

Reflexiones de aproximación a un modelo de entrada al análisis de la dimensión de “pertinencia” en la educación médica. Propuesta de una plataforma conceptual y teórica.

Oscar Castro Aguilar¹

No es signo de buena salud adaptarse a un sistema enfermo...
Grafiti (Universidad Nacional de Colombia, Bogotá)

Resumen. Este artículo de reflexión es producto de la profundización y pesquisa bibliográfica y dialéctica alrededor de los componentes de la “pertinencia” de los programas de educación y formación médica, en términos de conveniencia, oportunidad y procedencia con las necesidades poblacionales en salud. Enfatiza en la indagación sistemática y sistémica con el fin de aproximarse a la comprensión teórica de la “pertinencia” con base en que los grupos humanos pueden concebirse como un sistema, el cual a la vez puede ser visto como parte de sistemas más amplios; resalta la evolución de la observación de primer orden, que considera al observador como independiente de la realidad que observa, hacia la observación de segundo orden, en la cual la observación depende del observador, dándole un sentido humano. Todo lo anterior enfocado en el propósito de inferir una base teórica comprensiva y un modelo preliminar de análisis desde la perspectiva constructivista-construccionista.

Palabras clave: pertinencia, necesidad, calidad educativa, educación médica, formación médica

Abstract. This reflection paper is a product of the deepening and bibliographic research and dialectic around the components of the “relevance” of education programs and medical education, in terms of convenience, timeliness and origin with population health needs. It emphasizes systematic inquiry and systemic approach to the theoretical understanding of the “relevance” on the basis that human groups can be seen as a system, which in turn can be seen as part of larger systems; highlights observing the evolution of the first order, which considers the independent observer and observed reality, to the observation of second order, in which the observation depends on the observer, giving a human sense. With the ultimate goal of inferring a

¹ Magíster en Salud Pública. Candidato a Doctor en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. Profesor Asistente del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Tolima. Investigador del Grupo de Investigación “Indaguemos salud”, Universidad del Tolima, Colombia. ocastroa@ut.edu.co

theoretical understanding and a preliminary model of the relevance analysis from a constructivist-constructionist perspective.

Key words: relevance, need, quality education, medical education, medical training

Consideraciones iniciales

El presente trabajo tiene dos propósitos centrales: primero, el proponer referentes conceptuales y teóricos para el desarrollo de una ruta metodológica orientada a la construcción de un modelo de análisis de la “pertinencia” de los programas médicos de pregrado en el ámbito colombiano, y en segundo lugar intenta avivar y promover, en los actuales escenarios de reforma, tanto de la educación superior como del sistema de salud, un cambio de la estructura educativa médica que active su tránsito hacia una institucionalidad moderna y crítica, capaz de ejercer inclusión e influencia, ser participativa y sobre todo liderar los cambios del entorno, como parte de su objetivo vinculante social, cultural, económico, político, pedagógico, investigativo y de extensión; por medio de resolver el camino para lograr “pertinencia”.

A los fines de concretar el objetivo de esta publicación, se recurrió a la consulta y revisión de una amplia fuente de recursos bibliográficos orientada por expertos tanto en educación y pedagogía como en educación médica, que decantaron la propuesta mediante observaciones y dialécticas de primer y segundo orden, así como a relaciones discursivas documentales de siete comunidades académicas médicas de pregrado; todas ellas con la particularidad de tener vigente la acreditación de alta calidad por parte del Consejo Nacional de Acreditación (CNA).

La búsqueda de un modelo de análisis alrededor de la construcción de la “pertinencia” de los programas de medicina, en el ámbito colombiano, cotejará la capacidad de estos para responder a las necesidades poblacionales en salud, así como el alcance y nivel de competencias que los procesos y los discursos de educación y formación permiten desarrollar. Igualmente reconocerá las interacciones entre el programa, la comunidad académica y el entorno, para sugerir así acciones de mejoramiento en el interior de este tipo de instituciones de educación superior (IES).

La palabra “pertinencia” es un sustantivo femenino que denota la cualidad de lo que es conveniente, oportuno o procedente.² De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, UNESCO (1998), la “pertinencia” es una de las dimensiones fundamentales de la calidad de la educación; entendida esta en términos de su adecuación a las necesidades y demandas de la sociedad. En el ámbito de la educación médica y en términos generales la “pertinencia” se expresaría entonces en las relaciones entre los problemas del desarrollo y la equidad

² Según Word Reference en <http://es.thefreedictionary.com/pertinencia> consultado el 30 de abril de 2012

en salud y las demandas que estos problemas plantean a los servicios de atención de la salud y a las instituciones educativas formadoras de talento humano que surte esa atención.

Para la World Federation for Medical Education (WFME) en tres de sus instancias deliberativas (el WFME Task Force de 2000 en cuanto a la definición de estándares Internacionales para la educación médica de pregrado, el Informe de Copenhague de 1999 y la Declaración de Granada de 2001), la evaluación de la calidad y “pertinencia” de la formación médica se centra fundamentalmente en el cumplimiento de la misión social y sanitaria que le compete, que es la de contribuir al mejoramiento de la salud de la población, en el contexto de cada país y región (Humberto-Espínola, 2004). Sin embargo, aun cuando estos principios generales son ampliamente conocidos y compartidos, las experiencias de transformación de la educación médica, que se llevan a cabo evidencian que los ritmos de cambio en los sistemas de atención médica son más acelerados y dinámicos que los procesos de transformación de las instituciones universitarias formadoras de talento humano. En 2008, durante la Conferencia Regional de Educación Superior (CRES) correspondiente a América Latina se ratificó que no es posible separar los conceptos de calidad, “pertinencia” y equidad, y se promueve bajo estos principios la evaluación de la calidad educativa (Dias-Sobrinho, 2008).

Es importante destacar el hecho de que estas notas de aproximación están mediadas por observaciones de segundo orden del autor; desde un punto de vista no médico, vinculado en gracia a la interdisciplinariedad a un programa de educación médica en el ámbito regional colombiano, aspecto que quizás para algunos invalide de entrada las notas pero que para otros signifique mayor objetividad o menor sesgo en el tratamiento del tema.

Antecedentes y contextualización

En este aparte, en primer lugar, se exponen, a manera de ejemplo, algunos aspectos que, a primera vista, concurren, conspiran, desconciertan y desdibujan la dimensión de “pertinencia” en los programas de educación médica, y atraen el interés por profundizar en este componente de la calidad educativa, aparentemente olvidado o muy poco aludido en la revisión sistémica sobre la educación médica nacional. En segunda instancia, se comentan de manera general los hallazgos bibliográficos que han identificado la “pertinencia” como la contribución efectiva al mejoramiento de la atención en salud de la población. Aunque el término y el concepto de “pertinencia” se adoptaron en el mundo de la educación médica de manera tardía (entre 1999 y 2001) con relación a otros ámbitos de la educación superior, este, sin embargo, se rastrea y emerge entre líneas de la bibliografía consultada, de tal forma que podemos decir que la inquietud sobre la brecha entre los discursos teóricos y educativos, y la práctica de la medicina con base en la atención de las necesidades en salud de la población, no es entonces una observación nueva en el país, y de este aspecto se destacan los

constantes llamados al replanteamiento de la educación médica bajo una orientación hacia los aspectos sociales, humanitarios y culturales, para un nuevo ordenamiento de los programas médicos en el país, hechos desde la agremiación de las facultades y programas de educación médica (la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, ASCOFAME). Esfuerzo que parece diluido y olvidado, especialmente en las dos últimas décadas; curiosamente, en momentos en que el mundo de la educación lo incorpora a su cuerpo político y teórico, en Colombia se le instaló en las sombras de la indiferencia de las autoridades educativas, la comodidad de los programas de educación médica, el desinterés de los empleadores y las incertidumbres del sistema de salud.

