultado del contexto de una modernidad tardía, en la cual resulta claro el papel que desempeña de un lado un sistema capitalista hegemónico y sus instrumentos de igualdad y solidaridad y del otro lado, el desarrollo tecnológico y la globalización de la sociedad.

5.2. Problemática planteada por los servicios de salud en el mundo

El siguiente es un diagnóstico decantado que bosqueja la problemática de fondo de los servicios de salud en el mundo y que localmente puede verse también en nuestro entorno así:

En primer término hace presencia la falta de aceptación social de la medicina moderna (modelo flexneriano o biomedicina) por sus altos



costos, su ineficiencia y la baja calidad en el servicio de salud a la población de usuarios.

En segundo lugar y en forma acentuada en nuestro país, se constata la inequidad en la accesibilidad a los servicios según condición geográfica, socioeconómica, por grupos étnicos, étnica y de género entre otras. En tercer lugar campea la ineficiencia debida en parte a una descompensada relación costo beneficio. En cuarto lugar se observa la falta de aceptación o legitimación de los servicios de salud por el conglomerado de usuarios que mantiene una posición ambigua entre la confianza y la duda frente al modelo médico moderno y finalmente como ya se ha corroborado, afloran constantemente los problemas debidos a la baja calidad de la atención.

Como consecuencia de todo lo anterior el modelo Flexneriano de medicina, genera en los servicios de salud una crisis que se hace evidente en diferentes áreas tales como, la clínica, la organizacional, la económica y la interaccional. De ahí, las múltiples, reiteradas y crecientemente agudas manifestaciones de malestar contra un ente que dice atender a expectativas tan sensibles de la comunidad.

5.3. Estrategias de la reforma

Para cumplir con su propósito y sus objetivos la reforma incluye ocho estrategias:

-La primera estrategia define prioridades entre los tipos de atención accesible para todos (paquete básico), y entre los tipos de atención y tecnologías más eficientes.



-La segunda, estrategia se enfoca a la atención primaria. Una fuerte infraestructura de atención primaria facilita el logro de la equidad, la efectividad y la eficiencia de los servicios de salud en virtud de sus características: acceso de primer contacto, relaciones médico paciente longitudinales, e integralidad de los servicios disponibles de acuerdo con las necesidades más comunes de la población. Esta segunda estrategia que se relaciona con la calidad y oportunidad de los servicios con equidad, exige una segmentación que permita cualificar la oferta diversificándola según enfoques: de ahí la orientación comunitaria, el enfoque familiar y el enfoque cultural.

La reforma de salud plantea la necesidad de balancear las agendas entre la atención de enfermos, la promoción y la prevención. Para esto se propone como estrategia esencial y prioritaria la atención primaria; se recomienda que esta sea el eje de los procesos permanentes de atención y tenga como piedra angular la integración de todos los profesionales de una zona; la financiación debe privilegiar la atención primaria; es necesario superar la idea ya generalizada de que ésta es menos rentable que la hospitalización.

-Una tercera estrategia se dirige al Empoderamiento del usuario. Entiéndese por usuario la persona que toma opciones en la vida social en forma consciente y autónoma. Considera la reforma que si se quiere de verdad que exista mercado, calidad y eficiencia hay que dar efectiva capacidad de decisión a las personas que utilicen los servicios de salud. Esta capacidad debe ejercerse sobre aspectos logísticos tales como citas, horarios, tipos de tratamiento y en algunos casos particulares, como en ciertos países de Europa, sobre las políticas de salud, los sueldos del personal de salud y los presupuestos de las instituciones.



-La estrategia cuarta plantea la necesidad de colaboración entre el sector público y el sector privado de los servicios de salud. Es necesario definir cuales de los beneficios de la atención en salud pueden ser considerados como públicos y cuales como privados. Debe definirse cuales deben ser controlados por el estado y cuales por el individuo como resultado de su decisión personal; cuales deben ser suministrados por el estado y cuales por el sector privado. Esta escogencia busca distribuir servicios y agilizar procesos administrativos determinando en cada caso la responsabilidad e incumbencia de las entidades prestadoras del servicio.

