



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

ANÁLISIS DE LA DIMENSIÓN DE PERTINENCIA EN LA EDUCACIÓN MÉDICA COLOMBIANA.

Enlace educativo y formativo en salud pública.

Oscar Castro Aguilar

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Doctorado Interfacultades en Salud Pública
Bogotá DC, Colombia

2016

ANÁLISIS DE LA DIMENSIÓN DE PERTINENCIA EN LA EDUCACIÓN MÉDICA COLOMBIANA.

Enlace educativo y formativo en salud pública

Oscar Castro Aguilar

Tesis o trabajo de investigación presentada como requisito parcial para optar al título de:

Doctor en Salud Pública

Director:

PhD en Salud Pública, Dr. Javier Hernando Eslava Schmalbach M.D.

Codirectora:

PhD en Salud Pública, Dra. Zulma Consuelo Urrego Mendoza M.D.

Línea de Investigación:
Educación Médica

Grupo de Investigación:

Salud Pública, contextos y desarrollo / Universidad del Tolima

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Doctorado Interfacultades en Salud Pública

Bogotá DC, Colombia

2016

Dedicatoria:

Este trabajo de tesis está dedicado en primer lugar a Rosa Inés y Oscar, mis padres quienes en unión con mis hermanos: Iris, Jorge Alberto, Consuelo, Juan Carlos y Doris Liliana consolidaron un grupo familiar amoroso que me permitió un sereno, tranquilo y apasionado desarrollo como ser humano y como profesional.

En segunda instancia, a mis hijos, Oscar Luis, Juanita y Tomas, razón y motivo suficiente, en el empeño por alcanzar mis ideales de superación. A ellos agradezco su amor y la comprensión de mis prolongadas ausencias y faltas. Les exhorto, con mi ejemplo, a dominar el principio de la persistencia, para que cuando quieran alcanzar algo en la vida, entiendan que no hay tiempo ni obstáculo que les impida lograrlo.

Dedico también este esfuerzo, a las comunidades académicas de los programas de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Tolima por su confianza en mí proceso y proyecto doctoral, así como por permitirme la expresión de mi vocación docente y la disponibilidad para mis aprendizajes; Consintiendo el aporte de mis representaciones a la memoria y el horizonte institucional en la educación y formación de nuevas generaciones de profesionales en salud, con mayor pertinencia...

Finalmente este trabajo está muy especialmente dedicado a quien estos últimos años, aun desde la distancia, ha sido mi centro y mi soporte de vida y esperanza... a mi bella Sonia.

Agradecimientos

A las Profesoras Patricia Elena Dueñas Granados y Betty Sánchez de Parada quienes como compañeras docentes, amigas, Coordinadora administrativa y Coordinadora Académica del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Tolima; apoyaron el proceso administrativo y delinearon el camino para cristalizar la idea y el sueño de concursar, lidiar y obtener la comisión de estudios que me permitió desarrollar este proceso.

Al Dr. Héctor Raúl Aguiar Castilla - Decano Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Tolima (2009 - 2011) y al Dr. Juan Carlos Ferrero Otero - Decano Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Tolima (2012 - 2015); quienes respaldaron mis aspiraciones.

A la Vicerrectoría Académica de la Universidad del Tolima, a través del Comité de Desarrollo a la Docencia que durante los tres últimos años me facilitó el disfrute de la comisión de estudios y los enlaces administrativos consecuentes, con toda diligencia y efectividad.

Al Ministerio de Educación Nacional y a la Universidad del Tolima a través de la Rectoría y la Oficina de Investigaciones por disponer lo necesario para el financiamiento del proyecto de investigación.

A la Dra. Luz Amanda Viviescas, Secretaria Técnica; al Dr. Luis Enrique Silva, Coordinador Académico y a la Señora Diana Marcela Gómez del Centro de Documentación, todos ellos funcionarios del Consejo Nacional de Acreditación (CNA); quienes gestionaron, orientaron y facilitaron la consulta de numerosos archivos documentales asociados a la investigación, así como a la memoria nacional sobre la evaluación de la Educación Superior en el país.

A los diferentes programas de educación médica de pregrado participantes en la investigación, cuyo anonimato me comprometí a preservar.

Al Profesor Juan Carlos Eslava M.D. de la Universidad Nacional de Colombia, a la Profesora Catalina Latorre M.D. de la Universidad del Rosario y la Profesora Marisol Moreno Angarita

M.D. de la Universidad Nacional de Colombia; lectores y evaluadores tanto del proyecto de tesis como del ensayo de calificación, quienes con sus observaciones y comentarios orientaron y dieron mayor sentido a la preparación del proyecto.

A la Dra. Elizabeth (Liz) Hamui Sutton Coordinadora de Investigación Educativa División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); por su amable acogida y direccionamiento durante la pasantía internacional realizada en la UNAM bajo su tutela.

Al Profesor Omar Fernando Ramírez de La Roche de la Unidad de Posgrado, Subdivisión de Medicina Familiar de la División de Posgrado, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Delegación Coyoacán, México D.F. Por su hospitalidad, acompañamiento, orientación, comentarios y observaciones sobre la estructuración del proyecto.

Al Director y la Codirectora de esta tesis, el Dr. Javier Hernando Eslava Schmalbach y la Dra. Zulma Consuelo Urrego Mendoza, respectivamente. Profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, por su sabio y paciente acompañamiento a lo largo de todo el proceso doctoral y sobre todo por su aliento en los momentos más críticos.

Al Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia y su cuerpo de profesores y asistentes académicos y administrativos; quienes permitieron inscribir, operar y nutrir el tema de la educación médica para la educación y formación en salud pública como tópico de investigación y desarrollo para el Doctorado.

A mis jurados o pares evaluadores internacionales; Dr. Mario Roberto Roveré, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de La Matanza (UNLaM) en Argentina y Director de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Rosario en Argentina. Así como al Dr. Rafael González Guzmán, Profesor del Departamento de Salud Pública en la Universidad Autónoma de México UNAM, en México D.C. Quienes desde su experiencia y amplias perspectivas contribuyeron al enriquecimiento del texto a través de sus observaciones, comentarios y propuestas. Igualmente, agradezco al Dr. Gustavo H. Quintero Hernández, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario de

Colombia, y actual Presidente de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), quien integro el grupo de pares evaluadores como jurado nacional, y con quien pude compartir personalmente mis experiencias de investigación y a la vez recibir sus consejos y enriquecedores aportes al tema, fruto de su amplia experiencia y trayectoria como profesional y educador médico. A todos ellos agradezco tambien la distinción de mi trabajo como “*tesis meritoria*”, que posibilita la publicación del trabajo para su socialización.

A mis compañeros de la cohorte 7^a del Doctorado Interfacultades de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, asi como a los amigos y colegas de las demás cohortes, con quienes compartí los últimos cinco años de mi vida, consiguiendo trenzar lazos y vínculos percederos, dinámicos y enriquecedores que espero conservar por siempre. Gracias a todos por su amistad, sus consejos y su afecto.

Resumen:

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), estableció en 1998, como dimensión fundamental de la calidad de la Educación Superior la “*pertinencia*”, entendida en términos de su adecuación a las necesidades y demandas de la sociedad, es decir: la coherencia entre lo que la sociedad necesita y espera de las Instituciones de Educación Superior y lo que estas finalmente hacen. Traducida al ámbito de la salud y la educación médica la podemos entender como las relaciones entre los problemas del desarrollo y la equidad en salud y las demandas que estos problemas plantean a los sistemas de salud y a las instituciones formadoras del talento humano que deberán proveer los servicios de salud poblacional. Es evidente un rezago en el abordaje directo y la exploración de las dinámicas de la pertinencia o al menos una zona oscura en el conocimiento de las interacciones entre las instituciones formadoras de talento humano y los servicios de salud, que son los que deberían expresar las necesidades y demandas en salud de la población.

Este estudio profundizó en el tema para entender, en el contexto colombiano, como se construye la dimensión de *pertinencia* a nivel de los programas de educación médica de pregrado, a fin de establecer y comprender sus elementos, componentes y dinámicas dentro del sistema educativo, para erigir espacios de ajuste y mejora e inferir teoría de ser posible. Se concretó así la realización de un estudio o investigación social cualitativa a través de una observación de segundo orden, anidada dentro del paradigma sistémico-constructivista-construccionista, en el sentido que lo expresa Cathalifaud (1997).

El trabajo de campo sometió a la observación y el relato empírico mediante el recurso de la triangulación circunscrito en un estudio de casos, seis grandes categorías teóricas: rectoría y gobernabilidad; eje de los procesos; eje de los discursos: dinámicas de los discursos; fuerzas sobre los discursos y tensiones sobre los discursos. Inscritas dentro de los sistemas ambientales descritos según el modelo ecológico del desarrollo humano en la teoría ecológica de los sistemas propuesta por Urie Bronfenbrenner (1983), conocidos como ambientes microsistémico; mesosistémico; exosistémico y macrosistémico.

Como resultado general de esta pesquisa se concluye que en Colombia, el sistema educativo médico, y en concreto el segmento de educación y formación bajo la responsabilidad de la universidad, en todos sus estamentos, no es proactivo en favor de la pertinencia; reconoce mínimamente el nivel poblacional y sigue privilegiando el modelo biomédico individualizado. Así las cosas, ha dejado de nuevo pasar la oportunidad de realizar cambios reales y estructurales limitándose a ejercer una adherencia muy poco crítica con la mercantilización del ejercicio médico.

Palabras claves: Pertinencia; educación médica; educación en salud pública; formación en salud pública.

Abstract:

The United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), established in 1998 as a key dimension of quality in higher education "relevance" understood in terms of their adequation to the needs and demands of society, namely: consistency between what society needs and expects from institutions of higher education and what they finally do. Translated the field of health and medical education we can understand the relationships between development issues and health equity and demands that these problems faced by health systems and training institutions of human talent that must provide services population health. A lag in the direct approach and exploring the dynamics of relevance or at least a dark area in the knowledge of the interactions between human talent training institutions and health services, which are those that should express needs is evident and health demands of the population.

This deepened study on the subject to understand, in the Colombian context, as the dimension of relevance is constructed at the program of undergraduate medical education, to establish and understand its elements, components and dynamics within the educational system, to build spaces of adjustment and improvement theory and infer if possible. Conducting a study or qualitative social research thus materialized through a second-order observation, nested within the systemic-constructivist- constructionist paradigm in the sense that it expresses Cathalifaud (1997).

Fieldwork subjected to empirical observation and story through the use of triangulation circumscribed in cases study, six major theoretical categories: stewardship and governance; axis processes; axis of discourse: discourse dynamics; forces on the discourse and tensions on the discourse. Listed in environmental systems described by the ecological model of human development in ecological systems theory proposed by Urie Bronfenbrenner (1983), known as microsystemic; mesosystemic; exosystemic and macrosystemic environments.

As a general result of this research it is concluded that in Colombia, the medical education system, in particular the segment of education and formation under the responsibility of the university, is not proactive to relevance; minimally recognizes the population level and continues to favor the individualized biomedical model. So, he left again at the chance to make real and structural changes limited to exert very little grip criticizes with the marketing of medical practice.

Keywords: Relevance; medical education; public health education; public health formation.

Contenido:

Resumen	VII
Palabras claves	
Abstract	VIII
Keys words	
Lista de figuras	X
Lista de tablas	XI
Introducción	13
Capítulo 1: PROBLEMATIZACIÓN:	25
Capítulo 2: MARCO TEORICO:	54
Capítulo 3: METODOLOGIA:	128
Capítulo 4: RESULTADOS Y COMENTARIOS:	160
Capítulo 5: DISCUSION:	231
Capítulo 6: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:	242
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:	251
ANEXOS:	266

Lista de figuras:

Figura 2.1:	Plano conceptual de la educación, formación, pedagogía y el currículo; según Vasco (2011).....	84
Figura 2.2:	Configuración de la pre-categorización teórica preliminar, sobre los ejes de los procesos y de los discursos.	101
Figura 2.3:	Plano de la relaciones conceptuales y teóricas de la investigación...	118
Figura 3.1:	Mapa conceptual del “diseño proyectado” de la investigación.....	134
Figura 3.2:	Mapa conceptual del mapeo presupuestado de los actores social de la investigación.	136
Figura 3.3:	Mapa conceptual de la gestión del proceso de investigación.....	145
Figura 3.4:	Síntesis del planteamiento general de las fases secuenciales de la investigación.	151

Lista de tablas:

Tabla 1.1:	Factores que afectan la educación médica.	49
Tabla 1.2:	Declaración de Edimburgo 1988.	50
Tabla 1.3:	Manifestó del grupo “Doctores del mañana” 1993.....	50
Tabla 2.1:	Tendencias en la educación médica.	71
Tabla 2.2:	Características en contraste de las macro-orientaciones investigativas.	96
Tabla 2.3:	Pre-categorías y sub-categorías exploratorias en el ambiente mesosistémico para el análisis de las dinámicas de “pertinencia” en los programas de educación médica de pregrado.	100
Tabla 2.4:	Síntesis de la pre-categorización teórica y reflexiva (microsistémica) de los discursos que denotan las dinámicas, tensiones y fuerzas curriculares e institucionales que construyen o de-construyen la pertinencia en la educación médica de pregrado.	122
Tabla 2.5:	Pre-categorización y atributos teóricos y reflexivos (microsistémica) de los discursos que denotan las dinámicas, tensiones y fuerzas curriculares e institucionales que construyen o de-construyen la pertinencia en la educación médica de pregrado.	123
Tabla 3.1:	Programas de pre-grado en Medicina con acreditación vigente a 30 de junio de 2013.	138
Tabla 3.2:	Ordenamiento topológico subjetivo en pertinencia, para los programas de pregrado en medicina acreditados en alta calidad por el CNA, antes del 30 de junio de 2013.	140
Tabla 3.3:	Distribución geográfica y filiación institucional de los programas médicos de pregrado invitados a participar y que finalmente aceptaron participar voluntariamente.	142
Tabla 3.4:	Distribución de frecuencias de uso de los principales recursos técnicos cualitativos utilizados para recoger la información de los sistemas observantes.	157
Tabla 3.5:	Distribución de las entrevistas semiestructuradas o en profundidad realizadas a observantes de las comunidades académicas de los programas médicos de pregrado participantes en el estudio.	159
Tabla 4.1:	Número y porcentaje de elementos que componen la dinámica de autoevaluación de programas de educación superior; según lineamientos de acreditación del CNA (2006 a 2012).	164

Tabla 4.2:	Número y porcentaje de elementos que componen la dinámica de autoevaluación específica para los programas de pregrado; según lineamientos de acreditación del CNA- (2013).	165
Tabla 4.3:	Elementos que componen la dinámica de autoevaluación específica para los programas de medicina; según el documento: “Características e indicadores para los programas de medicina con base en: lineamientos para la acreditación de programas 2003-CNA” Ampliados por ASCOFAME (2005).	169
Tabla 4.4:	Matriz interna de pertinencia de la educación médica de pregrado. De acuerdo con los lineamientos del CNA de 2006 a 2012. Autoevaluación de los cuatro (4) programas participantes acreditados en alta calidad.	172
Tabla 4.5:	Árbol general de categorías y subcategorías, operacionalización y referentes.	180
Tabla 4.6:	Cualificación de las sub-categorías exploratorias de la categoría eje de los Procesos.	198
Tabla 4.7:	Cualificación de las sub-categorías exploratorias de la categoría eje de los discursos.	208
Tabla 4.8:	Distribución de los atributos en favor (+) o en contra (-) de la pertinencia en el bloque mesosistemico-microsistémico de indagación, dentro de cada una de las unidades de análisis o casos.....	230

INTRODUCCIÓN:

Sin duda, los actuales escenarios de análisis y discusión para la reforma de la educación superior en Colombia ofertan la oportunidad de un cambio a fondo de la estructura y la funcionalidad universitaria, no para buscar refinar su habilidad de adecuación y adaptación a los contextos, sino para que pueda ser una institución moderna y crítica, capaz de ejercer influencias, ser participativa y liderar los cambios del entorno, como parte de su objetivo vinculante social, cultural, económico, político y pedagógico. En la Vinculación Universidad-Sociedad (VUS), confluyen los proyectos educativos para dar y recibir retroalimentación permanente que apunte a perfeccionar el impacto sobre las necesidades como aporte de los programas de educación superior al país y la sociedad, las subregiones, sus territorios y comunidades (Malagón – 2003 a). Reto y expectativa que indudablemente tiene que abordar la educación médica en su dimensión poblacional y campo que esta disertación examina.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), establece como dimensión fundamental de la calidad de la Educación Superior (ES) la “*pertinencia*”, entendida esta en términos de su adecuación a las necesidades y demandas de la sociedad, es decir: la coherencia entre lo que la sociedad necesita y espera de las Instituciones de Educación Superior (IES) y lo que estas finalmente hacen. Se establece así la responsabilidad, tanto del sector público como del privado, de ofrecer una ES con calidad y “*pertinencia*” para el desarrollo de la equidad. De manera que en la evaluación de la calidad de la ES se deben perseguir, simultáneamente, metas de equidad, *pertinencia* y calidad (UNESCO – 1998), (CRES – 2008), (UNESCO – 2009).

En términos generales, la “*pertinencia*” traducida al ámbito de la salud y la educación médica la podemos entender como las relaciones entre los problemas del desarrollo y la equidad en salud y las demandas que estos problemas plantean a los sistemas de salud y a las instituciones formadoras del talento humano que deberán proveer los diversos servicios de salud (Frenk et al – 2010), (Humberto-Espinola – 2001). Lo que supone la transición pedagógica desde un modelo clásico de enseñanza centrado en el profesor y los ambientes hospitalarios, a un modelo basado en las necesidades y la comunidad (Majumder – 2004).

Es evidente un conflicto entre la necesidad de formación de médicos generales que atiendan las necesidades de salud poblacional de acuerdo a 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. Igualmente, 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 médica se perpetúa una marcada influencia del tradicional modelo biomédico.

Estos hechos han naturalizado que en los procesos de evaluación de la calidad de la educación médica, con frecuencia, se privilegien solo los aspectos de la excelencia académica (Examen de la Calidad de la Educación Superior Saber Pro y procesos de 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 en la educación médica del país.

Es entonces evidente que existe un 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, por una parte, y los servicios de salud, por la otra, que son los que expresan (o deberían expresar) las necesidades y demandas de la comunidad en materia de atención de la salud.

El atraso o la detención de los procesos unificados de una reforma curricular hacia la pertinencia que orientaba ASCOFAME, hasta donde le fue permitido, finalmente ha contribuido al deterioro del significado y el sentido de la salud poblacional, en el contexto de una praxis médica en escenarios de carencia, pobreza y deuda social, como son las condiciones de más del 70% de nuestros municipios, y a sufrir las consecuencias de: una descoordinación entre las competencias y las necesidades de los pacientes y de la población; un deficiente trabajo en equipo; un enfoque técnico limitado sin un entendimiento conceptual más amplio; una instrucción hacia encuentros episódicos en lugar de un cuidado de salud continuo; una predominante orientación hacia la atención hospitalaria a

expensas de la atención primaria; unos desbalances cuantitativos y cualitativos en el mercado laboral profesional; y un débil liderazgo para retroalimentar y mejorar el rendimiento de los sistemas de salud de parte de las Instituciones de educación y formación médica (Frenk et al – 2010).

La pérdida en la interacción sistémica entre educación y salud consecuentemente debilita la interacción entre el modelo de educación médica y el modelo de praxis médica a tal punto que los confronta y los lleva a un juego de poderes en escenarios desconocidos para el nuevo profesional médico, como los son las estancias de la economía de mercado y capitales, cuyas víctimas indefensas son los mismos médicos generales graduados y la población con mayores necesidades en salud. Consecuentemente, día a día se debilita sistemáticamente la dimensión de pertinencia de la educación médica; en el sentido que se viene desarrollando este concepto.

Al no ser tomada en cuenta la dimensión de pertinencia dentro de los procesos de evaluación de la calidad de la educación médica en Colombia; no se hace visible que tanto los programas médicos de pregrado responden a las necesidades en salud de la población y así mismo cuál es su aporte a la reducción de la inequidad dentro del sistema de salud establecido. Se hace entonces necesario un proceso de investigación que permita formular referentes teóricos, metodológicos y analíticos que permitan develar o construir dispositivos consistentes a través de los cuales se pauten desde un formato crítico y emancipatorio: pensar, planear e intervenir los procesos educativos que contribuyan a la formación de médicos generales capaces de abordar con éxito los problemas nucleares y las necesidades en la salud poblacional. Es indispensable deslegitimar la ausencia de cobertura continua que no resuelve causas sino que cura síntomas; las restricciones y barreras institucionalizadas por el propio Sistema General de Seguridad Social y Salud (SGSSS) en el 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 y potencial fuente de alimentos; el envejecimiento poblacional desatendido que incrementa la natural prevalencia e incidencia de enfermedades crónicas; el cambio en los patrones de enfermedad, de costos y de tecnologías; la carencia de insumos y apoyo logístico primario y oportuno que promueve la reemergencia de enfermedades infecciosas antes controladas; el consecuente deterioro franco y probado de los indicadores de la salud pública; el incremento de los niveles de violencia, de pobreza y de deuda social, y el uso de

prácticas aberrantes ligadas a la violencia estructural que propician desplazamiento poblacional y hacinamiento urbano, ante el abandono del Estado y del sistema de salud de las áreas rurales. Se requiere sin duda aportes para la revisión, análisis, discusión y concertación de acciones de mejoramiento de la calidad de la educación médica, con miras a aportar a una reforma estructural del SGSSS colombiano (Estrada – 2010). Ejercicio del que no puede seguir ausente el sistema de educación y formación del profesional médico.

El incentivo 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 niveles de acción requeridos, para una educación médica que presupueste el desarrollo de la práctica laboral en los espacios destinados a la APS y los niveles de baja complejidad de atención del sistema 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, probablemente porque no se ha prestado suficiente atención, entre otras muchas cosas, 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, las competencias profesionales en un futuro cercano que demanda un mundo cada vez más interdependiente, exigen una adaptabilidad en la educación médica que permita funcionar local y globalmente (Segura-Benedicto – 2011).

Esta pesquisa no se planteó en términos de una solución angular para la compleja problemática de la salud poblacional en Colombia; lo que pretende es cubrir el rezago con uno de los principios fundamentales de la educación médica actual, según el cual en la calidad y pertinencia de la educación y formación médica reside, primordialmente, en el cumplimiento de la misión social esencial de los programas de medicina, que es contribuir, de modo efectivo, al mejoramiento de la calidad de la atención médica de la población, en el contexto de cada país o región.

Esta investigación asocio a priori, por definición, afinidad y propósitos, la dimensión de “*pertinencia de la educación médica*” con la dimensión poblacional o colectiva de la medicina; conocida ten Colombia como el eje de salud pública. En este sentido, este trabajo indaga específicamente sobre la cimentación de los procesos y proyectos educativos y formativos que promueven la prevención, atención y solución de las necesidades poblacionales en salud. Sin embargo, igualmente advierte que la responsabilidad de implementar y desarrollar procesos para la pertinencia, no es exclusiva del eje de la salud pública y muy por el contrario, se debe sobrepasar este fraccionamiento en la educación médica e integrar en los propósitos de la pertinencia los ejes de las ciencias básicas, clínicas, y sociales.

A pesar de la postulación de modelos, acciones, planes innovadores y algunas experiencias exitosas para ampliar la dimensión poblacional de la medicina, con el propósito de saldar la deuda social de los programas de medicina, la realidad de la gran mayoría de las escuelas médicas, especialmente en los países en vías de desarrollo, como Colombia, es su dificultad en la presentación, diseño, ejecución y evaluación de experiencias educativas de calidad y cantidad en sus planes de estudio, que respondan a las necesidades en salud de las comunidades y el país (Hays – 2007). El cambio pedagógico desde un enfoque tradicional a un enfoque basado en las necesidades requiere un cambio fundamental de las funciones y compromisos de los educadores, planificadores, estudiantes, comunidades y responsables políticos (Majumder – 2004), (Wallace – 1997), (Mennin et al – 2000), (Hays – 2007).

Los programas de medicina tienen dentro de sus propósitos el educar médicos capaces de satisfacer las necesidades de sus comunidades (Wallace – 1997). Sin embargo, las necesidades comunitarias rara vez se alinean con los objetivos de la medicina contemporánea y conservan su foco en el individuo (Mennin – 2000). Modificar la educación médica para que esta sea más orientada a la comunidad, es una tarea aún pendiente para gran parte de los sistemas educativos médicos en el mundo (Hays – 2007).

Es fácil cavilar que la nula, escasa o baja “*pertinencia*” entre la educación médica y las necesidades sociales en salud, mediada por la práctica y el ejercicio médico en un contexto sanitario, debería ser fácilmente corregida a través de activar las interacciones

correspondientes entre los sistemas de salud y de educación; sin embargo ¿Porque esto no ha sucedido, o no sucede? Se suscitó así una tacita hipótesis de trabajo para esta investigación, en el sentido de sugerir tensiones y dinámicas ocultas o muy poco explícitas, que no permiten o dificultan la cohesión entre los elementos y componentes de estos sistemas. Dinámicas y tensiones quizás más coligadas con tramas económicas, de poder e intereses políticos, que con la disposición de asuntos prácticos, logísticos u objetivos.

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 sus actores, sus propósitos y pensamientos en el momento de la propia acción o del ejercicio social. La 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 se nutre de los propósitos, los elementos y las interrelaciones tomadas de los sistemas de educación y de salud.

En atención a lo expuesto, el propósito de esta indagación fue el de gestar una red crítica de sentido e inteligibilidad, que permita comprender la naturaleza y el propósito de la dimensión de “*pertinencia*” en función del orden o sistema desde el cual emerge y de la diversidad de escenarios y contextos en que se espera que opere en el área de la educación médica. Propósito traducido como objetivo general de investigación, así:

“Comprender, en el contexto colombiano, como se construye la dimensión de *pertinencia* a nivel de los programas de educación médica de pregrado, a fin de establecer y comprender sus elementos, componentes y dinámicas dentro de este sistema educativo, para erigir espacios de ajuste y mejora e inferir teoría.”

Que da respuesta a la pregunta general de investigación, formulada así:

¿Cómo se construye la dimensión de *pertinencia*, como elemento fundamental de la calidad de la educación médica de pregrado, desde las perspectivas de quienes ejercen su rectoría y gobernabilidad y de las comunidades académicas que materializan su enseñanza en el contexto colombiano?

Este objetivo general se surtió a través de obtener soluciones a los siguientes propósitos de nivel específico:

Establecer y comprender la ruta rectora y de gobernabilidad en la construcción de la dimensión de pertinencia en la educación médica colombiana.

Establecer y comprender las dinámicas curriculares e institucionales, así como las fuerzas y las tensiones que participan en la construcción de la dimensión de pertinencia en los programas de educación médica en Colombia.

Establecer y comprender como dentro de las dinámicas curriculares e institucionales que construyen la dimensión de pertinencia, se apropian las necesidades poblacionales en salud a los planes de estudio.

Para comprender y alcanzar estos propósitos, se concibo la caracterización del llamado proceso latinoamericano de “la modernización educativa” con base en la exploración en textos de las estrategias y relaciones discursivas documentadas en la revisión bibliográfica.¹ En atención a que los discursos plasmados en los textos son también sistemas de ideas que se construyen de manera social. En este contexto, puede hablarse de discursos dominantes en referencia a aquellas representaciones que son impuestas por dominios, categorías y clases superiores y que terminan siendo aceptadas o compartidas por la mayoría de la sociedad (Calsamiglia – 2007). Teun Van Dijk (1997) sugiere que en todos los niveles del discurso podemos encontrar "huellas del contexto". Estas huellas o indicios permiten entrever características y posturas entre otras: sociales, políticas, económicas, culturales, propósitos y pertenencia grupal. Además, sostiene que los contextos son cambiantes y como usuarios de una lengua seguimos pasivamente a los dictados de grupo, sociedad, cultura y autoridad o sujeto/entidad dominante.

La ruta comprensiva de este texto inicia por aplicar una línea de indagación histórico-cultural a la problematización de la pertinencia, sin ser una metodología histórica puramente, para lograr una mejor visión de sus significantes, dentro del contexto de una investigación social, cuyas estrategias y técnicas metodológicas, así como su caracterización ontológica y

¹ Campos de búsqueda: pertinencia (relevance), educación médica (medical education), tendencias (trends) y discursos (discourses).

epistemológica, corresponden con dimensiones netamente cualitativas. Sin la consideración de que la pertinencia es un producto histórico en buena medida, su análisis corre el riesgo de pasar por alto un elemento heurístico de primer orden.

En el capítulo 1, en primer lugar se presenta una síntesis de la pertinencia como problemática histórica de investigación para la construcción de la calidad de la educación superior, con base en los hallazgos bibliográficos y documentales principalmente y en los estudios y análisis de Malagón (2003a) ilustre pedagogo que ha dedicado dedica su vida profesional al estudio de la pertinencia en la Universidad del Tolima. En una segunda parte se enfatiza en la pertinencia como dimensión de la calidad de la educación médica y se define su identificación por asociación con el concepto de salud pública, concentrando la discusión y el análisis desde temas afines o colaterales con la pertinencia, tales como la preocupación estatal por la cobertura del “recurso humano” calificado, la transición hacia los atributos de calidad del talento humano necesario, según los mismos programas médicos asociados gremialmente desde 1959, así como el surgimiento espontáneo de grupos y académicos que circunstancialmente han propuesto análisis más sistemáticos, pero que muy poco han impregnado el medio medico universitario como resultado de las variadas transacciones que las reformas a los sistemas de salud y de educación han impuesto en el contexto colombiano, dando lugar a una gran incertidumbre sobre la suficiencia y la calidad del talento humano para la salud.

El capítulo 2 comienza por rastrear los sentidos y significados de la dimensión de pertinencia desde la educación y formación médica para el llamado eje de la salud pública o la salud de los colectivos; rastreando a través de los documentos bibliográficos, no el termino pertinencia, sino los significantes relacionados con las soluciones a las necesidades en salud poblacional y la evolución de la apropiación del concepto a manera de estado del arte. Surge como consecuencia de esta indagación que la inquietud sobre la brecha entre los discursos teóricos y educativos y la práctica de la medicina para resolver la atención de las necesidades en salud de la población; no es una observación nueva, sino un aspecto olvidado y abandonado en las agendas de las continuas reformas políticas, la transformación de la cultura organizacional universitaria y la evolución de la identidad de las profesiones para la salud.

Con base en lo encontrado, se exploran varias conceptualizaciones y nociones que se aplican en la construcción de un marco o plataforma teórica para el análisis de la construcción de la dimensión de pertinencia, que finalmente se define en un enfoque sistémico que permite abordar la compleja cibernética de la realidad estudiada, a través de una observación de segundo orden, que a su vez facilita la emergencia de una realidad desde la perspectiva de una matriz paradigmática constructivista-construccionista. Fruto de la exposición teórica y conceptual, surge un modelo de entrada a la exploración o trabajo de campo. Este instrumento o herramienta expresa o surte una pre-categorización teórica que dio soporte al trabajo con las comunidades académicas que concursaron como fuentes de los datos procesados. Finalizando este capítulo, en virtud de las relaciones discursivas, se plantea una realidad subsumida o escondida en las grietas del sistema económico y político permeado por la globalización neoliberal, cuya tecnocracia se apodera desde principios de los años ochenta del sistema educativo latinoamericano, bajo el hoy señalado como el ambiguo proceso de la “modernización educativa”. La génesis de la dimensión de pertinencia dentro de ese proceso, y sus relaciones y estrategias discursivas, así como las de la misma modernización educativa, la evaluación de la calidad educativa, la educación médica y las de la pertinencia misma, apropian razones que pueden ubicar la dimensión de pertinencia en la dicotomía de amenaza-oportunidad, según sea la decisión que adopte cada sistema de salud y de educación, y de la manera como se identifique cada programa médico dentro de este nebuloso panorama.

En el capítulo 3, se exponen los supuestos metodológicos que sustentaron la obtención del cuerpo de datos e información que surtió el análisis y la comprensión. Para extraer la información relevante y necesaria se utilizó dentro de la clasificación de estrategias del continuo cualitativo lo que metodológicamente se conoce como *la estrategia de la triangulación o estrategia de estrategias*, en atención a la utilización para la recolección de los datos, de una mezcla, combinación o uso parcial de técnicas de documentación, observación, entrevistas y grupos de discusión, dentro de otra estrategia metodológica que las contuvo, la del “estudio de casos”, que se hizo sobre cinco programas de educación médica de pregrado en el país, obedeciendo a criterios de selección o decisión de muestreo establecidos en el diseño flexible proyectado inicialmente como parte del proceso de selección de contextos relevantes al problema de investigación.

Vale la pena puntualizar que, según algunos autores como Erlandson et al (1993), mientras en las metodologías cuantitativas se separa la recolección de datos de su análisis, en los estudios cualitativos tal separación no opera, a consecuencia de la postura paradigmática o la matriz disciplinar asumida; en este caso la del constructivismo-construccionismo sistémico, donde se sitúa la teoría de la observación y la cibernética de segundo orden planteadas por Noya Miranda (1994) y Cathalifaud (1998).

