



**PERFILES
EDUCATIVOS**

ISSN 0185-2698

Lastiri López, María Alejandra (1992)
**“FORMACIÓN DOCENTE Y SUS VINCULACIONES CON EL
CURRICULUM DE MEDICINA”**
en Perfiles Educativos, No. 57-58 pp. 10-15.

FORMACIÓN DOCENTE Y SUS VINCULACIONES CON EL CURRÍCULUM DE MEDICINA

Alejandra LASTIRI LÓPEZ*

En este ensayo se vinculan la formación docente y el currículum de medicina. Se hace una revisión del Sistema Nacional de Salud y de las políticas de formación de recursos humanos para la salud. La formación docente se concibe como una práctica social, cuyo objeto de estudio es la práctica docente en la formación médicos, como lugar de transmisión de saberes y prácticas delimitadas por el currículum.

La problemática que encierran los conceptos de formación docente y currículum en medicina ha sido discutida en diferentes foros académicos, en donde se ha planteado la complejidad que representa la vinculación de dichos conceptos y las relaciones que ésta genera: la formación de los recursos humanos, la integración docencia, servicio e investigación y la formación docente en la formación de médicos, todas éstas articuladas con la atención primaria.

En este orden de ideas nos referimos a la formación de recursos humanos para la salud. Los recursos humanos son un factor relevante en el cambio estructural del sistema y servicios de salud, e incluyen a los distintos profesionales del área, como: médicos, odontólogos, veterinarios, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, técnicos auxiliares, etc.¹ Por el tema de este trabajo nos limitaremos a la formación del médico.

En la formación de los médicos convergen tanto las instituciones de educación superior como el Sistema Nacional de Salud; las primeras a través de un currículum, que señalan prácticas que más adelante serán reconocidas en el mercado de trabajo. El Sistema de Salud aporta un modelo de atención que legitima las prácticas y la distribución diferencial del conocimiento que, por profesiones, se promueve desde las instituciones de educación superior. En la estructura de los servicios se desarrolla la doble función de formación de profesionales y de mercado de trabajo, convirtiéndose así en un espacio de lucha de las diferentes prácticas que buscan su reconocimiento a través de la respuesta que dan a las necesidades de salud de la población. Esta lucha va tomando características particulares de acuerdo con las variaciones históricas de los procesos Sociales. En este sentido, cabe señalar que tanto la salud como la educación son necesidades y derechos básicos de todo grupo humano, por lo cual constituyen focos de especial relevancia en la política social de un país.

En México, en las dos últimas décadas el Estado ha enfrentado una profunda crisis económica que se ha reflejado en la política social y en las acciones encaminadas al bienestar colectivo, entre éstas se encuentra la búsqueda de adecuar los servicios de salud a las necesidades de la población. En este marco se inscribe la problemática de recursos humanos en salud.

* Profesora investigadora del CISE.

Este fenómeno es contemplado, tanto en su aspecto normativo y programático, en la ley General de Salud y en el Programa Nacional de Salud. En relación con la primera, se establece la promoción de la formación de los recursos humanos para la salud, y en el segundo, se señalan como punto de apoyo para la configuración y consolidación del Sistema Nacional de Salud. Paralelamente a estas acciones se crean las comisiones interinstitucionales de investigación en salud y de formación de recursos humanos para la salud, en donde se responsabiliza a las instituciones educativas y de salud, así como a sus respectivos sectores, del mejoramiento de la formación de los recursos humanos en salud.

El Programa Nacional de Salud contempla trece programas de acción y cuatro de apoyo, entre estos últimos se encuentra el programa de formación y desarrollo de recursos humanos. Este programa persigue la adecuación de la formación, capacitación y actualización de formación de recursos humanos para la salud, en sus diferentes niveles académicos y técnicos, a las necesidades de la población y de conformidad con las prioridades del Sistema Nacional de Salud.

Este propósito se ha traducido desde el ámbito académico como la estrategia de la integración docencia y servicio de investigación que se ha asociado a las líneas básicas que plantea la estrategia de atención primaria. Ambas posibilitan un esquema innovador para la formación de recursos humanos en salud.