-En quinto lugar, el ente organizador plantea la financiación de la reforma en salud. En este punto se considera la financiación de los fondos para la salud con cuatro opciones: impuestos generales, contribuciones obligatorias de empleadores y trabajadores, pagos voluntarios de seguros privados, así como la mezcla de ellos. Además se propone las formas de pago a los proveedores de la atención con cuatro modalidades básicas: el pago prospectivo, el pago retrospectivo, pago por capitación o la mezcla de las anteriores, dando así salida a la mayor preocupación de un sistema que se funda y se explica desde una perspectiva de servicio social al trabajador ciudadano, sobre la base de una empresa comercial que satisfaga en primera instancia la tasa interna de retorno y asegure su gestión en el largo plazo.

-En sexto lugar las estrategias de la reforma proponen un nuevo tipo de gerencia. La gerencia de la Reforma debe responder a los desafíos del cambio, tanto en sus estructuras como en su cultura. Se recomienda un cambio de las estructuras burocráticas rígidas y altamente reglamentadas, hacia redes de trabajo con alto grado de discrecionalidad en la toma de decisiones, estructuras descentralizadas muy parecidas a las utilizadas en



la elaboración de proyectos (estructuras matriciales) que incrementen la capacidad individual para la toma de decisiones; más enfocadas a los resultados que a los procesos.

-La octava estrategia toca a las empresas y a la contratación. La separación jurídica y administrativa entre la producción, la financiación, y la contratación de servicios es la base de la estructuración empresarial en la reforma de los servicios de salud.

La conversión de las instituciones públicas en empresas dentro de un régimen jurídico con algunas características del régimen privado mucho más flexible que el público, no debe confundirse con la privatización, es decir la venta de instituciones públicas al sector privado. En el primer caso la institución continua siendo una empresa pública y en el segundo caso pasa de pública a privada.

Finalmente, el cambio deberá ser garantía de la calidad. El Comité sobre elección en atención de la salud de Holanda en 1992 afirma: “Se piensa que las asociaciones de profesionales y los profesionales individualmente, deben ser responsables no solo en el sentido económico y financiero, sino también en cuanto al contenido de sus actividades frente a la sociedad, a los pacientes, a las aseguradoras y a otros proveedores y frente al mismo gobierno. Esta responsabilidad por el contenido de la atención tendrá drásticas consecuencias sobre el respeto de los derechos del paciente” .

Frente a la garantía de calidad son responsables, tanto las juntas directivas, los gerentes, los técnicos, y los servicios de apoyo, como los médicos y sus colaboradores inmediatos.



5.4. *Efectos de la Reforma de los servicios de salud*

5.5. *Efectos sobre las instituciones de salud.*

El efecto se da fundamentalmente sobre la coalición externa de las instituciones, entendida como la organización de servicios de salud de los grupos que tienen intereses en el sector, como son el propio sistema de salud, las academias, los sindicatos, las instituciones formadoras de recursos humanos, las asociaciones profesionales, la comunidad y los usuarios de la institución. La importancia de este efecto reside tanto en la participación que debe darse a estos grupos en todas las etapas de la reforma, como en el conocimiento que deben tener sobre la naturaleza misma de la reforma de dichos servicios de salud.

Las juntas de gobierno también sufren el efecto de la reforma de los servicios de salud. Se reconoce en todo el mundo la importancia de las instituciones de utilidad común sin ánimo de lucro en la prestación de la atención médica, pero también se acepta que sus juntas directivas han sido superadas por el equipo gerencial y el equipo médico, convirtiéndose así en meras fachadas de las decisiones de la organización.

La estructura organizacional también ha recibido el impacto de la reforma de los servicios de salud. Ante el desafío de la actividad empresarial, las organizaciones de salud sólo tienen dos alternativas: transformarse en organizaciones instrumentales, mecanizadas, jerarquizadas, autoritarias y centralizadas (modelo implantado por Taylor a principios del siglo que termina y que dominó el proceso de industrialización en occidente), que entregan parte importante del poder a la tecnocracia responsable de la elaboración y estandarización de normas, o convertirse en organizaciones burocráticas colaboradoras, participativas, flexibles y democráticas.