Desconciertos alrededor de la “pertinencia” en la educación médica colombiana

Durante las últimas cuatro décadas, tanto en Colombia como en América Latina, se han efectuado varias reformas en el sector salud, lo que determina un “continuo transicional”, que ha dado muy poca oportunidad a la reflexión en el diseño, formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas que orientan la gestión para la planificación de la suficiencia y la sostenibilidad de los recursos del sector salud en forma general, y en particular para con el desarrollo, mantenimiento y “*pertinencia*” en la educación del talento humano requerido en la solución de las necesidades poblacionales de salud.

En paralelo con la sucesión de reformas nacionales del sector salud, también se desarrolló una significativa transformación de la cultura organizacional de las universidades y un cambio en el estatus, la identidad y las prácticas de las profesiones académicas. Se favoreció el tránsito de una educación superior como bien público hacia una educación dentro de un modelo económico que promulga la evaluación y clasificación institucional como vía de acceso a la asignación de recursos, sin ninguna retroalimentación del sistema educativo sobre el sistema social, y en el caso que nos ocupa del sistema educativo para la salud sobre el sistema de salud. Como lo expone Cardaci (2011), la formación universal del talento humano en el área de la salud no escapa a las tendencias de privatización de los servicios públicos esenciales y a la conversión de las IES en empresas productivas de mercado.

Por otra parte, e independientemente del debate alrededor de los componentes y la dinámica de la salud pública dentro del Sistema General de Seguridad Social y Salud (SGSSS), al analizar la participación del médico en la normativa de actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública,³ en el entendido de que el campo de la ‘atención primaria en salud’ (APS) y los niveles de atención de baja complejidad son el escenario natural del médico general para la resolución del mayor

³ Según la Resolución 412 de febrero 25 de 2000, emanada del Ministerio de la Protección Social de Colombia, hoy Ministerio de Salud de Colombia.

número de necesidades en salud de la población. Se encuentra una participación directa de él en 86 % de las actividades multidisciplinares de estos programas, contra 63 % de enfermería, 23 % de odontología, 70 % de trabajadores sociales, 21 % de salud mental, 12% de nutricionistas y 47 % de profesionales de ayudas diagnósticas.⁴ Es decir que el médico general (o de pregrado) es el profesional de salud con mayor participación y responsabilidad en el área. Sin embargo en la educación médica se destina menos de 15 % del tiempo y los recursos disponibles para consolidar un aprendizaje transformador que sea capaz de convertirlo en agente de cambio en el área de la salud pública, colectiva o poblacional.⁵ Sin duda, un contrasentido que incide en los resultados e indicadores de salud poblacionales y el déficit paulatino en la calidad científica orientada hacia la atención primaria en salud, punto de encuentro para resolver gran parte de las necesidades en salud de la población (Yepes, 2005).

Adicionalmente, la educación médica esta también unida al conocimiento de las políticas en salud, la integración a la realidad social y la formación política de los estudiantes, para conocer y participar en procesos de construcción colectivos, sociales y comunitarios que le permitan una verdadera interacción social (pertinencia), superando el enfoque tradicional e histórico que mira la extensión o proyección de la universidad hacia la comunidad como el proceso secuencial entre la producción del conocimiento y su circulación en la sociedad (Malagón, 2000). En este aspecto el déficit del currículo es aún mayor y está limitado y constreñido por el afán de abarcar un mayor nivel de competencias y aprestamientos en ciencias básicas y clínicas que en ciencias sociales y humanismo.

Según Modolo (1987), en la educación médica, referida al área de la salud poblacional, desde la década de 1980 coexisten dos modelos educativos. El primero, se dirige a la formación de pregrado de un personal específico en el campo de la salud pública o colectiva, con bachilleratos o licenciaturas; este modelo ha sido adoptado en algunos países anglosajones y europeos. El segundo modelo, adopta como principio de formación el que las responsabilidades de la salud poblacional deben ser compartidas por todos los integrantes del equipo sanitario, constituyendo un componente más del currículo de los futuros profesionales de la salud (tal como las ciencias básicas y las ciencias clínicas); este último modelo ha guiado la formación del talento humano en salud en la mayor parte de Latinoamérica, incluida Colombia.

Las continuas reformas al sistema de salud; el advenimiento de una nueva concepción y organización en las IES; la baja correlación entre lo instruido y lo necesitado por parte del médico general, en los escenarios que el sistema de salud tímidamente propone y el sistema educativo desdeña; la exclusión de un currículo para la formación política y social de los graduados en medicina; y la prevalencia

⁴. Hospital San Rafael de El Espinal ESE, 2007. Diagnóstico de la oferta de servicios en salud pública. Comunicación personal.

⁵ Universidad del Tolima, 2011. Documento de Autoevaluación con fines de Acreditación del Programa de Medicina de la Universidad del Tolima. Comunicación personal.

de un modelo de responsabilidades compartidas en la educación profesional para la salud poblacional, son aspectos que determinan una baja capacidad de respuesta de los programas de educación médica a las necesidades en salud de la población, privilegiando la atención biomédica individual.

Hallazgos bibliográficos

Los cambios efectuados en el mundo desde la segunda mitad del siglo XX con relación a los sistemas políticos, los patrones epidemiológicos y demográficos, las estrategias macroeconómicas y microeconómicas, la tecnología y los sistemas de salud, han enfrentado a las escuelas y programas de medicina con el desafío de hacer de sus planes de estudio más interesantes y adecuados a las necesidades de cada época para producir médicos orientados a las necesidades reales de la comunidad. Diversas agremiaciones, estamentos, autoridades y autores han destacado la necesidad de una reorientación de la educación médica y sugieren estrategias para la búsqueda de cambios de dirección. (BMA,1994; CEC, 1993; GMC, 1993; Majumder, D'Souza y Rahman, 2004; MMM, 1990; PHPC, 1993; WFME, 1988; WFME, 1994; WHO, 1987; WHO, 1992; WHO, 1993).

A manera de ejemplo, la Declaración de Edimburgo de la Federación Mundial de Educación Médica (WFME,1988) y las recomendaciones del grupo conocido como Los Médicos del Mañana. del General Medical Council (GMC, 1993), se adoptaron como base para delinear una serie de estrategias específicas de orientación de reformas y cambios en la educación médica del Reino Unido (GMC,1993; Spencer, 1999; Walton, 1999), cambios que están en marcha en muchos otros colegios médicos del mundo, en un esfuerzo por mantener su calidad. Asunto de vital importancia, dado que la independencia y autonomía de las IES deben, en principio, asegurar que los sistemas de educación superior se adapten continuamente a las necesidades cambiantes, a las demandas de la sociedad y a los avances en el conocimiento científico (Abdulrahman, 2008).

Diversas experiencias muestran que es posible marcar tendencia hacia una educación y formación médica que facilite el desarrollo de modelos de atención a las necesidades en salud de comunidades y poblaciones. La revisión sistemática sintetiza que la experiencia temprana en la comunidad ayuda a los estudiantes de medicina a aprender y desarrollar las actitudes apropiadas hacia sus estudios y hacia la práctica futura; a su vez, orienta el currículo médico hacia las necesidades de la sociedad (Littlewood, Ypinazar, Margolis y Scherpbie, 2005). Por otra parte, experiencias publicadas en todo el mundo muestran que la asociación de las IES con los Gobiernos y la comunidad puede significar una mejoría de las condiciones de salud de la población; este no es un concepto nuevo ya que esas publicaciones fueron hechas hace más de dos décadas (Connor y Mullan, 1983). De ellas se destacan las siguientes experiencias:

En Norteamérica, son varias las experiencias llevadas a cabo tanto en Estados Unidos como en Canadá. En 1993 la Escuela de Medicina de Rockford en la Universidad de Illinois implementó un Programa de Educación Médica Rural (RMED) con el objetivo de formar médicos de familia para la región rural de Illinois. Se seleccionaron estudiantes con afinidad por la práctica rural, la orientación comunitaria en la formación y la instrucción sanitaria rural en la que ellos, tempranamente, se ponen en contacto con el medio de práctica profesional (Stearns, Stearns, Glasser y Londo, 2000).