Se surtió primero un proceso de análisis e interpretación, a la manera de un círculo hermenéutico que pretendió la comprensión de la realidad. Al respecto cabe aclarar que el paradigma constructivista-construccionista es mucho más reciente que el constructivismo mismo, y este, a su vez, más joven que el pensamiento interpretativista. Este último surgió contra el intento de aplicar el modelo de conocimiento de las ciencias naturales a las ciencias sociales, contra el positivismo lógico, si se quiere. El constructivismo surge contra el objetivismo, contra el realismo empírico, contra el esencialismo. Las realidades que deseamos comprender en este estudio, la verdad, no solo se descubren, sino que se construyen; son productos de prácticas discursivas complicadas, según Schwandt (1994). En palabras de Bruner (1986), citado por Schwandt:

“(...) en contra del sentido común, no hay un único mundo real que preexista y sea independiente de la actividad mental humana y del lenguaje simbólico humano”

Me parece sustancial agregar. para diferenciar y mejorar la comprensión del proceso de análisis e interpretación surtido en esta indagación, que el enfoque interpretativista alineado con la hermenéutica ontológica o filosófica trasciende la preocupación de la observación por capturar el punto de vista de los actores, por la verificación, por discriminar entre las perspectivas *etic* y *emic*, según Schwandt (1994), mientras que la interpretación de la observación a través del concepto “Webweriano” de *comprensión* que se manejó, admite un doble sentido: el primero, referido al proceso por el que cualquier persona interpreta su vida cotidiana, y el segundo, referido al proceso o método de las ciencias sociales, por el que el investigador social trata de interpretar las interpretaciones cotidianas de la gente. Interpretaciones de primera instancia u orden (*emic*, hechas por el actor a partir de su experiencia en el escenario cotidiano), frente a interpretaciones de segunda instancia u orden (*etic*, hechas por el investigador, desde fuera, pero a través del actor y, a su vez, en

forma directa, del propio investigador). Estas interpretaciones fueron las que se implementaron en esta experiencia investigativa.

En el capítulo 4, se presentan los datos más relevantes y generalizadores de este proceso investigativo. Para este análisis se recurre a narrativas, primero de la composición de la muestra y en segunda instancia a un análisis amplio de las unidades estudiadas desde la perspectiva de los resultados obtenidos en sus procesos de acreditación de alta calidad, que se contrastan con el estado de las dinámicas de pertinencia encontradas en la visita de observación y en las lecturas de los documentos aportados por cada programa médico, a través del modelo de asociación entre Educación-Formación y Pedagogía-Currículo, compuesto por los ejes de “los procesos” y “los discursos”, con base en lo propuesto por Carlos Vasco Uribe (2011).

En el capítulo 5, se aborda, en virtud de la magnitud de los hallazgos, los propósitos de esta investigación generados a partir de la pregunta de investigación; la autenticidad de los resultados obtenidos; la validez interna del estudio; las limitaciones que tuvo la investigación; el comparativo con otras investigaciones; la significación de los resultados y finalmente la posibilidad de generalización o validez externa del estudio así como la inferencia de teoría respecto al tema.

En el capítulo 6, se expresan las conclusiones y recomendaciones extraídas del corpus de la investigación, iniciando por aspectos asociados a la descriptiva de la muestra y el contraste entre los hallazgos del estudio y la instrumentación de acreditación vía CNA-SACES; se proclama la necesidad de una reemergencia del poder de la “opinión pública” como antídoto para el proceso de la mercantilización global de la educación superior; se demanda la activación y transición de la APS hacia la Atención Primaria Integral en Salud (APIS) transcrita en un modelo coherente y funcional que sobrepase lo puramente técnico-asistencial y se anide en lo social, lo político y lo intersectorial. Finalmente se hace un llamado a la proactividad del sistema educativo médico en favor de la comunidad, así como el cese del desenfreno por una acreditación en calidad que reduce y banaliza el sentido social y político de la medicina.

En último lugar, se aclara que la presentación de este modelo de análisis y valoración de las dinámicas de pertinencia pretende ser punto de partida y de provocación para que

estudiantes, profesores, colectivos académicos, administrativos, y empleadores de la profesión médica y de las profesiones para la salud se animen a continuar enriqueciendo esta temática. Este ejercicio partió de una ilusión que se confrontó con las realidades que cada uno de los sectores involucrados construye y sopesa ante sus propios intereses y los intereses poblacionales en salud, el resultado concierne además de los intereses particulares, las necesidades poblacionales en salud, según los enunciados de la pertinencia pregonados desde la UNESCO, al amparo del Banco Mundial.

Esta podría ser, aparentemente, una oportunidad para concertar la construcción de mayor equidad en salud desde la educación y la formación médica. Sin embargo, de continuar la asimetría que convoca la tecnocratización neoliberal y la modernización educativa, anidada en la indiferencia del contexto; seguirá siendo, a mi modo de ver, una amenaza para los intereses y las necesidades poblacionales y colectivas en salud y más que eso una trampa o una puerta falsa para la salud pública.

Capítulo 1

1. PROBLEMATIZACION:

Ese asunto de la pertinencia...

La pertinencia es una de las condiciones de calidad de las instituciones de educación superior y hace referencia a su vinculación con los sectores productivos, el Estado, el sistema educativo en el que está inscrita y los sectores sociales más vulnerables de la sociedad; se trata de la capacidad de dar respuesta a las necesidades y demandas de la sociedad. Este estudio partió de entender la pertinencia como una interfaz,² dentro de cualquier profesión, para la solución de las necesidades poblacionales; para el caso de la profesión médica, las necesidades poblacionales en salud. Que es como lo entiende también el organismo nacional encargado de consensuar, construir y preservar la calidad de la educación superior en Colombia: el Consejo Nacional de Acreditación (CNA).

(...) pertinencia es la capacidad de la institución y su programa para responder a necesidades del medio. Necesidades a las que la institución o programa no responde de manera pasiva, sino proactiva. Proactividad entendida como la preocupación por transformar el contexto en que se opera, en el marco de los valores que inspiran a la institución y la definen (CNA Colombia – 2006 - 2013).

Igualmente, la pertinencia se ha emplazado como uno de los ejes de la actual política educativa de nivel superior, cuyo eslogan, para el actual gobierno nacional, en su primer periodo de 2010 – 2014, fue “Educación de calidad, el camino para la prosperidad”, que señalo la necesidad de educar con pertinencia para la innovación y la productividad. Consecuentemente, la calidad se localizó en el centro de la agenda educativa contemporánea como una de sus dimensiones, lo que nos remite a los contextos en los que se insertan las instituciones educativas. Por consiguiente, la pertinencia ligada a la calidad educativa posee un ineludible significado social atado a situaciones y condiciones concretas del entorno, claramente situadas, datadas y conocidas.

² En informática: conexión física y funcional entre dos aparatos o sistemas independientes. Real Academia Española. <http://www.wordreference.com/es/en/frames.aspx?es=interfaz>

Por lo tanto, para las instituciones de educación superior, el concepto de *pertinencia* se desglosa del concepto de calidad y es aplicable, en primer lugar, al universo de servicios que ellas ofrecen, sean: los programas de pregrado y posgrado, la educación continuada, las asesorías, las consultorías, los servicios de laboratorio, la investigación y producción académica derivada, las prácticas académicas, la asistencia técnica, los servicios culturales, y la gestión social y comunitaria, entre otros muchos. En segunda instancia, tiene que ver también con la adecuada disposición de las estructuras orgánicas y los procesos que la universidad desarrolla para asegurar la mayor posibilidad de pertinencia, sea: la respuesta educativa a las necesidades del contexto y la población, los ordenamientos normativos políticos y prácticos, la asociación útil con el entorno para el aprendizaje y el deber de la actualización a través de la educación continua para con sus egresados y los educados en otras instituciones de educación superior semejantes. En tercer lugar, se aplica también a la introspección y adherencia de sus estudiantes, profesores, directivos y egresados a los discursos generadores de dinámicas de pertinencia, a través de buscar resolver los desafíos pedagógicos, didácticos, metodológicos y curriculares, que plantea el desarrollo social a los programas de educación médica y al sistema de salud, en el caso particular de esta investigación.

En términos generales, la *pertinencia* es el concepto por medio del cual se reconoce como se establecen las múltiples relaciones entre la universidad y el entorno. La universidad es una institución social enmarcada en el contexto de una formación social históricamente determinada. La interacción de esta institución social con la sociedad en la cual está insertada se da de diferentes formas y con estructuras diversas, tanto en el interior de la universidad como en el entorno social.

La pertinencia constituye un fenómeno complejo con múltiples determinaciones, como lo expresa Malagón (2003 a).

[...] en principio podemos establecer dinámicas de pertinencia entre la universidad y las empresas, entre la universidad y el Estado a través de organismos gubernamentales de la educación superior; entre la Educación Superior y los sectores sociales; entre la Educación Superior y el conjunto del sistema de educación; entre la universidad y el sistema de valores de una sociedad; entre la universidad y los saberes populares; entre la universidad y los procesos

internacionales; entre la universidad y los procesos culturales, y entre la universidad y la región.

Estas vinculaciones van a constituir los espacios para la concreción de la pertinencia y para determinar qué tan pertinente es o no la educación superior.

Continúa Malagón (2003 a):

[...] La universidad tiene estructuras orgánicas que cumplen funciones sobre la pertinencia: organismos de apoyo académico directo, organismos no vinculados directamente con los proyectos de educación y formación (por ejemplo centros de investigación, de desarrollo, de acción social, oficinas de practicantes y pasantes, entre otros), así como las estructuras que soportan los programas y proyectos curriculares (por ejemplo las escuelas, departamentos, direcciones de programas y dispositivos o unidades organizacionales especializadas dentro de cada programa académico).

Ambos tipos de mecanismos posibilitan la concreción de la pertinencia.

La pertinencia de la educación superior a través de la universidad significa que esta debe estar en condiciones de responder a la sociedad, de dar cuenta de sus acciones y de los productos que genera, y esto le permite relacionarse con la sociedad y salir de su aislamiento, colocándose en un espacio de mucha tensión (autonomía y heteronomía) que amenaza su integridad como institución de enseñanza superior. Francisco Naishtat (1998), citado por Malagón, alude a esta discusión y formula una reflexión alternativa para detallar una pertinencia integral de la universidad:

(...) en efecto, los parámetros de pertinencia no proceden de juicios asépticos y neutros, sino que se ubican de entrada en la esfera de la filosofía política, como decisiones que en su naturaleza son diferentes de algoritmos y deducciones científicas. La pertinencia, en este sentido, pertenece a la política, y como tal sólo es dirimible en el terreno de la política. Si tenemos presente la diferencia de naturaleza trazada por Kant entre el juicio reflexionante inherente a la vida práctica y los juicios determinantes de la teoría, podemos comprender que en juicio de pertinencia hay una plataforma de valores y orientaciones normativas que deben ser tomadas en cuenta en relación con las decisiones de

pertinencia relevantes para la vida universitaria. En este sentido, la tensión de la pertinencia, como fuente de responsabilidad social y como fuente posible de heteronomía puede resolverse si se asume su trasfondo político propio. Asumirlo significa que la universidad no debe responder acríticamente ante parámetros de pertinencia fijados como axiomas sistémicos, sino que debe asumir la discusión política de dichos parámetros a partir del fondo racional mismo que define a la universidad moderna como institución crítica. Su responsabilidad social, por ende, no consiste simplemente en el responder sobre, sino también en el debate que la universidad es susceptible de generar sobre el marco filosófico-político que condiciona la negociación con el Estado sobre la pertinencia de lo que la universidad produzca. Sólo de este modo la pertinencia puede transformarse y convertirse en una oportunidad para la universidad, en la que su responsabilidad social pueda aunarse con su autonomía política.

Según el mismo Malagón (2003 a), los referentes bibliográficos sobre el tema difícilmente se han detenido a analizar cada una de las dinámicas en las que se manifiesta la pertinencia en su especificidad y muy a menudo se utilizan denominaciones más bien genéricas para caracterizar la vinculación entre universidad y sociedad. Este tipo de vinculación es parte de la historia misma de la universidad y, en la actualidad, es difícil imaginar a las instituciones de educación superior aisladas totalmente del contexto social. La discusión al respecto se ha instalado en torno a dos perspectivas: la primera, la universidad es un simple reflejo de la sociedad y, en ese sentido, se constituye en un mecanismo para la reproducción de la mano de obra calificada y los medios axiológicos, que las demandas sociales y económicas exigen; y una segunda, la universidad es un ente autónomo que construye interpretaciones del entorno para que le permitan interactuar e incidir en los procesos de cambio de la sociedad.

Por lo tanto, la diferencia que se suscita entre el hoy y el ayer en torno a la pertinencia es que se ha constituido en un espacio de estudio y en un referente para el diseño de políticas sobre el presente y futuro de la educación superior, como lo afirma Milagros Cano Flores, citada por Malagón (2003 a):

(...) El tema de la vinculación entre la universidad, los sectores productivos y la sociedad en general, ha cobrado importancia en los últimos tiempos, tanto como objeto propio de estudio y como parte central de las políticas gubernamentales e instituciones de la ciencia y la tecnología.

Otro aspecto que destaca Malagón (2003 a), concita las diferencias en los énfasis sobre el contenido de la pertinencia entre el “Norte” y el “Sur”. Lo cultural, político y de valores ocupa un lugar sobresaliente, en cuanto la articulación universidad-sector productivo es inseparable del proyecto mismo de la universidad moderna en el “Norte”. Para el “Sur”, son los aspectos sociales y económicos los que generan un mayor acercamiento y articulación entre la universidad y los sectores productivos e incitan sus mayores preocupaciones. La diferencia puede radicar en que para el “Norte” la vinculación universidad-empresa como expresión de la relación universidad-sociedad es un hecho dado y las universidades en estos países se encuentran intermediadas por el sector externo y, por lo tanto, su preocupación se orienta a otras variables relacionadas con la cultura y los valores. En el “Sur”, en los países en desarrollo, la articulación universidad-sociedad es deficiente (en el sentido que lo entiende el norte: universidad-empresa) y se constituye en una prioridad no solo como posibilidad (bajo el agenciamiento de transnacionales) de modernización, sino como fuente para la diversificación (promovida por las estructuras neoliberales nacionales) del financiamiento. Es decir, las tendencias han sido contrapuestas en razón a los niveles de desarrollo del entorno; los logros sociales del “Sur” son las debilidades y afanes del “Norte” y los resultados de intermediación externa del “Norte” son las fortalezas anheladas por el “Sur”.

De los aportes de Malagón (2003 a – (2003 b) sobre la discusión de la “*pertinencia*” universitaria, me permito adaptar o trasladar a este escenario descriptivo y conceptual de la pertinencia, gran parte de su escenario teórico y los debates, discusiones y replanteamientos que el expone sobre la función social de la universidad (“*pertinencia*”) y que permiten desarrollar diversos discursos o enfoques sobre esta temática, con base en los factores que han precipitado la crisis del modelo clásico de Instituciones de Educación Superior y su conjunción con las nuevas realidades y nuevos escenarios del desarrollo tecnológico, dando origen a enfoques o tendencias que favorecen la clasificación y comprensión del concepto empíricamente reconstruido; resumido así:

1.1. Enfoque político de la pertinencia:

La UNESCO, asume el liderazgo sobre la definición de un concepto en torno a la “*pertinencia*” y, entre 1995 y 1998, período de preparación y realización de la *I Conferencia Mundial sobre Educación Superior*, introdujo este tema como “nodal” en la definición de políticas para este nivel educativo. Implantó de manera sistemática la controversia sobre la percepción social y política de la educación superior (Sutz – 1997:257-278). A partir de esta iniciativa de la UNESCO, la discusión se ha profundizado al punto en que es posible visualizar tendencias o enfoques que caracterizan, definen y conceptualizan la “*pertinencia*” de manera diferenciada e involucra visiones diferentes sobre la educación superior y sus funciones sociales.

La “*pertinencia*” está concebida en función del papel que la universidad debe desempeñar de acuerdo a lo que la sociedad reclama, pero no es claro o no se plantea por lo menos en esta definición, lo que la universidad “espera” de la sociedad, esto es, la interacción y dinámicas de esa relación. La “*pertinencia*” se convierte en un “deber ser” con utópica finalidad: “en última instancia la educación superior debería apuntar a crear una nueva sociedad”, visto más como una orientación y una intencionalidad, que como una política.

1.2. Enfoque economicista de la pertinencia:

Se configura a partir de considerar que la universidad no tiene otra alternativa distinta a la de asumir su “destino” actual y convertirse en una “empresa del conocimiento”, sujeta a las leyes y mecanismos que regulan el mercado de los bienes y servicios. Acepta de manera acrítica las políticas y decisiones que los organismos multilaterales y los gobiernos han adoptado para la modernización de la universidad. Para esta corriente se dan cambios en la perspectiva de los usuarios de conocimiento, éstos demandan un tipo de formación centrada en la conjugación simbiótica de la ciencia y la tecnología:

(...) el cambio en las formas de crear conocimiento, que ha llevado a las universidades a ser “cada vez más un jugador entre otros; se las juzga por lo tanto no sólo por sus condiciones intrínsecas y modos disciplinarios, sino por su

capacidad de interacción y de absorción creativa de demandas o modo de aplicación” (Sutz – 1997:260).

La adopción de esta perspectiva mercantilista de la universidad, lesiona no sólo el patrimonio histórico, sino la capacidad crítica y de interlocución controversial que le es inherente al conocimiento científico. Es tipo de conocimiento entonces es sustituido por un conocimiento utilitarista, pragmático, surgido de la aplicación de la ciencia a los requerimientos tecnológicos y técnicos de quienes están en capacidad de comprarlo. Una mayor elitización de la educación superior, la preponderancia del conocimiento instrumental, la “cogobernabilidad” universitaria y una reducción significativa de la autonomía universitaria, son algunas de las características que le esperan a la universidad en el marco de esta tendencia. Para Malagón (2003a), los principales exponentes de este enfoque son Michael Gibbons y Judith Sutz.

1.3. Enfoque social de la pertinencia:

Este tercer enfoque parte del mismo diagnóstico y comparte el esquema de los nuevos escenarios. Las diferencias aparecen cuando se asume la universidad no simplemente como un actor pasivo que se adecua al medio como una institución repartidora de bienes y servicios; sino, como una institución protagónica de los procesos sociales, económicos y políticos, con capacidad de crítica y de cuestionamiento del “status quo” o del establecimiento, y con capacidad de diálogo e interlocución con el entorno y consigo misma. Malagón (2003a) sitúa como los representantes más importantes de este enfoque a: Carmen García Guadilla, Hebe Vessuri, Carlos Tunnerman Berheim y Víctor Manuel Gómez Campo, entre otros.

Parte de considerar como carencias de la educación superior: la calidad, el financiamiento, la flexibilidad curricular, la equidad, la “*pertinencia*” y la eficiencia interna y, como alternativas de solución: la búsqueda de alternativas de financiamiento, las relaciones más estrechas con el sector productivo, la búsqueda de una mayor eficiencia de las instituciones a través de mecanismos de evaluación y acreditación. El conocimiento también cumple un papel fundamental en la definición del nuevo paradigma tecno-económico. Se trata de lograr “la sociedad del conocimiento con altos niveles de “*pertinencia*” social, económica y cultural” y para ello, las transformaciones en las Instituciones de Educación Superior constituyen los

mecanismos que la hacen posible (García – 1997:63). La sociedad se encuentra dotada de las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación que han generado nuevas formas en las relaciones del conocimiento con los actores sociales con sus entornos contextuales, que en muchas oportunidades “llenan” los espacios de toneladas de información, haciendo difícil discriminar su valor. Ello exige el desarrollo de tecnologías sociales que permitan seleccionar y filtrar informaciones “pertinentes y estratégicas” (García – 1997:64).

Se reconoce en la producción del conocimiento una de las formas más claras de interacción entre la universidad y el contexto. El desplazamiento del eje sobre el cual se generaba el conocimiento de lo disciplinar a lo interdisciplinar, multidisciplinar y transdisciplinar, involucra componentes del contexto -problemas, necesidades-retos a la base de la construcción de nuevos sentidos y *“pertinencia”*.

Pero la pertinencia social no es solamente una mayor vinculación universidad-sociedad en el sentido de retomar los problemas sociales como fuente para la producción de conocimientos, es igualmente importante, crear espacios de participación con las comunidades, construir confianza y credibilidad, cambiar la imagen de “isla” y “reinsertarse” en el mundo “real”. Ahora bien, la *“pertinencia”* comporta no sólo una dimensión económica y social, según García (1997), sino también cultural según Peralta (1996), en la medida en que la articulación de la relación Universidad-Sociedad se encuentra mediatizada a través del currículo, entendidos como procesos de selección, organización, producción, reproducción y distribución de la cultura.

No quedan dudas que en este enfoque la *“pertinencia”* desborda el escenario de la relación Universidad-Empresa y se sitúa en los espacios complejos, diversos y contradictorios que modelan el tejido social de una nación o de un territorio. Igualmente se observa que el currículo entra en “escena”, adquiere una relevancia importante, sin que todavía se constituya en el eje articulador real, sino posible, del concepto de *“pertinencia”*, lo que para Malagón (2003a) es una de sus debilidades, junto con el hecho de no considerar la *“pertinencia”*, también, como la interacción entre el proyecto institucional y el proyecto curricular.

1.4. Enfoque integral de la pertinencia:

Para Malagón (2003 a - 2003 b), los términos: “*pertinencia*” institucional, “*pertinencia*” social, “*pertinencia*” económica, “*pertinencia*” pedagógica, “*pertinencia*” externa, “*pertinencia*” interna, entre otros, tienen un significado de acuerdo al énfasis que se le dé a uno u otro componente y a la vez nos permite entender la naturaleza compleja y poco explorada del término, tanto en lo conceptual como en lo práctico y visualizar el conjunto de dimensiones que asume de acuerdo también a los discursos pedagógicos subyacentes. De igual forma, la “*pertinencia*” es considerada como un aspecto determinante en la calidad: “Ese tejido de relaciones y su correspondiente campo de “*pertinencia*” garantizan que el criterio de calidad utilizado sea *endógeno* a esa sociedad, en la medida que refleja las prioridades por ella sancionadas, aún de forma difusa e inconsciente” (García – 1997).

Como puede observarse en los enfoques anteriores, el concepto de “*pertinencia*” aparece relacionado con un conjunto de elementos y situaciones institucionales y extra institucionales como: el Proyecto Educativo Institucional (PEI); el modelo pedagógico; el conjunto del sistema educativo; el mundo del capital y el trabajo; los sectores marginados o postergados y sus necesidades sociales; la cultura local, regional, nacional; la ciencia y la tecnología; los sistemas de valores; la investigación; y, por supuesto, los planes de desarrollo nacionales y las políticas internacionales. Algunos de ellos, por ejemplo el PEI, son de carácter interno y los demás, exógenos, se desprenden de la manera como se establezca la relación con el entorno. Esto demuestra que la “*pertinencia*” es un concepto estrechamente ligado a las dinámicas de desarrollo institucional y extra-institucional de la Universidad y es un *primer* aspecto a tener en cuenta; según Malagón (2003 a - 2003 b).

Un *segundo* aspecto, referido por Malagón (2003 a – 2003 b) a los conceptos de “*pertinencia*” institucional y “*pertinencia*” curricular, establece en relación con la primera, acciones de vinculación de la Universidad con el contexto que no necesariamente afectan el currículo, por ejemplo, las acciones de extensión en el paradigma de la Universidad tradicional (docencia, investigación y extensión), en relación con la segunda, establece acciones que tienen su expresión en la estructura y desarrollo del currículo. En ese sentido, puede darse la “*pertinencia*” de la universidad, sin afectar los proyectos de formación, a través de venta de servicios o de unidades administrativas que no necesariamente tienen relaciones con las unidades académicas.

Un *tercer* aspecto se refiere al discurso en el concepto. Una de las conclusiones del análisis, nos permite deducir que podría hablarse de un concepto restringido, de un concepto ampliado y de un concepto integral de “*pertinencia*”. Para algunos autores e instituciones (UNESCO, Gibbons, Vessuri y Sutz), la “*pertinencia*” significa ante todo la adecuación de la Universidad al modelo tecno-económico dominante, con una priorización de los componentes económicos y culturales en relación con aquellos sectores capaces de “adquirir *pertinencia*”. Eso implica presionar la universidad a transformarse en una empresa del conocimiento y “vender” a quien pueda comprarle. La modernización se entiende como adaptación y adecuación a las dinámicas del modelo tecno-económico dominante.

En esas condiciones la Universidad se moderniza (o ajusta) con mayor densidad tecnológica, unidades de cofinanciación con el sector privado y el Estado, venta de servicios, aumento de la productividad, reducción de personal y en fin, todas las medidas que caracterización los ajustes estructurales que se le hacen al Estado. Sólo que con esos ajustes la universidad ya no será la “conciencia crítica”, ni la “conciencia social”, sino que además, sus objetivos sólo serán modificados en la forma y no en el fondo; seguirá siendo elitista y con el peligro de convertirse (en lo que quizás ya sea) un apéndice del sector productivo para los procesos de innovación tecnológica.

Malagón (2003 a – 2003 b) expone su criterio finalmente al considerar la anterior como una tendencia emergente ante una dominante, que sería la tendencia tradicional en coexistencia con una contra tendencia que el promueve, que si bien está de acuerdo con la necesidad de transformar la universidad, insertándola en el mundo de hoy, considera que su función social no se agota en la adecuación y adaptación, sino que debe ir más allá: no solamente en términos sociales desbordar los sectores formales de la economía, sino en términos políticos construir alternativas que involucren el conjunto de la sociedad. En ese orden de ideas, encontramos una “*pertinencia*” que apunta a la reproducción y legitimación de la vida social (incluido el conocimiento) y otra u otras *pertinencias* que apuntan a la producción, recreación, y emancipación de la vida social. Por eso, se podría considerar:

- La pertinencia restringida, referida a la adecuación.
- La pertinencia ampliada que involucra no solamente lo económico sino lo social y lo cultural.
- La pertinencia integral, en la cual se conjugan los aspectos anteriores, y adiciona la crítica permanente como discurso constructor de alternativas de pensamiento nuevas.

El atributo ideal a buscar es el del concepto de “*pertinencia* social integral” de la universidad, por su capacidad de explicar la relación teoría-práctica (PEI-propuesta curricular-práctica curricular) y la relación Universidad-Sociedad, por cuanto en ella caben tanto los diferentes espacios: internos y externos, como las diferentes denominaciones de acuerdo a la naturaleza del objeto vinculante: social, cultural, económica, pedagógica, epistemológica, conceptual y teleológica e investigativa entre otras. Por ello, al examinar la “*pertinencia*” de los programas de medicina, se precisa mirar no solamente cuantos proyectos y acciones se han realizado, sino también cuantos proyectos sociales, culturales y políticos se han ejecutado, y más

Importante todavía, si las acciones de vinculación Universidad-Sociedad o Programa Médico-Sociedad se encuentran a la base de los proyectos curriculares y se da una retroalimentación permanente entre el currículo y las acciones de esa vinculación.

1.5. Pertinencia en la educación médica:

En términos generales, la pertinencia traducida al ámbito de la salud y la educación médica se puede entender como las relaciones entre los problemas del desarrollo y la equidad en salud y las demandas que estos problemas plantean a los servicios de atención de la salud y a las instituciones formadoras del talento humano que presta esa atención (Frenk et al – 2010), (Humberto-Espinola – 2001). Lo que supone la transición pedagógica desde un modelo clásico de enseñanza centrado en el profesor y los ambientes hospitalarios a un modelo basado en las necesidades y la comunidad (Majumder – 2004).

Sin embargo, en Colombia, ese ideal se ha extraviado en virtud de la moderna organización social y la nueva modalidad de prestación de servicios de salud, que ha emplazado cambios apreciables en el ejercicio y praxis médica, planteando nuevos desafíos, como la ruptura de la relación médico-paciente, el deterioro de su estatus, la emergencia de clientes,

consumidores y usuarios en lugar de pacientes y las complejidades de la nueva tecnología disponible. Según Patiño (1998), de la medicina hipocrática se pasó a una medicina organizada y gerenciada, a una práctica médica de tipo corporativo, con lo cual se desplazó el imperativo hipocrático por un mandato burocrático que amenaza la preservación de la medicina como profesión y como ciencia.

Para Rojas (2008), el objeto de la medicina ha sido la búsqueda y el mantenimiento del estado de salud humana y la prevención de su deterioro o daño, en las condiciones de vida tanto del individuo como de la comunidad y la sociedad en la que se desarrolla. Premisa ética que ha experimentado variaciones o ganancias secundarias a lo largo del tiempo en virtud de los contextos de desarrollo social, sin desconocer las actuales influencias de los sistemas capitalistas de mercado e intercambio, que han convertido la salud humana en parte de un proceso de producción en serie, a costos controlables, en el que hay un “talento humano”³ que asegura la productividad y la competitividad del proceso de sanidad, el cual genera la formación sistemática de profesionales de la salud, a través de instituciones de educación superior (IES), con el objetivo de asegurar la calidad académica de quienes intervienen en el mantenimiento del estado de salud poblacional e individual.

Cada año, se forman aproximadamente un millón de nuevos profesionales médicos en las 2420 facultades de medicina y las 467 escuelas de salud pública registradas en el mundo, con un coste total de unos \$100.000 millones USD, lo que viene a representar algo menos de 2 % del gasto sanitario global, cuyo costo promedio por graduado es de \$113.000 USD, para estudiantes de medicina. Una proporción baja para una actividad tan dependiente del talento humano empleado, y con una gran disparidad entre países. Los anteriores datos se incluyen en el informe de una comisión independiente de la revista *The Lancet* (Frenk et al – 2010), en la que se denuncia la poca información disponible sobre la formación de los profesionales, aunque nadie ponga en duda que es uno de los elementos primordiales, si no el que más, a la hora de conseguir de los sistemas sanitarios la eficiencia y equidad en la atención sanitaria que la población necesita.

Como se reseñaba en el aparte introductorio, cualquier problema que desafíe a un analista o investigador social merece la pena enfocarlo con cierta perspectiva histórica. De este

³ Término acuñado por David Watkins de Softscape (Softscape, Incorporated) publicado en un artículo promocional de la compañía en 1998. Sustituye el término *recursos humanos*.

modo, se amplía el campo de observación “hasta abarcar un periodo histórico suficiente” para captar el “sentido” y el “significado” que se trata de comprender, según lo enuncia Valles (1999). En Colombia, el análisis histórico de la situación del talento humano en salud destaca que, desde la pasada década de los sesenta, se abordaron aspectos estructurales y coyunturales referidos únicamente a los ambientes hospitalarios públicos. Siete años después de la Ley 100 de 1993, el diseño del Programa de Apoyo a la Reforma en Salud, contratado con la Universidad de Harvard (específicamente con su escuela de salud pública), consideró que la planeación y la evaluación de la disponibilidad y competencias de los recursos humanos debería ser un tema más relevante para asegurar la reforma de la salud a mediano plazo. Recomendación que condujo a la ejecución de cuatro estudios de “recursos humanos” para dicho programa, enfocados en aspectos tanto cuantitativos de mercado laboral como cualitativos sobre las características de la formación, las competencias y el desempeño laboral, concluidos en la formulación de un plan a largo plazo que abordaba una reforma extensiva sobre aspectos de registro, certificación, docencia de servicio, medicinas alternativas y aspectos éticos del ejercicio, expresados en la Ley 1164 de 2007 orientada al logro de la integralidad en salud (Ministerio de Protección Social et al – 2009).

Según el Centro de Proyectos para el Desarrollo, en Colombia, entre 1990 y 2006, los programas de formación médica se duplicaron (de 26 a 54), con un cálculo, para 2006, de 8943 cupos ofrecidos, y un índice de deserción tasado en 50 %. Las cifras hablan por sí solas sobre la primacía de la cantidad sobre la calidad. Subsisten los métodos de enseñanza-aprendizaje de carácter memorístico, repetitivo, estático, enciclopedista y transmisionista con alto grado de presencialidad, con enfoque curativo y clínico-rehabilitador poco estimulante para la innovación, la creación y la autonomía. Metodología impartida por catedráticos y docentes, en general, con escasa formación pedagógica, subsumida en un sistema educativo que privilegia procesos políticos y administrativos sobre los de calidad de la educación y la lectura de las necesidades sobre el talento humano. El graduado, en el mejor de los casos, posee una buena preparación académica y de destrezas clínico-técnicas, pero su proyección profesional tiende a la “empleomanía” por su poca capacidad de dirección y el desconocimiento de las políticas de salud (Medina – 2005). Adicionalmente, el modelo de atención se deforma hacia un modelo “industrial productivo” que privilegia resultados de cobertura sobre los de satisfacción, eficiencia y efectividad, el cual da pie a la pérdida de autonomía médica en función de protocolos y agendas costo-

eficientes y rentables para las “empresas” operadoras del sistema de salud, las cuales comienzan a generar una desalentadora tecnificación del quehacer médico en la praxis real, muy sentida por los recién graduados (COPS – 2008).

Así las cosas, desde el escenario descrito, hipotéticamente, se vendría forjando lentamente un subsumido subempleo profesional, que puede estar alcanzando entre 20 y 30 % del total de médicos en Colombia, promediados en más de 3000 anuales provenientes de 58 programas de formación, que alimentan, presionan y constriñen el mercado laboral y saturan rápidamente la demanda (Arguello & Sandoval – 2006). Según la Dirección General de Análisis y Política del área de “recursos humanos”, en el Ministerio de la Protección Social existían en 2008 41.785 médicos generales (57.6 %) y 30.759 médicos con formación posgraduada (42.4 %), distribuidos heterogéneamente por todo el territorio nacional con una tendencia a su concentración en grandes núcleos urbanos, hasta el punto de que 88 % de ellos sirven a 55 % de la población, con un promedio de 16.13 médicos por cada 10.000 habitantes, de los cuales 9.2 son médicos generales (Ortiz – 2009).