La estrategia de la integración docencia-servicio o docente-asistencial se ha discutido, conceptualizado y operacionalizado durante los últimos quince años, bajo las premisas planteadas por Jorge Andrade, que son:

1. Que la enseñanza debe tener como eje la salud de la comunidad y no la enfermedad del individuo.
2. Que el área natural de adiestramiento del personal de salud debe confundirse con la de los servicios de salud de la comunidad considerados como un todo, y la estructura y recursos de éstos deben formar parte integral de la estructura y recursos del sistema educacional de salud.
3. Que los alumnos, durante todo su proceso formativo, deben ser considerados como un recurso adicional al servicio de la salud de la comunidad, y sus actividades de adiestramiento deben, en lo posible, estar basadas en su participación activa en el trabajo.²

Desde esta perspectiva, la integración docencia-servicio no puede ser vista como un simple mecanismo de una relación entre el sector educativo y el sector de servicio, sino por el contrario, se debe concebir

...como un verdadero programa de servicio a la comunidad, a través del cual se forma personal, cuyas acciones de salud constituyen la base fundamental de un proceso educativo dinámico, generador a su vez de la producción de conocimientos científicos y de un compromiso permanente con la comunidad.³

Para ello se integra la investigación, como un medio para aproximarse a la realidad concreta de los problemas de salud, y también para retro-alimentar a los procesos de educación y servicio.

Conjuntamente con el desarrollo de la integración docencia, servicio e investigación con una orientación de equidad y eficacia, surge la estrategia de atención primaria de salud a partir de la declaración de Alma Ata, en donde los países miembros de la OMS y UNICEF se fijaron la meta de salud para todos en el año 2000.⁴ La atención primaria puede ser vista como una estrategia para la organización y transformación de los servicios de salud, así como para la formación de recursos

humanos, cuyo éxito dependerá del compromiso político con la justicia social, de la participación activa de la comunidad, así como de una acción intersectorial efectiva y una tecnología apropiada y accesible. Dado este planteamiento, es necesario enfatizar que el papel de las universidades es fundamental, en términos de sus funciones sustantivas, la docencia, la investigación y la extensión.⁵

La participación de la comunidad académica es esencial para progresar hacia la meta de Salud para todos. En primer lugar, se necesita la contribución de las universidades en varios campos críticos para el desarrollo de los sistemas de salud: la formulación de programas de enseñanza que tengan en cuenta los cambios necesarios para la aplicación del método de atención primaria de salud en los distintos niveles de prestación de servicios, un mejor entendimiento de las necesidades de la comunidad y de la dinámica de la sociedad, de la aplicación de los adelantos de la tecnología en los campos de la biomedicina, la salud pública y la gestión en el marco de la atención primaria. En segundo lugar, las universidades pueden introducir nuevas perspectivas en cuanto a las posibilidades generales de progreso para alcanzar las metas, al ritmo del cambio previsto y de las modificaciones que sea necesario introducir en la estrategia. En tercer lugar, las universidades pueden desempeñar un papel crucial en la educación de la población y sus dirigentes en cuestiones de salud.⁶

En este sentido, los mecanismos de implementación de la atención primaria varían en los países según su sistema socio-político. Así, en nuestro país se trata de vincular el modelo de atención a la salud vigente, a través de los tres niveles en que se organiza. Estos niveles se jerarquizan de acuerdo con su complejidad, tipos de problemas que resuelve, recursos disponibles y acceso. El primer nivel proporciona atención simplificada, ambulatoria y oportuna. El segundo nivel cuenta con las especialidades fundamentales y puede requerir de hospital general. En el tercer nivel es donde se atiende la alta especialización y es preferentemente hospitalaria, diferenciándose por órganos, aparatos, o sistemas del cuerpo.