La Universidad de Nuevo México, a principios de los ochenta, implementó un nuevo programa orientado a la comunidad que promovía la integración curricular, manteniendo el programa anterior como alternativa para los estudiantes. Los estudios comparativos entre ambos programas los llevaron a suspender el tradicional (Kaufman, Mennin, Waterman, Duban, Hansbarger, Silverblatt, Obensha *et al.*, 1989).

Años más tarde, el proyecto piloto denominado 'Undergraduate Medical Education for the 21st Century (UME-21)' promovió para los estudiantes la integración curricular de todas las disciplinas relevantes para la salud pública con base en la APS. De estos proyectos se destacan los de la Escuela de Medicina de Dartmouth, la Universidad de Pittsburgh y la Universidad de Wisconsin. Todos ellos han incorporado un estrecho contacto de estudiantes con médicos de APS en la búsqueda del efecto que el modelo de "rol" puede ejercer sobre el estudiante (Pipas, Peltier, Fall, Olson, Mahoney, Skochelak y Gjerde, 2004).

En Canadá, la experiencia de la Universidad de Sherbrooke permitió demostrar que la transición de un modelo tradicional a otro orientado en la comunidad se asocia con una significativa mejoría de los cuidados preventivos y una mayor continuidad de atención, así como en la mejoría de los indicadores de rendimiento diagnóstico (Tamblyn, Abrahamowicz, Dauphinee, Girard, Bartlett, Grand'Maison y Brailovsky, 2005).

Recientemente la Asociación Americana de Colegios Médicos (AAMC) viene implementando en el estado de Michigan modelos de aprendizaje experienciales para la enseñanza de la salud comunitaria y el desarrollo de la política de 'alfabetización en salud pública, como lo son el caso de la educación médica basada en comunidad-distributiva (CBDME) y el aprendizaje-servicio (LS). Modelos basados en relaciones de colaboración y asociación auténticas entre las comunidades y las instituciones educativas. A través de enfatizar el aprendizaje recíproco y la práctica reflexiva se ayuda a los estudiantes a desarrollar las habilidades necesarias para ser eficaces en el trabajo con las comunidades marginadas y en última instancia, lograr el cambio social (Cashman y Seifer, 2008; Tracy, Farnsworth, Alan, Frantz, Ronald y McCune, 2012).

En Europa el proceso de Bolonia, iniciado en 1998 como espacio convergente no normativo, persigue la armonización de la ES para permitir la movilidad de estudiantes y docentes. Comprende, entre otros aspectos, la adopción de un sistema

de titulaciones comparables y comprensivas, facilitada por la implementación del denominado 'Suplemento al Título'; la adopción de un sistema basado en tres ciclos: licenciatura o grado, máster y doctorado, y la implementación de un sistema común de créditos, conocido como ECTS (Sistema Europeo de Transferencia de Créditos). El proceso de Bolonia supone, desde el punto de vista educativo un cambio importante de paradigma, al pasar de un proceso de enseñanza centrada en el profesor, a un proceso de aprendizaje centrado en el estudiante; de una educación basada en los procesos, a una educación orientada a los resultados o competencias, y la obligación de efectuar una evaluación adecuada de estas competencias (Battat, Seidman, Chadi, Chanda, Nehme, Hulme, Li, *et al.*, 2010; Calhoun, Ramiah, Weist y Shortell, 2008; Pales, 2012; Stoyanka, Lora y Yordanka, 2011).

En América Latina son de destacar las iniciativas de Cuba y Brasil, con un alto compromiso gubernamental en el desarrollo de soluciones a las necesidades poblacionales en salud, considerando el pregrado como la fuente natural de profesionales y por tanto promoviendo currículos acorde con esta necesidad de fuerza laboral.

En el modelo de atención en el sistema de salud de Cuba, tanto la formación de pregrado como la de postgrado han estado orientadas a la formación de un sólido cuerpo profesional dirigido a la atención poblacional con base en APS. Desde 1984, se inició de forma experimental el trabajo del médico de la familia. Al concluir seis años de estudios universitarios egresa un médico de perfil amplio, un médico general básico que comienza a trabajar durante uno o dos años; transcurrido este tiempo, empieza a formarse mediante un régimen de residencia, como un especialista en medicina general integral, manteniendo su responsabilidad por la atención a la salud de la población a él asignada (Jardines, Aneiros y Salas, 1993).

A partir de 2003, se implementó un cambio importante que afianza el concepto y la estrategia de la APS y descentraliza la formación en los escenarios de trabajo, especialmente los policlínicos tutorados. El modelo está basado en el concepto de aprender haciendo y sobre la base de la educación virtual.

En Brasil, en 2002, los ministerios de Salud y Educación lanzaron el programa PROMED para reorientar la educación médica y puede incluir a los estudiantes en un patrón de práctica más "pertinente" (Campos, Ferreira, Feuerweker, Sena, Batista, Cordeiro y Cordoni, 2001). De la muestra piloto 60 % tuvo éxito al lograr establecer alianzas con los servicios locales de salud y aumentar las oportunidades de aprendizaje de los estudiantes en todos los niveles de atención de la salud. En 2005, un nuevo programa, el PRO-SAÚDE (Pro-Salud) agregó la formación de enfermeras y odontólogos. En este esquema, las escuelas que se suman a los proyectos deben proponer una estrategia caracterizada por una reorientación curricular (énfasis en determinantes sociales de la salud), diversificación de la práctica (prioridad a la APS) y aprendizaje activo (Salas y Salas, 2012). Llama la atención de la experiencia brasilera, que aunque si bien el resolver las necesidades en salud de las poblaciones

está siempre presente y tiene una “pertinencia” considerable para la formación médica en algunas escuelas medicas, esta no constituye un hilo conductor dentro en los cursos del pregrado médico (Campos, Elías y Cordoni, 2009).

En el ámbito colombiano también han surgido voces institucionales que plantean la necesidad de una reorientación curricular; con dos ejemplos que merecen destacarse:

La ‘Propuesta de reforma curricular para la formación del médico’, presentada por la Academia de Medicina de Colombia, en la XVI Reunión de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina (Alanam), en 2006, que señala la necesidad de ‘incorporación de asignaturas relacionadas con las ciencias sociales, gerencia y administración; estudio obligatorio de un segundo idioma y promoción del conocimiento de la realidad sociopolítica y legislativa del país’. Esta propuesta nos señala con claridad la integración como un punto de partida necesario para prácticas interdisciplinarias e interprofesionales que resultan claves en la implementación de modelos de atención poblacionales, pero al hacer explícita la necesidad de incorporar saberes para el conocimiento social y de la realidad da un paso hacia una visión renovada de las competencias de los profesionales, ampliando la visión de la realidad que estos deben tener.

Dentro de la prolija producción académica de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), además de seminarios, reuniones y eventos académicos bajo el eje de acción de la calidad de la educación médica, se han hecho constantes llamados al replanteamiento de la educación médica y su reorientación hacia lo social, humanitario y cultural. Promueve el cierre de la brecha entre los discursos teóricos y educativos, y la práctica de la medicina con base en la atención de las necesidades en salud de la población (Ospina, 1995; Paredes, 1967; Ruan, 1974).

Por parte, en la revisión de la legislación y normatividad vigente en Colombia, cabe destacar la reciente reforma al sistema de salud en Colombia, por medio de la Ley 1438 de 2011, que según el profesor Álvaro Franco Giraldo, “delinea una transición de un sistema de salud basado en el mercado hacia otro más estatista”, es decir: ¿se podría estar pasando de un modelo económico, lo que ha sido el SGSSS con la Ley 100 de 1993, a un modelo de salud pública liderado en verdad por el Estado? En el hipotético caso de darse tal situación se favorecería ampliamente la necesidad de desarrollar procesos de análisis, implementación y evaluación de la dimensión de “pertinencia”. Se trata, por un lado, de un acto legislativo sobre la regla fiscal, que eleva a la categoría de derecho el tema de la sostenibilidad financiera; y por otro, del proyecto de ley estatutaria que busca poner unos límites al derecho a la salud, muy en contravía del concepto definido en la Sentencia T-760 de 2008 de la corte constitucional, que exigió al Estado la actualización y unificación de los planes de beneficios, la igualación del Plan Obligatorio de Salud (POS) y la instauración de una doctrina de protección del derecho a la salud (Franco-Giraldo, 2011).