Al aplicar a los anteriores datos las plantillas para el cálculo del “recurso humano” en salud según los planes de beneficio del Sistema General de Seguridad Social y Salud; para 2008, ya existía teóricamente un “superávit” de 2205 médicos generales, cifra que, año por año, aumentaría proporcionalmente, de permanecer constante el índice promedio de graduación anual establecido a 2008, en 2392 médicos/año a razón de 5.5 graduados/100.000 habitantes (U. de A.-FNSSP – 2001), (MPS et al – 2008). Datos consecuentes y correlacionados con la extensa autonomía universitaria promulgada en la Ley 30 de 1992. Desafortunadamente, con muy baja regulación y un pobre control estatal.

Desde la perspectiva histórica de esta narrativa y relatoría, ante las demandas sociales de respuestas innovadoras globales, amén de la envestida neoliberal reformista de la década de los noventa, la Universidad Nacional de Colombia, en 1999, promovió en su interior la creación del grupo de trabajo y estudio en el área de salud conocido como Red Salud, el cual se constituyó en un espacio abierto, permanente y multidisciplinar de reflexión, para la elaboración y viabilidad de propuestas dirigidas a formular e implementar la respuesta concreta de la universidad Nacional a los avances, los retos, las situaciones y las necesidades en salud en el ámbito nacional e internacional como parte del campo de acción institucional de la sede Bogotá. Una de las síntesis de su trabajo de los primeros dos años

es el documento *Hacia la construcción del área de la salud en la Universidad Nacional de Colombia*, que aporta elementos de juicio para la evaluación de las facultades de salud en la Universidad Nacional e identifica dos problemas comunes en ellas: el problema pedagógico y las tendencias de la formación profesional (Medina – 2005). Hoy, quizás aún vigentes y extrapolables a las demás facultades y programas de salud del país.

En primera instancia, el documento reconoce profundas fallas en el modelo pedagógico, en la producción científica y tecnológica en cuanto a cantidad y calidad e influencia en la formación, en alusión a la reforma académica de la universidad Nacional en 1990, que valora la producción científica y tecnológica con el modelo de ciencias naturales, pero desatiende las especificidades de formación y práctica de los programas de salud, subvalorando sus procesos de formación en investigación y desarrollo tecnológico y científico. El modelo naturalista implementado no permite diferenciar lo profesional y lo disciplinar del saber y de las prácticas en la formación en salud. Las profesiones de la salud se nutren del saber de las disciplinas y estas, a su vez, tienen sus propias dinámicas en el conocimiento. En este punto, se efectúa el rompimiento histórico entre áreas básicas y clínicas que ocasiona, además del problema epistemológico, un problema de identidad, valoración y jerarquización del trabajo en las profesiones de la salud. Situación que aun hoy, atomiza y fragmenta la energía puesta en el esfuerzo por constituir a la salud como un cuerpo único e integral de conocimiento.

En segundo lugar, otro problema común a las facultades de salud de la universidad Nacional (igualmente vigente y extrapolable al ámbito nacional) es la existencia de tres tendencias de desarrollo teórico y tecnológico, con escenarios, recursos e impacto diferentes en la formación, consecuente con el desarrollo histórico de los saberes en salud y la forma como estos modelos se han arraigado en todo el país. Estas tendencias son la biológica-molecular, la clínico-tecnológica y la colectivista o de salud pública. Tendencias que compiten internamente con fragmentaciones visibles en la tradicional división “Flexneriana” entre las básicas y las clínicas y aún dentro de ellas con divisiones ejercidas por el poder entre diferentes grupos o por historicidad y tradición, pero siempre privilegiando el modelo biológico individual en la formación profesional y consecuentemente en la comprensión de la salud y la enfermedad. Este desequilibrio prevalece y sigue impidiendo otras visiones y recursos para el conocimiento en la salud, e incluso se ha naturalizado específicamente en la organización administrativa de los programas médicos. Sin embargo, desde la

experiencia en la administración sanitaria, llama también la atención el déficit paulatino en la calidad científica de los médicos recién egresados, explicado, en parte, por una tendencia más reciente, la de la “especialización” en la formación de pregrado, con muy pocos conocimientos en los niveles básicos y generales y los problemas cotidianos (niveles de atención I y II), pero muy pertinentes y competentes en el nivel avanzado (niveles de atención III y IV). Reseñados también, guardadas las proporciones, en su momento por el grupo Red Salud (Unal-RedSalud – 2002 - 2005).

En este punto, es válido acotar que la formación médica en el mundo durante el siglo XX, para simplificar una realidad multidimensional, atravesó tres periodos o categorías generacionales (no necesariamente lineales) de claras reformas dentro de un patrón complejo y dinámico de cambio. La primera generación, de principios del siglo XX, consolidó un plan de estudios y currículum basado en la ciencia según las universidades. A mitad de siglo XX, la segunda generación introdujo la innovación de la enseñanza basada en problemas, circunscrita a centros académicos. Y, finalmente, se incorpora una tercera generación orientada hacia las competencias bajo una enseñanza basada en los sistemas de salud. En algunos países, la mayoría de las escuelas están totalmente confinadas a la primera generación, con planes de estudio llamados *tradicionales*, con métodos de enseñanza en estancamiento y con incapacidad e incluso resistencia al cambio (Frenk et al – 2010), (Harvard University – 2004), (WHO -2006). En general, muchos países están incorporando las reformas de segunda generación, tan solo unos cuantos entrando en la tercera generación, pero ningún país en el mundo tiene todas sus escuelas médicas en fase de tercera generación (Azizi – 1997), (Lam & Lam – 2009).

Sin embargo, promueve una alta adherencia la reflexión de González (2016), quien considera que los periodos curriculares descritos anteriormente, son una mezcla inadecuada de tres criterios: uno de contenidos, otro de finalidades educativas y el tercero de estrategias educativas. Según el contenido curricular se establecen cuatro periodos: el primero, basado en las ciencias básicas y la praxis hospitalarias corresponde al informe Flexner; el segundo, corresponde a formas de medicina comunitaria emergentes enlazadas hacia el desarrollo de la APS; el tercero, correspondiente con la tecnificación de la praxis, es mediado por la medicina hospitalaria anidada en la medicina basada en la evidencia (MBE); y un cuarto periodo emergente que busca un retorno a lo comunitaria a través de programas como “Barrio adentro” en Venezuela y “Mais médicos” en Brasil, estos dos

últimos en actual disputa en el concierto Latinoamericano. Según el criterio de finalidades educativas curriculares hay dos tendencias marcadas, una primera hacia la formación de un médico clínico hospitalario que opte por la especialización, y una segunda tendencia hacia la formación de médicos comunitarios, familiares y generales. Para el tercer criterio, el del uso de estrategias de enseñanza o educativas curriculares, se plantean varios modelos, a saber: el tradicionalista, el cognitivista-construccionista, el aprendizaje basado en problemas (ABP), el aprendizaje por descubrimiento y el aprendizaje en escenarios reales de practica entre otros; siguiendo a Vygotsky.

En detrimento de lo expuesto, la respuesta de la sociedad civil, mediante los mecanismos de representación política, ha sido fácil y hábilmente secuestrada por la corrupción, la politiquería y los intereses particulares, adicionando carga negativa y espacio para la manipulación de los grupos de interés en la educación y la salud (Londoño – 2005). Señalándose, paradójicamente, al mismo grupo médico, según Starr, citado por Hernández (2002), como el principal grupo con poder en la transformación de la medicina de una profesión liberal a una profesión industrializada y opuesto a la construcción de un sistema de salud más universal y organizado desde el Estado. Grupo inscrito en el eje de la actividad económica y sociopolítica de sociedades nacionales, como la estadounidense, que se ha replicado fácilmente en los modelos latinoamericanos de formación y práctica médica. Sin embargo, el resultado obtenido, a mi juicio, no invalida el espacio y la capacidad que debe tener la sociedad en la definición de las necesidades poblacionales en salud, sino que llama a trabajar en procura de su eficiencia funcional.

En concordancia con lo anterior, Colombia transitó durante las tres últimas décadas del siglo XX por importantes reformas en sus sistemas de salud y educación, respondiendo a ordenanzas externas que, junto a factores internos, prepararon la reforma constitucional de 1991, la cual cambió sustancialmente el ordenamiento jurídico nacional. Se promulgan casi al mismo tiempo tanto la Ley 30 de 1992, por la cual se organiza el servicio público de la educación superior, como la Ley 100 de 1993, por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social y Salud, coincidiendo esta última en su espíritu inicial con los comienzos del movimiento de los noventa llamado “década de la recomposición ideológica y temática”, caracterizada por procesos de reflexión y análisis con miras a obtener una conceptualización y un estatuto teórico y práctico alrededor de la salud pública (Hernández – 2005).

Esta nueva normativa provoca tensiones y marca, sin duda, hitos destacados en la historia de la educación superior en salud en Colombia, demarcados por las pugnas propiciadas por las teorías y los modelos en salud pública propuestos durante la segunda mitad del siglo XX, con el ánimo de facilitar la comprensión de una situación o problema de salud, de cómo los individuos o las comunidades realizan o modifican sus comportamientos, así como de las características y dinámica del contexto en que estos eventos ocurren. Análisis que genera una posición favorable para el diseño, implementación y evaluación de las estrategias y acciones que promuevan la salud poblacional (Cabrera – 2004).

La Ley 1122 de 2007, que reforma parcialmente la Ley 100 de 1993 a través de su Decreto Reglamentario 3039 de 2007, adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, que, aparentemente, concertaba entre el Gobierno nacional y los diferentes actores del sector salud los enfoques,⁴ las líneas de política ⁵ y las prioridades nacionales en salud,⁶ implementado con programas, recursos y prioridades los “consensos” sobre el alarmante estado de la salud pública en el país. Al mismo tiempo, avanza un estudio de investigación, análisis y discusión entre académicos e investigadores en salud pública, liderados por el Instituto de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, para la determinación de las prioridades nacionales de investigación en salud.⁷ (Agudelo et al – 2009). Se podría pensar que la crisis de la salud llama a la atención y al acuerdo entre Estado, academia e investigación. Sin embargo, el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, a pesar de ser presentado oficialmente como un pacto convenido, generó posiciones discordantes con el Estado en virtud de su heterogénea fundamentación epistemológica, la poca correspondencia de sus enfoques, la baja integralidad de sus líneas de política y la incoherencia de sus acciones con la verticalidad y los procesos de descentralización del Estado.

⁴ Enfoque poblacional, enfoque de determinantes y enfoque de gestión social del riesgo.

⁵ Línea de promoción de la salud y la calidad de vida, línea de prevención de los riesgos, línea de recuperación y superación de los daños en la salud, línea de vigilancia en salud y gestión del conocimiento y línea de gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del PNSP.

⁶ Salud infantil, salud sexual y reproductiva, salud oral, enfermedades transmisibles evitables, enfermedades crónicas no transmisibles, seguridad alimentaria y nutricional, seguridad sanitaria y del ambiente, seguridad en el trabajo y prevención de enfermedades de origen laboral y gestión integral para el desarrollo del PNSP.

⁷ El resultado fue en su orden: las enfermedades crónicas, las enfermedades infecciosas emergentes, la tuberculosis y la lepra y las infecciones nosocomiales e infecciones de transmisión sexual.

Paralelamente, el proceso de globalización ha venido generando tensión en el desarrollo científico-tecnológico y en la formación de nuevos profesionales en salud, con políticas que limitan derechos sociales, como la salud, la educación y la cultura. La formación médica y la de otros profesionales de la salud en el país ha entrado en la llamada “*lógica económica de mercado*”, donde la demanda prima sobre la oferta muy lejos de la calidad profesional y, consecuentemente, con los altos costos en la formación y la investigación, la educación médica se ha convertido en un factor más de exclusión para los sectores sociales de bajos ingresos (Medina - 2005). Se implementa y arraiga una formación adaptativa al sistema de mercado y de competencia que no propicia la búsqueda de soluciones alternas y de nuevos saberes que confronten la situación de salud en el país.

Se podría decir que, en las últimas décadas, ha existido un aislamiento académico de las universidades y casi que una dejación de su responsabilidad social en los procesos de definición tanto de las políticas públicas como del sistema de salud; tal pareciera que la educación y formación del talento humano en salud no fuese determinante en la toma de decisiones del sector educativo para la salud (ICNSSS – 2001).

La formación en salud y, primordialmente, la formación en el área de la salud pública, a la manera de ver de Orlando Malagón, citado por Medina (2005), está articulada al conocimiento de tres aspectos: las políticas en salud, la integración a la realidad social y la formación política de los universitarios; de otra manera no hay forma de que el profesional participe en procesos de construcción colectiva, procesos sociales y procesos comunitarios que le permitan una verdadera interacción social (Malagón – 2000). Desde este punto de vista, idealmente, el médico general debe modular y equilibrar tres aspectos centrales en su proyecto educativo y pedagógico de educación y formación profesional: lo técnico-científico, lo ético y lo político, aspectos que le permitirán trascender más allá de la formación técnico-científica comúnmente esperada. La realidad revela dos aspectos centrales negativos que impactan no solo la formación médica misma, sino la situación de salud poblacional: la muy baja pertinencia de su formación en la planeación (sociopolítica) y la escasa autonomía en el ejercicio de sus competencias (ética).

Queda así expuesto que la educación superior o profesional para la salud en general y la educación médica en particular constituyen una dimensión fundamental del quehacer en salud, y como tal debe considerarse un aspecto central en los sistemas de salud; sin

embargo, este aspecto está poco comprendido y no se tiene claridad de la dimensión y los alcances que tiene sobre los resultados del sistema, así como la incidencia que sobre ella tienen las fuerzas sociales. Podemos reconocer por los hechos hasta aquí relacionados su poder de cambio y transformación que incide en forma directa en el sistema de salud con el doble atributo de ser insumo y producto.

Los nuevos órdenes jurídicos en salud y educación, en un país de leyes como Colombia, con una nueva institucionalidad, dan paso a procesos de transformación que abarcan la formación, el ejercicio médico y el mismo desempeño profesional y laboral, cruzados todos por el eje de la calidad en el servicio. Se pasó en menos de cuarenta años de tener un sistema nacional de salud a un sistema de servicios de salud y de este a un sistema de aseguramiento y protección social, cambios que han incidido abrumadoramente sobre el desarrollo y el ejercicio de la medicina, pero con un impacto o análisis aún desconocido sobre la educación y formación médica.

Desde la expansión del sistema de seguridad social implantado en la década de los noventa, en Colombia como en el mundo, se da origen a la incertidumbre sobre la suficiencia del talento humano para la sostenibilidad de los sistemas de salud, que suponían un crecimiento de la demanda de servicios de salud y, por consecuencia, una expansión impredecible del mercado laboral para los profesionales y técnicos a partir del marcado incremento en el acceso de los jóvenes en la educación superior. Tanto así que la Organización Mundial para la Salud dedica su informe anual de 2006 a los recursos humanos, y declara el periodo 2006-2016 como “la década de los recursos humanos en salud”. Luego, un reto interesante es el poder visibilizar el nivel de correspondencia y armonía entre el sistema de salud y la fuerza de trabajo que lo hace viable, generada en los sistemas de educación superior.

Hoy día, el contexto de los sistemas de salud y educación están, a su vez, siendo continuamente remodelados por las profundas transformaciones en las ciencias, las tecnologías, las comunicaciones, la administración, la calidad organizacional, la acreditación y evaluación continua, la optimización de recursos limitados para entornos antes marginados, el pensamiento sistémico, que permite comprender y transformar la complejidad, en la gestión del conocimiento y la generación de evidencia para proporcionar una base científica para las políticas, y en lo que Ignatieff (2000) ha llamado “la *revolución*”

de los derechos”, que está convirtiendo declaraciones abstractas en derechos concretos que la gente pueda tener la facultad de demandar. Nuevas realidades que tienen que tenerse en cuenta a la hora de ofrecer alternativas para fortalecer los sistemas de salud y educación.

Se hace necesaria la integración entre las jerarquías verticales, los ejes programáticos continuos y horizontales con el resto del sistema. Por lo tanto, los sistemas de salud y educación deben verse no solo respecto de sus elementos componentes (talento humano, financiamiento, planta física, nuevas tecnologías, etc.), sino también, y lo más importante, respecto de sus interrelaciones. Los sistemas constituyen un conjunto de relaciones estructuradas entre las instituciones y las poblaciones a las que sirven. Relaciones y dependencias que siendo aún desconocidas no dan oportunidad de ser construidas, evaluadas, incrementadas o fortalecidas y cada día son más relevantes o pertinentes.

Más que una brecha entre pensamiento y acción, teoría y práctica en la construcción y la traducción social de la educación para la formación médica, lo que se percibe es apatía, dispersión, fragmentación y segmentación de los elementos y componentes que constituyen el cuerpo integral de la educación y formación profesional para la salud, con algunos afanes aislados y solitarios de recomposición. Si bien es ingenuo señalar que esta es origen o causa suficiente de la situación en la salud poblacional, no se pueden desconocer su responsabilidad y su transcendencia sistémica, como lo señalan Obrador-Rial y Segura-Benedicto (2010), así como la Alianza por la Salud Pública en Bogotá, D. C. (2009). Tareas susceptibles de evaluación, análisis, discusión y reprogramación.

[...] La influencia de la formación universitaria sobre el futuro ejercicio profesional de la salud pública se desconoce. Dada la actual marginalidad de la salud pública en el sistema sanitario.

Obrador-Rial N y Segura-Benedicto A. (2010)

[...] la formación en salud pública es una necesidad del Sistema de Seguridad Social en Salud. Las demandas de formación con calidad, y accesibilidad proceden no solo de los profesionales, sino del propio sistema. En la respuesta a estas demandas juegan un papel una multiplicidad de agentes e instituciones, cuya acción conjunta

ofrece una oportunidad única para la mejora de la salud pública como disciplina, como profesión y como herramienta de salud de la población.

Alianza por la Salud Pública, Bogotá, D.C. (2009)

De otra parte, tomando al Estado y a la universidad como puntos de referencia para este estudio, es pertinente plantear, parodiando a Wittrock (1974), desde la lógica constructivista referida al proceso enseñanza-aprendizaje, una baja correspondencia entre los sentidos⁸ y los significados⁹ tanto del emisor u ordenador (Estado) como del receptor o ejecutor (universidad), imbuidos dentro de un diálogo inaudible, de sordos, con intereses particulares. Las percepciones, intenciones y motivaciones del Estado como emisor de normas y políticas no son las mismas en su captación, de quienes deben ejecutarlas. Hay todo un conjunto de factores motivacionales y relacionales que desempeñan un papel de primer orden en la movilización del conocimiento en salud pública. Relaciones en las que, además, omiten su acción o de alguna manera son neutralizadas las voces de actores tanto de los sistemas de salud y educación como de la sociedad civil (más adelante advertiremos algunas hipótesis de cómo y porque ha operado así). En suma, un sistema o un “subsistema” de educación y formación en salud multidireccional disfuncional.

En este recuento, cabe destacar una primera aproximación al discernimiento de la influencia de la educación y formación universitaria sobre el futuro ejercicio profesional de la salud pública, el cual está en proceso de evaluación desde hace cuatro años, por la llamada Alianza por la Salud Pública entre el Grupo Dinamizador de la Salud Pública del Distrito Capital y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, y finalmente formalizada por la Alcaldía Mayor de Bogotá en noviembre de 2009. En este grupo confluyen las IES formadoras en profesiones de la salud, las organizaciones académicas y gremiales, la Organización Panamericana de la Salud y la Secretaría de Salud Distrital de Bogotá, unidas con el fin de contribuir en las transformaciones sociales necesarias para mejorar las condiciones de vida y salud de la población del Distrito Capital de Bogotá; formalizada mediante la expedición de la Resolución 1201 de la Secretaría de Salud Distrital de Bogotá, expedida el 11 de noviembre de 2009. Los convocados encarnan un esfuerzo de concertación para determinar, desde la perspectiva dada por las funciones esenciales de la universidad y las

⁸ El carácter de la experiencia en la percepción del receptor de una actividad concreta que impregna la comunicación para el aprendizaje.

⁹ Capacidad de establecer relaciones sustantivas entre lo conocido y lo nuevo o entre las diferentes partes de lo establecido.

IES (docencia, investigación y proyección social), las competencias, las habilidades, los valores y, en general, el conocimiento concreto necesario para los propósitos señalados. De estos diálogos abiertos, avances y construcciones, se vienen presentando regularmente en mesas de trabajo seminarios, foros, informes y comunicados que dan cuenta de la reconstrucción de una realidad social objetiva tanto de la educación y formación médica como de las demás profesiones en salud, que se suponía fragmentada o extraviada.

Un segundo aspecto del conocimiento de la realidad quedaría por resolver: la definición del campo de la realidad social subjetiva, que tiene que ver con ir más allá de la labor y el conocimiento concreto técnico-científico o tecnológico que se involucra en los procesos educativos hacia un conocimiento, si bien también concreto y pertinente, por ahora poco probable o, a lo sumo, alternativo, solapado por el pensamiento del modelo biomédico hegemónico, en atención a su carácter abstracto, subsumido y oculto e inconsciente dentro de la educación y formación médica. Es decir, parafraseando a García (1994), citado por Yepes (2005),

(...) un trabajo de investigación que promueva la comprensión, el desarrollo y los alcances de aspectos, como: los aportes estratégicos de la universidad para el logro de una equidad en salud, la pertinencia de sus procesos educativos frente al contexto social, la posición crítica ante los cambios de la praxis en salud, las estrategias educacionales para reordenar el saber y la promoción de un nuevo conocimiento, la comprensión de la reinserción social del quehacer profesional de la salud, la determinación de su incidencia sobre las relaciones sociales de producción y los avances y alcances frente a los temas de la proyección y extensión social dentro de la responsabilidad social de la universidad. Visibilizar y viabilizar el pensamiento social en la construcción de alternativas contra hegemónicas, la construcción de la ética social y la construcción de ciudadanía en las instituciones de educación y formación médica. Dado que el aporte de la formación profesional en salud a la situación de salud no se circunscribe a lo técnico-científico, sino que supone también procesos en armonía, equilibrio, tensiones y pugnas con otros elementos y procesos sociales constructores de orden cultural, político, económico, geográfico, organizacional y teórico, entre otros.

Para consolidar aún más los hechos narrados, adicionalmente durante las últimas cuatro décadas, los sistemas políticos, los patrones epidemiológicos y demográficos, las estrategias macroeconómicas y microeconómicas, la tecnología y los sistemas de salud han experimentado cambios profundos, y para hacer frente a estos cambios, las escuelas y los programas de medicina se han visto enfrentados con el desafío de hacer sus planes de estudio más interesantes y adecuados a las necesidades de la época para producir médicos orientados a las necesidades reales de la comunidad (ver tabla 1.1). Igualmente, diversas agremiaciones, estamentos, autoridades y autores han destacado la necesidad de una reorientación de la educación y formación médica, las cuales han sugerido diversas estrategias para la búsqueda de cambios de dirección (WHO – 1992), (WHO – 1987), (WFME – 1988), (MMM – 1989), (ACMTEC – 1993), (GMC – 1993), (PHPC – 1993), (WHO – 1993), (WFME – 1994), (BMA – 1996), (Majumder – 2004), (WFME – 1988).

Algunos ejemplos de estos criterios estratégicos son 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, adoptados como base para delinear una serie de maniobras específicas de orientación de reformas y cambios en la educación y formación médica del Reino Unido (ver tablas 1.2 y 1.3), (GMC – 1993), (Spencer – 1999), (Walton – 1999).

Estos cambios están en marcha en muchos otros colegios médicos en el mundo, en un esfuerzo por mantener su calidad. Esto es de vital importancia, dado que la independencia y autonomía de las IES debe, en principio, asegurar que los sistemas de educación superior se adapten continuamente a las necesidades cambiantes, las demandas de la sociedad y los avances en el conocimiento científico (Abdulrahman – 2008).

En este contexto, este informe de investigación sobre la construcción de la pertinencia médica pretende aportar referentes conceptuales, teóricos y metodológicos orientados al análisis respecto de la conveniencia, oportunidad y procedencia con las necesidades poblacionales en salud en el ámbito colombiano. Desde la perspectiva de la comunidad académica de los programas de pregrado médico y sus percepciones frente a la capacidad institucional del programa y del currículo, para responder a las necesidades del medio, así como el nivel de competencias que su proceso de educación y formación les permiten o permitió desarrollar.

Tabla 1.1: Factores que afectan la educación médica.

Factor	Caracterización
Político	Democratización – Tecnocracia - Globalización neoliberal
Demográfico	Aumento de la población Incluyendo personas de edad avanzada
Tecnológico	Crecimiento exponencial de la tecnología y de las ciencias biomédicas
Cuidado de la Salud	Cambios de enfoque: de la medicina curativa aguda a las enfermedades crónicas y énfasis en la prevención
Económico	Privatización de la salud Espiral de costos de atención de la salud
Epidemiológico	Enfermedades emergentes y re-emergentes
Educación y Formación	Demanda de “mayor pertinencia” en Educación y Formación Obligaciones con la responsabilidad social Promoción de Especialistas / Médicos generales
Servicios de Cuidado de la Salud	Mala distribución de Médicos y otros profesionales de la salud

Fuente: Majumder A, D’Souza U, & Rahmaj S. et al.

1.5.1 ¿Por qué se relaciona el análisis de la dimensión de pertinencia educativa en los programas médicos de pregrado con la salud pública; como soporte o sustento de esta tesis?

Este capítulo se dedicó, hasta ahora, a describir la dimensión de pertinencia como atributo de la calidad de la educación médica de pregrado, falta por ilustrar como esta investigación percibe la pertinencia como interfaz, enlace o dispositivo que operacionaliza el problema o la dificultad de presentar, desarrollar, evaluar y reprogramar experiencias y proyectos educativos más prácticos y reales, menos teóricos y abstractos, que convoquen la atención e interés de las comunidades académicas de los programas médicos hacia el desarrollo, comprensión y asimilación de los postulados, funciones y particularidades del llamado eje transversal de la salud pública o de colectivos, dentro de los planes de estudio de educación y formación médica en Colombia. En otras palabras: ¿Qué relaciona pertinencia educativa y salud pública?

Tabla 1.2: Declaración de Edimburgo 1988

(WFME) Orientaciones de la Declaración de Edimburgo 1988	
Acciones dentro de las Escuelas de medicina	<p>Ampliar los centros educativos</p> <p>Necesidades nacionales de salud en el contexto de los planes de estudio</p> <p>Métodos de aprendizaje activo (tutorial, auto-dirigido, independiente) para un aprendizaje continuo</p> <p>Se requieren competencias profesionales (no recordación de conocimientos)</p> <p>Profesores entrenados como educadores</p>
Se requiere una mayor participación de	<p>Prevención de enfermedades y promoción de salud</p> <p>Integración de las ciencias con la practica</p> <p>Selección de estudiantes / no cognitiva tanto como cognitiva</p> <p>Coordinación de la educación médica con los sistemas de salud</p> <p>Balance entre médicos y otros profesionales de salud</p> <p>Entrenamiento Multiprofesional y trabajo en equipo</p> <p>Proveer una educación médica continua</p>

Fuente: World Federation for Medical Education. The Edinburgh Declaration. Med Educ 1988; 22:481-2

Tabla 1.3: Manifestó del grupo “Doctores del mañana” 1993.

Recomendaciones del grupo “Doctores del mañana” (GMC) 1993.

Reducción de la carga de hechos (información)
 Promoción del aprendizaje a través de la curiosidad
 Desarrollo de actitudes apropiadas
 Desarrollo de habilidades esenciales
 Definición de un núcleo curricular
 Introducción de estudios especiales modulares
 Desarrollo de sistemas-base y currículos integrados
 Desarrollo de habilidades de comunicación
 Promoción de la medicina de la salud publica
 Adaptación a los cambiantes patrones de atención de la salud
 Desarrollo de sistemas apropiados de aprendizaje
 Desarrollo de esquemas apropiados de evaluación
 Establecimiento de solidas estructuras de supervisión

Fuente: GMC. Tomorrow's Doctors. Recommendations on Undergraduate Medical Curriculum. London: General Medical Council, 1993.

La salud es un bien público que debe ser protegido por el Estado, las organizaciones, movimientos y grupos de activistas o académicos. Es una propuesta ético-política que implica una mayor participación y responsabilidad de todos los ciudadanos en la transformación de las condiciones socio-económicas con fines concretos, como garantizar la dignidad humana, la gobernabilidad y el Estado social de derecho planteado en la Constitución Política colombiana. Según Acurio (2011), en salud se debe ir más allá para “comprender la forma cómo el individuo y los grupos constituyen su saber y conocimiento en salud a partir de sus experiencias individuales y particulares”.

La salud no se limita a lo biológico, incluye también, las esferas de lo social, lo cultural, lo económico y lo político (Laurell - 1982). Salud y salud pública están estrechamente relacionados: la segunda es subsidiaria o suplementaria de la primera y, aunque ambos conceptos son diferentes, difícilmente pueden entenderse de manera separada (Gómez – 2002), (Franco - 2006). La salud tiene asiento en el individuo y, desde una mirada amplia, se relaciona con el bienestar somático, psicológico y social de una persona (OMS - 1946:1). Así mismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS – 2002:37) define la salud pública como “la salud del público, de la población, y abarca todas las dimensiones colectivas de la salud”. Las posturas clásicas sobre la salud pública ponen el énfasis en la responsabilidad que tiene en el control de los fenómenos que afectan la salud de la población: “la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud a través de los esfuerzos organizados y decisiones con conocimiento de la sociedad, las organizaciones públicas y privadas, comunidades e individuos” (según Winslow, citado en OPS - 2002:47). Esta concepción ha fundamentado la práctica de la salud pública en gran parte del mundo, irradiada desde los países anglosajones.

Para Navarro (1999), la concepción de salud y enfermedad, así como la concepción de la población han cambiado y evolucionando también históricamente respondiendo a los cambios en el contexto socio-político. Evolución que marca, al menos, dos dimensiones distintas de la salud pública: como campo de conocimiento y como escenario de práctica (Franco – 1995), (Franco – 2002), (Franco – 2006), (Franco - 2011). La dimensión práctica de la salud pública, ha sido determinada por posibilidades y decisiones dadas histórica y socialmente, y por presiones e incluso, amenazas del poder (De Carvalho – 2008). En sus orígenes la actuación en salud pública fue desarrollada como una herramienta al servicio

de intereses relacionados con la expansión del comercio, el colonialismo y la consolidación del modelo de desarrollo capitalista (Estrada – 2010:24), así como la legitimación de los Estados (Contandriopoulos - 2000). Posteriormente, la dimensión práctica de la salud pública se basó en ideales de justicia social y equidad, dirigida a la transformación de las realidades para mejorar las condiciones de las poblaciones y el disfrute de una mejor salud y así mismo, de una vida más próspera (Breilh – 2008). La salud pública involucra el concepto de lo público, entendido como aquello que interesa a todos. Se trata del abordaje de la salud desde una perspectiva colectiva, poblacional (Castellanos, 1988).

La salud pública, como proyecto político y social, es la expresión de la situación de salud de una población específica (Franco – 1995), (Gómez - 2002). La forma como es observada y problematizada una situación de salud, así como las estrategias que se establezcan para abordarla, dependerá de los actores involucrados y de los intereses en juego, lo que exige la intervención del Estado, la sociedad civil, las organizaciones públicas y privadas y la comunidad en general. La salud pública debe ofertar respuestas diferentes a las que tradicionalmente ha dado; no puede continuar interpretando la población y la naturaleza como objetos, debe si, comprenderlos como sujetos y proponer nuevas formas de diálogo. El saber en salud pública requiere cambiar de un conocimiento comandado por la razón tecnológica, a un diálogo multicultural que reconozca las potencialidades de otros saberes (Granda - 2009). En otras palabras: la salud pública no es un concepto científico de la salud, con una aplicación técnica específica, sino un complejo entramado de valores, saberes y prácticas determinadas biológica, histórica, política, cultural y socialmente.

Para Manfred Max-Neef (1998), un postulado básico del desarrollo es aquel que hace referencia a las personas, no a los objetos. Por ejemplo, postulados tradicionales como el Producto Interno Bruto (PIB) son indicadores del crecimiento cuantitativo de objetos, no del crecimiento cualitativo de las personas, por lo que el mejor proceso de desarrollo será el que permita elevar la calidad de vida de las personas, lo cual dependerá de las posibilidades que ellas tengan para satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales, entre ellas la subsistencia y la salud. En este punto se concreta la asociación e identidad de la dimensión de pertinencia en la educación médica con la dimensión de la salud pública en la salud, que como la pertinencia, también procura la solución de las necesidades en salud de la población. Se superponen así, al menos, dos espacios o dimensiones de cada concepto (pertinencia en la educación y salud pública en

salud): como campo de conocimiento interpretado a través de la subjetividad y como escenario de práctica.

Se hace explícita la paridad entre pertinencia y salud pública que permitió el proceso de análisis en este estudio, sobrepasando la fragmentación “Flexneriana” de la educación médica (entre ciencias básicas, ciencias clínicas y la salud pública acogida por las ciencias sociales), que condesciende analizar la solución de las necesidades poblacionales en salud desde un solo cuerpo de conocimiento, el de la salud desde una perspectiva holística. De paso, responsabilizando a ese único cuerpo, de las soluciones o el fracaso, sin importar el ámbito administrativo en que cada actor (del proceso de enseñanza y aprendizaje) se haya reconocido y refugiado en los últimos 100 años.

Capítulo 2

2. MARCO TEORICO:

Construcción de la perspectiva teórica...