Entonces, la atención primaria y la integración docencia, servicio e investigación, como estrategia de formación de recursos humanos, competen tanto a las universidades como a las instituciones prestadoras de servicios. Para el caso particular de la formación de médicos, se han establecido diversos currícula que se insertan en el esquema innovador que acerca a los estudiantes a la realidad a través de la enseñanza activa y de la epidemiología. Sobre esta misma línea, recientemente se llevó a cabo una conferencia médica, donde se discutieron las características epidemiológicas de los países y el alcance de las acciones de la educación médica, emitiendo la siguiente declaración:

Por medio de esta declaración nos comprometemos y buscaremos que otros se nos unan en un sostenido y organizado programa para modificar las características de la educación médica, de tal manera que realmente satisfaga las necesidades particulares de la sociedad en que se sitúa. También nos comprometemos a crear la base de organización que se requiere para que estas solemnes palabras se vean traducidas en acciones sostenidas y efectivas. La situación está planteada, el tiempo para la acción es nuestra responsabilidad.⁷

Entre los objetivos que plantean para las escuelas de medicina aparecen:

1. Aumentar el número de sitios en los que se lleven a cabo programas educativos, para incluir todos los recursos de salud de la comunidad y no únicamente hospitales.
2. Asegurar el aprendizaje continuo de por vida mediante el cambio del énfasis otorgado a los métodos didácticos-tan difundidos actualmente-hacia el estudio independiente y auto-dirigido, así como métodos de tutoría.
3. Integrar tanto el sistema curricular como el de exámenes para asegurar la consecución de la competencia profesional y los valores sociales no simplemente adquirir y repetir información.
4. Asegurar que los planes de estudio reflejen las prioridades de salud nacionales y la

disponibilidad de recursos económicamente accesibles.

5. Entrenar a los maestros como educadores, que no sean solamente expertos en su materia, y recompensar la excelencia en dicho campo, tal como se hace en la investigación biomédica o en la práctica clínica.
6. Complementarla instrucción en cuanto al manejo de los pacientes con un marcado énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
7. Integrar la educación teórica con la práctica mediante la solución de problemas en sedes clínicas y en la comunidad, como base para el aprendizaje.
8. Utilizar en la selección de estudiantes de medicina métodos que trasciendan la capacidad intelectual y los logros académicos para incluir sistemas de evaluación de las cualidades personales.

También plantearon varias reformas de mayores implicaciones:

1. Fomentar y facilitar la cooperación entre las secretarías de Salud, Educación, Servicios de Salud Comunitarios y otros grupos de importancia para el desarrollo de políticas conjuntas, la planeación de programas, la implementación y la revisión.
2. Asegurar que las políticas de admisión logren que el número de estudiantes entrenados sea congruente con las necesidades nacionales en, cuanto a médicos.
3. Incrementar las oportunidades para que el aprendizaje, la investigación y los servicios se lleven a cabo de manera conjunta con otras profesiones de la salud y las relacionadas con la misma.⁸

Como se observa, entre los objetivos y las reformas se asigna una considerable importancia a la formación de profesores como "educadores", además de expertos en una materia, colocados en un orden institucional y por lo tanto curricular.

Para vincular la formación docente con el currículum de medicina es necesario hacer algunas precisiones respecto de los conceptos a tratar. En primer lugar, hay que señalar cuál es la noción del currículum, para lo cual recurrimos los conceptos de la teoría curricular en su acepción más amplia, es decir, no sólo las aportaciones de los clásicos, como Tyle y Taba, sino también a los aportes que corresponden a la sociología del currículum, como los de Eggleston, Apple y Young, entre otros. En este sentido, si bien se reconoce que existen posturas que ven al currículum como "un conjunto de procedimientos, métodos, técnicas y principios, conceptos y modelos teóricos y técnicos tanto para evaluar como para organizar y seleccionar lógica, eficiente y correctamente el conocimiento en la escuela".⁹

También existen en las aproximaciones de la teoría curricular ideas que proponen que, dado el carácter social del conocimiento, éste no puede verse en el currículum como algo acabado, sino por el contrario, debe considerarse como una construcción histórico-social. Así, frente a los modelos curriculares, Young dice:

...en ningún caso se reconoce que lo que se procesa en las instituciones educativas no es sólo la gente, sino el conocimiento, y que a menos que este conocimiento se tome como dado, lo que debe formar el principio de estos estudios es la interrelación de los procesos de organización.¹⁰

Visto de esta forma, ningún currículum puede "ser" fuera de la historia del conocimiento, de la relación de las diferentes áreas del mismo, su estratificación y su correspondencia con los grupos que detentan esos saberes.