La cultura empresarial no ha escapado al impacto de la reforma social. Las organizaciones con una cultura burocratizada y meritocrática basadas en los logros del conocimiento, se hallan frente a dos alternativas: una cultura taylorista en la cual los cambios se hacen de arriba a la base, con énfasis en la eficiencia y la rentabilidad, o una cultura organizacional flexible, democrática, descentralizada e innovadora, basada en los grupos de trabajo transitorios.

Los procesos de atención también han recibido el influjo de la reforma: En ellos se concreta un modelo específico de práctica médica y de desempeño tanto de la gerencia como del apoyo logístico y de la tecnoestructura y lo que es más importante, de las profesiones de la salud.

Los principales cambios que se están dando en los procesos de la atención son: en primer término *la integración horizontal* de instituciones del mismo nivel para eliminar paralelismos innecesarios y costosos y la integración vertical de instituciones de diferente nivel al rededor de la hospitalización o de la atención primaria dentro de un área geográfica determinada. Esto implica la integración operativa del personal con base en la microagenda de la atención (managed cared) que articula los servicios de prehospitalización, hospitalización y post-hospitalización de diferentes organizaciones, para establecer un continuo de la atención en un área determinada con límites de tiempo y de costos.

En segundo lugar se advierte el *rediseño de los procesos de atención hospitalaria*. Un porcentaje muy alto de hospitales está sometido en la actualidad a la reingeniería de procesos cuyo resultado más importante ha sido la llamada *atención centrada en el paciente*. Este modelo supone



mejorar la continuidad de la atención y las relaciones entre los profesionales de la salud y sus colaboradores; pretende minimizar el movimiento de pacientes dentro del hospital, incrementar las actividades de cuidado directo del usuario sin recargar el trabajo administrativo, adecuar el medio ambiente operativo al diagnóstico y necesidades de pacientes similares y empoderar a los miembros del grupo proveedor de la atención, para planear y ejecutar su trabajo de acuerdo con las necesidades de los pacientes.

5.6. Efectos de la reforma sobre los profesionales de la salud

Qué son las profesiones? Las profesiones son ocupaciones típicamente certificadas sobre la base de una alta formación, que dependen para su supervivencia del mercado laboral construido al rededor de sus certificados. La característica mínima del empleo profesional es la autonomía técnica, la libertad para emplear su técnica y la discreción para diseñar su trabajo de acuerdo con su criterio (Freidson).

Los efectos de la reforma sobre las profesiones se producen de varias maneras: a través del cambio en las jurisdicciones de la adaptación estratégica frente al medio ambiente del rediseño del puesto de trabajo y a través del modelo de usuario soberano predicado por la reforma.

En la actualidad los cambios más importantes se están dando en la composición del personal de salud, de acuerdo con sus habilidades (profesional/no profesional), en el énfasis en la capacitación cruzada tanto de médicos como de enfermeras y de otro tipo de personal, para obtener mayor flexibilidad y eficiencia en el trabajo; en la integración horizontal y vertical de las organizaciones, en la reingeniería del trabajo hospitalario



con base en grupos multidisciplinarios y multicapacitados y en las nuevas formas de relación de las instituciones con los profesionales, tales como las organizaciones del staff médico, médicos sin muros, organizaciones abiertas de médicos hospitalarios, organizaciones de servicios de gerencia, y otras mas.

El mayor trabajo de la reforma sobre el personal de salud se está dando para cambiar la excesiva rigidez, jerarquización y departamentalización del actual, buscando la multicapacitación y la modulación de las capacidades y habilidades con la finalidad de realizar una utilización mas flexible y eficiente de los recursos.

5.7. Efectos de la reforma sobre el usuario de la atención

Los ciudadanos en el mundo entero sienten cada vez más un menor poder y autonomía en la toma de decisiones con respecto a los servicios de salud y su pregunta es, si deban seguir o no siendo la fachada del poder de las burocracias y si a la larga su pasividad terminará convirtiendo este servicio en una amenaza inaceptable e insostenible. O se encuentran mecanismos que le den mas juego a los pacientes dentro de los servicios de salud, o el futuro de estos será pésimo en especial en cuanto a la solidaridad y a la universalidad.