2.1. Estado del arte o rastreo de la pertinencia en la educación médica:

Por sus aspectos histórico-sociales, la ciencia es una gran tradición acumulativa. Cada científico y cada pensador recorren nuevos caminos desde los pasos de sus anteriores colegas. De allí, la importancia de conocer el estado del arte o el estado del conocimiento sobre el tema que se aborda como problema de investigación; no solo para fundar su saber, sino también para apuntar a conocimientos originales en algún aspecto. Por ello, el estado del arte, del problema o de la cuestión suele ser, a su vez inicio de la perspectiva teórica por construir.

A continuación se reseñan artículos, libros, experiencias y documentos que resaltan los elementos históricos, teóricos y metodológicos globales, latinoamericanos y nacionales que hoy se equiparan, con el concepto de la pertinencia, como la contribución efectiva al mejoramiento de la atención de la salud de las poblaciones. Diversas experiencias muestran que es posible marcar una tendencia hacia una educación y formación médica que facilite el desarrollo de modelos de atención de 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 a 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 – 2005). Por otra parte, experiencias publicadas alrededor del 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 estas publicaciones fueron hechas hace más de dos décadas (Connor – 1983). De ellas se destacan las siguientes:

En Norteamérica, son varias las experiencias llevadas a cabo tanto en EUA como en Canadá. En 1993, la Escuela de Medicina de Rockford de la Universidad de Illinois implementó un Programa de Educación Médica Rural (RMED) con el objeto de producir 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 los estudiantes, tempranamente, se ponen en contacto con el medio de práctica profesional (Stearns et al. – 2000).

La Universidad de Nuevo México, a principio de los ochenta, implementó un nuevo programa orientado a la comunidad y 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 programa tradicional (Kaufman et. al. – 1989).

Años más tarde, el proyecto piloto denominado “Undergraduate Medical Education for the 21st Century (UME-21)” ha promovido la exposición de los estudiantes a una integración curricular de todas las disciplinas relevantes para la salud pública con base en la Atención Primaria en Salud (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 et. al. – 2004).

En Canadá, la experiencia de la Universidad de Sherbrooke permitió demostrar que la transición desde un modelo tradicional a uno 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 et. al – 2005).

Más 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 – 2008), (Farnsworth – 2012).

En el contexto de la Conferencia Mundial sobre Educación Médica en 1988, se expide la Declaración de Edimburgo; que género directrices acerca de la producción de recursos humanos en salud en el sentido de asegurar la formación de médicos que promuevan la salud de toda la población (WFME – 1988). Recomienda y asegura que la educación debe integrar la salud, su promoción y prevención, los problemas comunitarios y la comprensión de la persona como un todo; los valores éticos y morales, las habilidades de comunicación, el profesionalismo y orienta el desarrollo de métodos activos y auto-dirigidos para promover la capacidad de los estudiantes de aprender y de comunicarse. A mi entender, esta declaración marca un hito en los avances hacia la pertinencia de la educación médica en el mundo, y se adelanta diez años a la declaración del Banco Mundial a través de la UNESCO en la I Conferencia Mundial sobre la educación superior en París (1998), al punto que hoy puede ser considerada como todo un tratado, una política, una estrategia y un referente global de la educación médica para la pertinencia; sorprende la profunda indiferencia y el rezago a tantos llamados de atención sobre la transformación de la profesión médica como gobernanza o gobernabilidad mundial.

En Europa, el proceso de Bolonia iniciado en 1998 como espacio convergente no normativo, persigue la armonización de la educación superior 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 (Pales – 2012), (Stoyanka et. al. – 2011), (Battat et. al. – 2010), (Calhom – 2008).

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 orientado a la atención poblacional con base en la Atención Primaria en Salud (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 por uno o dos años; transcurrido este tiempo, comienza 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-Mendes et. al. – 1993). A partir de 2003, se implementa un cambio importante afianzando el concepto y la estrategia de la APS y descentralizando 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.

Sin duda quienes tienen mayor avance en Latinoamérica en cerrar la brecha entre teoría y praxis con respecto a la pertinencia y calidad de la educación médica, son los programas médicos cubanos, encabezados por la Universidad Pinar del Río. Quienes han venido profundizando con diferentes proyectos sobre la calidad de su educación médica, validando en 2009 la variable “pertinencia ligada al impacto social” en la carrera de medicina, medida a través de métodos cualitativos y cuantitativos sobre factores internos y externos a los programas médicos, que alcanzaron finalmente un 96% de pertinencia e impacto social (Valdés Ventó et. al. – 2009). Tanto la pertinencia social, como el impacto de la formación, es la primera de las variables contempladas en el Sistema de Evaluación y Acreditación de Carreras (SEA-CU) aprobado por el Ministerio de Educación Superior Cubano (MES) en el año 2003. Cabe anotar al respecto como la calidad de la educación médica superior cubana está estrechamente relacionada con la pertinencia, en el sentido de dar respuesta a las demandas de la sociedad en general y del sistema de salud en particular, desde luego en un contexto político, económico y social totalmente diferente al contexto colombiano y que se refleja y relaciona con la evidencia de ostentar altos estándares poblacionales de salud a nivel continental.

En Brasil, en el 2002, los Ministerios de Salud y Educación lanzaron el programa PROMED para reorientar la educación médica y conseguir exponer a los estudiantes a un patrón de práctica más “*pertinente*” (Campos et. al. – 2001). El 60% de la muestra piloto tuvo éxito logrando establecer alianzas con los servicios locales de salud y aumentando las oportunidades de aprendizaje de los estudiantes en todos los niveles de atención de la salud. En el 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 & Salas – 2012). Llama la atención de la experiencia brasilera, que aunque el resolver las necesidades en salud de las poblaciones está siempre presente y tiene una “*pertinencia*” considerable para la formación médica, en algunas escuelas médicas, esta no constituye un hilo conductor dentro de los cursos del pregrado médico (Campos et. al. – 2009).

Dentro del “*Proyecto 6x4 UEALC 2003-2008*” (UEALC – 2008), realizado con el propósito de la creación de un “espacio educativo UEALC” entre la Unión Europea, América Latina y el Caribe, en el ámbito de las experiencias con los “actores involucrados” se analizó el caso de Costa Rica para la pertinencia de graduados e investigadores universitarios para con las necesidades de su sociedad, mediante la aplicación de una encuesta nacional sobre los actores involucrados. Para el caso de los programas de medicina con respecto a las habilidades que poseen los graduados, destaca la destreza para comunicar y reflexionar sobre los avances en el campo de la medicina, y por otro lado los puntos más débiles hacen referencia a la investigación y al trabajo en equipos intersectoriales. Las dificultades encontradas para la investigación, también se mostraron durante el proceso de autoevaluación permanente, lo que obedecía posiblemente al perfil de Médico de la Escuelas de Medicina, siendo objeto de discusión para tratar de modificar la inclinación hacia la investigación.

Sin embargo, la referencia Latinoamericana quizás más cercana, guardadas proporciones, al contexto colombiano, es la de la carrera de medicina de la Universidad Nacional del Nordeste (UNNE) en Corrientes, Argentina. Quienes, como en Colombia, después de una década de reformas vienen realizando un proyecto de investigación de largo plazo,

coauspiciado por la Facultad de Medicina, la Secretaría General de Ciencias y Técnicas de la UNNE y el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina (CONICET), con el propósito de evaluar la calidad de la formación médica que imparte la UNNE y la sistematización de sus procesos de retroalimentación y autoevaluación (Humberto-Espínola – 2004a). De los desarrollos de los sub-proyectos relacionados ya publicados, se toman en este proyecto algunos referentes conceptuales y teóricos específicos a la indagación de pertinencia en la autoevaluación de la educación médica (Humberto-Espínola – 2004 b).

Hasta este punto, dentro del presente marco referencial o de antecedentes de experiencias en favor de la pertinencia, se han reseñado las usanzas puntuales y específicas de como en escenarios neoliberales se ha entendido la pertinencia, exceptuando la reseña del sistema cubano. En palabras de González (2016), el neoliberalismo tiene una forma específica de entender la pertinencia y frente a él hay fuerzas alternativas que tienen otra idea de pertinencia. Ambas influyen y contienden en los espacios institucionales y curriculares de manera implícita (el discurso médico hegemónico tiende a no explicitar muchas cosas) y explícita (más presente en el pensamiento crítico en salud). Ejemplos alternativos de la lectura neoliberal de la pertinencia son las experiencias y planteamientos teóricos de Barrio Adentro y la formación de Médicos Integrales Comunitarios en Venezuela; las experiencias de las Universidades de La Matanza y Arturo Jauretche en Argentina; los Médicos Interculturales en Bolivia y la formación de nuevos pregrados para *Mais Médicos* en Brasil. En donde emergen claramente ideas de pertinencia tanto en el plano de las necesidades clínicas como de las necesidades sanitarias, distintas a las ideas neoliberales ya señaladas.

En general, antes de la última década del siglo XX, la responsabilidad social de las escuelas de medicina Latinoamericanas, no era un principio activo (Boelen – 1995). En el caso específico de Venezuela, hacia el año 2002, un paro nacional realizado por la Federación Médica Venezolana cerró la mayoría de los servicios públicos hospitalarios y externos, el alcalde del municipio Libertador (en Caracas) trató de reclutar médicos para un nuevo programa que proporcionaría servicios médicos vitales en barrios pobres. Únicamente 50 médicos contestaron a tal convocatoria y de éstos 30 se negaron a establecerse en los barrios (OPS/OMS – 2006a). En el 2003, una solicitud a la Embajada Cubana produjo el primer Acuerdo de Cooperación Técnica con Cuba, por medio del cual se les otorgó un

empleo en estos barrios desatendidos a los médicos cubanos para que ayudaran a desarrollar el proyecto Barrio Adentro (“dentro del barrio”), en consulta con las autoridades gubernamentales y los representantes locales de la comunidad. En el 2004, el gobierno venezolano dio a conocer diez estrategias políticas enfocadas a la eliminación de las desigualdades sociales, la pobreza y la exclusión. Una de éstas se refería al aumento de la eficiencia de un sistema público de salud comprensivo e integral. Barrio Adentro fue extendido a todo el país con el objetivo principal de asegurar la cobertura de atención primaria en salud para la población, estimada en ese momento en 26 millones (OPS/OMS – 2006b/2006c).

Se introdujo así en Venezuela un nuevo paradigma de formación médica, en paralelo con el sistema de educación superior tradicional, con el fin de capacitar médicos integrales comunitarios capaces de enfrentar la mayoría de los problemas de salud de la población en el primer nivel de atención. El Plan Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria (PNFMIC) tiene énfasis en la formación de médicos para un sector público de salud revitalizado, construido a través de un cambio paradigmático en la formación de médicos orientado solo hacia la atención primaria. Este Plan está activo en los 24 estados del país y hacia el año 2012 ya se habían graduado 17,000 nuevos médicos, de los cuales 6,400 estaban en posgrado de medicina general, 400 en residencias de Salud Pública y Epidemiología y 1.000 en posgrados hospitalarios. Igualmente, se han formado más de 8.000 comités de salud, y el Ministerio de Salud se propone fortalecer el proceso de participación y movilización popular. De 5.360 centros de salud en el primer nivel de atención en 1998, se ha alcanzado la cifra de 13.731 en 2012, mientras que en el segundo nivel de atención (Centros de Diagnóstico Integral, Centros de Alta Tecnología y Salas de Rehabilitación Integral), pasaron de 310 en 1998 a 1939 para 2012. A pesar de estas alentadoras cifras, cualquier evaluación final del éxito del programa que involucre su impacto sobre los servicios de salud y su accesibilidad, sobre el estado de salud de la población y el compromiso futuro de los estudiantes con una carrera en el servicio público, está a varios años de distancia. Sin embargo, la documentación y la evaluación de cada etapa son necesarias para mostrar los resultados a Venezuela y todas las posibles lecciones que este programa puede ofrecer a otros países González (2014).

En Bolivia, bajo el direccionamiento de Evo Morales la nueva Constitución Política del estado reconoce a la salud como un derecho fundamental y de responsabilidad del Estado;

ordena la construcción del Sistema Universal Único de Salud; Incorpora a la medicina tradicional y a los saberes indígenas originarios y reconoce a la participación y al control popular como garante de la construcción y ejecución de los derechos. Igualmente, la política de salud vigente es la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, que prioriza a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, fortaleciendo el primer nivel de atención. Se elaboró la Ley del Sistema Único de Salud, en asambleas y congresos con los movimientos sociales y se realizan Congresos populares en cada Departamento para nutrir un Congreso Nacional. Según el Plan de Gobierno 2015-2020, la salud es un derecho humano, social fundamental y un bien público. Es el reflejo de las condiciones de vida y del estado socio económico de la población, por lo que el Estado adoptara estrategias que contribuyan a resolver los factores estructurales que la sustentan.

En el caso de Argentina, desde el año 2011 irrumpe un modelo alternativo en la enseñanza médica que próximamente estará dando sus primeros frutos desde la Universidad Nacional de la Matanza (UNLaM). El nuevo paradigma de educación médica corresponde a una forma distinta de encarar el ejercicio y el aprendizaje de esta profesión y se aplica desde un principio en aquellos que consiguen ingresar a la carrera, quienes se encontrarán con prácticas en los propios sistemas de salud de la zona desde el primer año y reflexionarán acerca de cómo mejorarlos; aprenderán a escuchar a los pacientes; conocerán el cuerpo humano, no a través de un órgano, sino a través del debate en grupo a partir de casos-problema; y conocerán las problemáticas de salud de cada barrio, facilitando la aplicación de una medicina colectiva. Este modelo educativo tiene mucho que ver con la naturaleza del trabajo profesional del médico, que requiere una serie de habilidades que no se adquieren en el aula, sino que requiere experiencias profesionales precoces, líneas de reflexión y de búsqueda de conocimiento muy activas, ya que en el campo de la medicina se observa una rápida obsolescencia del conocimiento. Luego se necesita crear condiciones para que el alumno “aprenda a aprender”,

Este nuevo paradigma comenzó a utilizarse en 1969, en la Universidad de McMaster, Canadá. En Argentina así como en otras universidades latinoamericanas, se empezó a usar en la década del 80, aunque de manera híbrida, es decir, de forma integrada con el currículo tradicional. Las universidades públicas que cuentan con el nuevo plan de estudios son cinco: las Universidades Nacionales de Rosario, del Litoral, de Cuyo, del Sur y de La Matanza. Esta metodología de enseñanza se llama Aprendizaje Basado en Problemas

(ABP), en donde los conocimientos que en las materias tradicionales se adquieren por separado, en el nuevo currículo se integran dentro de las diferentes etapas de crecimiento del ser humano o ciclo vital: nacimiento, niñez, adolescencia, adultez y vejez. Bajo un enfoque pluralista e intercultural y prácticas precoces reflexivas *in situ*, se explora el afianzamiento de la comunicación eficaz de los saberes compartidos en la relación médico-paciente-contexto.

A la par en Argentina, La Universidad Arturo Jauretche de Florencio Varela sumó a su oferta académica en 2015 la carrera de Medicina, con el objetivo de formar profesionales dedicados a la atención primaria de la salud y con un perfil más humanístico para el Sur del Gran Buenos Aires. La carrera está estructurada en siete años y su objetivo es "formar médicos generalistas" con la idea de "volver al tradicional médico de familia, al médico de la prevención y de la atención primaria de la salud". Los estos estudiantes tienen una preparación especialmente destinada a la atención primaria además de la formación académica para ejercer la medicina en cualquier lugar del país, y especializarse. Desde el primer año de la carrera los estudiantes se forman en contacto con la comunidad y aprenderán a ejercer la medicina desde el centro de salud, el centro comunitario y el club; con una mirada humanística. Esa perspectiva pone al paciente (pasivo, padeciente) en un lugar de persona que vive en una comunidad, trabaja y sufre y disfruta y acude al médico en busca de una respuesta a un problema de salud. El programa se ha basado, a su vez, en la nueva carrera y en su "currículo innovado" que aplica la Universidad Nacional de La Matanza, la otra oferta pública del conurbano bonaerense para los jóvenes que quieren ser médicos.

Para terminar esta mirada de experiencias continentales alternativas y contrarias al mercado neoliberal en la formación médica, no se debe perder de vista el Programa "Mais Médicos" (Más Médicos), lanzado a partir de septiembre del año 2013 por el Gobierno Federal de Brasil, que tiene como propósito aumentar el número de médicos en las regiones de mayor vulnerabilidad social mediante una convocatoria pública nacional e internacional para la contratación de estos profesionales. Además de dicha selección, la iniciativa prevé aumentar el número de plazas de medicina y de residencia en Brasil, así como incluir un nuevo ciclo en los planes de estudios de grado para actuar, durante dos años, en la red pública de salud. Se espera así: disminuir la escasez de médicos en el país; proporcionar formación en atención primaria, puesto que los participantes podrán cursar una

especialización en atención primaria durante el programa; y ampliar el intercambio de conocimiento en esta área con otros países.

Brasil es uno de los pocos países del mundo con más de 100 millones de habitantes que tiene un sistema de salud público y universal. El Sistema Único de Salud (SUS) ofrece atención primaria y atención especializada a través de una red de hospitales públicos y contratados. Todos los procedimientos y cuidados son financiados por el Gobierno Federal, con un presupuesto de unos 95.000 millones de reales, con la participación de los gobiernos estatales y locales. El proceso de selección está abierto a médicos brasileños y extranjeros que trabajen en países con una proporción de profesionales mayor que la de Brasil (1,8 médicos por cada mil habitantes), obedeciendo a las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en materia de recursos humanos, en particular al código de prácticas sobre contratación internacional de personal de salud. Los médicos con diplomas convalidados en Brasil y de nacionalidad brasileña tendrán prioridad. El número de plazas disponibles depende de las necesidades que indiquen los municipios cada tres años. El Gobierno Federal de Brasil trabaja con la estimación del número de médicos requeridos por los municipios a través del Programa de Valorización de la Atención Primaria (PROVAB), que contrata a profesionales para trabajar en el interior de las grandes ciudades y en sus periferias. De un total de 13.862 plazas abiertas, se atendieron unas 3.600.

Estas últimas experiencias están por demostrar que los sistemas de formación médica con base en la atención primaria en salud y la medicina comunitaria no son una utopía irrealizable, han existido y existen. La educación médica en Colombia no se ha permitido estas aproximaciones; porque el sistema de salud, de marcado corte neoliberal, paulatinamente desestimula la práctica de la salud comunitaria. Sin embargo, lo reseñado está en la vía de demostrar obtener mejores resultados y mayor aprecio por las poblaciones que los sistemas privados. Nuestro sistema de salud tuvo rasgos de ello, pero estos han sido socavados por años de constricciones.

En el ámbito colombiano también se rastreó el concepto de “pertinencia” siguiendo voces institucionales que plantean la necesidad de una reorientación curricular de los programas médicos. Aunque el término “pertinencia” se adoptó en el mundo de la educación médica de manera tardía (entre 1999 y 2001) con relación a otros ámbitos de la educación superior, este emerge de los documentos reseñados de acuerdo al significado y el sentido dado por

la UNESCO en 1998. 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 llaman la atención los constantes llamados al replanteamiento de la educación médica y su reorientación hacia los aspectos sociales, humanitarios y culturales. Incluso se generaron las bases para orientar el reordenamiento a nivel de facultades y programas en el país desde la agremiación de los programas de educación médica (La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina - ASCOFAME), pero el esfuerzo parece haberse diluido y olvidado en las últimas décadas. Curiosamente en momentos en que el resto del mundo lo incorpora, la pertinencia de la educación médica del país entra 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.

Durante las últimas cuatro décadas, tanto en Colombia como en América Latina, se han efectuado varias reformas en el sector salud, lo que determinó un “continuo transicional” que da muy poca oportunidad a la reflexión en el diseño, formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas que orienten 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 para la solución de las necesidades poblacionales en salud. Tanto la Organización Panamericana de Salud (OPS), como el Consejo Económico Para América Latina (CEPAL) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), exponen que en el sector salud, durante las tres últimas décadas del siglo XX, *“el tema de recursos humanos ha sido olvidado en las agendas de reformas”*(Brito – 2000). Situación que a mi juicio no experimenta cambio, transcurridos hoy los tres primeros lustros del siglo XXI.

En paralelo con la sucesión de reformas nacionales del sector salud, también se desarrolla una significativa transformación de la cultura organizacional de las universidades y un cambio en el “status”, la identidad y las prácticas de las profesiones académicas. Se está propiciando un tránsito de una educación superior como bien público hacia una educación dentro de un modelo economicista que promulga la evaluación para una clasificación institucional como vía de asignación de recursos, sin ninguna retroalimentación del sistema educativo sobre el sistema social. La formación del talento humano para 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 (Cardaci – 2011).

De 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 colombiana 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 (Ministerio de Salud, Colombia – 2000), 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 número de necesidades en salud de la población; se encontró una participación directa del mismo en el 86% de las actividades multidisciplinarias de estos programas; contra el 63% de enfermería, 23% de odontología, 70% de trabajadores sociales, 21% de salud mental, 12% de nutricionistas y 47% de profesionales de ayudas diagnósticas (HSR Espinal – 2007). Es decir que el médico es el profesional de salud con mayor participación y responsabilidad en el área. Sin embargo en la educación médica, en promedio, se destina menos del 20% del tiempo y los recursos disponibles para consolidar un aprendizaje transformativo que sea capaz de convertirlo en agente de cambio en el área de la salud pública (UT – 2011). Sin duda un contrasentido, que incide en los resultados e indicadores de salud poblacionales y en el déficit paulatino en la calidad científica orientada hacia la APS, punto de encuentro para resolver gran parte de las necesidades en salud de la población (Yepes – 2005).

Las IES relegan u olvidan que 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 – 2000/2005).

En la educación médica referida al área de la salud pública (entendida como salud poblacional o salud de colectivos), desde la década de los años ochenta, coexisten dos

modelos. El primero, se dirige a la formación de pregrado de un personal específico en el campo de la salud pública, con bachilleratos o licenciaturas. Este modelo ha sido adoptado en algunos países anglosajones y europeos. El segundo modelo, adopta como principio de formación en el que las responsabilidades de salud pública deben ser compartidas por todos los integrantes del equipo sanitario, constituyendo un componente más del currículo de los futuros profesionales de la salud al igual que las ciencias básicas y las ciencias clínicas (Modolo – 1987). Este último modelo ha guiado la formación del talento humano en salud en la mayor parte de Latinoamérica, incluida Colombia.

Si bien, no se encontró referencia de estudios nacionales concretos sobre la pertinencia de la educación médica, existen en la literatura relacionada con el estudio de educación médica en Colombia, innumerables alusiones al contexto y las interacciones sociales del futuro médico general, de las que cabe mencionar la publicación en 2002 de cuatro estudios encaminados a conocer la calidad de la formación del “recurso humano”, las posibilidades de mejoramiento de su calidad y entrenamiento, la posibilidad de modelación de la oferta y la demanda a corto y mediano plazo (2-5 años), así como la planeación a largo plazo (20 años); como parte del Programa de Apoyo a la Reforma del Ministerio de Salud (PAR), con el apoyo del Banco Industrial de Desarrollo (BID) y con fundamento en los hallazgos y recomendaciones contenidas en el informe final de “*La reforma de salud en Colombia*” y en el Plan Maestro de Implementación, desarrollado por la Facultad de Salud pública de la Universidad de Harvard en 1996 (ASSALUD et al - 1996), (CHC et al - 1996), (Universidad Javeriana et al – 1996), (Ministerio de Salud, Colombia – 1996). Los resultados de estos cuatro proyectos y sus recomendaciones están de acuerdo con optimizar la información disponible y producir otra con base en ella para los procesos de toma de decisiones bien informados en relación con el desarrollo del talento humano del sector salud en Colombia. Sin embargo a la fecha no se encontró documento o estamento que den cuenta de estas recomendaciones.

Como se comentó en el anterior capítulo, el grupo de trabajo “Red-Salud” de La Universidad Nacional de Colombia, en 2001 publica el documento “*Hacia la construcción del área de la salud en la Universidad Nacional de Colombia*”, que aporta elementos de juicio para la evaluación de las facultades de salud en la Universidad Nacional e identifica dos problemas comunes a todas sus facultades del área de salud, aún vigentes y extrapolables a las demás facultades de salud del país: en primer lugar el problema pedagógico que atomiza y

fragmenta la energía puesta en el esfuerzo por constituir a la salud como un cuerpo integral de conocimiento, y en segundo como las tendencias de la formación profesional (la biológica-molecular; la clínico-tecnológica y la colectivista o de salud pública), que compiten internamente en cada programa y marcan un privilegio del modelo biológico. Desequilibrio que prevalece y sigue impidiendo otras visiones y recursos para el conocimiento en salud y que incluso se ha naturalizado en la organización administrativa de los programas médicos (Medina - 2005), (Red Salud unal – 2002/2005).

Aunque no está relacionado con los programas de medicina, llama la atención el hallazgo, durante la pesquisa, del desarrollo de un modelo de análisis de pertinencia con base en técnicas estadísticas y en métodos multivariados denominados modelos de confirmación de factores con variables latentes,¹⁰ pertenecientes a la gama de Modelos de Ecuaciones Estructurales,¹¹ que ofrece una contribución metodológica para la construcción de un modelo orientado a evaluar la pertinencia del programa académico de Economía de la Universidad EAFIT en Medellín, desde la perspectiva de los graduados, sus percepciones frente a la capacidad de su currículo para adaptarse y responder a las necesidades del medio y del nivel de competencias que su proceso de formación en la universidad les permitió desarrollar (Almonacid – 2009). Sin embargo estos modelos en particular cuantifican la pertinencia desde los graduados y sin tener en cuenta la calificación de los demás actores sociales involucrados en los procesos educativos y formativos; por lo tanto no se tiene oportunidad de contraste.

La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), fundada en 1959, durante sus primeras cuatro décadas de existencia tuvo una alta ascendencia sobre la educación médica y desarrollo en sus estudios y proyectos algunos aspectos relacionados con el concepto de pertinencia, sin utilizarlo como tal; de los que cabe reseñar para este estudio:

La “*Conferencia Nacional de Resultados del Estudio de Recursos Humanos para la Salud y la Educación Médica en Colombia:*” resume los resultados de los estudios sobre población, estado de salud y recursos para la salud en Colombia, realizados por

¹⁰ Una variable latente se suele identificar como una variable directamente no observable medida o compuesta por variables observables mucho más manejables. Por ejemplo: el bienestar, la calidad de vida, etc.

¹¹ El modelo de ecuaciones estructurales es una técnica estadística que se utiliza para comprobar y estimar relaciones causales entre variables.

ASCOFAME y el Ministerio de Salud pública de Colombia entre 1963 y 1967. Documento esencial para dirigir la solución de muchos de los problemas de la época y piedra fundamental para la elaboración de los Planes Nacionales de Salud y Educación Médica (Paredes – 1969). Señala que las Facultades de medicina del país tenían su orientación exclusivamente orientada hacia la capacitación de los profesionales para la práctica individual curativa y urbana, sin tener en cuenta para nada los problemas y las necesidades específicas de salud de la población, con una conciencia insuficientemente desarrollada de los problemas sociales del país.

“Seminario sobre objetivos de la educación médica para una medicina de la comunidad:” libro publicado en 1974 y dirigido a educadores del área de la salud con el propósito de analizar los aspectos que tenían que ver con reorientación de la educación médica en Colombia, en momentos en que el Gobierno se proponía consolidar y organizar una nueva estructura nacional de salud con base en la regionalización. Plantea el papel de la universidad como formadora de personal de salud como fundamental para este propósito, en asocio con los organismos que prestan los servicios y la población que los recibe. Se sentencia que la universidad debe participar permanente y activamente en la planificación, como componente del sistema, y por supuesto en el de planificación del talento humano a través de un plan de estudios y un plan de salud congruentes e interrelacionados en el que exista o se formen también planificadores para que el enlace entre los sectores educación y salud sea ágil y productivo. “Los médicos que egresan de las universidades para incorporarse al sistema, deben conocer las funciones que les corresponde ejecutar en cada nivel y las asignadas al resto de personal: “deben tener conciencia de la Medicina Comunitaria tanto en su marco conceptual teórico como práctico, porque es la que va a aplicar dentro del sistema”. La Medicina Comunitaria, será en el país el prototipo de formación para el médico, no ya del Ministerio de Salud o de la Seguridad Social o de la Medicina Privada, sino del médico para Colombia” (Ruan – 1974). Se marca un divorcio claro entre el subsistema educativo que prepara personal de salud, y el sector encargado del diseño y ejecución de la prestación de servicios. Situación que obstaculizaba la posibilidad de planeación y programación conjunta, que sin lugar a dudas, sería más provechosa para ambas partes. Adicionalmente este documento se centró en los llamados “objetivos nacionales para la formación de médicos” consensuados por ASCOFAME en 1970, resumidos así: 1) Capacidad para resolver o contribuir a resolver integralmente problemas de salud individuales y colectivos. 2) El médico profesional universitario en un

país en desarrollo, debe ser capaz de contribuir a la difusión de la cultura, y 3) Como médico especialista debe tener capacidad resolutive a profundidad y ejercicio de la docencia.

“Perspectivas curriculares de educación médica para el siglo XXI”: es un documento publicado en 1995, que plantea en la situación nacional en salud la falta de coherencia de los diferentes programas de educación médica del país con los diversos estilos y modalidades de la práctica médica. “Las facultades de medicina, el médico y los gremios, han perdido el liderazgo, al no comprender por deficiente análisis los graves problemas sociales y los profundos cambios que el país sufre, y al no querer aceptar que sus problemas individuales son la consecuencia de los que padece la sociedad entera, han asumido una actitud elitista, alejada o populista, y sesgada”. Esa realidad de transito de un sistema de asistencia pública en salud a otro de seguridad social (hoy día un mercado de aseguramiento), junto con las ineludibles consecuencias que estos pasos tienen sobre la vida del país durante por lo menos los próximos 50 años, exigen un replanteamiento en los programas de educación médica, para formar un médico que corresponda a la modernidad, con más igualdad y justicia social, menos violento, más equilibrado y tolerante. El documento hace énfasis en los aspectos curriculares de los programas de medicina; cuestiona los criterios tradicionales del currículo para dar paso a nuevas concepciones, características y tendencias en armonía con las perspectivas del futuro. “La instauración de un currículo flexible, integrado, interdisciplinar, abierto, creativo y más formativo que informativo.” (Ospina – 1995). Igualmente plantea la crisis del positivismo y el “Flexnerismo” y llama a una educación médica en sociedad que responda a las funciones sociales de la profesión, moduladas por los fenómenos políticos y económicos de la estructura del Estado que generan inequidad, acúmulo de carencias y en general deuda social. La educación médica está ligada a los procesos de desarrollo y en este orden de ideas se han operado modificaciones en el quehacer laboral medico a partir del incremento tecnológico, la institucionalización, la transformación de la relación médico-paciente y nuevos aspectos éticos y morales. “Situaciones que demandan un nuevo marco educativo que restituya el equilibrio perdido, que le retorne a la ciencia su papel rector sobre la tecnología para la garantía en la calidad y el restablecimiento del principio ético y moral de compromiso y responsabilidad social de la medicina.”

“*Los procesos de reforma curricular en las facultades de medicina en Colombia.*” es un documento, que analiza la continuidad del proceso de reforma curricular y se basa en las relatorías presentadas por la mayoría de las Facultades de medicina afiliadas a ASCOFAME, durante el taller celebrado en julio de 1996, en la ciudad de Cali, en conjunto con el Consejo Directivo y del Consejo General de Educación Médica de ASCOFAME. Destaca la evaluación curricular como aspecto central alrededor del cual debe orientarse el proceso de autoevaluación, por ser este componente, entendido en su acepción completa, el aspecto sustantivo para la formación de los estudiantes y fundamento para la acreditación de los programas de medicina como parte del proceso de mejoramiento de la calidad de los mismos.

De otra parte, en la revisión de la legislación y normatividad vigente en Colombia, cabe destacar la reciente reforma al sistema de salud en Colombia, a través 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: dio la posibilidad de pasar de un modelo económico, lo que ha sido el Sistema General de Seguridad Social y Salud (SGSSS) con la ley 100 de 1993, a un modelo de salud pública liderado en verdad por el Estado. Situación que finalmente no se concretó, frustrando el desarrollo de procesos de análisis, implementación y evaluación de la dimensión de “pertinencia”. Se trató si, de un acto legislativo sobre la regla fiscal, que elevo a la categoría de derecho el tema de la sostenibilidad financiera; y de un proyecto de ley estatutaria que busco poner unos límites al derecho a la salud, muy en contravía del concepto definido en la Sentencia de la Corte Constitucional T-760 de 2008, que exigió al Estado la actualización y unificación de los planes de beneficios, la unificación del Plan Obligatorio de Salud (POS) y la instauración de una doctrina de protección del derecho a la salud (Franco-Giraldo – 2011).

Igualmente, la ley 1438 de 2011 dedica un capítulo de 10 artículos a la política de talento humano, en aspectos relacionados con su formación continua, la “*pertinencia*” y calidad en la educación y 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 dadas 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 aún pendiente el desarrollo reglamentario de cada aparte tocado en el capítulo de talento humano para la salud.

Para sintetizar este apartado, desde el inicio del siglo XXI, se expresaron en el mundo, una serie de tendencias innovadoras en la educación médica (Ver Tabla 2.1). 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 (Hans – 2006), (Majumder – 2004), (Brailovsky – 2012). Todos ellos elementos y procesos en favor de la “pertinencia” de la educación médica.