Así, en el caso del currículum de medicina, éste no podría entenderse sin la necesaria referencia de la construcción, distribución, parcelación, jerarquización y contradicción de los saberes que constituyen lo que conocemos como medicina; en su conformación de ciencias básicas y aplicadas, en su relación con la biología, en el surgimiento de la medicina clínica, en la importancia de las neurociencias, en los aportes de la ingeniería genética, en su lazo con el humanismo, en su “vínculo” con el psicoanálisis, etcétera.

Es necesario señalar a qué nos referimos cuando hablamos de conocimiento:

...el conocimiento no es, desde luego, efecto del enlace razón-realidad o actividad abstracta de sujetos individuales. La función de la razón en el conocimiento es autorreflexión sobre su construcción, es comprensión del contexto donde se constituyen y ponen a prueba las teorías; es reconocer que en ese contexto operan reglas, normas y decisiones metódicas derivadas de intereses; es, en fin, incorporar en las teorías el hecho de que ellas son parte integrante del contexto que pretenden analizar.¹¹

Por lo tanto, si partimos de que el currículum organiza el conocimiento para ser transmitido y éste es construcción social, se puede decir que organiza también prácticas sociales. En este sentido, si bien es cierto que el currículum es el lugar de selección y organización de conocimientos para ser distribuidos, esta selección está en función, por un lado, de los conocimientos que la sociedad privilegia como dignos de ser transmitidos, y por otro, de la capacidad de respuesta a las condiciones particulares de la división social del trabajo de cada formación económico-social. Esto es evidente en el tipo de trabajo que desarrolla un médico, a diferencia de un odontólogo, un veterinario, una enfermera o un trabajador social, e incluso entre los propios médicos, en el trabajo del médico general y el especialista. La selección y organización de conocimientos y prácticas en el currículum tiene como espacio de concreción a la escuela, la cual, más allá del sentido común, que la coloca como edificio escolar, puede ser vista, como dice Giroux, a la luz de las siguientes consideraciones:

1. Las escuelas no pueden ser separadas del contexto socio-económico en el cual están situadas.
2. Las escuelas son situaciones políticas, involucradas en la construcción y control de discursos, significados y subjetividades.
3. Los valores y creencias de sentido común que guían y estructuran la práctica del aula no son universales a priori, sino construcciones basadas en propuestas específicas, normativas y políticas.¹²

El espacio escolar donde el currículum se pone de manifiesto, a través del conjunto de acciones que despliega la escuela para la distribución de conocimientos, desde el texto escolar hasta la distribución de las aulas, es donde la formalización aparece como único criterio de selección y distribución. Sin embargo,

...no sólo es conocimiento científico, hecho disciplina y luego hecho académico, el que habita en las escuelas; también habitan conocimientos incorporados por los alumnos y maestros, conocimientos marginales que juegan en la vida escolar y que no siempre son racionales, lógicos, claros, precisos.¹³

Por lo tanto, cada currículum mantiene indisolublemente un carácter institucional congruente con las expresiones escolares en las que se encuentra. En el caso de medicina, este carácter institucional se extiende a las instituciones prestadoras de servicios, donde se realiza la formación clínica y las prácticas.

Un concepto que no se ha mencionado y que vale la pena precisar es el de plan de estudios, el cual se desprende del currículum pero guarda su especificidad como expresión formal y escrita, y como texto, expone los conocimientos, estructura y organización de los mismos. Es, por tanto, un referente concreto y explícito que plantea el orden legitimado y legitimador en el campo del saber; por ejemplo, en el caso de medicina existen diversos planes de estudio dentro de una misma institución, o por el contrario, existen instituciones que adoptan un determinado plan de estudios. Para el caso de México, algunas universidades estatales o escuelas incorporadas adoptan el plan de estudios de la Facultad de Medicina de la UNAM; sin embargo, tendríamos que señalar que aunque la Facultad de Medicina y la Escuela de Medicina "X" tiene el mismo plan de estudios, no por eso tienen el mismo currículum. Si tal como lo hemos descrito, el currículum de medicina rebasa el plano metodológico, la formación docente en este campo sólo puede ser vista en la perspectiva de la complejidad de la relación institucional.