La Ley 1438 de 2011 dedica un capítulo de diez artículos a la política de talento humano, en aspectos relacionados con su formación continua, la “pertinencia” y calidad en la educación y la formación de talento humano en salud, los hospitales universitarios, la formación de especialistas en el área de la salud, el costo de las matriculas de residentes, la contratación de personal misional permanente sin intermediación, la autorregulación de los profesionales de salud, la autonomía profesional y la prohibición de prebendas o dádivas a los trabajadores del sector de la salud. Decididamente el enunciado de la ley vincula la necesidad de ampliar y desarrollar este aspecto de la calidad de la educación médica, favoreciendo la “pertinencia”, sin embargo está pendiente el desarrollo reglamentario de cada aparte mencionado en el capítulo de talento humano para la salud.

En Colombia, si bien no se encuentran referencias de estudios nacionales concretos o específicos sobre la “pertinencia” de la educación médica, existen en la literatura relacionada innumerables alusiones al contexto y las interacciones sociales del futuro médico general, que, en términos generales se pueden condensar así:

Ruan (1974) evidencia el conflicto entre la necesidad de formación de médicos generales que atiendan las necesidades de salud poblacional de acuerdo con la misión social explícita de los programas de medicina, en tanto que, en la práctica de la enseñanza, continúan ejerciendo una marcada influencia las especialidades médico-clínicas y los conocimientos segmentados en disciplinas científicas, pese a los esfuerzos encomiables de implementación de modelos curriculares integrados. Por otra parte, a pesar de los cambios en la educación médica, destinados a la formación de nuevos perfiles profesionales y nuevas competencias, que amplían las dimensiones asistenciales incluyendo dimensiones sociales como la prevención y promoción de la salud, en la enseñanza continúa ejerciendo una marcada influencia el tradicional modelo biomédico (Ospina, 1995; Paredes, 1969; Red Salud, 2002).

Estos hechos llevan, por ejemplo, a que en los procesos de evaluación de la calidad de la educación médica, con frecuencia, se privilegien los aspectos de la excelencia académica (examen de calidad de la educación superior Saber Pro y procesos de autoevaluación y acreditación), que si bien son importantes, tienden a dejar de lado la dimensión de la “pertinencia”, no siendo usual el evaluar y valorar esta dimensión de la calidad de la educación médica del país. Así mismo, es innegable que existe rezago en el abordaje directo y la exploración de las dinámicas de la “pertinencia” como dimensión de la evaluación de la calidad de la educación médica en el país, y una zona oscura en el conocimiento de las interacciones existentes entre la amplia mayoría de las instituciones formadoras de talento humano, de una parte, y los servicios de salud, de la otra, que son los que expresan o deberían expresar las necesidades y demandas de la comunidad en materia de atención de la salud.

La interrupción o retraso de los procesos unificados de una reforma curricular hacia las necesidades de la comunidad pertinencia que orientaba la ASCOFAME, sin duda contribuye al deterioro del significado y sentido de la salud poblacional en el contexto

de la educación y la praxis médica; mucho más marcado en los escenarios de carencia, pobreza y deuda social (condiciones de más del 70 % de nuestros municipios), que hoy día han derivado en descoordinación entre competencias y necesidades en salud poblacional, deficiente trabajo en equipo, enfoque técnico limitado a lo instrumental sin un entendimiento conceptual más amplio, institucionalización de encuentros episódicos en lugar de un cuidado de salud continuo; predominante orientación hacia la atención hospitalaria a expensas de la APS, desbalances cuantitativos y cualitativos en el mercado laboral profesional; y débil liderazgo para retroalimentar y mejorar el rendimiento de los sistemas de salud por parte de las IES (*The Lancet Commission*, 2010).

Consecuentemente, la pérdida de la interacción sistémica entre educación y salud debilita la interacción entre el modelo de educación y el modelo de praxis médica a tal punto que los confronta y los lleva a un juego de tensiones y poderes dentro de escenarios de economía de mercado y capitales, cuya víctima es la población con mayores necesidades en salud, debilitando así la dimensión de “pertinencia” de la educación médica en el sentido que desarrolló este concepto la UNESCO (1998).

La dimensión de “pertinencia” en los procesos de evaluación de calidad de la educación médica en Colombia aún no es visible y evidente, por lo tanto no se sabe qué tanto aporta, racional y conscientemente, a la reducción de la inequidad dentro del sistema de salud establecido.

Se hace entonces necesaria la implementación de procesos de investigación que permitan formular referentes conceptuales, teóricos, metodológicos y analíticos para construir dispositivos consistentes mediante los cuales se pauten desde un formato crítico y emancipatorio el pensar, planear e intervenir los procesos y discursos educativos en favor de la educación de médicos generales capaces de abordar con éxito los problemas nucleares en la salud poblacional.

Según lo expresa Estrada (2010), desde los procesos y discursos educativos asociados a nuevos procesos de praxis es muy factible deslegitimar: la ausencia de cobertura continua que no resuelve causas, sino que cura síntomas; las restricciones y barreras institucionalizadas por el (SGSSS) al acceso efectivo de la población a los servicios de salud; el incremento de los niveles de desnutrición e inseguridad alimentaria en un país privilegiado por su biodiversidad como potencial fuente de alimentos; el envejecimiento poblacional desatendido que incrementa la natural distribución, prevalencia e incidencia de enfermedades crónicas; el cambio en los patrones de enfermedad, de costos y de tecnologías; la carencia de insumos y de apoyo logístico primario y oportuno que promueve la reemergencia de enfermedades infecciosas antes controladas; el consecuente deterioro de los indicadores de la salud pública; el incremento de los niveles de violencia, de pobreza y de deuda social; el uso de prácticas aberrantes ligadas a la violencia estructural que propician desplazamiento poblacional y hacinamiento urbano, ante el abandono del Estado y de su sistema de salud de las áreas rurales. Se requiere sin duda la revisión, análisis,

discusión y concertación de acciones de mejoramiento de la calidad y “pertinencia” de la educación médica, con miras a aportar a una reforma estructural del SGSSS colombiano, ejercicio del que no puede seguir ausente el sistema de educación y formación médica.

En contraposición a la situación colombiana, el incremento de la “pertinencia” de la educación médica ha demostrado, en otros contextos, el desarrollo de nuevos modelos y dinámicas en el abordaje de la salud poblacional. Modelos que privilegien estrategias y espacios de educación y formación en los ámbitos de acción requeridos, para una educación médica que presupueste el desarrollo de la práctica laboral en los espacios destinados a la APS y los escenarios de baja complejidad de atención del sistema sanitario de acuerdo con las necesidades de la población las cuales deben condicionar, por supuesto, las necesidades de formación del talento humano en salud.

Las recientes iniciativas para mejorar la salud mundial no han conseguido sus objetivos, muy probablemente, entre otras cosas, porque no se ha prestado suficiente atención a la importancia de la “pertinencia” de la educación del talento humano como elemento fundamental, aunque no suficiente, para que los sistemas sanitarios funcionen adecuadamente. Si bien se han dedicado notables esfuerzos para corregir las carencias cuantitativas, hay que considerar también los aspectos cualitativos, particularmente aquellos que se refieren a la capacidad de liderazgo de los profesionales en todos los ámbitos de la sanidad. En este sentido, en un futuro cercano, se deben acentuar las denominadas ‘competencias profesionales’ que respondan a la demanda de un mundo cada vez más interdependiente que exige una adaptabilidad en la educación médica que permita funcionar local y globalmente (Segura-Benedicto, 2011).