Tabla 2.1: Tendencias en la educación médica

1.Educación para la capacidad	Competencias & habilidades: clínicas, genéricas y de formación practica
2.Orientación hacia la comunidad COME	Currículo orientado a la comunidad - CBT
3.Aprendizaje auto-dirigido	Learn to learn
4.PBL - TBL	Simulación - Realidad
5.Integración y contacto clínico y comunitario precoz	<i>Multiprofesional - Multidisciplinar Horizontal – Vertical</i>
6.Desarrollo Profesional Continuo CPD	Responsabilidad para con La sociedad
7.Unidad entre educación y practica	Coherencia con las demandas de los servicios de salud, las ciencias y las prácticas.
8.Educación médica basada en la evidencia	BEME - mejor evidencia disponible / practicas
9.Tecnología de la comunicación e información	TIC habilidades informáticas para el aprendizaje auto-dirigido.

Fuente: Majumder A, D’Souza U, Rahman S.

2.2. Bitácora de la construcción del tejido conceptual y teórico:

Para iniciar la aproximación al marco teórico y conceptual, en términos generales y entre muchos otros aspectos, en esta sección se exploran conceptualizaciones iniciales sobre: la rectoría, gobernanza y/o gobernabilidad que como conceptos analizan el funcionamiento del Estado y su interacción e interrelación entre actores (públicos y privados) en el contexto colombiano; el trabajo y su relación con la educación como producto de tensiones sociales e históricas; un croquis conceptual para orientarnos en la ubicación de la educación, la formación, la pedagogía y el currículo; se diferencia entre formación y educación; se precisa el entendimiento de necesidad; se consideran los planteamientos teóricos sobre la dimensión de pertinencia en la educación superior y los diferentes enfoques alcanzados hasta hoy, incluida su génesis dentro del proceso de la llamada “modernización educativa” para Latinoamérica; se enfatiza en la indagación sistemática y sistémica con el fin de aproximarse a la comprensión teórica de la pertinencia, entendiendo que los grupos humanos se conciben como un sistema, el cual, a la vez, puede ser visto como parte de sistemas más amplios; se 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; se acude a la teoría del campo, desde la psicología, sobre el comportamiento humano con relación a la norma y la tensión entre las percepciones que el individuo tiene de sí mismo y del ambiente psicológico en el que se sitúa, el espacio vital, determinante de sus conductas y apropiaciones, con el ánimo de comprender el campo dinámico en que la salud poblacional es asimilada o no por los estudiantes de medicina; y finalmente se establece por qué la perspectiva constructivista-construccionista es escogida como el mirador de este proyecto. Todo lo anterior focalizado en el propósito de inferir una base teórica comprensiva de la construcción de la pertinencia educativa médica.

Como preámbulo, se contrastaron los propósitos de este estudio con el pensamiento del filósofo catalán Antoni J. Colom, quien en su libro publicado en 2002, *La (de) construcción del conocimiento pedagógico. Nuevas perspectivas en teoría de la educación*, sentencia que las teorías de la educación actualmente predominantes son incapaces de abordar los problemas educativos cotidianos, precisamente, porque son teorías caracterizadas por ser elementales, fundamentales y generales, en consecuencia, han tenido en el orden, la estructura, la linealidad y en los estereotipos su razón de ser. Por lo tanto, no pueden captar

los ruidos educativos, es decir, lo que no se adapte a esa estructura educativa presupuesta, coherente y ordenada. Así, si se quiere construir el conocimiento pedagógico que dé cuenta de la realidad educativa, se tiene que comenzar por deconstruir esa teoría heredada de la teoría científica de la modernidad. Recurriendo, por ejemplo, a la teoría sistémica y a una teoría cibernética, donde los sistemas tienen la capacidad de utilizar los flujos de información recibidos del medio externo en su autorregulación y control. Luego para dar cuenta de la realidad educativa se recurrió a la lógica sistémica señalada por Colom (2002).

Esta tesis aprovecho del enfoque sistémico su posibilidad de uso tanto en las ciencias naturales como en las ciencias sociales y humanas con el ánimo de tener mayor comprensión de la realidad puesto todo en un mismo plano, gramática o lenguaje, sin tener que abordar de entrada otras dimensiones, otras relaciones de concordancia y otras relaciones de oposición que causarían un “ruido” distractor en la observación de la realidad estudiada. Con la ilusión de que una vez comprendida y conocida la realidad sistémica, se pueda intentar abordar la complejidad caótica e incierta que implica la sistémica compleja cibernética, contrastada con la narración científica inicial de la realidad, que por ahora y con la salvedad hecha vamos a tratar de comprender y entender.

2.2.1. ¿Rectoría, gobernanza y/o gobernabilidad de la pertinencia?

El Ministerio de Educación Nacional de Colombia, plantea en su Plan Sectorial, que "la política de pertinencia se ha concebido para que el sistema educativo forme el recurso humano que pueda responder al reto de aumentar la productividad y competitividad del país. Para ello, en torno al desarrollo de las competencias laborales, se propone establecer propuestas flexibles que faciliten la movilidad de los estudiantes entre los diferentes niveles de formación y entre el sistema educativo y el mercado laboral. De forma particular se busca fortalecer y fomentar la educación técnica y tecnológica" (MNE – 2006). La pertinencia es un aspecto determinante en la calidad de la educación y supera el ámbito de la institución superior en tanto tiene consecuencias directas en la sociedad. El Plan Nacional Decenal 2006-2016 para la educación superior muestra la importancia de transformar el pensamiento de lo enciclopédico a lo creador, mediante el fortalecimiento de la capacidad de análisis, el razonamiento y la argumentación.

Según el portal web de la Organización Panamericana de la Salud – Colombia (OPS/PAHO - 2015), desde la perspectiva de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP),¹² al ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública (en salud) propias e indelegables en el contexto del nuevo esquema de relaciones entre gobierno y sociedad en el Estado moderno, se le llama “rectoría”, y es competencia característica de cada gobierno, ejercida mediante la autoridad (sanitaria). Su propósito es definir e implementar las decisiones y acciones públicas para satisfacer y garantizar, en el marco del modelo de desarrollo nacional adoptado, las necesidades y legítimas aspiraciones (en salud) del conjunto de los actores sociales (PAHO – 2015).

Dada la inserción de la pertinencia dentro de la política de Estado, a través de la incorporación dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2006 – 2010 del Proyecto: “Fomentar la Pertinencia de la Educación Superior en Colombia”, inscrito en el Banco de Proyectos y Programas de Inversión Nacional (BPIN) bajo el código No. 0020-06005- 0000 y suscrito por el Departamento Nacional de Planeación (DNP) y el Ministerio de Educación Nacional (MEN), podemos decir que la rectoría de la pertinencia de la educación superior le corresponde al Ministerio de Educación Nacional (MEN) y que este a su vez ha delegado su operación al Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (SACES) de cuyos lineamientos, valoración y evaluación se ha encargado el Consejo Nacional de Acreditación (CNA); siempre bajo la responsabilidad general y final del Ministerio de Educación Nacional. Específicamente, en el caso de la pertinencia de la educación médica (asociada en el capítulo 1 de este estudio a la salud pública o de los colectivos), la rectoría debería estar compartida o al menos acompañada por el Ministerio de Salud y Protección Social, sin embargo lo que es claro para el Ministerio de Educación Nacional, no lo es, estructural y funcionalmente, para el Ministerio de Salud y Protección Social y por lo tanto la pertinencia educativa para con las necesidades poblacionales en salud, es prácticamente

¹² Las Funciones Esenciales de Salud Pública constituyen el núcleo de la caracterización funcional de todo el campo de la salud pública y son, a su vez, requisitos indispensables para la mejora de la salud de las poblaciones. En su orden son: función esencial No.1: monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud de la población; función esencial No.2: vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública; función esencial No.3: promoción de la salud; función esencial No.4: Participación de los ciudadanos en salud; función esencial No.5: desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública; función esencial No.6: fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública; función esencial No.7: evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; función esencial No.8: desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; función esencial No.9: garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos; función esencial No.10: investigación en salud pública; función esencial No.11: reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

invisible en la orilla del Ministerio de Salud y Protección Social; sin existir una interlocución válida, que diferencie dolientes responsables del tema.

De otro lado, surge la gobernanza como un nuevo concepto que en su definición más general analiza el funcionamiento del Estado pero también su interacción e interrelación con otros actores públicos y privados. En Colombia, este concepto varía según su uso y apropiación por los distintos actores. El sentido del concepto de gobernanza está estrechamente relacionado con los cambios acontecidos en los últimos treinta años en la escena mundial. La globalización, los avances tecnológicos, el auge de organismos no gubernamentales (ONG) y el creciente papel político de la sociedad civil han provocado una crisis del modelo tradicional del Estado. De un lado, el Estado pierde su papel rector con respecto al desarrollo de la sociedad y a la regularización de la vida pública; de otro lado, tiene que interactuar con nuevos actores públicos y privados, nacionales e internacionales, que obligan a una nueva mirada desde este nuevo escenario político.

Debido a ello, resulta cada vez más frecuente cualificar la acción de un gobierno y el manejo de la gestión pública mediante el término “gobernanza”. Este mismo término no sólo se refiere a la “acción y efecto de gobernar” sino también “al arte o manera de gobernar que se propone como objetivo el logro de un desarrollo económico, social e institucional duradero promoviendo un sano equilibrio entre el Estado, la sociedad civil y el mercado de la economía”, según lo define la Real Academia Española.

La gobernanza involucra entonces un amplio espectro de aspectos. De un lado se presenta como un nuevo motor de la regulación política, social y económica del nivel local al nivel global y una herramienta de renovación del espacio político y de los fundamentos democráticos de nuestras sociedades. De otro lado, por su percepción neoliberal se reduce comúnmente a la gestión técnica de los recursos públicos y en este sentido abre la puerta a una cierta privatización del campo público y de la decisión política, con lo que finalmente puede terminar justificando las reformas neoliberales en el ámbito político, económico y social. Sin embargo, más allá de las varias interpretaciones ideológicas de la gobernanza y del esfuerzo por darle una definición común, la gobernanza tiene el mérito de ser un concepto amplio que permite una multitud de aplicaciones.

En Latinoamérica y en Colombia en particular se usa casi siempre el término de gobernabilidad y no el de gobernanza. En la bibliografía especializada, académica, o inclusive en la prensa nacional, cuando se trata de analizar el funcionamiento de las instituciones estatales, en aspectos de participación ciudadana o de reforma del Estado se hace únicamente referencia al concepto de gobernabilidad.¹³ Parece que el término de gobernanza no fue realmente apropiado por los centros de investigación latinoamericanos tal como lo fue por ejemplo por las instituciones internacionales, por institutos norteamericanos o europeos. Esto no significa que no se hayan hecho algunos estudios sobre el tema pero que la terminología se adoptó a una lógica determinada por las instituciones internacionales y a las reglas del juego mundial traduciendo en “gobernabilidad” la capacidad del Estado de responder a los requisitos y criterios de „buena gobernabilidad. En el caso colombiano, el Estado en su desarrollo está sometido a las reglas impuestas por instituciones internacionales como el Banco Mundial por lo cual el concepto de gobernabilidad se reduce entonces a unas normas puramente técnicas relativas a la eficiencia del Estado. Que en el caso de la educación superior son muy consecuentes con el adoctrinamiento materializado por la “modernización educativa”, a la que este estudio se referirá más adelante.

Finalmente, hablese de gobernabilidad o de gobernanza, no es el término usado lo que prima sino sus distintas connotaciones y acepciones. En este estudio se usó el término gobernabilidad porque en Colombia, la mayoría de agencias de Estado, actores sociales y académicos usan este término. No existe todavía un acuerdo común alrededor de este concepto ni en Colombia ni en el nivel internacional. La gobernabilidad obliga a cuestionar un funcionamiento institucional, político y social en un territorio. Así, “más allá de la trampa del lenguaje, la gobernabilidad es un concepto y una herramienta útil para plantear no sólo los aspectos técnicos de un gobierno sino también su articulación con una sociedad en un territorio dado teniendo en cuenta las especificidades culturales de este último” (Launay – 2006).

¹³ Por ejemplo, el número especial de la revista de Ciencias Políticas (Vol.25, No1, 2005) que presenta un estado del Arte de las ciencias Políticas en América Latina, se menciona muy pocas veces el termino de gobernanza pero si mucho más el termino gobernabilidad. La gobernanza como tal no es un tema de análisis de los investigadores

2.2.2. Educación y trabajo:

Este estudio asumió que la actual división del trabajo entre las diferentes profesiones de la salud es una construcción social que resulta de complejos procesos históricos en torno a los avances científicos, desarrollo tecnológico, relaciones económicas, intereses políticos, culturales y esquemas de valores y creencias. La naturaleza dinámica de los límites profesionales se destaca por las continuas luchas entre los diferentes grupos de profesionales para delimitar sus respectivos ámbitos de práctica. La división del trabajo en un momento dado y en cualquier sociedad concreta es mucho más el resultado de estas fuerzas sociales que de cualquier atributo inherente de la labor relacionada con la salud (Frenk et al. – 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 lo tanto, un vínculo fundamental entre la formación profesional, por un lado, y las condiciones de salud, por el otro. Se hace así necesario comprender las relaciones complejas en y entre la educación y la salud, para lo cual es conveniente recurrir a los enfoques de sistemas a fin de dilucidar las interacciones que nos posibiliten su entendimiento.

2.2.3. La educación y los enfoques sistémicos:

Los planteamientos de Colom (1979), promueven un abordaje desde la sociología de la educación bajo la metodología de la teoría general de sistemas, siguiendo los postulados de Durkheim, Spencer, Smith, Dewey y Azevedo y utilizando el sistema como elemento conceptual, su función teleológica (causas finales) y la interrelación como aspectos esenciales en la comprensión del devenir histórico de la educación médica hacia la salud poblacional. En el diseño analítico, el sistema se asume como una categoría metodológica que proporciona estructura y funcionalidad a la realidad en categorías sistémicas que permiten una redefinición científica de la realidad estudiada.

El concepto de sistemas, tal como este ha impregnado el mundo hoy en día, es producto del desarrollo del pensamiento científico a lo largo del tiempo, a fin de explicar y comprender los fenómenos de la naturaleza. El “método resolutivo galileico”, que reducía los fenómenos

complejos a partes y procesos elementales, dio excelentes resultados cuando los hechos observados podían dividirse en cadenas causales aisladas, es decir, en relaciones entre dos o pocas variables. Fue así como este método se convirtió en método esencial para el desarrollo y éxito de la física, pero quedaron por resolver los problemas que involucran muchas variables. Se requirió, en consecuencia, de un nuevo paradigma que considerara la interacción entre varios componentes y diera explicación satisfactoria a un todo organizado. Ese paradigma fue la Teoría General de Sistemas (TGS) enunciada por Bertalanffy en 1950, que enfoca el comportamiento de los elementos de la realidad frente a otros elementos, y pone de relieve que cada uno de ellos existe dentro de un contexto con el cual tiene múltiples integraciones de distinto nivel de relevancia. El grado de relevancia de las interrelaciones está dado por la contribución que ellas aportan a que los fenómenos experimentados por el elemento o las acciones que desarrolla se integren con los fenómenos o acciones que se realizan en otros elementos, para producir en conjunto un resultado peculiar, propio o característico que justifica la participación de cada elemento en el conjunto. Cada conjunto de elementos ligados por estas interrelaciones que producen un resultado característico es lo que se conoce como *sistema* (Rodríguez-Valencia – 1993).

La finalidad de la TGS consiste en encontrar el marco conceptual más general, en el cual insertar una teoría científica o un problema técnico sin que estos pierdan sus características esenciales. Según Bertalanffy (1950), lo fundamental de esta TGS consiste en la función de planteamiento matemático con el organístico. Poner de manifiesto cómo la organización de un sistema se hace patente a través de su estructura matemática. Como ocurre, por ejemplo, cuando las propiedades o atributos matemáticos de ciertos sistemas dan a entender ciertos aspectos orgánicos, comprendiendo en estos la tendencia a ciertos estados de equilibrio independientes de las condiciones iniciales; descubrir similitudes en las construcciones teóricas de ciertas disciplinas, cuando estas existan, y desarrollar modelos teóricos que tengan aplicación al menos en dos campos diferentes del estudio; desarrollar por lo menos un espectro teórico o de teoría, es decir, un sistema de sistemas que pueda llevar a cabo la función de una configuración.

Para estudiar cada parte de la naturaleza que nos interesa, es conveniente definirla en un sistema enmarcado por tres componentes: objetivo; elementos e interrelaciones. Así como el medio ambiente con el cual tiene sus interacciones vitales y significativas, todo lo cual es

necesario identificar para comprender, en todas sus aplicaciones, la parte de la naturaleza que queremos estudiar.

De esta manera, la TGS nos permite investigar y analizar:

- ¿Cómo se relacionan determinados elementos y para qué se relacionan? Para desde los elementos descubrir el objetivo, el sistema y el medioambiente.
- ¿Qué elementos son necesarios y cómo se interrelacionan para producir determinado resultado? Para desde un objetivo conocido descubrir el sistema que lo produce.
- ¿Para qué existen determinadas interrelaciones entre ciertos elementos y cuáles son todos los elementos involucrados? Para a partir de ciertos elementos e interrelaciones descubrir el sistema y su objetivo.

Así las cosas, la educación médica, desde el enfoque de sistemas, se observa como un organismo social, como un sistema unificado que tiene un propósito y se compone de partes relacionadas entre sí. En vez de tratar cada parte por separado (educación y salud, por ejemplo), da al observador la forma de ver la organización como un todo y como parte del medio ambiente externo. La actividad de cualquier parte del organismo social afecta la actividad de las demás partes. Los sistemas de educación y salud, de manera autónoma e independiente, están conformados por elementos y relaciones entre elementos cuyas características configuran la naturaleza del todo. Para alcanzar sus objetivos desempeñan funciones, acciones, actividades y operaciones específicas integradas a un proceso de conversión o de transformación. Son flujos de entradas o insumos: las necesidades y los problemas que manifiestan las necesidades sociales y económicas de educación y salud; las necesidades y los problemas de investigación que plantea el desarrollo social, económico, cultural y político del país; los individuos y sus características escolares, psicosociales, económicas, culturales, profesionales y laborales, y los datos demográficos y las informaciones, estadísticas, documentos, datos y conocimientos indispensables sobre los cuales se efectúa la función de transformación del sistema.

El medio ambiente social, según Rodríguez-Valencia (1993), ha sido uno de los aspectos más descuidados de la teoría y práctica administrativa de los sistemas organizacionales. A través de la TGS el medio externo tiene un influjo directo en el medio interno y dentro del

principio de sistemas abiertos se incorpora en forma vital la administración del medio externo dentro de su marco de referencia. El medio ambiente social prescribe y enseña lo que el individuo debe aprender y aceptar, determina el lenguaje, los hábitos, las costumbres, las actitudes y los valores de los miembros de la sociedad. Estos últimos dictan la manera como se interpretan o perciben los estímulos que determinan una conducta; aunque no todos los individuos de una sociedad tienen los mismos valores.

A su vez, un “sistema complejo” está compuesto por varias partes interconectadas o entrelazadas, cuyos vínculos crean información adicional no visible antes por el observador. Como resultado de las interacciones entre elementos surgen propiedades nuevas que no pueden explicarse a partir de las propiedades de los elementos aislados. Dichas propiedades se denominan “propiedades emergentes”. El “sistema complicado”, en contraposición, también está formado por varias partes, pero los enlaces entre estas no añaden información adicional. Nos basta con saber cómo funciona cada una de ellas para entender el sistema.

En un sistema complejo, en cambio, existen variables ocultas, cuyo desconocimiento nos impide analizar el sistema con precisión. Así pues, un sistema complejo posee más información que la que da cada parte independientemente. Para describir un sistema complejo hace falta no solo conocer el funcionamiento de las partes, sino conocer cómo se relacionan entre sí (Forrester – 1961 y 1969).

2.2.4. La educación médica como sistema:

Desde la perspectiva de Colom (1979), lo correcto sería hablar de *subsistema educativo*, puesto que este sistema se origina, se integra y se desarrolla dentro del sistema social; sin embargo, para la claridad y la sencillez expositiva, y en función de la simplificación lingüística, no se sigue esta pauta. Igualmente, se debe considerar, como lo hace también Colom (1979), que la educación consiste, sociológicamente, en la consecución de los objetivos de: asimilación de cultura, pautas y normas sociales; transmisión de cultura, pautas y normas sociales generacionalmente y la preparación de nuevas generaciones para la vida en sociedad.

Históricamente, en función de la complejidad social progresiva representada por las ciudades, se rodean a las escuelas de instituciones paralelas que complementan la función educativa hasta llegar a convertir a la misma sociedad en institución educativa y educadora a través de la familia, los medios de comunicación, la convivencia, y muchos otros elementos societales con misión educadora que conforman, finalmente, el sistema educativo o conjunto de elementos societales con la misión de educar; en el caso que nos ocupa, específicamente, en el área de la salud, este proceso es así. Luego, la educación médica es un fenómeno social integrado a la sociedad, que no solamente se da en lo institucional, sino en un amplio campo de lo social y, por lo tanto, participa de la dinámica, del proceso y de la evolución de una realidad cambiante con capacidad de influir y ser influida. Sin embargo, permanece en un continuo ajuste-desajuste gracias a su capacidad adaptativa y a sus posibilidades auto-estables; es, sin duda, una totalidad compleja y dinámica formada por la interrelación de elementos con capacidad procesual respecto de un fin.

Este sistema (subsistema) educativo está formado por elementos formales (grados de escolarización institucional) e informales o posibilidades ofertadas para ampliar las normas, los valores, significados y sentidos que permiten socializar. Es un sistema que puede ser caracterizado al mismo tiempo como abierto, cerrado y de comunicación, con capacidad de retroacción y regulación. Está compuesto por elementos, tiene una estructura, una funcionalidad y obedece a un proceso. Las instituciones como la universidad, las facultades y los programas son, a su vez, un subsistema de la organización de la educación formalizada, que son ampliamente caracterizables y modelables.

2.2.5. La sociedad como sistema:

Si el sistema educativo es parte del sistema social, es fundamental comprender también el sistema social mismo como concepto que explica cómo se encuentra establecida la sociedad. El sistema social es un sistema abierto al medio geofísico con el que mantiene intercambio de energía e información. Este intercambio produce, al mismo tiempo, interacción constante y como consecuencia inestabilidad. Es un sistema complejo y de posible mantenimiento cibernético adaptativo, es decir, abierto al intercambio de información y cerrado en cuanto al control. Un sistema social es interactivo, contiene subsistemas activos, es un sistema abierto al medio, posee una dimensión temporal, es un

sistema dialéctico en el que cabe el conflicto e incluso acciones contrarias al propio sistema, como sistema complejo posee mayor diferenciación estructural y funcional, es molar, es decir, fruto de los estados que anteriormente ostentó y con capacidad comportamental, es cambiante, sometido a influencias externas y persiste en un equilibrio móvil.

El sistema social es un estudio sistémico de la sociedad en cuanto aglutinante de lo social, que se asienta en la totalidad conformada por elementos en interacción, con capacidad procesual y con una dinámica que incluye la transformación o reforma constante de dicha totalidad. Este sistema responde a una organización, una estructura, una función, unos elementos, una estabilidad, un proceso y un control, mantiene un cierto grado de tensión de origen extra-sistémico o intra-sistémico, que si no es dominada por los mecanismos de control, genera una desviación dentro del sistema que, a su vez, puede resultar en cambio e innovación.

2.2.6. Relaciones entre sociedad y educación médica:

El análisis de las relaciones entre sociedad y educación médica (en/para salud pública) está referido en esta investigación al estudio de la interacción entre sistema social y el sistema de educación médica, a la educación como medio en el sistema de comunicación social y a la relación del sistema educativo con otros subsistemas sociales.

Como estudio de la interacción entre sistema social y sistema de educación médica revelará las relaciones externo-internas (sociedad-educación), las relaciones interno-externas (educación-sociedad) y las relaciones interno-internas (educación-educación). La educación como medio, la cual considera el sistema social como un enorme sistema de comunicación, indagará sobre los elementos del modelo formal designados como fuente, emisor, codificador, mensaje, medio, decodificador, receptor y ruidos, en el proceso de transmisión de los sentidos y significados para determinar si son transformados o traslocados sus contenidos y, por lo tanto, transformados y traslocados los objetivos de su función, sea esta de innovación, cambio o de mantenimiento, expresando o no fuerzas sociales en conflicto o en armonía. La relación del sistema educativo con otros subsistemas sociales variados y diversos se centra sobre las zonas sociales que, normalmente, entran en contacto con los aspectos educativos de la sociedad, es decir, las relaciones de la

educación médica con la economía, la política (da preferencia a la salud), la institución familiar, la estratificación social, los cambios demográficos y la cultura.

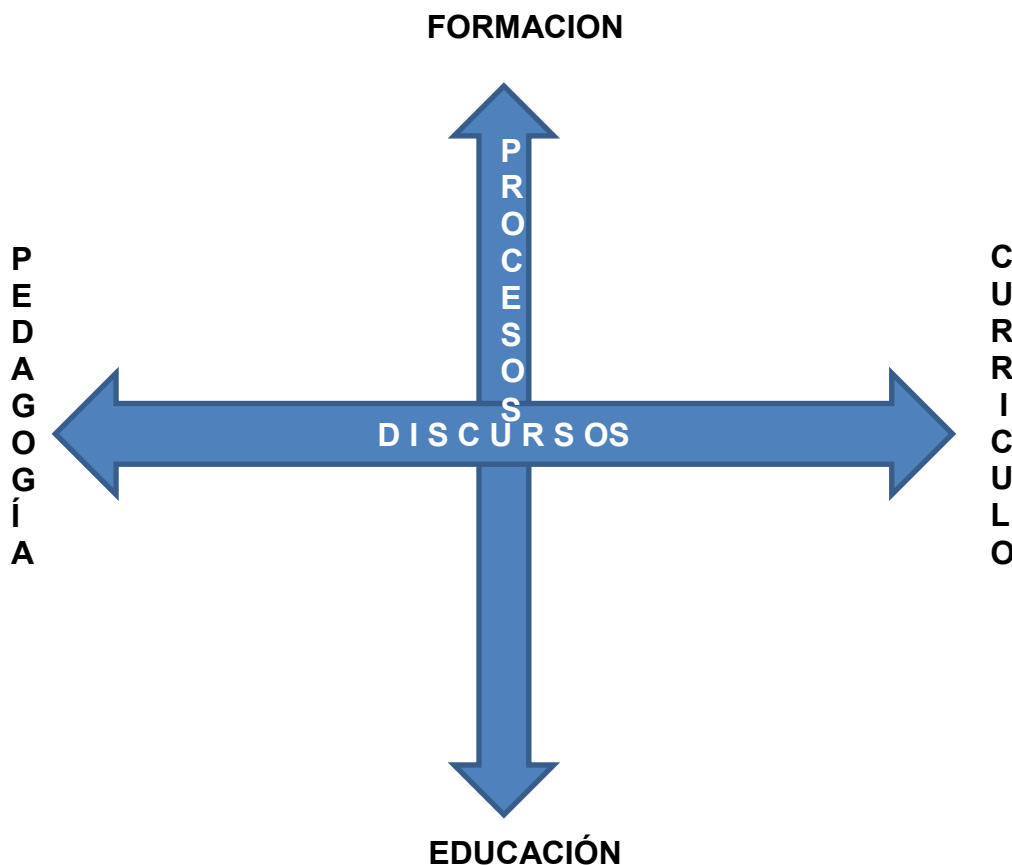
2.3. Croquis conceptual para educación y formación, pedagogía y currículo:

Para orientar las diferentes fases de este proyecto, se recurrió al plano o croquis del territorio conceptual de la educación y la formación, la pedagogía y el currículo, en el sentido que lo esboza Carlos Eduardo Vasco Uribe (2011). Simplificando, dicho plano está orientado por dos ejes: uno vertical, que representa la tensión entre la formación y la educación, llamado el *eje de los procesos*, y otro horizontal, que representa la tensión entre la pedagogía y el currículo, llamado el *eje de los discursos*. El eje de los procesos oscila entre la mayor o menor institucionalización y entre la mayor o menor restricción a las subculturas locales, y el eje de los discursos que interrelaciona la pedagogía hacia el currículo hace referencia a la pedagogía como reflexión, saber y discurso que configura un continuo en el que se ubican la pedagogía, las ciencias de la educación, las didácticas especiales, una posible didáctica general, los saberes pedagógicos, los discursos educativos y, en particular, los discursos curriculares orales o escritos. En el extremo derecho, estarían los discursos sobre el currículo y los currículos explícitos, como los proyectos educativos institucionales, los planes de estudio y los programas curriculares concretos de cada institución y cada asignatura en el área de la salud poblacional (ver figura 2.1).

En este estudio, la educación y la formación están asociadas, igualmente, a los planteamientos expuestos por 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, a través 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 educación es un proceso transcultural y transhistórico y la formación 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.

Figura 2.1: Plano conceptual de la educación, formación, pedagogía y el currículo; según Vasco (2011)



Fuente: Vasco C. Formación y educación, pedagogía y currículo. En: Boletín Informático de la Red Iberoamericana de Pedagogía, Mayo de 2011

2.4. La cuestión de las necesidades en salud:

Esta pesquisa, inevitablemente debe abordar el concepto de “necesidad” por su estrecha relación con la pertinencia en atención a su propia definición, y con la identidad que la amalgama con la salud pública; que tiene que ver con la incorporación de las necesidades en salud a las dinámicas curriculares e institucionales que la construyen. Los llamados a identificar esas necesidades, desde una aproximación multisectorial (pues la salud no depende solo del sistema sanitario), son los equipos multidisciplinares de atención primaria en salud (APS), dentro del sistema de salud, los cuales las deberían transferir al sistema

educativo. Sin embargo, la tendencia, en el mejor de los casos, se inclina por identificar problemas únicamente de índole biomédica, en detrimento de la dimensión holística de la salud tanto comunitaria como individual.

La necesidad expresa la desviación o la diferencia entre el estado óptimo, definido de forma normativa, y el estado actual o real. Una necesidad nace cuando se constata una diferencia entre una situación considerada como óptima y la situación observada en la actualidad, diferencia que se desea reducir. Puede que existan necesidades sin que existan problemas de salud; en este caso, la necesidad es lo que hace falta para mantener la salud en su estado actual, estado que corresponde a una situación deseable. La necesidad es, de algún modo, la traducción del problema en términos más operativos.

Necesidad es lo que hace falta para que la situación problemática (el estado de salud actual) se convierta en la situación deseada (el estado de salud ideal). Para los fines podemos acudir por ser de las más simples y conocidas en el ámbito de la salud, entre otras muchas, a la taxonomía de Bradshaw (1981), que clasifica las necesidades en cuatro tipos o perspectivas diferentes para considerar las necesidades sociales, dando origen a una tipología que permite dividir las necesidades, según las expectativas sobre las que se fundamentan los juicios de valor; en: normativas, experimentadas o sentidas, expresadas y comparativas.

- *Necesidad experimentada o sentida*: se refiere a la percepción que tiene la gente sobre sus problemas de salud o lo que desean como servicios de salud. (Algunas personas no recurren a los servicios para la salud aunque sientan una necesidad).
- *Necesidad expresada*: equivale a la demanda de cuidados y servicios; es la necesidad sentida que finaliza en un proceso de búsqueda de servicios.
- *Necesidad normativa*: es la que define el experto, el profesional, el administrador sobre una determinada norma deseable u óptima. Aquel o aquellos que no respondan a esta norma son considerados en estado de necesidad. Los estándares normativos suelen variar entre distintos grupos de expertos y cambiar con el tiempo.
- *Necesidad comparativa*: es aquella que un individuo o grupo debería tener puesto que presenta las mismas características que otro individuo o grupo al que se ha identificado una necesidad.

Quizás para la década de los ochenta, esta topología de las necesidades, tuvo un significado innovador, común y verificable; pero para estos días, el concepto resulta de corto alcance y excesivamente técnico y estacionario. Las “necesidades” parecen ser el punto de apoyo de la pertinencia educativa en general, que permite movilizar la comprensión del mundo humano específico, tanto en el lenguaje cotidiano como en el científico. Se apela a ellas para dar cuenta de composturas individuales y grupales de todo tipo, para fundamentar políticas públicas o dispositivos institucionales, para establecer límites y posibilidades de gestión. Junto con las diferentes y variadas actividades humanas las necesidades se diversifican y multiplican sin perder el aire popular y familiar que elude las definiciones taxativas.

El especificar la forma de entender y satisfacer las necesidades según su jerarquía social señala su vinculación a un determinado ordenamiento social y se manifiesta así el tipo de nexo con el poder, la dominación y la subsecuente política. Las diversas profesiones del campo de la salud están fundamentadas u orientadas a la atención de las necesidades y atienden las necesidades de quienes están catalogados como carentes o necesitados. La indefensión y la dependencia con relación a como se elabora la construcción de cada mundo, demuestran o naturalizan el ser un necesitado, carenciado. Pero a la vez esa falta-carencia se convierte en motor de una emergente construcción humana para reencontrarse con la humanidad misma. Esta ambivalencia de codificar las necesidades como falta o carencia y a la vez como impulso y potencia, definen la nueva tendencia para la investigación sobre las nuevas lógicas de las necesidades (Heler et al – 2010).