El problema de la formación docente es sólo una parte en el proceso de la formación de médicos. Como ya se dijo, la formación de recursos humanos en medicina atiende una serie de consideraciones y políticas, de ahí que la formación docente en este campo profesional se vea perneada por las mismas. No sólo las que constituyen el campo específico del área de la salud, sino también el papel que las propias universidades juegan en la formación de los profesionales en México.

Vamos a conceptualizar la formación docente como una práctica social encaminada a apoyar las acciones de formación profesional, cuyo objeto de estudio es la práctica docente, como lugar de transmisión de saberes y prácticas delimitados por el currículum. La práctica docente, en el caso de la medicina, no puede ser tipificada como una práctica única y uniforme. La configuración de acciones en este campo adquiere diferentes modalidades, estrechamente relacionadas con escenarios de enseñanza altamente diversificados y con el desarrollo de innovaciones, tanto en el ámbito pedagógico como en el del propio desarrollo de la profesión médica. Por tanto, no reduce el problema a una situación de capacitación y de actos volutivos de los maestros a quienes se dirige, sino que lo amplía a la vinculación de las actividades de la formación docente con el conjunto de los programas académicos de las instituciones; esto es, las acciones de formación docente rebasan las actividades directas realizadas en un seminario o un curso, y llegan a situarnos en donde los cambios e innovaciones están relacionados y afectan el accionar de los docentes.

La formación docente cuya pretensión ha sido elevar el nivel académico de las instituciones no puede ser única depositaria de este propósito; pensar que la solución de todos los problemas académicos de una institución pueden ser resueltos mediante ésta es reducir la solución a través del conocimiento pedagógico haciendo a un lado los saberes que constituyen la profesión, la organización académica administrativa y los sujetos en formación. Para no caer en la ilusión de normar a la práctica docente, homogeneizándola desde lo pedagógico, se hace necesaria la investigación de la situación curricular en la que se da dicha práctica, con la finalidad de estudiar la relación que existe entre práctica médica y docente. Esto nos lleva a considerar al docente como sujeto y, por tanto, al reconocimiento de su formación como profesional, de su trayectoria como docente y de su lugar en la institución. La formación docente en medicina pretende buscar mayor incidencia y congruencia del acto docente con la realidad en la que está inmerso, lo cual implica que se debe rebasar el aspecto meramente técnico o instrumenta lista para dar paso a una práctica donde no se disocian los contenidos y la metodología, la teoría y la práctica docente y la práctica profesional, reconociéndose en la interacción a la atención a la salud y la formación médica en un determinado orden social.

Desde esta perspectiva, no debe limitarse la idea de programa de formación docente a una estructura de cursos, talleres y seminarios, sino ampliarse a una orientación de investigación educativa, sobre todo la que se refiere a la formación de profesores. De esta forma las prácticas se enriquecen dentro del programa y propician la difusión de sus resultados y experiencias.

Estas consideraciones son una aproximación al análisis de la complejidad que representa la formación docente vinculada al currículum de medicina.