Para sintetizar este apartado, a partir de la primera década del siglo XXI se expresan en el mundo una serie de tendencias innovadoras en la educación médica. La clásica división del plan de estudios de medicina en ciencias básicas, ciencias clínicas y salud pública, está siendo sustituida por nuevos modelos curriculares que se definen por la organización de los contenidos, los métodos de enseñanza y aprendizaje, el enfoque de la enseñanza y el aprendizaje, los objetivos de aprendizaje y la responsabilidad social de la institución; todos ellos elementos y procesos en favor de la “pertinencia” de la educación médica (Brailovsky y Centeno, 2012; Hanks, 2006; Majumder, D’Souza, y Rahman, 2004).

Reflexiones de enlace para una plataforma conceptual, teórica, paradigmática y epistemológica

Este aparte, en términos generales, explora conceptualizaciones iniciales sobre el trabajo y su relación con la educación como producto de tensiones sociales e históricas; enfatiza en la indagación sistemática y sistémica con el fin de aproximarse a la comprensión teórica de la “pertinencia” con base en que los grupos humanos pueden concebirse como un sistema, el cual a la vez puede ser visto como parte de

sistemas más amplios; enfatiza en la evolución de la observación de primer orden, que considera al observador como independiente de la realidad que observa, hacia la observación de segundo orden, en la cual la observación depende del observador, dándole un sentido humano. Todo lo anterior enfocado en el propósito de inferir hacia una base teórica comprensiva, y finalmente establece por qué la perspectiva constructivista-construccionista es escogida como “el mirador” de esta reflexión.

La división del trabajo en un momento dado y en cualquier sociedad concreta es mucho más el resultado de fuerzas sociales que de cualquier atributo inherente de la labor relacionada con la salud (The Lancet Commission, 2010). Las fronteras entre profesiones de la salud están delineadas y todas están sujetas a los procesos educativos tendientes a desarrollar conocimientos, habilidades y valores para mejorar la salud de los pacientes y poblaciones. Existe, por tanto, un vínculo fundamental entre la educación para profesionales de la salud, por un lado, y las condiciones de salud, por el otro. Se hace así necesario comprender las relaciones complejas entre la educación y la salud, para lo cual es conveniente recurrir al enfoque de sistemas a fin de dilucidar las interacciones que nos posibiliten su entendimiento.

La intención de análisis de un fenómeno como la “pertinencia” implica un proceso de indagación sistemático de instituciones de educación médica, para comprender en profundidad las dinámicas, los procesos y los mecanismos educativos y conocer cómo funcionan todos los elementos y partes para construir o crear preguntas, atreviéndose a alcanzar niveles comprensivos de supuestas relaciones causales encontradas entre ellos, en un contexto natural concreto y dentro de un proceso dado; es decir, el desarrollo de una teoría que puede ser transferida a otros casos.

Según Bacharach (1989), en las teorías se relacionan unidades observadas y unidades aproximadas. Las unidades observadas son las variables, que se pueden medir. Las unidades aproximadas son las construcciones conceptuales (*constructs*),⁶ creaciones de la mente que no pueden observarse directamente, como el liderazgo o la cultura corporativa. Las variables se relacionan entre sí por medio de preguntas e hipótesis y las construcciones conceptuales, por medio de proposiciones. Además de variables y construcciones conceptuales, una teoría tiene también supuestos. Las teorías pueden exhibir un alto grado de formalización, como las teorías matemáticas, con sus axiomas, teoremas, lemas y principios, o pueden estar estructuradas con menos cuidado: un simple relato, si explica un fenómeno, es una teoría. Una teoría, a diferencia de una ley, no puede ser fácilmente comprobada. Para comprobar una ley empírica se mide la relación entre observables. Las teorías, por su parte, pueden estar vinculadas con varias leyes, y hasta pueden predecir nuevas leyes.

El escenario que nos ocupa, el de la salud pública o poblacional, es reflejo, imagen o indicador de qué tanto se ha obrado un cambio a fondo en las estructuras del programa de educación médica: su misión, su visión y la cultura institucional

⁶ En español se utiliza el término “constructo”, pero no es necesario emplear este neologismo.

dominante, no solamente como recurso de adaptación o adecuación, sino para que el programa sea una institución moderna y crítica, capaz de incluir, incidir, participar, acompañar y liderar los cambios del entorno necesarios. Este reflejo, lógicamente no es solo institucional, trasciende a los individuos y sujetos que conforman la organización o comunidad académica universitaria y sus usuarios; actores sociales involucrados como “sistemas observantes”.

En este punto se vincula a la reflexión la riqueza conceptual fundamentada en los avances obtenidos por los estudiosos de la cibernética de los “sistemas observantes” [Keeney, Foester, Morin], así como el interés científico en construir una conexión entre tales conceptos y el funcionamiento de diversos grupos humanos, que ha permitido construir marcos de referencia los cuales proveen hoy día formas de observación con lógicas que visualizan la complejidad del ser humano. En este sentido la teoría aplicada al funcionamiento de los diversos grupos humanos permite sustentar que estos pueden concebirse como un sistema, el cual a la vez puede ser visto como parte de sistemas más amplios (Medina, 2004).

Un sistema, está definido como cualquier entidad abstracta o compleja constituida por partes interdependientes que, siendo activas, producen secuencias de acciones y actos que conforman la operación del sistema, haciendo referencia a un operar sistémico del ser humano, en coordinaciones de coordinaciones conductuales consensuales asociadas a la diversidad de contextos en que este participa. Los sistemas humanos funcionan de acuerdo con las características propias a los sistemas en general, de cuyo estudio se encarga la cibernética como ciencia de la pauta y la organización, según Keeney (1985).

A pesar de las modificaciones que le ocurren, los sistemas tienen la capacidad de conservarse y ‘auto-ecoorganizarse’, así como la recursividad de adaptarse a los cambios. Se considera que están compuestos por multiplicidad de elementos que funcionan como un todo, lo cual es más que la suma de sus partes, donde a su vez el todo está en las partes. Esta forma de operar es posible por la habilidad que tienen los sistemas de transmitir información, entendiendo por información los intercambios en los procesos de interacción entre la organización sistémica y el medio ambiente, intercambio que en el ser humano adquiere significado relacional y cuyo estudio se profundiza en el campo de la pragmática de la comunicación humana, bajo el postulado fundamental de la imposibilidad de no comunicar, según Watzlawick (1986). Así las cosas, adquiere importancia el estudio de la comunicación, el análisis de las conexiones y relaciones que suceden dentro de los sistemas, es decir: el poder dialógico de lo humano

Igualmente, para enriquecer este proceso reflexivo, es de considerar la evolución teórica en el análisis de la realidad desde una cibernética de primer orden, que consideró al observador como independiente de la realidad que observa, hacia la cibernética de segundo orden, en la cual la observación depende de quien observa, lo cual plantea una reformulación del cómo conocemos lo que conocemos, para explicitar un sentido

de lo humano en el campo de la teoría sistémica aplicada a la persona humana. Luego la investigación de segundo orden es epistemológicamente reflexiva, incluye al observador en la observación y la conciencia de que lo observado lo construye un observador. Los procesos de interacción humana resultan explicables si se visualizan como una red compleja y complejizable de acciones de reordenamiento por parte de todos y cada uno de los miembros de los sistemas humanos en los cuales se evidencia el poder del lenguaje como constructor de realidades igualmente complejas. La investigación de segundo orden está constituida por el acto mismo del conocimiento, por el instante de pensamiento que interrelaciona al investigador y a los investigados en el proceso que hace posible la cognición.

Para adentrarnos en la propuesta de una plataforma paradigmática empecemos por anotar que, sin desconocer en absoluto el papel que cumplen los procesos interpersonales y sociales en los procesos de conocimiento, el constructivismo enfatiza la manera en que los seres humanos otorgan un significado personal a las experiencias en curso, según Yáñez (2001). De acuerdo con esta perspectiva, el ámbito en el cual el significado es actualizado, es individual, responde a patrones relativamente estables y coherentes de referencia de las experiencias cotidianas (Guidano, 1998). Acorde a cierta tendencia estructuralista, la perspectiva constructivista implica la visión de los procesos de significado organizados de manera centralizada, ya que estarían ligados al mantenimiento de la coherencia del sistema de conocimiento individual, mientras que el construccionismo plantea que todos los tipos de conocimiento pueden ser vistos como versiones consensuadas de realidad, producto de la interacción y negociación interpersonal, donde el significado no sería un 'producto de la mente', sino que sería creado y solo posible en el contexto del discurso que lo sustenta (Gergen, 1985). En otras palabras, el construccionismo plantea que el escenario donde el significado es generado y actualizado es externo al individuo, perteneciendo a la dimensión interpersonal-social.