Sin embargo el asunto en la educación médica de pregrado y en las demás profesiones del campo de la salud, es el de establecer los procesos y los discursos que eduquen y formen al nuevo profesional para satisfacer idóneamente las necesidades con las que se encontraran al momento de surtir su atención sobre la población al obtener su título o grado de médico general, para Colombia en promedio 14 semestres después de su ingreso a los programas de pregrado en medicina. Luego una estrategia valida es establecer, por ejemplo un sistema de “learning outcomes” o currículo basado en “resultados de aprendizaje”, ya conocidos hoy, pero mal llamados competencias, que no es más que establecer lo que se espera que los estudiantes sepan, sean capaces de hacer y sepan también cómo deben comportarse una vez terminado su proceso de enseñanza-aprendizaje (Quintero – 2014). Sobre esta posibilidad, existen ya trabajos, análisis, propuestas y experiencias que

conjugan o combinan en favor de la solución de las necesidades en salud; el ejercicio afortunado de las tres funciones esenciales de las IES: la docencia, la investigación formativa-subjetiva y la proyección social, a corto, mediano y largo plazo.

2.5. Tendencias de la pertinencia:

Indudablemente, el elemento central teórico y conceptual de este estudio alude a la reflexión acerca de la pertinencia en la educación superior, que tiene, según Coombs (1970), una larga historia, que intensifica en la década de los sesenta los estudios para sistematizar los problemas a los que se enfrentaban los sistemas educativos, tanto de los países en vías de desarrollo como en los desarrollados. En su libro *La crisis mundial de la educación*, registra los serios retos por los que atravesaban las instituciones educativas, y, entre otros, menciona el explosivo crecimiento de las necesidades de aprendizaje, la creciente contracción financiera, las desigualdades educativas y la proliferación de desequilibrios entre la educación y el empleo. Desde entonces, las funciones sociales, políticas, ideológicas y económicas que cumple la educación superior fueron sometidas al análisis, y de acuerdo con la perspectiva general que se adoptara, las IES tenderían a privilegiar algunas de ellas. Sin embargo, la relación educación-contexto-empleo se fue ubicando en el centro de interés de muchos protagonistas, algunos de los cuales llegaron a considerar la “formación de recursos humanos” como la principal tarea de los centros educativos y aspecto central de la llamada “pertinencia social” de la educación.

El distinguido pedagogo, educador y Doctor en Educación Luis Alberto Malagón Plata, adscrito a la Facultad de Ciencias de la Educación y ex-director del Instituto de Educación a Distancia de la Universidad del Tolima en Colombia, hace de la pertinencia el objeto central de sus investigaciones y análisis, tema del que revisa, a lo largo de sus publicaciones, los aspectos históricos, teóricos, conceptuales y prácticos. Para él, la pertinencia se refiere a:

“ (...) el grado de correspondencia que debe existir entre las necesidades sociales e individuales que se pretende satisfacer con la educación superior y lo que realmente se llega a alcanzar, mientras que otros aspectos como la socialización, legitimación, formación cultural, extensión y servicios no son tan valorados como lo es la habilitación para el trabajo productivo al que aspiran los

estudiantes de un nivel de estudios formativo, aspecto que se convierte en parte central en la revisión de planes y programas de estudio, así como de las adecuaciones institucionales que normalmente se instrumentan. Luego la pertinencia constituye el fenómeno por medio del cual se establecen las múltiples relaciones entre la universidad y el entorno y entre la universidad y los diferentes subsistemas que la estructuran”.

(...) la universidad es una institución social enmarcada en el contexto de una formación social históricamente determinada. La interacción de esta institución social con la sociedad en la cual está insertada se da de diferentes formas y con estructuras diversas, tanto al interior de la universidad como del entorno social y en principio establece dinámicas de pertinencia entre la universidad y las empresas, entre la universidad y el Estado (organismos gubernamentales de la educación superior), entre la enseñanza superior y los sectores sociales, entre la educación superior y el conjunto del sistema de educación, entre la universidad y el sistema de valores de una sociedad, entre la universidad y los saberes populares, entre la universidad y los procesos internacionales, entre la universidad y los procesos culturales, y entre la universidad y la región (Malagón – 2003a), (Malagón 2003b).

Estas vinculaciones van a constituir los espacios para la concreción de la pertinencia y para determinar, en nuestro caso, qué tan pertinente es o no la educación médica dirigida, desde la lógica expuesta, hacia la salud poblacional. Los programas de medicina tienen estructuras determinadas que cumplen funciones sobre la pertinencia: organismos de apoyo académico, no necesariamente vinculados directamente con los proyectos de formación, como los centros de investigación, de desarrollo, de acción social; las oficinas de pasantes e internos, entre otros, y las estructuras que soportan los proyectos curriculares, como las escuelas, los departamentos, las direcciones de programas. Ambos tipos de mecanismos posibilitan la concreción de la pertinencia. Lo anterior permite observar que la pertinencia constituye un fenómeno complejo con múltiples determinaciones. Ahora bien, la literatura sobre el tema difícilmente se ha detenido a analizar cada una de las dinámicas en las que se manifiesta la pertinencia en su especificidad, por el contrario, se utilizan denominaciones más o menos genéricas para caracterizar la vinculación universidad-sociedad.

Por otra parte, concluye Malagón (2003a), a partir de Gibbons (1998):

(...) si el conocimiento se ha constituido el eje para el funcionamiento de las universidades, y hoy este “ingrediente” constituye la base de los sistemas de producción, de tal forma que es comprensible la simbiosis entre los sistemas de educación-formación y los sistemas de trabajo-producción. La “pertinencia” entonces, va más allá de una definición economicista; determinar su complejidad y sus alcances en el contexto de la sociedad del conocimiento es una tarea imprescindible para avanzar en la construcción de un concepto de pertinencia más acorde con las nuevas realidades.

2.5.1. ¿Qué fue lo que dijo Gibbons?

Michael Gibbons, expositor o vocero y portavoz del Banco Mundial y la UNESCO, planteo en la I Conferencia Mundial sobre Educación Superior (Paris – 1998) que las nuevas universidades deben cumplir un “número de objetivos sociales amplios que respaldan el desarrollo económico (y cada vez más el regional), para proporcionar educación durante toda la vida y apoyo a la cultura cívica”, lo cual exige pasar de una educación basada en las disciplinas (modalidad 1) a otra basada en la solución de problemas (modalidad 2) con “currículos mucho más complejos”. Así lo explica:

(...) en particular, los nuevos planes de estudio no pueden ya estar sujetos al impulso intelectual en la medida que lo estaban antes. Al contenido intelectual se le ha sumado ahora la necesidad de adecuarlos a una finalidad, lo que a menudo incluye la adquisición de una serie de aptitudes prácticas: en la solución de los problemas, en las comunicaciones interpersonales, y en lo que podría llamarse “aprendiendo a aprender”. Pero con la misma frecuencia significa adquirir los rudimentos de más de una especialización; por ejemplo, matemática o estadística, computación, un poco de economía o teoría de la gestión. En pocas palabras, la diferenciación de las misiones de conocimiento tiene su equivalente en la que se ha producido paralelamente en el contenido, la duración y el modo de impartir los currículos.

Es claro que se refería a rebajarle a la teoría en aras de proporcionar a los estudiantes unos “rudimentos de más de una especialización”. Así, en la educación que se le ofrece al pueblo, la multidisciplinariedad y la interdisciplinariedad resultan ser una estafa pues redundan en una menor calidad, medida como la profundidad en los temas abordados. Esto nada tiene que ver con el hecho de que el avance de la ciencia ha venido derrumbando las fronteras entre las distintas ramas del saber, hasta el punto de no poder dominarse una disciplina sin el concurso de otras. A lo que asistimos es a la dramática realidad del destierro de la teoría de la enseñanza.

En el contexto colombiano, el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES), por ejemplo critica los planes de estudio que atiborran a los estudiantes de conocimientos enciclopédicos, y de acuerdo con Gibbons, promueve y alecciona sobre la necesidad de currículos centrados en la “solución de problemas”. Para que los profesionales que produce la universidad sean “identificadores, solucionadores e intermediarios de problemas” en una abundante cantidad de contextos especializados, el ICFES propone la flexibilidad: reformas que amplíen la oferta de carreras y de cursos ajustados a las demandas del mercado laboral, con contenidos, pedagogías, tiempos de duración y formas flexibles en la organización de las universidades. En este sentido y con relación a la medicina, coincide con la cita de Gibbons: “en el área de la medicina, algunas escuelas han dejado de lado el enfoque normal de la capacitación médica basado en conocimientos previos de anatomía, fisiología, biología y química antes de enfrentar a los pacientes, prefiriendo enseñar a los futuros médicos cómo construir “repertorios de soluciones para problemas”

Para concluir esta referencia a Gibbons, Las disertaciones de los tecnócratas oficiales al respecto nos recuerdan los discursos con los que se ambientó la toma de los servicios públicos por las multinacionales. Las similitudes no son solamente formales. El mercado del conocimiento del que se está hablando es mundial y en los países desarrollados existen universidades que son verdaderas transnacionales. La Organización Mundial del Comercio (OMC) viene avanzando en su intento porque se acepte el carácter de mercancía de la educación y porque su comercio internacional pueda ser regulado por esa entidad; de lograrlo, las reformas que se han suscitado y postulado, despejaran el camino. Los estándares, los procesos de autoevaluación, heteroevaluación y acreditación, constituyen las herramientas que establecerán el prestigio de las instituciones en el mercado. Las

entidades de acreditación, nacional e internacionalmente, serán las encargadas de juzgar la pertinencia de la educación que se ofrece. Las universidades de mayor prestigio seguirán educando a las élites de los estados y de las empresas y el pueblo irá a las que darán rudimentos de formación a los futuros asalariados.

Las naciones como Colombia, mientras sigan atadas al control del neoliberalismo, tendrán vedado el camino del progreso. Hoy, más que nunca, se requiere de un profundo debate propiciatorio de una verdadera revolución cultural que, como la expedición botánica en tiempos de la colonia, allane el camino de nuestra independencia.

Retomando el asunto de la pertinencia, como se reseñó en la primera parte del anterior capítulo, de los aportes de Malagón (2003 a – 2003 b) sobre la discusión de la pertinencia universitaria, este estudio apropia a su arsenal conceptual y teórico y a futuros escenarios médicos para el debate, las discusiones y replanteamientos que el expone sobre la función social de la universidad (pertinencia) y que permiten desarrollar diversos discursos o enfoques sobre esta temática, según los factores que han precipitado la crisis del modelo clásico de las IES y su conjunción con las nuevas realidades y nuevos escenarios del desarrollo tecnológico, dando origen a los enfoques o tendencias, ya narrados (ver capítulo 1), que favorecen la comprensión del concepto de la pertinencia.

La intención de análisis de un fenómeno como la pertinencia en la educación médica, implica un proceso de indagación sistemático de instituciones o entidades de educación médica, para comprender a fondo las dinámicas, los procesos y los mecanismos educativos y conocer cómo funcionan todos los elementos y partes para construir o crear hipótesis, atreviéndose a alcanzar niveles explicativos 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.

2.6. Teorización a través de la cibernética sistémica de segundo orden:

En las teorías se relacionan unidades observadas y unidades aproximadas (Bacharach – 1989). Las unidades observadas son las variables, que se pueden medir, mientras que las

unidades aproximadas son las construcciones conceptuales (*constructs*) o creaciones de la mente que no pueden observarse directamente, como el liderazgo o la cultura corporativa.

¹⁴ Las variables se relacionan entre sí por medio de hipótesis y las construcciones conceptuales, por medio de proposiciones. Además de variables y construcciones conceptuales, una teoría tiene 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.

La riqueza conceptual fundamentada en los avances obtenidos por los estudiosos de la cibernética de los sistemas observantes (Keeney, Forester, Morín), así como el interés científico en construir una conexión entre tales conceptos y el funcionamiento de diversos grupos humanos, 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 se pueden concebir 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 de los sistemas en general, de cuyo estudio se encarga la cibernética como ciencia de la pauta y la organización (Keeney & Ross - 1985).

A pesar de las modificaciones que les ocurren, los sistemas tienen la capacidad de conservarse y auto-ecorganizarse, 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.

¹⁴ En español se utiliza el término *constructo*, pero no es necesario emplear este neologismo.

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, cuyo postulado fundamental se refiere a 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, la expresión del poder dialógico de lo humano.

2.7. Evolución de la observación de primer orden hacia la observación de segundo orden:

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; plantea una reformulación del como 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 científica 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 donde 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.

En coherencia con lo expuesto, las pesquisas del estudio se identificaron con la investigación social de corte cualitativo desarrollada dentro del paradigma sistémico-constructivista, que, según Marcelo Arnold Cathalifaud (1997), marca un punto de cambio en las ciencias sociales, pues, estas cuestionan su epistemología tradicional y nos presentan otro campo de lo social al introducir otros principios para su comprensión que podemos resumir y contrastar de la siguiente manera:

- Una orientación hacia la explicación y no hacia la verdad necesariamente.
- Un privilegio de la perspectiva sobre la ontología.¹⁵
- La búsqueda de sistemas de significatividades por sobre objetividad.¹⁶
- Definición de realidades múltiples y no necesariamente universales.
- Privilegia la racionalidad sistémica sobre la racionalidad inmanente.¹⁷
- Utiliza métodos y técnicas dirigidas y no técnicas distributivas;
- Utiliza una observación de segundo orden sobre la observación de partes o sistemas.

Este cambio epistemológico nos lleva a concebir procesos investigativos en ciencias sociales donde se deja la preocupación por la objetividad, la búsqueda de la verdad, etc., a cambio de una visión que se pregunta por el origen de los medios de observación, el cómo se observa desde una posición que da cuenta 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 cualitativa de segundo orden permitirá apreciar el proceso constructivo del conocimiento alrededor de la organización del sistema de educación médica, sobre la base de las diferentes formas de observación y su diálogo, cuyos resultados no están totalmente especificados para así rescatar la riqueza del contexto investigativo, llevándonos a un conocimiento social válido por su pertinencia más que por su universalidad (ver tabla 2.2).

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 propia realidad es parte de ellos. La realidad social es un objeto que, sin dejarlo de ser, 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. Según Piaget (1982): “La dificultad epistemológica fundamental de las ciencias del hombre consiste en que estas son a la vez sujeto y objeto.”

¹⁵ Punto de vista desde el cual se considera o se analiza un asunto. En: <http://www.wordreference.com/es/en/frames.aspx?es=perspectiva>

¹⁶ Adj. Que da a entender o conocer con precisión algo. Que tiene importancia por representar o significar algo. En: <http://www.wordreference.com/es/en/frames.aspx?es=significativo>

¹⁷ Adj. *Fil.* Que es inherente a algún ser o va unido de un modo inseparable a su esencia, aunque racionalmente pueda distinguirse de ella. En: <http://www.wordreference.com/es/en/frames.aspx?es=inmanente>

Se deduce así que la sociedad tiene propiedades sistémicas, agregadas de cada sujeto que la conforma y productos emergentes de sus interacciones y de sus nexos estructurales (lineales o no lineales). Esta es la razón de utilizar el paradigma sistémico en este estudio de profundización, más que para el descubrimiento, para la construcción de las propiedades sistémicas de los sistemas de educación y de salud. Red de relaciones que expresan equilibrios de las pugnas del poder entre las fuerzas sociales a un momento dado y que en el sujeto reproduce las relaciones sujeto-objeto, y desde su individualidad construye una representación de la estructura global de la sociedad susceptible de leerse y comunicarse. La observación de segundo orden es una 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, como ya se anotó, 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 persigue un doble objetivo y construye un doble objeto; elabora un objeto aparente y un objeto profundo (Bourdieu – 1995).

Se reconoce la teoría como una herramienta para orientar la investigación, que es 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, pero sin imponerle una forma o una lógica que sea ajena o distinta a la derivada de la naturaleza propia de los datos obtenidos (Morse – 1994).

1.1. Reseña del paradigma de indagación constructivista-construccionista:

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 (Yañez – 2001). De acuerdo con esta perspectiva, el nivel donde el significado es actualizado es individual, el cual responde a patrones relativamente estables y coherentes de referencia de las experiencias cotidianas (Guidano – 1998).

Tabla 2.2: Características en contraste de las macro-orientaciones investigativas.

TRADICIONAL	SISTEMICO/ CONSTRUCTIVISTA
Verdad	Comprensión
Ontología	Perspectivismo
Objetividad	Sistema de significatividades
Universo	Realidades múltiples
Racionalidad Inmanente	Racionalidad Sistémica
Métodos & Técnicas Distributivas	Métodos & Técnicas dirigidas al sentido
Observación de Partes y sistemas	Observación de segundo orden

Fuente: Cathalifaud, M. A. (1997). "Introducción a las epistemologías sistémico/constructivistas" Revista Cinta de Moebio, diciembre, número 2. Facultad de Ciencias Sociales –Universidad de Chile. Chile 1997.

Acorde con cierta tendencia estructuralista, la perspectiva constructivista conlleva 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 la 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 nivel donde el significado es generado y actualizado es externo al individuo, que pertenece a la dimensión interpersonal-social.

Ambos modelos presentan ciertas similitudes, tanto teóricas como metodológicas. Pero no obstante estas similitudes, son los aspectos divergentes entre estas dos perspectivas los que permiten generar una discusión más amplia y profunda, a causa de la cual a continuación se expone la implementación de este estudio desde estos principios teóricos

y conceptuales, aplicados al campo de la educación médica relacionada con su pertinencia, desde el enfoque sistémico constructivista-construccionista como recurso facilitador.

Educar y formar para solventar las necesidades poblacionales en la salud, a través de la educación médica y de las demás profesiones del área de la salud, se convierte en un indicador, reflejo e imagen de qué tanto se ha obrado un cambio a fondo en las estructuras de los programas de educación para la salud: su misión, su visión y la cultura institucional dominante no solo como recurso de adaptación o adecuación, sino para que el programa sea una institución moderna y crítica, capaz de incidir, participar, acompañar y liderar los cambios del entorno necesarios. Este reflejo, lógicamente, no es solo institucional, sino que trasciende a los individuos y sujetos que conforman la organización o comunidad académica: actores sociales involucrados en este estudio como sistemas observantes.

2.8 Pre-categorización teórica para la construcción de una interfaz de entrada al trabajo de campo:

A fin de obtener un producto práctico de la indagación y reflexión teórica precedente, a continuación se describe la composición del instrumento o la herramienta metodológica que sustento y soportó el trabajo de campo, al menos en una primera aproximación a cada comunidad académica. En esta narrativa se antepone la exposición del instrumento a la estrategia metodológica con el objetivo de visualizar su coherencia con los elementos que construyen la perspectiva teórica de esta investigación.

Como elemento central de esta interfaz el estudio toma prestado el desarrollo del plano conceptual de la educación, la formación, la pedagogía y el currículo planteado por Carlos Vasco Uribe (2011), delineado en los apartes anteriores, que servirá como estructura del modelo preliminar de entrada. Básicamente en esta interfaz interaccionan tres componentes: el plano conceptual de la formación, la educación, la pedagogía y el currículo. Sustentados o soportados tanto por los postulados de la Declaración de Edimburgo-WFME-1988, como por los diversos discursos críticos alternativos de autores latinoamericanos interesados en el estudio de la pertinencia (Malagón, García y Tunnerman).

El plano conceptual está orientado por dos ejes: uno vertical, que representa la tensión entre educación y formación, y será llamado el *eje de los procesos*, sobre este eje se alinean las categorías extraídas de la llamada “Declaración de Edimburgo – 1988”, producto final de la Conferencia anual de la Federación Mundial de Educación Médica (WFME) de 1988. Un segundo eje, horizontal, representa la tensión entre pedagogía y currículo, que será llamado *el eje de los discursos*, construido por la alineación de las categorías extraídas principalmente del discurso analítico alternativo crítico de Malagón (Colombia), que interrelaciona diversas actividades como reflexiones, saber y discurso en un continuo en el que se ubican pedagogía, ciencias, didácticas, saberes, praxis y discursos. Configurando un dispositivo o modelo de punto de partida del trabajo de campo para la cualificación de la dimensión de pertinencia en la educación médica.

En el eje vertical de los procesos se agrupan en 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 el espectro educativo continuo, las cuales provienen del análisis de la estructura de las recomendaciones dadas por la llamada Declaración de Edimburgo de 1988. En el eje horizontal de los discursos, se planteó 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 la praxis como pedagogización del contexto, citadas como dinámicas de pertinencia, provenientes del análisis crítico de los discursos alternativos hechos por el Luis Alberto Malagón Plata, ya reseñado (ver Tabla 2.3 y Figura 2.2).

Para cada categoría y subcategorías tanto de los procesos como de los discursos se elabora una guía de preguntas y de elementos de verificación tanto para la conducción de las entrevistas y grupos de discusión con los observantes escogidos en cada programa médico, como para la recopilación de la información documental previa a la visita de observación “in situ” (ver anexo 1).

2.8 La pertinencia en el contexto de la “modernización educativa”:

Los programas de medicina tienen, dentro de sus propósitos, educar médicos capaces de satisfacer las necesidades de sus comunidades (Wallace – 1997). Sin embargo, las necesidades comunitarias rara vez se alinean con los objetivos de la medicina contemporánea, porque esta conserva su foco en el individuo (Mennin et al – 2000). Modificar la educación médica para que esta sea más orientada a la comunidad es aún una asignatura pendiente para gran parte de los sistemas educativos médicos en el mundo (Hays – 2007).

Sería muy lógico el pensar que la “no pertinencia” entre la educación médica y las necesidades poblacionales en salud, mediada por la práctica y el ejercicio médico en un contexto sanitario, debería ser corregida a través de activar las interacciones y comunicaciones correspondientes entre los sistemas de salud y de educación; sin embargo, ¿por qué eso no ha sucedido?

Se suscita así una tácita hipótesis de trabajo para este documento, en el sentido de sugerir tensiones y dinámicas de poder, ocultas o muy poco explícitas, que no permiten o dificultan la cohesión entre los elementos y componentes de estos sistemas. Quizás más asociadas con tramas económicas y políticas que con la disposición de asuntos prácticos, logísticos u objetivos.

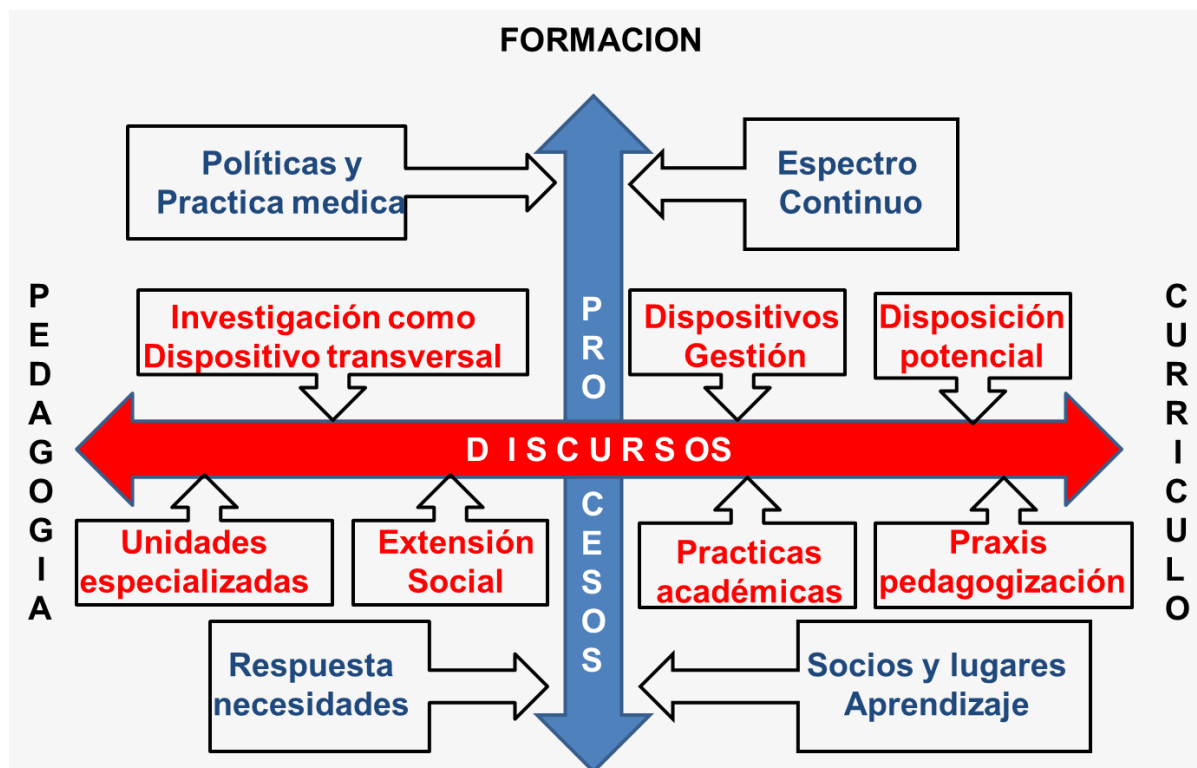
En atención a lo anterior, se suma a este estudio el gestar una red comprensiva y crítica de sentido e inteligibilidad, que permita comprender la naturaleza y el propósito de la dimensión de pertinencia en función del orden o sistema desde el cual emerge y de la diversidad de escenarios y contextos en que se espera que opere en el área de la educación en general y de la educación médica en particular.

Tabla 2.3: Pre-categorías y sub-categorías exploratorias en el ambiente mesosistémico para el análisis de las dinámicas de “pertinencia” en los programas de educación médica de pregrado.

EJE DE LOS PROCESOS		EJE DE LOS DISCURSOS	
Origen: “Declaración de Edimburgo 1988”		Origen: “Discursos críticos alternativos Malagón L.(2007)”	
Categoría	Subcategorías	Categoría	Subcategorías
Respuesta educativa a las necesidades del contexto y de la población	<p>Misión y determinación regional del plan de estudios Sistema de Admisiones</p> <p>Capacidad docente y habilidad para la comunicación</p> <p>Participación de estudiantes en la planeación y evaluación</p> <p>Las ciencias como centro del programa de estudio El contrato social del medico</p> <p>Aprendizaje</p>	<p>Disposición potencial del currículo Dispositivos de gestión curricular</p> <p>La investigación como dispositivo transversal</p> <p>Prácticas académicas</p> <p>Dispositivos de extensión social Unidades organizacionales especializadas Praxis como pedagogización del contexto</p>	<p>Configuración potencial del currículo</p> <p>Mecanismos temporales o permanentes dentro del currículo para responder a las necesidades locales</p> <p>Iniciativas institucionales o grupales para fortalecer la investigación y la producción y reproducción del conocimiento</p> <p>Actividades y/o dispositivos curriculares que acercan la educación médica con el entorno</p> <p>Estructuras orgánicas de extensión</p> <p>Unidades</p> <p>Proyectos apropiados por la academia a través de la extensión, para su análisis y desarrollo práctico</p>
Las políticas y la práctica médica	<p>Sobrecarga informativa</p> <p>Unión útil con el sistema de salud</p> <p>Planificación del talento humano</p> <p>Sistema de atención en salud</p> <p>Equilibrio entre especialistas y médicos generales</p> <p>Transición epidemiológica</p> <p>Enfermedades crónicas y SIDA</p>		
Socios y lugares para el aprendizaje	<p>Equipos de salud</p> <p>Participación de la comunidad</p> <p>Comunicación con pacientes y público</p> <p>Participación en decisiones que incluyen al público</p> <p>Hábitos de trabajo y sistemas de apoyo</p> <p>Compromiso del programa con la EM con base en la población</p>		
Espectro educativo continuo	<p>Enfoque holístico</p> <p>Respuesta a los cambios del medio profesional y del contexto</p>		

Fuente: Declaración de Edimburgo 1988” & “Discursos críticos alternativos de Malagón L. (2007).

Figura 2.2: Configuración de la p re-categorización teórica preliminar, sobre los ejes de los procesos y de los discursos.



Fuente: Estudio “Análisis de la construcción de la dimensión de pertinencia en la educación médica colombiana” - Investigador.

Para alcanzar este propósito, se trabajó la caracterización de la pertinencia dentro del proceso UNESCO de la “modernización educativa” para Latinoamérica, según fueron emergiendo pistas desde la exploración en los textos y documentos revisados. Se analizaron las estrategias y relaciones discursivas documentadas en la revisión bibliográfica,¹⁸ en atención a que los discursos plasmados en los textos son también “sistemas de ideas” que se construyen de manera social. En este contexto, puede hablarse de “discursos dominantes” en referencia a aquellas representaciones que son impuestas por dominios, categorías y clases superiores y que terminan siendo aceptadas o compartidas por la mayoría de la sociedad (Calsamiglia & Tusón - 2007).

Como lo sugiere Teun Van Dijk (1997), en todos los niveles del discurso podemos encontrar *huellas del contexto*. Estas huellas o indicios permiten entrever características y posturas,

¹⁸ Campos: pertinencia (*relevance*), educación médica (*medical education*), tendencias (*trends*) y discursos (*discourses*).

entre otras: sociales, políticas, económicas, culturales, propósitos y pertenencia grupal. Además, sostiene que los contextos son cambiantes y, como usuarios de una lengua, seguimos pasivamente a los dictados de grupo, sociedad, cultura y autoridad.

2.8.1 Génesis de la pertinencia en el contexto de la modernización educativa: ¿endogamia y/o endogénesis?

Según Jiménez (2011), la crisis económica de los setenta reconfiguró tanto el sistema mundial como el discurso y el modelo de cambio social para Latinoamérica y el Caribe. Se hizo tránsito del desarrollismo de los sesenta al neoliberalismo y la globalización en los ochenta y noventa. Su creciente posicionamiento en las directrices económicas, políticas, sociales y culturales es parte de la estrategia de adaptación y cambio funcional de estos Estados a las nuevas estructuras mundiales de poder e influencia, tanto de potencias como de agencias y corporaciones transnacionales. Las agencias mundiales tipo económico-financiero, como el Banco Mundial (BM), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el Fondo Monetario Internacional (FMI), la Organización Mundial del Comercio (OMC) y la UNESCO adquirieron también un papel hegemónico en la definición de la agenda interna de las políticas públicas de reforma educativa, las cuales obedecieron al llamado “*discurso de la modernización educativa*” y el subsecuente discurso de la evaluación de la calidad de la educación, promovido desde el proyecto geopolítico denominado “Consenso de Washington” (1990), pactado por las agencias señaladas, y que dio lugar específicamente a que el gasto público en salud y educación se orientara hacia la investigación aplicada e infraestructura (Dias-Sobrino – 2008). (Tunnerman – 2009), (Williamson – 1990).

En consecuencia, el origen de la noción de pertinencia está por encima de los Gobiernos e instituciones nacionales y la vincula al discurso de la política de modernización educativa y de la calidad de la educación superior, procedentes del discurso tecnocrático-neomercantilista global, ubicado en el contexto de la nueva forma de poder, control y dominación, que se conoce como “*globalización neoliberal*”, considerada más como una cuestión tecno-política que tecno-objetiva, reveladora de gran eficacia simbólica para la legitimación de las estructuras, mecanismos, procesos, nociones y visiones del poder económico y político global (Jiménez – 2011).

2.9 Relaciones y estrategias discursivas de la modernización educativa:

Finalizando la década de los setenta, para Jiménez (2011), la UNESCO plantea una óptica universal para los procesos educativos, incluso aspectos clave de las sociedades de la época: formación ciudadana, democracia, responsabilidad social, efectos de los medios masivos de comunicación, consumismo, interacción medioambiental y bonanza tecnológica. A esa nueva óptica se le denominó “*modernización de la educación*”, cuyo objetivo principal fue la adaptación de contenidos, métodos y estructuras de los sistemas de educación profesional respecto de las necesidades de la estructura ocupacional, cualificando usuarios de los servicios educativos para su inserción en el mercado laboral.

En los ochenta, anota Jiménez (2001), el liderazgo de la modernización educativa se trasladó de la UNESCO a manos del Banco Mundial (BM), que replanteó la agenda de reforma de la educación desde criterios de la racionalidad económica neoclásica que direccionan su conversión a un negocio dentro del mercado educativo global, fiel al nuevo paradigma neoliberal propio de los grupos conservadores de derecha (magnates financieros, corporativos empresariales, funcionarios de élite, expertos tecnócratas), promotores y operadores de un Estado, cuya gestión gerencial está al servicio de intereses de clase, para maximización de ganancias y expansión mundial de negocios y mercados. Según Apple (1998), citado por Jiménez (2001), este giro a la derecha resulta de una alianza entre diferentes tendencias sociales, con un nuevo liderazgo en la política social y educativa, que puede describirse como una renovación o modernización conservadora. La alianza se hizo entre neoliberales, neoconservadores y populistas autoritarios de la derecha cristiana.

Prueba de lo anterior es el apadrinamiento y preparación de la Primera Conferencia Mundial de Educación Superior, en 1998, por parte del BM, el cual rompió, sospechosamente, la línea de negación de la pertinencia que con anterioridad había mantenido, en contra del sentido y significado en que fue formulada finalmente por dicha conferencia. Según Guarga (2006), esta negación se manifiesta en el análisis de documentos emanados del propio BM sobre educación superior. Desde el punto de vista económico y político el atributo de la pertinencia en la educación superior carece de significado, fue negada y las demandas de

las sociedades concretas han quedaron sumergidas, solapadas o subsumidas por una demanda única, la demanda “global”. (World Bank – 1994), (World Bank – 2000), (World Bank – 2002).

Del mismo modo, para la Organización Mundial de Comercio (OMC), el concepto de pertinencia, planteado desde la Primera Conferencia Mundial de Educación Superior, constituye una fuerte barrera para sus intereses, y le resulta más cómodo negar la pertinencia y proporcionarle a la educación superior el estatus de bien público global no ligado al Estado y evaluable tan solo respecto de la “calidad” formulada por el BM. Se abren así las fronteras a escala planetaria para el negocio educativo en función de la masificación y la calidad. El mejor ejemplo de esa apertura de mercado en la educación en salud y la educación médica para Colombia se encuentra en el proyecto del grupo BUPA del Reino Unido,¹⁹ representado por su filial colombiana; COLSANITAS-Colombia, de la Organización Sanitas Internacional.