NOTAS

1. A.G. Soberón, et al. El cambio estructural en salud T.I. México, Fondo de Cultura Económica, 1988, p. 155.
2. J. Andrade. Integración docente asistencial, OPS/HR/AMR0-6200/4. Documento de trabajo del 111 Taller de Educación en Ciencias de la Salud. Washington, 1973, p. 1.
3. M. I. Rodríguez. Integración de los servicios de salud, la docencia y la investigación orientada a la comunidad. OPS/OMS, s/f, p. 7.
4. OMS/UNICEF. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, septiembre, 1978. Ginebra, pp, 1-7.
5. FEPAFEM. La atención primaria. Una aproximación a su comprensión. Fondo Ed. FEPAFEM. Caracas, 1986, p. 17.
6. OPS. El papel de las universidades en las estrategias de salud para todos. Documento base para discusión. 11-12 de mayo, 1984, p. 9.
7. OMS. Declaración de Edimburgo. Edimburgo, 1988.
8. Ibid.
9. F. Zayas, Plan de estudios y conocimiento. Tesis para revisión para obtener el grado de maestro en ciencias de la educación. Culiacán, Sin, 1988, p. 89.
10. H. Young. Knowledge and Control. Trad. María de Ibarrola. London, Collier Mc. Millan, 1971, p. 11.
Castañeda, A. "Razón, ciencia y conocimiento", en M. Landesman: Currículum, racionalidad y conocimiento. México, Universidad Autónoma de Sinaloa, 1988, p. 162.
12. H. Giroux, "Escolarización y las políticas del currículum docente," en M. Landesman, op. cit., pp. 120-121.
13. F. Zayas, op. cit., p. 100.

BIBLIOGRAFÍA

AGUIRRE, L. M. E.

1981. "Consideraciones sobre la formación docente", en Foro Universitario, núm. 2. Época II, pp. 43-48.

ÁLVAREZ Manilla, J. M.

1987. "Grupos estatales para la formación de recursos humanos para la salud", en Participación de los Gobiernos estatales en las políticas y prioridades de Salud. Memoria de reuniones, S. S. A., Cuadernos, núm. 15.

APPLE, W. Michael

1987. Educación y poder. Madrid, Piados, 209 pp. FEPAFEM.

1985. Médicos para el siglo XXI. Caracas, Fondo Ed. FEPAFEM, 80 pp.

1986. La atención primaria. Una aproximación a su comprensión. Caracas, Fondo Ed. FEPAFEM, 59 pp.
FRENK, J. y cols.

1981. "El mercado de trabajo médico: Evolución histórica en México", en Foro Universitario, núm. 2. Época 11, pp. 27-34.

LÓPEZ Reyes, J. C.

1986. "Integración docencia, servicio e investigación en el área de la salud". Hospital Universitario de Puebla. (Mecanograma.)

MARIN Chávez, E. y URIBE Ortega, M.

1986. "Propuesta de formación para la práctica de la docencia y de la investigación educativa", en Perfiles Educativos, núm. 33 pp. 31-36.

REMEDI, Eduardo

1982. "Currículum y accionar docente", en Foro Universitario, núm. 25, pp. 57-61.

RODRÍGUEZ, M. I.

S/f Planeación de la enseñanza de la medicina. OPS/OMS, 6 pp.

----- y VILLAREAL, R.

1987. La administración del conocimiento. Lo biológico y lo social en la formación del personal de salud en América Latina OPS, 20 pp.

Senado de la República

1987. "Programa integral para el desarrollo de la educación superior 1986", en Planes de la Nación Mexicana, Libro 9.

TORRES Hernández, R. M.

1986. El conocimiento científico y de vida cotidiana en las currícula del área de la salud. Proyecto de investigación educativa. México, UNAM-CEUTES, 49 pp.

UNAM

1988. Cifras de posgrado 1988. México, UNAM, Coordinación de Estudios de Posgrado. Secretaría General Académica.

1987. Agenda estadística 1987. México, UNAM, Dirección General 1987 de Planeación, 97. pp.

1985. Plan de estudios de la carrera de médico cirujano. México, UNAM, Facultad de Medicina, 282 pp.

-----SEP-ANUIES. Foro Nacional sobre Formación de 1987. Profesores Universitarios. Cuadernos de Trabajo. México, SEP-ANUIES.

URIBE, Elías R.

1984. La formación del médico. Trabajo presentado en la Academia Mexicana de la Educación. México, 19 pp.

1983. "Un modelo de educación médica". Gaceta Médica de México. Academia Nacional de Medicina, pp. 193-206.

VINIEGRA, Leonardo

1987. "Los intereses académicos en la educación médica". México, UNAM, Facultad de Medicina, 31. pp.