Es fácil observar que ambos modelos presentan ciertas similitudes, tanto teóricas como metodológicas. Pero no obstante estas similitudes, son los aspectos divergentes entre estas dos perspectivas lo que permite generar una discusión más amplia y profunda, en razón de la cual se propone la implementación del reconocimiento de la construcción de "pertinencia" desde estos principios teóricos y conceptuales, aplicados al campo de la educación médica en salud poblacional, es decir, desde el enfoque sistémico constructivista-construccionista como recurso facilitador.

Según Piaget (1982), "La dificultad epistemológica fundamental de las ciencias del hombre consiste en que estas son a la vez sujeto y objeto". Deduce que la sociedad tiene propiedades sistémicas, agregadas de cada sujeto que la conforma y emergentes productos de sus interacciones y de sus nexos estructurales (lineales o no-lineales). Esta es la razón de proponer la utilización del paradigma sistémico en un estudio de profundización más que para el descubrimiento, para la construcción de las propiedades sistémicas tanto de los sistemas de educación, como de los sistemas de salud, en este caso.

En coherencia con lo expuesto, esta reflexión se identifica y propone para el análisis de la “pertinencia”, los dispositivos de la investigación social de corte cualitativo desarrollada dentro del paradigma sistémico-constructivista, que según Marcelo Arnold Cathalifaud (2009), marca un punto de cambio en las ciencias sociales pues cuestionan su epistemología tradicional y nos presenta otro campo de lo social al introducir nuevos principios para su comprensión que él resume, y contrastar de la siguiente manera:

- a) Una orientación hacia la comprensión y no hacia la verdad necesariamente.
- b) Un privilegio de la perspectiva sobre la ontología.
- c) La búsqueda de sistemas de significatividades por sobre objetividad.
- d) Definición de realidades múltiples y no necesariamente universales.
- e) Privilegia la racionalidad sistémica sobre la racionalidad inmanente.
- f) Utiliza métodos y técnicas dirigidas y no técnicas distributivas.
- g) Utiliza una observación de segundo orden sobre la observación de partes o sistemas.

Este giro hacia una nueva epistemología nos lleva a concebir procesos de indagación o investigación en ciencias humanas y sociales en los que se deja la preocupación por la objetividad, la búsqueda de la verdad etc., en favor de una visión que se pregunta por el origen de los medios de observación, el cómo se observa desde una posición que da cuenta de que está inmersa en lo mismo que observa (observación de segundo orden) y que se constituye en la base de la investigación social de corte sistémico-constructivista. Consecuentemente esta investigación social cualitativa de segundo orden permitirá apreciar el proceso constructivo del conocimiento alrededor de la organización del sistema de educación médica para la salud poblacional o pública, sobre la base de las diferentes formas de observación y su diálogo, cuyos resultados no están totalmente especificados y rescatan así la riqueza del contexto investigativo, llevándonos a un conocimiento social válido por su “pertinencia” más que por su universalidad.

El objeto distinguible de la investigación de segundo orden está entonces formado por sujetos reflexivos que al observar construyen y comunican la realidad, son parte de la realidad y la realidad es parte de ellos. La realidad social es un objeto que, sin dejar de serlo, al mismo tiempo es un conjunto de sujetos que desarrollan cognición de su mundo y lo intervienen. La sociedad, además de ser un conjunto de sujetos, es un sistema de objetos sociales que también son sujetos.

Aproximación a un modelo de análisis comprensivo preliminar

La indagación planteada será guiada por lo que algunos teóricos llaman un *diseño emergente*, en contraposición a un diseño previo, estructurado a partir de los sucesivos hallazgos que se van realizando durante el transcurso de la investigación, es decir, sobre la marcha de esta. La validación de las conclusiones obtenidas se hace aquí por

medio del diálogo, la interacción y la vivencia; las que se van concretando mediante consensos nacidos del ejercicio sostenido de los procesos de observación, reflexión, diálogo, construcción de sentido compartido y sistematización.

Desde las perspectivas que se adoptan, se asume una óptica de tipo cualitativo que comporta, en definitiva, no solo un esfuerzo de comprensión, entendido como la captación, del sentido de lo que el otro o los otros quieren decir con sus palabras, sus silencios, sus acciones y sus inmovilidades a través de la interpretación y el diálogo, sino también, la posibilidad de construir generalizaciones que permitan entender los aspectos comunes a muchas personas y grupos humanos en el proceso de producción y apropiación de la realidad social y cultural en la que desarrollan su existencia.

La preocupación epistemológica es el intentar la construcción de un tipo de conocimiento que permita captar el punto de vista de quienes producen y viven la realidad social y cultural, y asumir que el acceso al conocimiento de lo específicamente humano se relaciona con un tipo de realidad epistémica cuya existencia transcurre en los planos de lo subjetivo y lo intersubjetivo y no solo de lo objetivo. Lo anterior se traduce en la necesidad de adoptar una postura metodológica de carácter dialógico en la cual las creencias, las mentalidades, los mitos, los prejuicios y los sentimientos, entre otros, sean aceptados como elementos de análisis para producir conocimiento sobre la realidad humana. Por lo dicho, problemas como los de descubrir el sentido, la lógica y la dinámica de las acciones humanas concretas se convierten en una constante.

Para orientarnos en las diferentes fases de la complejidad del problema de la educación médica asociada a la pertinencia, se puede recurrir en primer lugar al esquema o 'croquis' del territorio conceptual de interacción de tres componentes: el 'plano conceptual' de la formación, la educación, la pedagogía y el currículo; los postulados de la 'Declaración de Edimburgo-WFME-1983', y diversos "discursos críticos alternativos". El plano conceptual está orientado por dos ejes: uno vertical, que representa la tensión entre formación y educación, llamado 'el eje de los procesos' apropiado por la declaración de la WFME, que oscila entre la mayor o menor institucionalización y restricción a las subculturas locales; y otro horizontal, representando la tensión entre pedagogía y currículo, llamado 'el eje de los discursos', apropiado por los discursos analíticos alternativos críticos que interrelacionan la pedagogía hacia el currículo, como reflexión, saber y discurso en un continuo en el que se ubican pedagogía, ciencias, didácticas, saberes, praxis y discursos, configurando así un modelo que pretende ser punto de partida para la cualificación de la dimensión de pertinencia en la educación médica.

En este modelo la estructura central es el llamado 'plano conceptual' fundamentado en la formación, la educación, la pedagogía y el currículo, en el sentido que lo esboza Carlos Vasco (2011), para quien la formación es un proceso muy amplio, que se da en todas las culturas, espacios y tiempos de la especie humana, por medio de la cual las nuevas generaciones toman o reciben, transforman o absorben el acumulado cultural de sus mayores, mientras que la educación es un proceso más concreto

e institucionalizado, situado en el tiempo, el espacio y la cultura. Es decir que la formación es un proceso transcultural y transhistórico y la educación es un proceso más particular y concreto; la educación sería la manera específica como cada cultura en cada tiempo y lugar empieza a institucionalizar algunos procesos de formación (socialización, inculturación, aculturación o culturización) de las nuevas generaciones, inicialmente espontáneos e informales.

Preliminarmente, con base en la literatura y las conversaciones con expertos, en el modelo el eje vertical de los procesos parte de cuatro categorías: la respuesta educativa a las necesidades del contexto y de la población; las políticas y la praxis médica; las sociedades y los lugares para el aprendizaje; y finalmente el espectro educativo continuo. En el eje horizontal de los discursos se plantea un punto de partida a partir de siete categorías: la disposición potencial del currículo; los dispositivos de gestión curricular; la investigación como dispositivo transversal; las prácticas académicas; las unidades organizacionales especializadas; los dispositivos de extensión social; y por último la praxis como pedagogización del contexto. Cada una de estas categorías contiene una problematización y una verificación específica que permitirá enlazar y erigir el proceso y nivel de construcción de la “pertinencia”.