Existen dos propuestas para ofrecer a los pacientes: La primera de ellas originada en Europa, plantea los objetivos del empoderamiento desde la perspectiva democrática del usuario de los servicios de salud, como ciudadano y como punto de llegada de un proceso más amplio de democratización de la sociedad y de fortalecimiento cívico y de los derechos públicos. Si cada vez es mayor la participación de los



ciudadanos en la planeación y gerencia de los servicios públicos, no se ve cómo no suceda lo mismo en los servicios de salud.

La otra posición que puede llamarse institucional del poderamiento del paciente corresponde a los Estados Unidos. En ella se agudizan las barreras para el establecimiento del poderamiento de los pacientes en la normatividad de las instituciones y el rechazo a la moderna cultura empresarial por parte de la medicina técnico-científica, a la cultura paternalista de muchas instituciones hospitalarias y al modelo biomédico vigente en la medicina actual.

En ambas perspectivas se hace mucho énfasis en la importancia estratégica operacional del apoderamiento del paciente. El clima organizacional interno de las instituciones resulta fundamental para el buen servicio al consumidor ya que los contextos no amistosos no promueven dicho buen servicio. Por lo tanto resulta de gran valor tener un medio ambiente interno cordial que permita alcanzar una atención centrada en el consumidor. Pero este es un proceso que debe basarse en una reflexión permanente sobre la actitud colectiva de la fuerza de trabajo de los hospitales, frente al paciente y frente a sí misma.

5.8. Efectos de la reforma sobre la educación médica

Sobre la base de que se educa fundamentalmente para el futuro, y teniendo en cuenta las tendencias de la reforma de los servicios de salud para los años venideros, se considera que las siguientes áreas son fundamentales para la formación del personal de salud en especial para los médicos, por considerarse que la mayoría de dichas áreas no reciben en la actualidad la importancia debida en los planes de estudio de las instituciones formadoras:



Las facultades de medicina deberán pues redoblar el esfuerzo por formar a sus estudiantes en la atención primaria, porque esta estrategia de atención se impondrá definitivamente. Deberán también propiciar el aprendizaje de métodos de entrevista personal más rápidos pero más integrales como el del «flash» desarrollado por los grupos Balint, ya que la relación médico paciente cambiará radicalmente en el futuro, fundamentalmente debido al apoderamiento del paciente, a la necesaria aparición de una «ciencia en la clínica» y a la microgerencia de la atención (managed cared). La integración horizontal y vertical de la atención en organizaciones de servicio coordinado por áreas geográficas, será de fundamental importancia para la educación médica. Continuará la tendencia a la reducción de costos. La microgerencia de la atención (managed cared) tiene tendencia a imponerse definitivamente. El profesional de la medicina se preparará para afrontar al usuario como centro de la atención lo cual llevará muy rápidamente al apoderamiento de los usuarios, y consecuentemente al apoderamiento de los trabajadores y los compradores.

La importancia de la atención ambulatoria será cada vez mayor, el personal multicapacitado, el trabajo transdisciplinario en equipo y la atención centrada en el paciente serán cada vez mayores.

6. El cambio en la Universidad

La última reforma del currículo médico en la Universidad de Antioquia data de la década del cincuenta, cuando se modificó la formación médica pasando de los esquemas europeos a los modelos norteamericanos que introdujeron las ciencias básicas, los laboratorios de práctica, los



departamentos académicos y la investigación formal. Desde entonces ha habido varias propuestas de renovación curricular que por motivos diversos no pudieron llegar a feliz término.

A partir del año de 1995, con el advenimiento a la administración de la Universidad del equipo orientado por el rector Jaime Restrepo Cuartas, fué clara la intención de liderar un nuevo proyecto de reforma curricular en todos los programas que ofrece la universidad a nivel del pregrado. Como parte de esta propuesta de cambio, la administración central de la Universidad ha facilitado y promovido actividades importantes orientadas a formar al profesorado universitario en las disciplinas pedagógico-didácticas y ha presentado a la comunidad universitaria una serie de documentos como las Cartas del Rector, El Boletín sobre Rediseño curricular y algunas publicaciones de Vicerrectoría de Docencia las cuales constituyen la base de lo que resumiremos en seguida como propuesta de cambio de la actual administración.