En los años noventa, consecuente con la masificación y la demanda global, la calidad educativa, su evaluación y acreditación se convierten en el eje de la reforma o modernización de la educación superior latinoamericana, apoyada por las mismas agencias internacionales. Desde su perspectiva, el problema educativo dejó de ser cuantitativo (cobertura), para ser de calidad alrededor de los aprendizajes significativos, es decir, de los aprendizajes tecno-profesionales necesarios para la integración competitiva de los países de la región a la sociedad global del conocimiento o de la información. Los resultados de la masificación de la educación superior se materializan en cientos de instituciones a las que se les ha llamado coloquialmente en Colombia “*universidades de garaje*”. La educación médica no fue la excepción. Recordemos que según el Centro de Proyectos para el Desarrollo, en Colombia (CENDEX) entre 1990 y 2006, los programas de educación médica se duplicaron de 26 a 54, con un cálculo, para 2006, de 8943 cupos ofrecidos (CENDEX – 2009).

¹⁹ BUPA. British United Provident Association. Con asentamiento en 190 países de tres continentes y más de diez millones de socios.

2.10 Relaciones y estrategias discursivas de la evaluación de la calidad educativa:

La modernización educativa incluyó la implantación de sistemas de evaluación y fiscalización de recursos financieros, de proyectos y programas de educación y del trabajo académico. Las instituciones de educación superior (IES) se enmarcan dentro de los criterios y mecanismos de evaluación de la calidad, las cuales instauran formas de administración y gestión del trabajo y de los proyectos académicos basadas en criterios empresariales de rentabilidad, eficiencia y calidad, vinculadas a las nuevas funciones de la administración y gestión de los recursos asignados a los programas institucionales. Desdibujándose la distinción entre evaluación de la calidad y control de calidad. Arredondo (1995), plantea que la evaluación de la calidad es una tarea de indagación cualitativa de valoración, apreciación, explicación o interpretación particular de situaciones específicas, mientras que el control de la calidad se refiere a una selección de indicadores de calidad (homogenizadores) que permitan la verificación, medición, certificación y acreditación de la calidad de agentes, productos y procesos de producción.

Es característico de la administración gerencial empresarial controlar la calidad y su implantación en los ambientes educativos, particularmente en las IES, es señal de la estructuración dominante del nuevo orden social-tecnocrático fundamentado en una racionalidad técnica formal-instrumental, orientada hacia la optimización funcional del sistema social y al incremento de la capacidad de control, cálculo y predicción.²⁰ La racionalidad instrumental, según Horkheimer (1969), califica el saber del experto tecnócrata como un conocimiento neopositivista y pragmático, centrado en lógicas del cálculo económico, establecimiento de parámetros e indicadores de eficiencia y productividad, diseño de escenarios de pronóstico y probabilidad de los comportamientos de las masas y la eficacia de las técnicas de administración y gestión social en la toma de decisiones.²¹

²⁰ Se califica de sistemas tecnocráticos al Fondo Monetario Internacional, a la Organización Mundial del Comercio y a la Comisión Europea y, en definitiva, a cualquier institución relevante en la toma de decisiones que no haya sido elegida democráticamente.

²¹ El término *tecnocracia* significa literalmente 'gobierno de los técnicos'. El técnico que gobierna es, por consiguiente, un tecnócrata, o más bien lo que se consideraría como que la tecnocracia es el gobierno llevado por un técnico o especialista en alguna materia de economía, administración, salud, educación, etc., que ejerce su cargo público con tendencia a hallar soluciones apegadas a la técnica o técnicamente eficaces por encima de otras consideraciones ideológicas, políticas o sociales. El tecnócrata es quien es partidario o implementa la tecnocracia.

Este fue el perfil del profesional especialista o experto en salud pública, entre los años sesenta y noventa, formado en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, cuya formación y práctica estaba ligada a instancias gubernamentales afianzadas en el modelo tecnocrático.

Para Habermas (1989), tecnocracia es sinónimo de racionalidad formal y de abstracción respecto del contexto. Las tecnociencias y disciplinas positivistas justifican y legitiman las políticas de intervencionismo estatal centradas en el crecimiento del sistema económico. Ello conlleva la despolitización de la población, en la medida en que la política se tecnifica y excluye la consideración del terreno de las acciones prácticas, con lo cual deja sin efecto la divergencia y la crítica de la opinión pública política. La despolitización es una tendencia que se incrementa con la globalización neoliberal y reduce la política nacional a una administración de expertos operadores ajustados a las exigencias del sistema económico global. Así, la política queda anulada por completo, ya que una política de normas técnicas que prescinde de su contexto es ajena al terreno práctico de la acción y de la toma de decisiones (Habermas – 2000). Adicionalmente, esta enajenación política tiene el efecto de pérdida de autonomía y soberanía de los Estados, acentuada en los países periféricos, donde, como efecto de la globalización, los proyectos de desarrollo y la toma de decisiones están sustentados en las estrategias, modelos y programas técnico-financieros de expertos de la tecnocracia global.

Por otro lado, las agencias multinacionales se apropiaron del monopolio de la violencia simbólica legitimadora. Según Bourdieu (1999), operaron y operan un discurso economicista que anula la política e impone al mundo objetivos para el crecimiento económico, competitividad y productividad. Pero, además, el discurso adopta fisonomía de mensaje liberador, mediante palabras funcionales y eufemísticas, como las de liberalización, desregulación, flexibilización, reforma o modernización, pero en el fondo es un discurso neoconservador que cuestiona las estructuras colectivas: nación, comunidad, pueblo, sindicato, etcétera, que pudieran obstaculizar la lógica del mercado, con lo cual crean asentimiento generalizado hacia la privatización y neomercantilización creciente de las instituciones y los espacios de acción públicos. Tal es el caso de la noción de la calidad educativa, y su evaluación, que se ha presentado como novedosa, de progreso, de desarrollo y como un objetivo de las IES propio y adecuado para coadyuvar al crecimiento

económico y al desarrollo social y la modernización democrática de países periféricos dependientes. Como lo fue y aún, obedientemente, sigue siendo Colombia.

A partir de las directrices de la tecnocracia mundial, el control, entendido como evaluación de la calidad educativa, se convirtió no solo en una *disciplina* especializada, sino en una política pública legitimada para la privatización y mercantilización de la educación superior y, por ende, taxativa del financiamiento estatal a las instituciones públicas. Una política paradójica que pretende la calidad, pero cuyos efectos son la falta de oportunidades de acceso y la exclusión de muchos jóvenes de los recintos universitarios, así como el empobrecimiento y entorpecimiento del cumplimiento de las funciones sustantivas de las IES, en la transmisión, producción, difusión y extensión de los conocimientos científicos y tecnológicos, que supuestamente son necesarias para la integración a la nueva sociedad del conocimiento. Entonces, en esta coyuntura: ¿a qué calidad y a qué evaluación se están refiriendo el Estado y sus políticas educativas?

2.11 Relaciones y estrategias discursivas de la educación médica:

Retomando a Malagón (2005), la educación médica, en el ámbito de la salud pública, está unida al desarrollo del conocimiento en tres aspectos: las políticas en salud, la integración a la realidad social y la formación política de los estudiantes. No hay otra forma de que el profesional en salud o medicina participe en los procesos de construcción colectiva, sociales y comunitarios que le permitan una verdadera interacción social. Desde este punto de vista, el médico general debe articular y equilibrar tres aspectos centrales en su proyección educativa: lo técnico-científico, lo ético y lo sociopolítico. La realidad revela que los dos últimos aspectos centrales de su educación son deficitarios e impactan no solo la educación médica, sino más grave aún, la situación de salud poblacional; en lo ético por su instrucción hacia una escasa autonomía en el ejercicio de sus “competencias”, y en lo sociopolítico por la nula o baja pertinencia de su proceso educativo. Círculos viciosos, dentro del sistema educativo, que giran en contravía de los propósitos, la visión y la misión comunitaria de los postulados estratégicos en los programas de pregrado en medicina.

Este resultado, que obstaculiza la pertinencia educativa, es producto de las tendencias que compiten internamente con fragmentaciones visibles en la tradicional división entre las ciencias básicas, las ciencias clínicas y la salud pública, aun dentro de ellas con particiones ejercidas por el poder entre diferentes grupos o por historicidad y tradición, pero siempre

privilegiando el modelo biólogoista, en la formación profesional y en la comprensión de la salud y la enfermedad como fenómeno biológico individual (UNAL- 2002 - 2005). Este desequilibrio prevalece, domina e impide otras visiones y recursos para el conocimiento en la salud, e incluso se establece en la organización administrativa de los programas médicos; como evidencia que ya se había referenciado.

No se puede pretender la independencia de los intereses de la educación médica sobre los intereses tecnocráticos globales, más aún, recordemos que es el “grupo médico”, según Starr, citado por Hernández (2002), el principal grupo con poder en la transformación de la medicina de una profesión liberal a una profesión industrializada y opuesta a la construcción de un sistema de salud más universal y de orden estatal. Igualmente, inscrito en los ejes de la actividad económica y sociopolítica de las sociedades. De hecho, las escuelas y programas de medicina, al menos en el contexto nacional y en gran parte del contexto latinoamericano, no atendieron las recomendaciones alrededor de la pertinencia hechas por la Cumbre de Edimburgo (1988), y el discurso médico se adhirió, sin resistencia, a los intereses de las nuevas empresas de educación y salud surgidas de las reformas neoliberales de los años ochenta y noventa.

Sin embargo, el discurso de la educación médica en la Declaración de Edimburgo (1988) articula con las necesidades poblacionales en salud y con la praxis médica comunitaria. Entre líneas desarrolla, sin mencionarla, la noción de pertinencia a lo largo de la mayoría de sus veintidós consideraciones y recomendaciones para la acción y optimización de la práctica médica y la política, la respuesta educacional, el espectro continuo de la educación médica, la asociación para el aprendizaje y los lugares para el aprendizaje. Este documento especifica y concreta muchos de los elementos y deja implícitos otros más, relacionados con la construcción de esta noción, concepto o dimensión (WFME – 1988).

Se puede postular que la declaración de la cumbre de la Federación Mundial de Educación Médica (WFME) de 1988 funge sin proponérselo como un documento maestro del discurso académico de la pertinencia en la educación médica. En retrospectiva, a juicio del autor, con suficiente anterioridad muchas otras disciplinas y profesiones, según Coombs (1970) y Malagón (2003 a), iniciaron desarrollos sobre la pertinencia entre los años sesenta y setenta, sin haber logrado productos semejantes o avances tan significativos como este,

pero absolutamente imperceptibles, impalpables e invisibles para las escuelas medicas de la época y de hoy.

2.12 Relaciones y estrategias discursivas de la pertinencia:

Uno de los documentos básicos de discusión en la Primera Conferencia Mundial de Educación Superior de 1998 está específicamente centrado en el tema: *Pertinencia de la educación superior en el siglo XXI*, escrito por Michael Gibbons, secretario general de la Association of Commonwealth Universities, quien hábilmente postula un nuevo paradigma de producción del conocimiento que permitiría el ingreso de una nueva categoría al sistema de la educación superior: la conectividad, propiciadora de un nuevo orden, el “sistema distribuido de producción del conocimiento” (un hipermercado global), en virtud del cual se da paso a la flexibilización curricular, la fragmentación en créditos, la movilidad académica y la enseñanza por modelos de problemas y competencias, las cuales dan respuesta a nuevas modalidades y demandas de producción que necesitan de un grupo de estudiantes y profesionales diversos, para tareas específicas a mediano plazo en un mercado globalizado (Gibbons – 1998).

Este contradiscurso académico tilda a las profesiones clásicas, incluida la medicina, como de formato elitista, añejo, inflexible y renuente a asumir el acceso a las nuevas formas masivas de la educación superior y las nuevas tendencias basadas en la transdisciplinariedad, que exigen pasar de un aprendizaje basado en las disciplinas a otro basado en los problemas. Para el caso médico, de un enfoque normal basado en conocimientos previos, entre otros de anatomía, fisiología, biología y química, antes de enfrentar a los pacientes, a enseñar a los futuros médicos como construir repertorios de soluciones para problemas, en otras palabras, los síntomas determinan los problemas y los estudiantes aprenden a usar el conocimiento acumulado en variedad de dispositivos (tecnológicos principalmente) para ayudar a solucionarlos.

El nuevo paradigma del conocimiento planteado por Gibbons (1998) representa el desplazamiento de la cultura de la ciencia (disciplinar y rígida) hacia la cultura de la investigación aplicada (flexible e incierta), que según Latour (1998), citado por Gibbons en el documento, debe variar la disposición y aptitud del conocimiento de la certeza a la incertidumbre, de la frialdad a la calidez y de lo directo y aislado a lo comprensivo y riesgoso.

La universidad no debe cuestionar el estado de cosas vigentes, sino reforzarlo limitándose a suministrarle recursos humanos obedientes:

(...) los imperativos económicos barrerán con todo lo que se les oponga y si las universidades no se adaptan, se las dejará de lado y lo que no entre en el juego de los intereses económicos de los monopolios debe barrerse.

2.13 Encrucijada de la pertinencia: ¿amenaza u oportunidad?

Las organizaciones y agencias supranacionales, concebidas en la posguerra como vehículos para el apoyo en el desarrollo de las naciones del mundo, han sido y son hoy corporaciones empresariales transnacionales, que, junto a las potencias transnacionales y económicas, ejercen el poder a través de estrategias de adaptación y cambio de las políticas públicas de cada nación a sus propios intereses por medio del anhelo de la modernización.

La modernización educativa se fundamenta en la constitución de la educación como bien público global productivo, que necesita de unos patrones de calidad para su mercantilización a esa escala, mediados por un nuevo orden social-tecnocrático a su vez soportado en una racionalidad técnica instrumental que cualifica los productos. Esta tecnocracia al servicio del crecimiento del sistema económico global tecnifica también la política y la neutraliza a su favor, con lo cual excluye la crítica de la opinión pública y provoca la pérdida de autonomía de los Estados nacionales. A través de la violencia simbólica subsumida en un discurso económico legitimador maquillado a favor de la productividad, el desarrollo y el bienestar, se instaura, en realidad, un régimen neoconservador que cuestiona y arremete contra las estructuras colectivas que obstaculicen la lógica de mercado.

Para contestar la pregunta pendiente sobre la génesis de la pertinencia, no hay sino que recurrir al contexto y origen descrito, la pertinencia nace como una interfaz o un dispositivo maniqueo enclavado en el proceso de modernización educativa. Es decir, nace endogámicamente dentro del sistema de mercado y comercio global como herramienta y

atributo de la calidad para la excelencia.²² Desde estos criterios, no sería susceptible de ser direccionada por ningún Estado nacional a no ser que este decidido a su aislamiento del poder económico y político global. Desde esta óptica, la pertinencia asume el papel de amenaza imperceptible, que se instala lentamente en la estructura de los sistemas educativos y de salud, en este caso, a través de sus relaciones y estrategias discursivas.

Frente al discurso gubernamental derivado de la tecnocracia, el desarrollo colectivista o de salud pública, señalado tácita y arbitrariamente como responsable, está ante una trampa que secuestra las posibilidades de resolver las necesidades poblacionales en la salud, porque el discurso que la define ha sido construido como apoyo para mercantilizar la enseñanza, la investigación y la práctica en provecho del capital trasnacional; rebajar la importancia de la teoría, de la ciencia y de su método; degradar las carreras universitarias al nivel de cursos modulares de capacitación laboral, y someter la ciencia a los valores mercantiles dominantes. Bajo la mediación y activación de mecanismos semejantes a los de la privatización de los servicios públicos básicos (agua, energía, salud y educación), convertidos en argumento dominante del discurso político-económico, tanto en los países industrializados como en los países en vías de desarrollo.

El discurso tecnocrático neomercantilista, tal como se viene desarrollando, es ajeno y niega el sentido de la misma pertinencia que predica. Una puerta giratoria y falsa para la educación y formación del talento humano en el campo de la salud pública, de por sí complejo, interceptado, interdisciplinario, de fuerte impronta social y de alto valor estratégico para el desarrollo de una nación con equidad.

¿Dónde está, entonces, la oportunidad de resolver los problemas poblacionales de salud para la educación médica?

La oportunidad, para el investigador, está en la retoma, revisión, adecuación, consenso, fortalecimiento y desarrollo del propio discurso sobre pertinencia de la educación médica, por ejemplo, el sembrado en la cumbre de Edimburgo de 1988. Construido en forma democrática y consensuada, trabajado dentro de las seis subregiones globales filiales de la

²² Diccionario de Real Academia Española. Definiciones: endogénesis: división de una célula rodeada de una cubierta o envoltura resistente que impide la separación de las células hijas; endogamia: fecundación entre individuos de la misma especie [citado 2012 enero 7]. Disponible en: <http://www.wordreference.com/definicion/endogenesis%20>

Federación Mundial de Educación Médica (WFME) y aprobado en la Cumbre Mundial de Edimburgo de 1988, sin presión alguna sobre los delegados y funcionarios. En contraposición al discurso de pertinencia construido por encargo del BM, a través de la fachada de la UNESCO y presentado por Gibbons ante la Primera Cumbre Mundial sobre la Educación Superior en París, en 1998. En la que participación cerca de 4000 delegados en misión de las naciones miembros de la UNESCO, quienes *deliberaron* durante dos días. Conferencia a la que no asistió ningún ministro de educación o funcionario relevante como delegado de los países convocados, tal como lo refiere Guarga (2006).

El discurso aprobado por la Declaración de Edimburgo (1988) fue construido en consensos, de tal forma que refleja las convicciones de profesores de medicina, estudiantes de medicina, médicos y otros profesionales de la salud alrededor del mundo, cuyo objetivo fue la mejora de la atención de salud para todas las poblaciones. Surgió como un acuerdo de consenso en el contexto mundial, entre educadores médicos y organizaciones internacionales, formalmente aceptado por muchos Gobiernos, lo que determina su alta validez como discurso académico (Karle et al – 2012). El discurso, desde luego, debe actualizarse para trascender, ir más allá y estar por encima de la estructuración ocupacional, la racionalidad económica neoclásica, la privatización, el neomercantilismo, la racionalidad técnica formal-instrumental, la despolitización, la violencia simbólica legitimadora, la conectividad y el sistema distributivo de producción del conocimiento que ha instaurado la modernización educativa desde la UNESCO como cuerpo y el BM como cerebro.

Sin embargo, en opinión del ilustre Dr. José Félix Patiño Restrepo, delegado por Colombia a la cumbre de Edimburgo:

“Esta declaración no fue más que una estratagema diplomática y política de la WFME para desentronizar la profesión médica de la torre de marfil en la que se había instalado a lo largo del siglo XX”.

Quedo así desestimada, al menos para Colombia, la vocación de la “Declaración de Edimburgo” hacia una eficiente resolución de las necesidades en salud de las poblaciones. Siendo, según el Dr. Patiño, una de las principales causas del “estado de animación suspendida” de la salud pública en el mundo de la que la WFME no se ha vuelto a ocupar.

Para resolver la encrucijada entre amenaza u oportunidad a favor de la oportunidad, se requiere de un proceso emancipatorio y liberador promovido, inicialmente, desde el seno de las unidades de programa y sus comunidades académicas, por investigadores, docentes, estudiantes, egresados y directivos. Irrradiado, consensuado y acompañado por las agremiaciones médicas, la institucionalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las comunidades de usuarios, las autoridades sanitarias y los legisladores. Para, como señala Franco (2012), darle contenido real y vigencia efectiva al derecho a la salud para todos los colombianos, fortalecer la responsabilidad social del Estado, reducir inequidades históricas y producir mayor bienestar.

Al iniciar el proceso descrito a favor de la oportunidad, sin duda, antes que solventar la amenaza de la pertinencia neoliberal, se debe resolver una primera amenaza suficientemente sobre-diagnosticada, la de la fragmentación de los desarrollos teóricos, tecnológicos y científicos en el desarrollo de los programas médicos, con el propósito de hacer de la salud un cuerpo integral de conocimiento, entendiendo como cuerpo de conocimiento el conjunto suficiente de conocimientos en un área específica.²³ Luego, la responsabilidad de la pertinencia no es, entonces, exclusiva del desarrollo del eje colectivista, social o de salud pública. Los seres humanos no están fragmentados, son uno solo y una sola debería ser también la pertinencia que pretenda solucionar sus necesidades colectivas y poblacionales en salud. Se necesita también el concurso activo de las ciencias básicas y las ciencias clínicas para allanar estos espacios y acortar estas brechas.

A pesar de que las condiciones de producción, interpretación, circulación y consumo de los discursos gubernamentales que legitiman los propósitos de mercadeo inherentes a la globalización se establecen en una plataforma totalmente asimétrica y perversa que da muy poca oportunidad al debate y la discusión. Y que los Estados nacionales están fuertemente atados a cuadros institucionales transnacionales y de manera inconsciente o imperceptiblemente consiente aceptan jerarquías, normas y rutinas entre ellos, replicando los discursos que aseguran el asentimiento y validación de sus políticas de control a través de variadas retóricas comunicativas. El propósito de interpretar la sociedad, la salud y el bienestar no puede seguir siendo ajeno a la educación médica.

²³ Un cuerpo del conocimiento se compone, generalmente, de las áreas del conocimiento que representan una taxonomía de conceptos relevantes.

La reforma universitaria planteada por el BM a través de la UNESCO ha merecido el aplauso de los gobiernos, también a instancias de un superficial escrutinio de las agremiaciones y programas de educación superior en general, a pesar de ser el paradigma de la “ciencia y las disciplinas” pilares ontológicos, epistémicos y metodológicos en la concepción de los programas de educación médica en particular. Las universidades, facultades de “ciencias” de la salud y programas de educación médica no pueden seguir aceptando este nuevo orden sin debate, discusión y resistencia. No puede ser incuestionable la mansa adherencia a la logística de la calidad y la excelencia representada, por ejemplo, en los procesos de autoevaluación y acreditación implementados, según una subsumida “negación” de las ciencias y sus disciplinas, tal como lo planteó Gibbons (1998). Es evidente que la suspicacia de interpretar los escenarios y hacer otras lecturas de las realidades son atributos perdidos, en virtud de la extirpación oportuna del sentido crítico y la anulación de la fuerza de la opinión pública.

La dimensión de pertinencia en la educación médica desde los discursos tecnocráticos de la institucionalidad gubernamental se convierte, entonces, en un peligro para la propia sociedad, una trampa que se ha gestado desde mitad del siglo XX, instalada por los diferentes bloques de poder y dominación, a través de la institucionalización mundial que pactó un orden global, subrepticamente, al servicio de intereses ajenos al desarrollismo que lo inspiró.

Por otra parte, la pertinencia en la educación médica vista desde el discurso académico está, efectivamente, en un estado de “animación suspendida” en la mayor parte del mundo. Los discursos académicos también la abandonaron, a pesar de un inicio precoz que vislumbraba un buen camino. Imperceptiblemente, la ola de reformas a la educación y a la salud, de finales del siglo XX, producto de la democratización y modernización neoliberal, fragmentó, sosegó y distrajo el discurso académico. A juicio del investigador, en la reivindicación del discurso académico radica la oportunidad de subvertir el ordenamiento actual, al amparo, incluso, de la misma globalización, que ha hecho del mundo una aldea intercomunicada, lo cual supone una serie de cambios tanto en las relaciones y estrategias discursivas como en sus condiciones de circulación, de producción y de consumo.

En síntesis, desde el punto de vista teórico, la presente investigación se sustentó, primariamente, en la Teoría General de Sistemas aplicada a los procesos de educación y formación médica. Fue orientada por el paradigma constructivista-construccionista e hizo uso muy especialmente de la observación de segundo orden sobre la materialización práctica de nociones, conceptos y categorizaciones extraídas, en principio, teóricamente de la revisión y reflexión sobre el estado del arte en el tema de la pertinencia de la educación superior aplicada al ámbito de la medicina (en el sentido dado por la UNESCO en 1998), ordenadas o cartografiadas sobre dos ejes perpendiculares entre sí: los procesos y los discursos (ver figura 2.3).

En un primer momento este pensamiento teórico, soporte o sustento un diseño metodológico inicial para la investigación. Sin embargo, hechos los primeros avances en campo, se reveló la insuficiencia del modelo proyectado para responder a los objetivos formulados para las esferas institucional (IES) e individual. Se hizo entonces necesaria la transposición de la llamada “teoría o modelo ecológico de los sistemas” de Urie Bronfenbrenner (1983/1987)²⁴ para aprovechar sus herramientas conceptuales, en auxilio de la comprensión del fenómeno de la construcción de dimensión de pertinencia en la educación superior en general, y de la pertinencia de la educación médica en particular.

2.14 La Teoría Ecológica de los Sistemas de Bronfenbrenner:

Esta teoría consiste en un enfoque ambiental sobre el desarrollo del individuo a través de los diferentes ambientes en los que se desenvuelve y que influyen en el cambio en el desarrollo. Esta teoría puede aplicarse en todos los ámbitos de la Psicología y otras ciencias, ya que partimos de la base de que el desarrollo humano se da en interacción con las variables genéticas y el entorno, y expone de manera clara los diferentes sistemas que

²⁴ Según esta teoría cada persona es afectada de modo significativo por las interacciones de una serie de sistemas que se superponen: **Ontosistema:** hace referencia a las características propias de cada individuo. **Microsistemas:** configuran en forma íntima e inmediata el desarrollo humano. En el caso de los niños, los microsistemas primarios incluyen a la familia, el grupo de los pares, el aula, el vecindario, es decir el ámbito más próximo del individuo. **Mesosistemas:** se refieren a las interacciones entre los microsistemas, como cuando, por ejemplo, los padres coordinan sus esfuerzos con los docentes para educar a los niños. **Exosistemas:** incluyen todas las redes externas mayores que las anteriores como las estructuras del barrio, la localidad, la urbe. **Macrosistema:** lo configuran los valores culturales y políticos de una sociedad, los modelos económicos y condiciones sociales. **Cronosistema:** la época histórica en la que vive el individuo. **Globosistema:** hace referencia la condición ambiental.

conforman las relaciones personales en función del contexto en el que se encuentran. De menor a mayor globalidad, Bronfenbrenner nombra cuatro sistemas que envuelven al núcleo primario entendido como el mismo individuo. Los sistemas son los siguientes: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema.

La distinción entre los niveles sociales permite pensar que el estudiante construye sus valores, sus creencias, sus expectativas, sus elecciones, tiene sus características de vida que son directamente afectadas por su “microsistema”, en el cual interactúan las personas más próximas, las cuales ejercen gran influencia en el aprendizaje y en la adherencia, en este caso, a los principios y valores de la salud pública. El nivel del “mesosistema” estaría representado por los nichos de desarrollo en el que el estudiante está inmerso en un determinado momento de su vida. Este sería el lugar de la institución de educación superior, que a su vez afecta el desarrollo individual y la decisión de optar o no en favor de una formación sociopolítica suficiente para comprometerse integralmente con los desarrollos de la atención primaria en salud, la promoción de la salud y la salud pública. Afectándose mutuamente la institución y el sujeto junto con los elementos de su “microsistema”. Sin embargo, muchos de los acontecimientos en un tercer horizonte, el “exosistema”, pueden llegar a cambiar de manera decisiva la condición de su orientación. El “exosistema” puede ser comprendido, por ejemplo, por los microsistemas de los padres o de los docentes. Si algo significativo cambia en la vida de los padres o de los docentes, esto desencadena reacciones en el nivel del microsistema, pudiendo impactar en la decisión de una vocación médica, mismo que los elementos productores de la decisión ocurran en niveles exógenos al estudiante. Por efecto similar, la condición de adherencia podrá ser directa o indirectamente afectada por condiciones del macrosistema, como por ejemplo, la influencia de las políticas nacionales en la institución, las oportunidades de becas, financiamiento, participación en programas gubernamentales, entre otros, estarán relacionados con su proceso educativo y formativo, mismo que eso ocurra extremadamente ajeno al sujeto.

De esta manera, la representación ecológica asociada a la construcción de la dimensión de pertinencia, puede auxiliar de manera importante la comprensión del fenómeno, una vez que, al situar los distintos elementos en estratos ambientales/sociales, permite visualizar y comprender zonas en el que el estudiante podrá tener apoyo o enfrentamiento para la misión de construir un modo de ser, hacer y saber hacer transformativos, con el fin de

desarrollar habilidades y competencias para la solución de las necesidades poblacionales en salud.

Este nuevo elemento en la argumentación teórica orientó el proceso investigativo respondiendo a los cuestionamientos estructurados en función del rastreo de la conceptualización de pertinencia en el ámbito local, nacional y latinoamericano. La indagación dispuso de la búsqueda de información en tres grandes bloques ambientales: un primer bloque ambiental encargado del rastreo de la línea rectora de gobernanza, gobernabilidad o agenciamiento de la dimensión de pertinencia a nivel nacional, regional, internacional y transnacional, que se denominara para los fines de este estudio como el “macrosistema de la pertinencia”; un segundo bloque ambiental de indagación y análisis encargado de la pesquisa de la percepción de pertinencia en el contexto y las comunidades académicas conformadas alrededor de los programas de educación médica de pregrado en el ámbito colombiano, que para los fines de este estudio se conocerá como “mesosistema-exosistema de la pertinencia” y un tercer bloque ambiental que indagara a nivel individual o personal conocido como “microsistema de la pertinencia”.

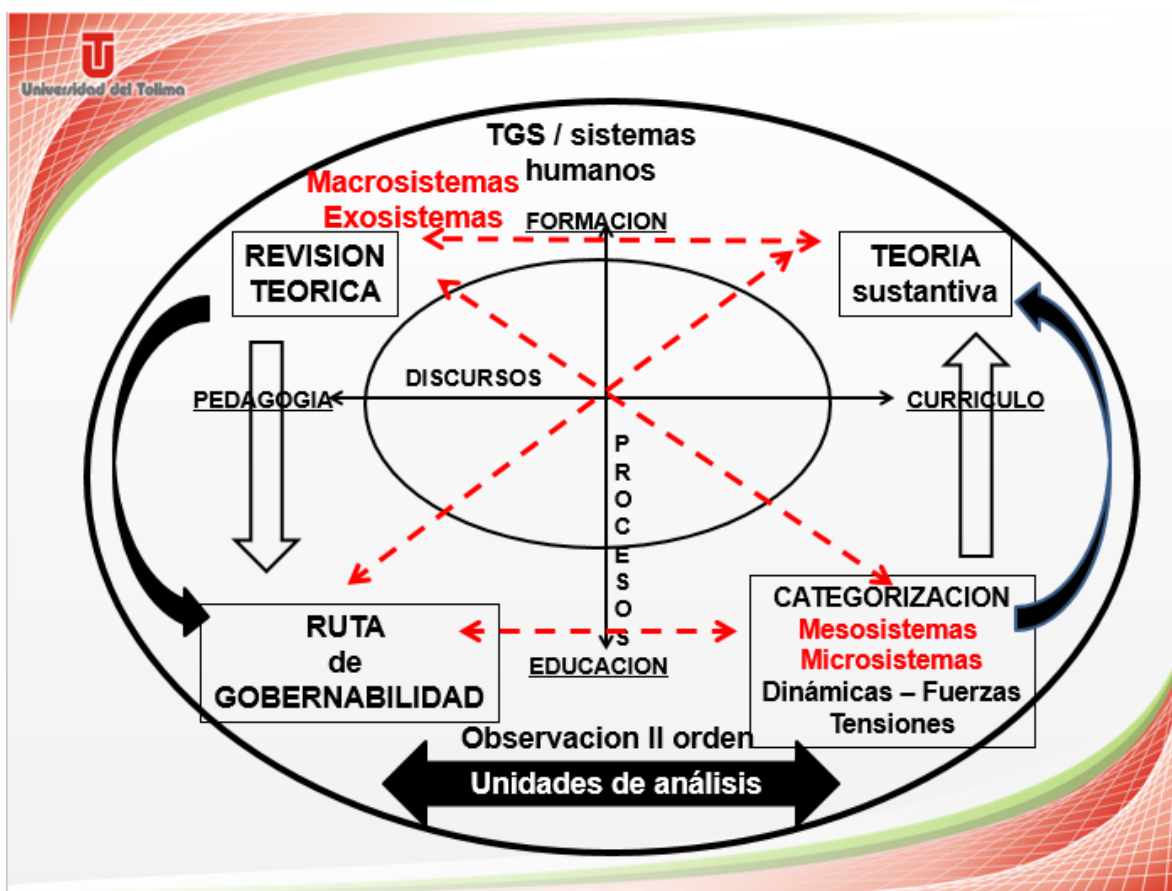
En el ambiente macrosistémico, se forjó la delineación de la ruta de origen de la pertinencia dentro del proceso de “la modernización educativa”, como corriente ideológica en la que se anidan las estructuras del sistema educativo, con base en la exploración en textos, documentos, audiovisuales sobre el tema y entrevistas con expertos y directivos, para configurar las estrategias y relaciones discursivas colectadas de la revisión bibliográfica. Mientras que en los ambientes mesosistémico, exosistémico y microsistémico, se parte del análisis documental así como del audio y texto de las entrevistas semiestructuradas concedidas por profesores, estudiantes, directivos y expertos; utilizando procesos de análisis inductivos que permitieron lograr una interpretación de la realidad epistémica que permitiría inferir conceptualizaciones, asociaciones, referencias o quizás inferencias generales cercanas a una teoría sustantiva sobre la construcción de la dimensión de pertinencia en los programas médicos de pregrado y a nivel personal o individual.