Se pretende, así, visibilizar la red de interrelaciones que expresa los equilibrios y pugnas de poder entre las fuerzas externas e internas a un momento dado, que reproduzca en el sujeto las relaciones sujeto-objeto, y que desde su individualidad construyen una representación de la estructura global de la sociedad (comunidad académica) susceptible de leerse o comunicarse, a través, por ejemplo, de la observación de segundo orden, como forma especializada que no solo observa a un objeto distinguible, sino que también busca captar los esquemas de distinción que realizan los observadores de primer orden en su mundo diario y cotidiano. Dichos esquemas de distinción son la significación y el sentido, es decir la observación de la realidad externa al sujeto como una interpretación estructurada que hace parte de un esquema o marco referencial, y esto a través de herramientas conceptuales le provee al investigador capacidad de reconstruir teóricamente la realidad social buscando lo latente y sus estructuras. Este tipo de investigación, según Bourdieu (1995), persigue un doble objetivo y construye un doble objeto; elabora un objeto aparente y un objeto profundo.

La teoría constituye una herramienta que orienta la investigación, fundamental en todos los métodos de investigación; no obstante, en la investigación cualitativa el desarrollo teórico muestra cierta particularidad que reside en asumirlo como un referente o guía para realizar la comprensión y síntesis de los datos, y no como una estructura o marco dentro del cual se ordenan los datos. La teoría, en este sentido, da a los datos la posibilidad de conectarse a un cuerpo más grande de conocimiento (Morse, 1994), pero sin imponerle una forma o una lógica, que sea ajena o distinta, a la derivada de la naturaleza de los datos obtenidos.

A modo de conclusión

Una óptica de tipo cualitativo comporta no solo un esfuerzo de comprensión, entendido como la captación del sentido de lo que el otro o los otros quieren decir con sus palabras, sus silencios, sus acciones y sus inmovilidades a través de la interpretación y el diálogo, sino también la posibilidad de construir generalizaciones que permitan entender los aspectos comunes a muchas personas y grupos humanos en el proceso de producción y apropiación de la realidad social y cultural en la que desarrollan su existencia.

Aquí la preocupación epistemológica es el intentar la construcción de un tipo de conocimiento que permita captar el punto de vista de quienes producen y viven la realidad social y cultural, y asumir que el acceso al conocimiento de lo específicamente humano se relaciona con un tipo de realidad epistémica cuya existencia transcurre en los planos de lo subjetivo y lo intersubjetivo y no solo de lo objetivo. Lo anterior se traduce en la necesidad de adoptar una postura metodológica de carácter dialógico en la cual las creencias, las mentalidades, los mitos, los prejuicios y los sentimientos, entre otros, sean aceptados como elementos de análisis para producir conocimiento sobre la realidad humana. Por lo dicho, problemas como los de descubrir el sentido, la lógica y la dinámica de las acciones humanas concretas se convierten en una constante. Los puntos de referencia epistemológica expuestos le dan sentido a los momentos generales en los que se ha conceptualizado este proceso de reflexión-investigación, y por medio de ellos es posible trascender la mera descripción, permitiendo el acceso a formulaciones de tipo comprensivo.

La educación médica, entendida como acción social, no puede ser observada como un objeto natural, debe ser estudiada teniendo en cuenta las reflexiones de quienes participan o son actores, sus propósitos y pensamientos en el momento de la propia acción o del ejercicio social. Una posible ruta de aproximación al entendimiento y comprensión de las lógicas y dinámicas que configuran la estructura y funcionalidad de la actual organización de la educación médica alrededor de la dimensión “pertinencia” se debe nutrir, además de las necesidades poblacionales en salud, de los propósitos, los elementos y las interrelaciones tomadas de los sistemas de educación y de salud para visibilizar y tomar conciencia de su Identificación, descripción e interpretación de las dinámicas curriculares e institucionales forjadas y construidas para fortalecer la vinculación de los programas de medicina con el entorno. Por lo tanto, se apuntará en primer lugar a la caracterización de los procesos, mecanismos y dispositivos construidos alrededor y dentro del currículo, y alrededor y dentro de la institución educativa, para fortalecer la “pertinencia” en los programas de medicina y en segunda instancia, a describir, verificar o generar teoría alrededor de la construcción de la dimensión de “pertinencia”, como aporte a la evaluación de la calidad de la educación médica.

Referencias

- Abdulrahman K. (2008). The current status of medical education in the Gulf Cooperation Council Countries. *Journal: Annals of Saudi Medicine*. 28 (2) 83-88
- Bacharach, S.B. (1989). Organizational Theories: Some Criteria for Evaluation, *Academy of Management Review*. 14, (4), 496-515
- Battat R. Seidman, G.; Chadi N.; Chanda M. Nehme J.; Hulme J.; Li . A. F *et al.* (2010). Global health competencies and approaches in medical education: a literature review. *Journal: BMC Medical Education*: Vol: 10 Issue: 1 Pages/ record No.: 94
- BMA. (1996). British Medical Association: Core values of the medical profession in the 21st century: *Conference at the British Medical Association, Education for Health*. (9), 9-11.
- Bourdieu P. (1995). *Las finalidades de la sociología reflexiva, Respuestas para una antropología reflexiva*. México: Grijalbo.
- Brailovsky C. y Centeno. A. (2012). Algunas tendencias actuales en educación médica. *Revista de Docencia Universitaria REDU*. 10, 23-33 Obtenido de <http://redaberta.usc.es/redu>
- Calhoun. J.G.; Ramiah K.; Weist E. M. y Shortell S. (2008). Development of a core competency model for the master of public health degree. *American Journal Public Health*, 98(9), 1598-1607.
- Campos F. E.; Ferreira. J. R.; Feuerweker, L.; Sena. R. P. Batista J. J. Cordeiro H, y Cordoni Jr. L. (2001). Caminhos para aproximar a ormação de profissionais de saúde das necessidades de atenção básica. *Revista Brasileira de Educação Médica*: 25, 53–59.
- Campos J. J.; Elías P. E. y Cordoni J. L. (2009). Teaching public health in undergraduate medical courses: a case study in three universities in Paraná. *Sao Paulo Medical Journal*. 127(6), 335-341.
- Cardaci, D. (2011). Entre fuegos cruzados...; el nivel pregrado, las políticas hacia la educación superior y la formación en promoción de la salud. *Global Health Promotion*, 18(2), 87-89
- Cashman S. B. y Seifer S. D. (2008). Service-learning: an integral part of undergraduate public health. *American Journal Prevention Medicine*, 35(3), 273-8. doi: 10.1016/j.amepre.06.012.

- Cathalifaud M. A. (1997). Introducción a las epistemologías sistémico/constructivistas. *Revista Cinta de Moebio*, 2.
- CEC. (1993). *Committee of the European Communities: Advisory Committee on Medical Training of European Community. Report and Recommendations on Undergraduate Medical Education*. Brussels.
- Connor E. y Mullan F.; (Eds.) (1983). *Community Oriented Primary Care: New Directions for Health Services Delivery* Washington DC; National Academy of Sciences.
- Dias-Sobrinho, J. (2008). *Calidad, pertinencia y responsabilidad social de la Universidad latinoamericana y caribeña*. En: *Tendencias de Educación Superior de América Latina y el Caribe*. (Documento base para la reflexión y el debate en la Conferencia Regional de Educación Superior en América Latina y el Caribe CRES). Cartagena de Indias, Colombia.
- Estrada, J. H. (2010). *La fiebre no está en las sábanas, a propósito del proyecto gubernamental de reforma a la salud*. Facultad de Odontología, Universidad Nacional. (Comunicación personal).
- Franco-Giraldo. A. (2011). *Ponencia en “Cátedra de Seguridad Social”* Facultad de Derecho, Universidad de Antioquia.
- Gergen, K. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40, 266-275
- GMC. (1993). *General Medical Council: Tomorrow's Doctors. Recommendations on Undergraduate Medical Curriculum*. Londres.
- Guidano, V. (1998). *Los procesos del self: Continuidad vs. Discontinuidad*. Roma: IPRA. Obtenido de <http://www.inteco.cl>
- Hans, K. (2006). Where does European Medical Education tend to in the future? A global perspective [Wohin entwickelt sich die Europäische Medizinische Ausbildung?]. **Journal: GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung**: 23, (2) 32. Recuperado de http://www.anuies.mx/servicios/p_anuies/publicaciones/revsup/127/03.html
- Humberto-Espínola, B. *et al*, (2004). *Una década de reformas en educación médica: evaluaciones de los principales actores sociales en la carrera de medicina de la Universidad Nacional del Nordeste Argentina*. (Resumen M-097. Comunicaciones científicas y tecnológicas).