6.1. Objetivos del proceso de renovación curricular

- Los objetivos señalados del proceso de renovación curricular apuntan en primer término al *cambio de un modelo educativo* centrado en la clase magistral, por una metodología menos rígida, apoyada en gran medida por talleres de discusión al rededor de problemas, por la consulta en centros de documentación a través de la informática y de otras didácticas más interactivas y participativas.
- En segundo término y luego de reiteradas críticas a los contenidos trabajados por las distintas asignaturas, se plantea la necesidad de



Renovar los contenidos curriculares. Esta renovación debe ser el producto de una reflexión profunda del claustro sobre los programas de profesionalización y su real pertinencia social, mediante el fortalecimiento de la interdisciplinariedad, que permita una visión más universal del conocimiento y favorezca las transformaciones que la sociedad requiere. Esta renovación curricular debe también incluir la intención de flexibilizar los programas para permitir así la detección y el desarrollo de los talentos desde los primeros años de su formación profesional, lo que se constituirá en un semillero de investigadores, expertos y maestros capaces de renovar la universidad y la sociedad.

- En tercer lugar y como corolario de los cambios ya propuestos se presenta como un imperativo la *Modernización de la infraestructura administrativa*. Se fundamenta ésta, en una sistematización de la administración mediante la conexión en red, la renovación de los laboratorios docentes, el desarrollo de un centro de producción de medios educativos y de trabajo virtual, que contribuya a disminuir la necesidad de una alta presencialidad por parte del estudiante, y facilite su autoformación mediante el uso de vías en las que predomine el análisis y la solución de problemas (Restrepo C., 1996).

6.2. *Elementos básicos para la renovación curricular*

Una vez propuestos los objetivos del cambio en la universidad, es necesario señalar al menos cuatro de los puntos de máxima sensibilidad que dicho cambio debe abordar en primera instancia.

- Son ellos: en primer lugar, *la Pertinencia*. Tiene que ver con la vinculación temprana del estudiante al trabajo, a la productividad y al



desarrollo social, basados en la convicción de que el conocimiento no puede estar aislado de la práctica y del ejercicio del saber específicos; debe haber una confrontación objetiva que se traduzca en un mayor conocimiento de la comunidad y de sus problemas (Restrepo C.).

- En segundo lugar, *la Investigación y la Acreditación*. El estímulo a la investigación dentro de la universidad y la vinculación a ella de profesores y estudiantes, deberá hacer parte del propósito renovador además del impulso necesario a los procesos de autoevaluación y acreditación, ojalá con pares internacionales, para que se puedan constituir en una medida objetiva y real de la calidad del trabajo académico. Un objetivo esencial podría ser el de que la investigación sea parte sustancial de la formación del pregrado, en la que estén involucrados no solo los docentes sino también los estudiantes brindando así la oportunidad a unos y otros de participar de manera secuencial en proyectos investigativos para lograr al final su formación en el método científico y su vinculación a la práctica social (Restrepo C. 1996).

- En tercera instancia es importante determinar de algún modo e instaurar en la práctica un *nuevo modelo pedagógico*. Lo anterior deberá orientar el trabajo de la cátedra hacia el cambio del modelo actual, pasivo, paternalista e informativo, por un modelo en el que el estudiante sea el protagonista de su aprendizaje, combinando la virtualidad con la presencialidad, la teoría con la práctica, la información con la formación, la particularidad con la universalidad y el trabajo individual con el interdisciplinar. En este modelo propuesto deberán existir nuevas formas de actuación del profesor frente a sus alumnos que cambien su carácter de transmisor de conocimientos por un actuar más como de guía, de orientador y provocador, centrando su acción en las coyunturas difíciles de las asignaturas, en las que el estudiante necesita realmente su ayuda.



El cambio en la universidad, bajo la concepción de sus directivas actuales, se fundamenta en un nuevo modelo pedagógico que favorezca el paso de la cultura de enseñar a la cultura de aprender. Lo importante bajo esta nueva égida no es aprender muchas cosas sino afianzar una metodología para que el aprendizaje se vuelva continuo y sea una realidad el ideal de aprender a aprender.

Finalmente y como una cuarta variable de sensibilidad de alto nivel, será necesario trabajar en proyectos que implanten la *formación integral* como salida estratégica al enclaustramiento de una formación parcializada que encierra al individuo y corta sus proyecciones universales. Todo lo anteriormente descrito deberá estar estructurado bajo un modelo de formación integral en el que el estudiante esté involucrado en forma permanente con las diferentes manifestaciones culturales, al garantizarle un espacio para el encuentro cotidiano con las creaciones de la cultura, ya sea en el teatro, la música, las artes plásticas, el deporte. Deben hacer parte de esta formación integral la ética social, el respeto por un sano ambiente ecológico, el conocimiento de los idiomas y la relación con las culturas de otros países del mundo a través de las dependencias universitarias diseñadas y en pleno funcionamiento ya para tales fines.

Todo este proceso renovador, en concepto de las directivas actuales de la universidad, nos debe llevar a afrontar con posibilidades de éxito el advenimiento del nuevo siglo, que tendrá que ser, como bien han dado en llamarlo, “un nuevo siglo de las luces” (Restrepo C., 1997).



BIBLIOGRAFIA

1. BRIONES, G. Seminario Internacional sobre filosofía de la educación. Universidad de Antioquia, 1996.
2. GARCÍA BACCA. Refranero clásico Griego: Heráclito: (43:C B12 = 40M), (44:B 49ª 0 40 C2 M), (45: B 91 = 40C3 M), (48:Met 1010 a 7-1565 A4).
3. BRIONES, G. Epistemología de las Ciencias Sociales. P.29. Programa de Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social. ASCUN. ICFES. 1996.
4. FEYMAN R. Qué te importa lo que piensen los demás. Alianza Editorial 1988.
5. FRANCO, S. Proceso vital humano. Proceso salud/enfermedad: una nueva perspectiva. Conferencia presentada en el seminario "Marco conceptual para la formación de profesionales de la salud" U. Nacional 1993.
6. GAARDER, J. El Mundo de Sofía. Ediciones Siruela, 29ª edición, 1997.
7. HABERMAS, J. "Conocimiento e interés" en: Ideas y Valores, N° 40-45, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 1973-75,. Páginas 61-76.
8. HOYOS, G. La teoría de la acción comunicativa. En: Teorías y métodos de investigación social. ICFES. ASCUN. Bogotá.



9. KANT, I. Respuesta a la pregunta: Que es la Ilustración?. En: revista Colombiana de Psicología. N°3, año MCMXCIV. Universidad Nacional de Colombia, D.C.
10. ROMERO, J.L. Estudios de la Mentalidad Burguesa, 1987 España Alianza Editorial 169 páginas.
11. Duque A. Los Centros de Recursos Educativos. Apuntes para una toma responsable de decisiones. Primera etapa. Páginas 26 y siguientes. Medellín, 1992.
12. Duque A. Reflexión sobre currículo y valores o Asincronía Artesanal. Revista Lectiva página 23 /1997.
13. Restrepo C. Jaime. Cartas del Rector No. 7. Abril 1996.
14. Restrepo C. Jaime. Cartas del Rector No. 8. Junio 1996.
15. Restrepo C. Jaime . Cartas del Rector No. 9 Septiembre 1996
16. Restrepo C. Jaime. Cartas del Rector No. 11 1997.
17. Conferencia mundial de Educación Médica. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Memorias Julio 1996 Santa Fé de Bogotá (1'368 p.).
18. Morín E. Sociología y Política. Nueva época 1996, año IV, No. 8 México.



19. Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica. Edimburgo, Escocia 8-12 Agosto de 1993. (P.131-140). (Documento de posición de América Latina).

20. Colombia al filo de la oportunidad. Informe conjunto. Colciencias. Consejería para la modernización del Estado, 1994.