- Jardines-Mendes J. B.; Aneiros-Riba R. y Salas-Perea RS. (1993). Recursos humanos en la atención primaria de salud y su estrategia de desarrollo. *Educación Médica y Salud*, 27, 145-159.
- Kaufman A. Mennin S. Waterman R. Duban S. Hansbarger C. Silverblatt H. Obenshain S. S. *et al.* (1989). The New Mexico experiment: educational innovation and institutional change. *Academia de Medicina*, 64(6), 285-294.
- Keeney, B. y Ross J. (1985). *Construcción de terapias sistémicas "espíritu en la terapia"*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Littlewood. S. Ypinazar. V. Margolis. S. Scherpbie. A. *et al.* (2005). Early practical experience and the social responsiveness of clinical education: systematic review. *British Medical Journal*, 331, 387-391.
- Majumder. A.; D'Souza U. y Rahman S. (2004). Trends in medical education: Challenges and directions for need-based reforms of medical training in South-East Asia. *Indian Journal of Medicine*. Sci, 58, 369-380.
- Malagón, O.R. (2000). *Significado y sentido de la interacción social en el área de la salud*. 6-8.
- Medina, M. (2004). El enfoque sistémico construccionista: consideraciones sobre su aplicación en el contexto de orientación profesional. *Universitas Psychológica*, 3(1), 99-107.
- MMM. (1990). Mediterranean Medical Meeting: Statement on Medical Education in Europe: Report of 1st Mediterranean Medical Meeting. Crete, 26 Sept 1989. *Medical Education*, 24,78-80.
- Modolo, M. (1987). Strategie educative per i programmi sanitari. *L'Éducazione Sanitaria*, 20(3-4), 227.
- Morse, J. M.(1994). Disseminating Qualitative Research. En: E. Dunn (Ed.). *Disseminating Primary Care Research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Unesco. (1998). Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el siglo XXI: Visión y Acción. I Conferencia Mundial sobre la Educación Superior (CMES).
- Ospina J. 1995. *Perspectivas curriculares de educación médica para el siglo XXI*. ASCOFAME Editores.

- Pales. J. (2012). El proceso de Bolonia, más allá de los cambios estructurales: una visión desde la educación médica en España. *Revista de Docencia Universitaria*. REDU. 10, 35-53. Obtenido de: <http://redaberta.usc.es/redu>
- Paredes. R. (1967-1969). *Conferencia Nacional de resultados del estudio de recursos humanos para la salud y la educación médica en Colombia*. [Tercer Mundo & ASCOFAME Editores].
- PHPC. (1993). *Pew Health Professions Commission: Health Professions Education for the Future: Schools in Service to the Nation*. [San Francisco].
- Piaget, J. *et al.* (1982). Tendencias de la investigación en las ciencias sociales, UNESCO / Alianza.
- Pipas. C. F. Peltier. D. A.; Fall. L. H.; Olson. A. L.; Mahoney J. F.; Skochelak S. E. y Gjerde C. L. (2004). Collaborating to Integrate Curriculum in Primary Care. Medical Education: Successes and Challenges From Three US Medical Schools. *Family Medicine*; 36(126).
- Red Salud. (2002-2005). Documento resumen conversatorios Grupo Red-Salud Documento de trabajo 3(4), 637.
- Ruan. Y. (1974). *Seminario sobre objetivos de la educación médica para una medicina de la comunidad*. [Ascofame Editores].
- Salas. R. y Salas. A. (2012). La educación médica cubana. Su estado actual. Journal: REDU, *Revista de Docencia Universitaria*. 10(0) 293-326.
- Segura-Benedicto, A. (2011). Una reforma global de la formación de los profesionales sanitarios. *Revista Educación Médica*, 14 (1), 15-17
- Spencer J. (1999). More of the same, only different. *Medical Teacher*. 33, 877-8.
- Stearns H. J.; Stearns M. A.; Glasser M. y Londo. R. A. (2000). Illinois RMED: A Comprehensive Program to Improve the Supply of Rural Family Physicians. *Family Medicine*. 32(1). 17-21.
- Stoyanka P. Lora G. Yordanka K.. (2011). Development of Public Health Education in Bulgaria: *Journal of Public Health Reviews*. 33(1) 323-330.
- Tamblyn R. Abrahamowicz M. D.; Dauphinee M. D.; Girard N. Bartlett G.; Grand'Maison P.; y Brailovsky C. (2005). Effect of a community oriented problem based learning curriculum on quality of primary care delivered by graduates: historical cohort comparison study. *British Medical Journal*; 331-1002.

- The Lancet Commission. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923-1958.
- Tracy, J.; Farnsworth, S.; Alan, C.; Frantz, L.; Ronald, W. y McCune, O. (2012). Community-based distributive medical education: Advantaging society. Journal: *Medical Education*, 17, (0) 1-10.
- Vasco, C. (2011). Formación y educación, pedagogía y currículo. tomo I, Colección de la Pedagogía Colombiana. Boletín Informático de la Red Iberoamericana de Pedagogía - Redipe796. Obtenido de <http://rediberoamericanadepedagogia.com/index.php/component/search/?searchword=Carlos%20E%20Vasco&searchphrase=all&Itemid=106>
- Walton H. (1999). The Edinburgh Declaration: Ten years afterwards. *Basic Science Educator*. 9, 3-7.
- Watzlawick, P. (1986). *Teoría de la comunicación humana*, Buenos Aires, Herder.
- WFME. (1988). World Federation for Medical Education: The Edinburgh Declaration. *Medical Education*, 22, 481-482.
- WFME. (1994). World Federation for Medical Education: Recommendations: World Summit on Medical Education, Edinburgh 8-12 August 1993. *Medical Education*; 28,142-149
- WHO. (1987). *World Health Organization: Community-based education of health personnel: Report of a WHO Study Group*. Geneva.
- WHO. (1992). *World Health Organization: Towards the assessment of quality in medical education*. Geneva.
- WHO. (1993). *World Health Organization: Increasing the Relevance of Education for Health Professionals. WHO Technical Report Series 838*. Geneva.
- Yáñez, J, Gaete, P. Harcha, T. Kühne, W. Leiva, V. y Vergara, P. (2001). Hacia una metateoría constructivista cognitiva de la psicoterapia. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 1, 97-110.
- Yepes, C.E. (2005). Atención primaria en salud, un escenario para formación médica y la transformación social. *Iatreia* - vol. 18 - No. 2, 225-234.

Referencia

Oscar Castro Aguilar, “Reflexiones de aproximación a un modelo de entrada al análisis de la dimensión de “pertinencia” en la educación médica. Propuesta de una plataforma conceptual y teórica”, revista *Perspectivas Educativas*, Ibagué, Universidad del Tolima, Vol. 5, (enero-diciembre), 2012, pp. 299 - 323

Se autoriza la reproducción del artículo para fines estrictamente académicos, citando la fuente y los créditos de los autores.

Fecha de recepción: 24/09/2012

Fecha de aprobación: 30/10//2012