Como ya se comentó, en atención a la flexibilidad del diseño de investigación, este fue intervenido y redefinido, inmediatamente después de realizar la primera visita “in situ”, al entrar en la fase inicial del análisis de la información del primer programa médico visitado. Con el fin de dar respuestas satisfactorias a los objetivos y las preguntas orientadoras

planteadas; que deben ahora, bajo el nuevo diseño, resolverse desde los planos ambientales macrosistémico, exosistémico, mesosistémico y microsistémico.

La categorización descrita hasta este punto, correspondió al momento macrosistémico; exosistémico y mesosistémico. Para el momento microsistémico se hizo necesario plantear una nueva revisión teórica y proceder a un ejercicio reflexivo que diera la oportunidad de pre-categorizar la pesquisa sobre los discursos que promueven las dinámicas, las fuerzas y las tensiones que se suscitan alrededor de la construcción y de-construcción de la dimensión de pertinencia en la educación médica de pregrado (ver figura 2.3; tabla 2.4 y tabla 2.5).

Figura 2.3: Plano de las relaciones conceptuales y teóricas de la investigación.



Fuente: Estudio "Análisis de la construcción de la dimensión de pertinencia en la educación médica colombiana" - Investigador.

El Modelo Ecológico del Desarrollo Humano, propuesto por Urie Bronfenbrenner y su teoría tiene diferentes momentos de desarrollo. En su primer momento teórico, en las décadas de 1950 y 1960, su pensamiento estuvo muy influenciado por Kurt Lewin, proponiendo una actualización de la teoría Lewiniana de integración sujeto-ambiente, en la cual Bronfenbrenner sugiere que el comportamiento humano (conducta) surge en función del intercambio de la persona con su ambiente, confiriendo una dupla direccionada, en el sentido de que tanto el sujeto, como el ambiente se mantienen en continua influencia, produciendo situaciones de continuidad y cambio para la consecución de determinadas conductas (Bronfenbrenner - 2011). De esa manera, el contexto y el ambiente pueden ser potencialmente protectores o precipitantes para determinadas conductas. El segundo momento del desarrollo de su teoría está demarcado con la publicación de *Ecology of Human Development*, en el año de 1979, considerado como un marco para la comprensión de la ontogenia en el campo de la psicología ambiental. El autor demostró la importancia de los diferentes niveles ecológicos, interconectados y mutuamente influyentes. Según este modelo, el entorno social puede ser comprendido a partir de los subsistemas distintos y subsecuentes descritos (Bronfenbrenner - 1983).

El propósito de establecer o agrupar en un bloque mesosistémico-microsistémico la segunda parte de la indagación, fue el de explorar, identificar y comprender la forma en que operan las fuerzas y tensiones sobre las dinámicas en favor o en contra de la pertinencia, que de alguna manera determinan el grado de adherencia de los estudiantes del pregrado médico y de las comunidades académicas en general, a las actividades y procesos relacionados con la salud poblacional. Es decir, establecer la conducta resultante del campo dinámico alrededor de la pertinencia.

Para la comprensión, este momento de la investigación; siguiendo las influencias y el hilo retrospectivo de Bronfenbrenner, se utilizó la conceptualización de la llamada "Teoría del campo" enunciada por Kurt Lewis en 1951, quien expresó como enunciados básicos de la teoría del campo que: la conducta ha de deducirse de una totalidad de hechos coexistentes; estos hechos coexistentes tienen el carácter de un "campo dinámico; y el estado de cada una de las partes del campo depende de todas las otras" (Lewin – 1951).

2.15 La teoría de campo de Lewin:

La teoría de campo de Lewin es una teoría de la motivación, por lo que define a la fuerza como la causa de las acciones. Al existir una necesidad, se produce una fuerza, o campo de fuerzas, con lo que se produce una actividad con valencia. Cada actividad intermedia puede tener su propia valencia, y todas las valencias generan fuerzas dirigidas hacia las actividades particulares o contra ellas. La conducta resultante queda supuestamente determinada por una clase de adición psicológica de las fuerzas diferentes. Así mismo, Lewin asimila o iguala de alguna forma la necesidad y la tensión, que es la diferencia entre las metas propuestas y el estado actual del individuo. Produce una presión interna de dirección definida, un estado interior de tensión que empuja a llevar a cabo la intención, aunque no haya ninguna ocasión predeterminada que lo sugiera. La necesidad es la que crea las tensiones motivadoras y siempre que existe una necesidad psicológica, existe en el individuo un estado interno de tensión, que no es otra cosa que el estado de un sistema que trata de alterarse de manera que se vuelva igual a los estados de los sistemas que lo rodean.

2.15.1 Teoría del campo: para las dinámicas, fuerzas y tensiones:

En su teoría topológica de la personalidad (Lewin – 1936) explico lo que es el campo psicológico de la persona y utilizo el concepto de campo, extraído de la física, para analizar y comprender la conducta humana. El campo psicológico lo constituye la totalidad de hechos coexistentes e interdependientes. Los individuos existen en un campo psicológico de fuerzas que determinan su conducta. El campo psicológico está conformado por el individuo y su ambiente. La interacción dentro del campo configura la conducta. La teoría del campo de Lewin afirma que es imposible conocer el conocimiento humano fuera de su entorno, de su ambiente. La conducta ha de entenderse como una constelación de variables independientes, las cuales formarían el campo dinámico, o de las dinámicas de la pertinencia en este caso.

Este componente psicológico circunda a cada individuo y se le llama espacio vital, que es un espacio subjetivo, diferenciado, referido a la forma en como cada individuo percibe el mundo, sus metas, sus esperanzas, sus miedos, sus experiencias. Pero además de tener

el campo componentes subjetivos, tiene también aspectos objetivos, no inamovibles, como las condiciones ambientales, físicas y sociales, que actúan limitando el campo psicológico. La percepción social o manera particular como se interpretan las acciones, los atributos, las intenciones de los otros individuos, la atmósfera social o determinadas situaciones de la vida; encauzan la conducta o el comportamiento (Lewin – 1948).

El comportamiento humano debe ser visto en su totalidad y no analizado por partes. El fundamento del dinamismo conductual se encuentra en las necesidades y la relación existente entre el individuo y los objetos, es el punto de partida dinámico de la conducta. Desde Kurt Lewin se sabe que la conducta es el resultado de los procesos que se dan en la vida de los grupos. Las tensiones o necesidades, proceden de conflictos internos y de frustraciones sufridas al perseguir objetivos que actúan como fuerzas motivadoras. Estas fuerzas orientan a la persona hacia acciones que alivien o reduzcan sus necesidades. La investigación Lewiniana se realizó en forma experimental, en el campo educativo y en su época fue considerada como un enfoque radical e inadecuado, que involucra al investigador como agente de cambio social; específicamente, partió de la investigación acción y antecedió a la investigación acción participativa de la década del setenta en el siglo XX.

Lewin, interpola un modelo físico matemático, el de campo, para comprender la conducta humana desde los postulados de su teoría de campo, aplicados a experiencias en ambientes educativos focalizadas en la transición del individuo de la niñez a la etapa adulta, es decir en su plena adolescencia, que es cuando hoy asume el inicio de su educación terciaria o educación superior. Así mismo, usando esta modelación, se puede comprender como actúa el llamado campo psicológico en este periodo de transición en que intenta iniciar su educación y formación como médico general, para analizar y comprender las fuerzas conflictivas a las que se expone, las tensiones que desatan estos conflictos y en general las dinámicas que posibilitan o truncan su identificación o no con una conducta que le permita asimilar e incorporar a su comportamiento profesional, las diversas perspectivas de lo que hoy conocemos como el cuerpo de la salud pública o de colectivos; asociada e integrada en este estudio a la dimensión de pertinencia.

Tabla 2.4: Síntesis de la pre-categorización teórica y reflexiva (microsistémica) de los discursos que denotan las dinámicas, tensiones y fuerzas curriculares e institucionales que construyen o de-construyen la pertinencia en la educación médica de pregrado.

DISCURSOS CURRICULARES			DISCURSOS INSTITUCIONALES		
código	subcategoría		código	subcategoría	
CATEGORIA DINAMICAS DE LOS DISCURSOS:					
1.1	DINAMICAS curriculares	Primacía Organizacional	4.1	DINAMICAS Institucionales	Contexto
1.2		Enfoque	4.2		Promoción
1.3		Dimensión central	4.3		Tendencia
1.4		Función docencia	4.4		Potencial curricular
1.5		Función investigación	4.5		De Investigación
1.6		Función proyección social	4.6		Desarrollo en el currículo
1.7		Modo y Método	4.7		Administración y evaluación del currículo
1.8		Estructura y funcionalidad			
1.9		Focalización			
1.10		Atributos			
CATEGORIA FUERZAS SOBRE LOS DISCURSOS:					
2.1	FUERZAS curriculares	Interacciones para la formación	5.1	FUERZAS institucionales	Redes inter/intra
2.2		Mantiene status	5.2		Ambiente educativo
2.3		Cambia status	5.3		Organización
2.4		Abordaje disciplinar	5.4		Relaciones laborales
2.5		Currículo oculto	5.5		Unidades especializadas
CATEGORIA TENSIONES SOBRE LOS DISCURSOS:					
3.1	TENSIONES curriculares	Relación con procesos	6.1	TENSIONES institucionales	Estructural
3.2		Intereses	6.2		Articulación
3.3		Impacto	6.3		Coordinación o planeación
3.4		Estado del ejercicio multidireccional	6.4		Compromiso o ajuste
3.5		Origen			

Fuente: Revisión bibliográfica & reflexión personal del investigador.

Tabla 2.5: Pre-categorización y atributos teóricos y reflexivos (microsistémica) de los discursos que denotan las dinámicas, tensiones y fuerzas curriculares e institucionales que construyen o de-construyen la pertinencia en la educación médica de pregrado.

CODIGOS	SUBCATEGORIA	ATRIBUTOS & PROPIEDADES pro/contra pertinencia escuela & comunidad)
1. CATEGORIA - DINAMICAS Curriculares (Identidad): Forma de ser o suceder una situación ó cosa dentro del macro-currículo y micro-currículo de cada programa; producto de las fuerzas que actúan para darle ese sentido.		
1.1	Organizacional	
1.1.1		Concertadas – Participativas
1.1.2		Autocráticas
1.1.3-E		Prima lo administrativo
1.2	Enfoque	
1.2.1		Clásico-biomédico
1.2.2		Critico-Social
1.3	Dimensión central	
1.3.1		Individual
1.3.2		Comunitario-poblacional
1.4-E	Función de docencia	
1.4.1-E		Magistral-teórica
1.4.2-E		Teórico-práctica-formativa
1.4.3-E		Práctica simple (Laboratorio)
1.4.4-E		Práctica contextual
1.5-E	Función de Investigación / ¿necesidad poblacional?	
1.5.1-E		Subjetiva-formativa
1.5.2-E		Avanzada-especulativa
1.5.3-E		Intervencionista
1.6-E	Función de Proyección social/ ¿necesidad poblacional?	
1.6.1-E		Como practica académica
1.6.2-E		Como practica hacia lo laboral
1.6.3-E		Como pedagogización del contexto
1.7	Modo y Método	
1,7,1		Enciclopedista - Contenidos
1.7.2		Créditos, habilidades y competencias
1.8	Constitución estructural y funcional	
1.8.1		Cerrada
1.8.2		Constructivista - Construcccionista
1.8.3		Reflexivas
1.9	Focalización	
1.9.1		En el estudiante
1.9.2		En el profesor
1.10	Atributos por su naturaleza	
1.10.1		Creativo
1.10.2		Integral
1.10.3		Flexible
1.10.4		Axiológico

2. CATEGORIA - FUERZAS Curriculares (Conflictos): Modo de obligar a que el currículo se oriente o actué de una determinada manera, ante o bajo estructuras de poder o autoridad que promueven acciones consecuentes. Acto de obligar, para transitar hacia la costumbre.		
2.1	Promueve las Interacciones complejas para la formación	
2.1.1		Aprender a aprender
2.1.2		Aprender a ser y hacer
2.1.3		Aprender a ser y estar
2.1.4		Aprender a convivir
2.2	Para Mantener "status quo" medico	
2.3	Para cambiar/adecuar "status quo" medico	
2.3.1		Opositora (directa o por currículo oculto)
2.3.2		Contestaría
2.3.3		Propositiva
2.4	Abordajes	
2.4.1		Disciplinar E + F
2.4.2		Interdisciplinariedad E + F Transdisciplinariedad E + F Multidisciplinariedad E + F
2.5	Currículo oculto	
2.5.1		Desde plano personal
2.5.2		Desde el plano familiar
2.5.3		Desde la interacción social
2.5.4		Desde el status médico
2.5.5		Desde la interacción profesional
2.5.6		Desde lo institucional
3. CATEGORIA - TENSIONES Curriculares: Estado de oposición u hostilidad latente entre personas o grupos humanos. Estado anímico de excitación, impaciencia, esfuerzo o exaltación producido por determinadas circunstancias o actividades.		
3.1	Relacionadas con:	
3.1.1		Procesos sociales
3.1.2		Procesos políticos
3.1.3		Procesos administrativos
3.1.4		Procesos institucionales
		Procesos profesionales
3.3	Responden a Intereses	
3.3.1		Personales
3.3.2		Gremiales
3.3.3		Políticos
3.3.4		Sociales
3.3.5		Económicos (Mercado)
3.4	Impactan la	
3.4.1		Práctica biomédica
3.4.2		Práctica social
3.4.3		Práctica cultural
3.4.4		Práctica política
3.5	Ejercicio multidireccional	
3.5.1		Activo
3.5.2		Pasivo
3.6	Ámbitos de origen	
3.6.1		Interinstitucional-escolar
3.6.2		Intrainstitucional-escolar

3.6.3		Extrainstitucional-contexto
4. CATEGORIA - DINAMICAS Institucionales (Identidad): Forma de ser o suceder una situación ó cosa dentro de cada programa, facultad o universidad; producto de las fuerzas que actúan para darle ese sentido...		
4.1	Contextualizadas	
4.1.1		Socialmente
4.1.2		Políticamente
4.1.3		Económicamente
4.1.4		Culturalmente
4.2	Promovidas	
4.2.1		Articuladamente
4.2.2		Desarticuladamente
4.3	Con tendencia	
4.3.1		Clásica
4.3.2		Tecnocrática
4.3.3		Critico-social
4.4	Potencialidad curricular	
4.4.1		Biomédico
4.4.2		Básico
4.4.3		Poblacional comunitario
4.4.4		Integrado
4.4.5		Coherente con las necesidades
4.4.6		Incoherente con las necesidades
4.5	La Investigación	
4.5.1		Vertical subjetiva
4.5.2		Vertical objetiva
4.5.3		Transversal formativa
4.5.4		Comprensiva subjetiva
4.5.5		Comprensiva - Objetiva
4.6	Desarrollo curricular	
4.6.1		Integrado
4.6.2		Flexible y coherente
4.6.3		Inflexible
4.6	Administración y Evaluación del currículo	
4.6.1	Formativa	
4.6.2		Sumativa
		Autoevaluación - Reflexión
5. CATEGORIA - FUERZAS Institucionales (Conflictos): Modo de obligar a los docentes, estudiantes, programas, facultades o universidades a actuar de una determinada manera, bajo estructuras de poder o autoridad que promueven acciones consecuentes. Acto de obligar a un tránsito legitimado en la costumbre.		
5.1	Redes intrainstitucionales e Interinstitucionales	
5.1.1		Académicas
5.1.2		Movilización de recursos
5.1.3		Administración y desarrollo
5.2	Ambientes educativos	
5.2.1		Limitados (acceso competido)
5.2.2.		Suficientes
5.2.3		Adecuados
5.3	Organización de la comunidad académica	

5.3.1		Profesores
5.3.2		Catedráticos
5.3.3		Estudiantes
5.3.4		Directivos
5.4	Relaciones laborales	
5.4.1		Grupos sindicales
5.4.2		Normatividad (Estatutos)
5.4.3		Acensos
5.5	Unidades especializadas	
5.5.1		Académicas
5.5.2		Administrativas
5.5.3		Extracurriculares
6. CATEGORIA - TENSIONES Institucionales: Estado de oposición u hostilidad latente entre grupos humanos, grupos administrativos, programas, facultades e Instituciones del entorno educativo, de salud o de trabajo. Estado anímico de excitación, impaciencia, esfuerzo o exaltación producido por determinadas circunstancias o actividades.		
6.1	Estructural sistémica	
6.1.1		Académica
6.1.2		Administrativa
6.1.3		Económica
6.1.4		Social
6.1.5		Cultural
6.1.6		Axiológica-normativa
6.2	De articulación	
6.2.1		Horizontal
6.2.2		Vertical
6.2.3		De Modelos
6.2.3.1		Biomédico
6.2.3.2		Sociomédico
6.2.4		Créditos-costos-tiempo
6.3	De coordinación – planeación	
6.3.1		Interna espacial
6.3.1.1		Salones
6.3.1.2		Salas
6.3.1.3		Laboratorios
6.3.1.4		Centros especiales
6.3.2		Externa
6.3.2.1		Departamentos
6.3.2.2		Profesores
6.3.3		Convenios docencia-servicio
6.3.4		Recursos y gestión
6.4	De compromiso (ajuste)	
6.4.1		Entre sujetos pedagógicos
6.4.1.1		Planificadores
6.4.1.2		Autoridades
6.4.1.3		Profesores
6.4.1.4		Estudiantes
6.4.2		Generacionales
6.4.2.1		Profesores
6.4.2.2		Catedráticos

6.4.2.3		Estudiantes
6.4.3	Resistencia al cambio	
6.4.3.1		Contenidos de asignaturas
6.4.3.2		Tipo de evaluación
6.4.4	Políticas institucionales	
6.4.4.1		Capacitación
6.4.4.2		Información
6.5	Éticas	
6.5.1	Interacciones personales	
6.5.2	Sentido moral del bien y el mal	
6.5.2.1		Dogmas de fe
6.5.2.2		Manejo de animales
6,5.2.3		Simulación
6.6	Conceptuales	
6.6.1	Saber – saber hacer – praxis	
6.6.1.1		Conceptos impracticables
6.6.1.2		No se logran las competencias
6.7	Didácticas del acto pedagógico / proceso E-A / CM-CO	
6.7.1	Interacciones sociales	
6.7.2	Estrategias pedagógicas	
6.7.3	Evaluación	
6.7.4	Disciplina en espacios pedagógicos	

Fuente: Revisión bibliográfica & reflexión personal del investigador.

Capítulo 3

3 METODOLOGIA:

Estrategia de investigación o supuestos metodológicos...

De acuerdo con Taylor & Bogdan (1992), lo que define la metodología en un proceso investigativo es tanto la manera en que se enfocan los problemas como la forma en la que se buscan las respuestas. En un planteamiento relacionado, Guba (1991) logra una interesante síntesis, que permite diferenciar los enfoques o paradigmas de la investigación social a partir de la respuesta a tres preguntas básicas. A renglón seguido, se expone tanto la pregunta como la respectiva réplica de la metodología que siguió este trabajo de investigación:

¿Cómo se concibe en este proyecto la naturaleza tanto del conocimiento como de la realidad? (supuesto ontológico).

Para fines de esta investigación, se planteó una clara diferencia entre lo que puede denominarse *realidad empírica*, objetiva o material sobre el conocimiento que de esta se puede construir y que correspondería a lo que apropiadamente se puede denominar *realidad epistémica*. La primera puede tener una existencia independiente de un sujeto que la conozca, mientras que la segunda necesariamente requiere, para su existencia, de un sujeto cognoscente, el cual está influido por una cultura y unas relaciones sociales particulares, que hacen que la realidad epistémica dependa para su definición, comprensión y análisis del conocimiento de las formas de percibir, pensar, sentir y actuar, propias de esos sujetos cognoscentes.

¿Cómo se concibe en este proyecto la naturaleza de las relaciones entre el investigador y el conocimiento que genera? (supuesto epistemológico).

Este estudio, asumió que el conocimiento es una creación compartida a partir de la interacción entre el investigador y el (o lo) investigado, en la cual los valores median o influye la generación del conocimiento, lo que hace necesario situarse en la realidad, objeto

de análisis, para poder comprenderla tanto en su lógica interna como en su especificidad. La subjetividad y la intersubjetividad se conciben, entonces, como los medios e instrumentos por excelencia para conocer las realidades humanas y no como un obstáculo para el desarrollo del conocimiento.

¿Cuál es el modo en que construye o desarrolla conocimiento el investigador? (supuesto metodológico).

Esta investigación fue guiada por lo que algunos teóricos llaman un *diseño emergente*, en contraposición a un diseño previo. Estructurado rigurosamente a partir de los sucesivos hallazgos que se van realizando durante el transcurso de la investigación, es decir, sobre la plena marcha de esta. La validación de las conclusiones obtenidas se hace aquí a través 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. Sin embargo, luego de una profunda reflexión sobre los elementos y hallazgos encontrados, así como sobre los conceptos y teorías correspondientes con la temática, se estructuró un modelo de entrada a campo que permitió labrar una ruta previa para guiar y ordenar la recolección de la información y su posterior análisis e interpretación.

Desde la perspectiva que estas respuestas adoptan, se asumió 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 a través de 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. Se concretó así la realización de un estudio o investigación social a través de una observación de segundo orden, desarrollado dentro del paradigma sistémico-constructivista-construccionista.

La preocupación epistemológica del proyecto fue 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 tradujo en la adopción de una postura metodológica de carácter dialógico en la que las creencias, las mentalidades, los mitos, los prejuicios y los sentimientos, entre otros, fueron 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 convirtieron en unas constantes metodológicas.

Identificándonos con Sandoval (2002), la metodología utilizada se propuso alcanzar las tres condiciones más importantes para producir conocimiento a partir de las alternativas de investigación cualitativa definidas como:

- La recuperación de la subjetividad como espacio de construcción de la vida humana.
- La reivindicación de la vida cotidiana como escenario básico para comprender la realidad sociocultural.
- La intersubjetividad y el consenso como vehículos para acceder al conocimiento de la realidad humana.

La referencia epistemológica le dio sentido a los momentos generales en los que se conceptualizó este proceso de investigación, a saber: formulación, diseño, gestión y cierre. A través de ellos fue posible trascender la simple descripción y permitir el acceso a formulaciones de tipo comprensivo. Cabe aclarar que el proceso investigativo en sí mismo fue multicíclico; es decir que hubo, entre dos y tres ciclos en cada momento del proceso investigativo (formulación, diseño, gestión y cierre): uno inicial y uno final, o uno inicial, otro intermedio y uno final, que incluso permitieron en cada ciclo una recapitulación, replanteo, evaluación o acto reflexivo mediante dispositivos conversacionales grupales ejercidos por un equipo reflexivo del que hicieron parte el investigador, algunos sujetos referentes de los sistemas observantes y expertos o personajes clave invitados a colaborar en los cierres finales de cada ciclo; generalmente docentes, directores de departamentos o del programa, y coordinadores de áreas.

3.1 Estudio de casos:

Para Coller (2005), investigar significa intentar conocer mejor la realidad que nos rodea. Investigar científicamente implica seguir unos pasos lógicos y sistemáticos que permitan comprobar la veracidad de una serie de afirmaciones que se refieren a la parcela de la realidad en la se está interesado. El método de investigación a través del caso facilita la comprensión e interpretación por cuanto su propósito es el mejor conocimiento de un aspecto sociológicamente relevante de la realidad. El estudio de casos es una forma de investigación eminentemente empírica en la que distinguen varios elementos: la persona que investiga, el diseño de la investigación, el trabajo de campo y la narración; cada uno de estos elementos es el protagonista en diferentes fases o etapas de la investigación.

3.1.1 Definición de caso:

Para este estudio, se denominó potencialmente *caso o unidad de análisis* a cada programa de educación médica de pregrado registrado en el Ministerio de Educación Nacional, a través de su Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (SACES), con 58 programas registrados en el momento de iniciar el estudio, que conformaron el universo de la investigación.

(...) en el SACES confluyen el Ministerio de Educación Nacional (MEN), el Consejo Nacional de Educación Superior (CESU), la Comisión Nacional Intersectorial para el Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior, (CONACES), el Consejo Nacional de Acreditación (CNA), el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES) y las IES. El Sistema evalúa a estudiantes, programas de pregrado y posgrado e instituciones. A lo largo de su vida académica, los estudiantes son evaluados en diferentes momentos: en su educación media, a través de las Pruebas Saber, que se aplican en los grados 5º, 9º y al finalizar la educación media en el grado 11º, con los exámenes de Estado o Pruebas ICFES, requisito para ingresar a la educación superior; y adicionalmente en los últimos semestres de su formación de pregrado, mediante los Exámenes de Calidad de la Educación Superior (ECAES). Del mismo modo, las instituciones de educación superior

son evaluadas en dos momentos principales, uno de carácter obligatorio, el de su creación, y el otro voluntario, con la acreditación institucional o de alta calidad. Para su creación deben demostrar el cumplimiento de los requisitos contemplados en el Decreto 1478 de 1994, para las instituciones privadas, y en la Ley 30 de 1992, artículos 58 a 60, para las públicas (SACES - 2005).

Cada caso o unidad de análisis se desagregó a su vez en tres unidades para un mayor orden y precisión: la unidad de muestreo o conjunto de materiales y documentos que fueron estudiados; la unidad de registro, que es la parte de la unidad de muestreo que se analizó, y las unidades de contexto, que fueron aquellas partes específicas o básicas para el análisis.

Para este estudio, los casos o unidades de análisis fueron constituidos por la documentación material obtenida de cada programa, tales como sus documentos soportes curriculares y académicos, el documento maestro de calificación, el documento maestro de acreditación, documentos soportes seleccionados de las experiencias de su contexto y los audios y transcripciones de las entrevistas hechas a los diferentes tipos de sujetos observantes y grupos de discusión, así como las notas y memorandos del diario de campo del observador.

La pertinencia, así como otras de las dimensiones de la calidad de la educación médica,²⁵ se entienden mejor como una construcción en desarrollo cuyos efectos y mecanismos no suelen ser inteligibles en encuestas o muestras de una población. Por este motivo, fue necesario delimitar el proyecto a un número manejable de casos que reflejen con detalle y claridad el proceso de construcción de la pertinencia en el contexto de la educación médica para el ámbito colombiano; proceso que más adelante será detallado y descrito como la decisión muestral.

La investigación pasó por cuatro momentos, fases o etapas, no necesariamente lineales y consecutivas en cada unidad de análisis: 1) formulación, 2) diseño, 3) gestión y 4) cierre.

²⁵ En Colombia, el Consejo Nacional de Acreditación (CNA) describe 10 dimensiones o criterios sobre los cuales opera el Sistema Nacional de Acreditación como elementos valorativos que inspiran la apreciación de las condiciones iniciales de la institución y la evaluación de las características de la calidad del programa académico objeto de análisis; estas dimensiones son universalidad, integralidad, equidad, idoneidad, responsabilidad, coherencia, transparencia, pertinencia, eficacia y eficiencia.

A continuación, se reseña muy sucintamente la concepción de los momentos metodológicos en que se planificó la investigación (ver figura 3.1).

3.2 La formulación:

Este fue el punto de partida formal de la investigación, caracterizado por hacer explícito y preciso el qué es lo que se investigó y por qué. La lógica multicíclica que tipificó este proceso cualitativo dio lugar a, por lo menos, dos de tres sub-momentos, que se denominaron inicial, intermedio y final o inicial y final, según cada caso. Los planteamientos hechos para resolver la pregunta señalada se consideraron la formulación inicial, revaluada al finalizar el primer ciclo investigativo en el momento de cierre, y así sucesivamente hasta llegar al ciclo final de cierre.

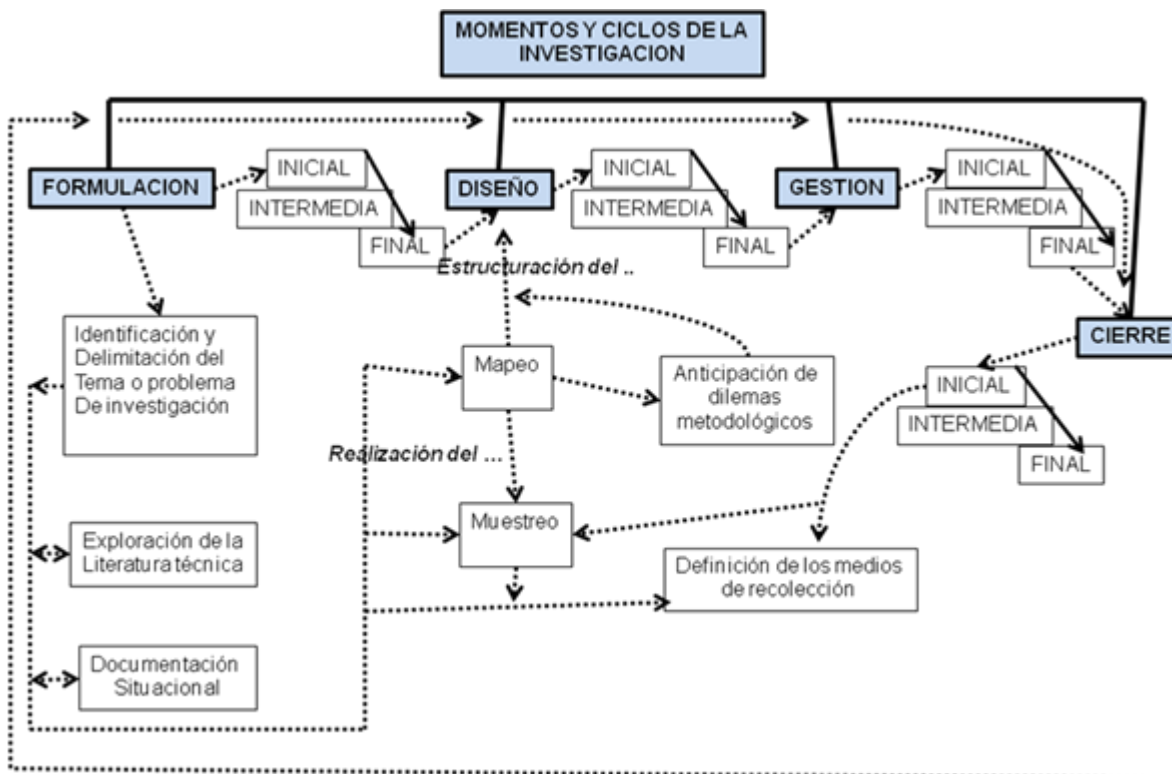
Los productos relevantes de este momento de la investigación fueron las preguntas centrales o ejes de indagación y la identificación preliminar de las fuentes de información, que en el ciclo inicial fueron formuladas por el investigador, pero que en los ciclos sucesivos fueron productos obtenidos mediante la observación, la comunicación y la construcción hecha con los aportes de los sujetos pertenecientes a los sistemas o unidades observantes. Estos productos fueron el insumo del siguiente momento metodológico o de diseño.

La formulación se refirió a la selección del espacio de comunicación de interés o tema. En esta etapa, se delimitaron las cotas comunicativas del estudio en su ciclo inicial mediante las siguientes preguntas que orientaron la pesquisa.

- ¿Cómo se construye la dimensión de pertinencia en los programas de educación médica, desde el punto de vista de la comunidad académica, en el contexto colombiano?
- ¿Cuáles son los procesos y las dinámicas institucionales en los programas de medicina que construyen pertinencia?
- ¿Cuáles son los discursos y las dinámicas institucionales en los programas de medicina que construyen pertinencia?

- ¿Cómo los procesos y discursos de la educación médica incorporan las necesidades en salud de la población con las dinámicas que construyen su pertinencia?

Figura 3.1: Mapa conceptual del “diseño proyectado” de la investigación



Fuente: Estudio “Análisis de la construcción de la dimensión de pertinencia en la educación médica colombiana” - Investigador

3.3 El diseño:

El diseño para este estudio se identificó por un plan flexible (o emergente) que orientó tanto el contacto con la realidad humana en estudio como la manera en que se construirá conocimiento acerca de ella. Al decir diseño emergente no se quiere decir que no se diseñe realmente, sino que se está dispuesto en cualquier momento a implementar cambios sobre el diseño inicial en los caminos que sean necesarios, de acuerdo con las decisiones de los equipos reflexivos. En otras palabras, responde a las preguntas ¿cómo se adelantó la investigación? y ¿en qué circunstancias de modo, tiempo y lugar? Al igual que la formulación, el diseño atravesará por varios submomentos cíclicos en virtud de la

retroalimentación recibida de las demás fases del proceso investigativo: unos iniciales, algunos intermedios y otros finales. Hicieron parte del diseño el mapeo y el muestreo; el mapeo relacionado con la anticipación a futuros dilemas metodológicos procedimentales y el muestreo relacionado con la definición de los medios de recolección de la información (ver figura 3.1).

3.3.1 El mapeo:

Uno de los elementos básicos en estudios sociales (de naturaleza cualitativa) tiene que ver con el problema de situarse mentalmente en el terreno o escenario en el cual va a desarrollarse la investigación. Para lograr este propósito, uno de los procesos de partida es lo que la literatura anglosajona denomina *mapping*, traducido como mapeo o trazar el mapa. Cuando se requiere orientación en un lugar desconocido, se consigue un mapa o, en su defecto, se elabora. El concepto de mapa es tomado aquí en un sentido figurado ya que, si bien dentro de ese proceso de mapeo se incluyen lugares físicos, la verdadera intención es poder lograr un acercamiento a la realidad social o cultural en estudio, para tener claramente identificados los actores o participantes, los eventos y situaciones en los que interactúan dichos actores, las variaciones de tiempo y lugar de las acciones que estos desarrollan y un cuadro completo de los rasgos más relevantes de la situación o fenómeno sujeto de análisis.

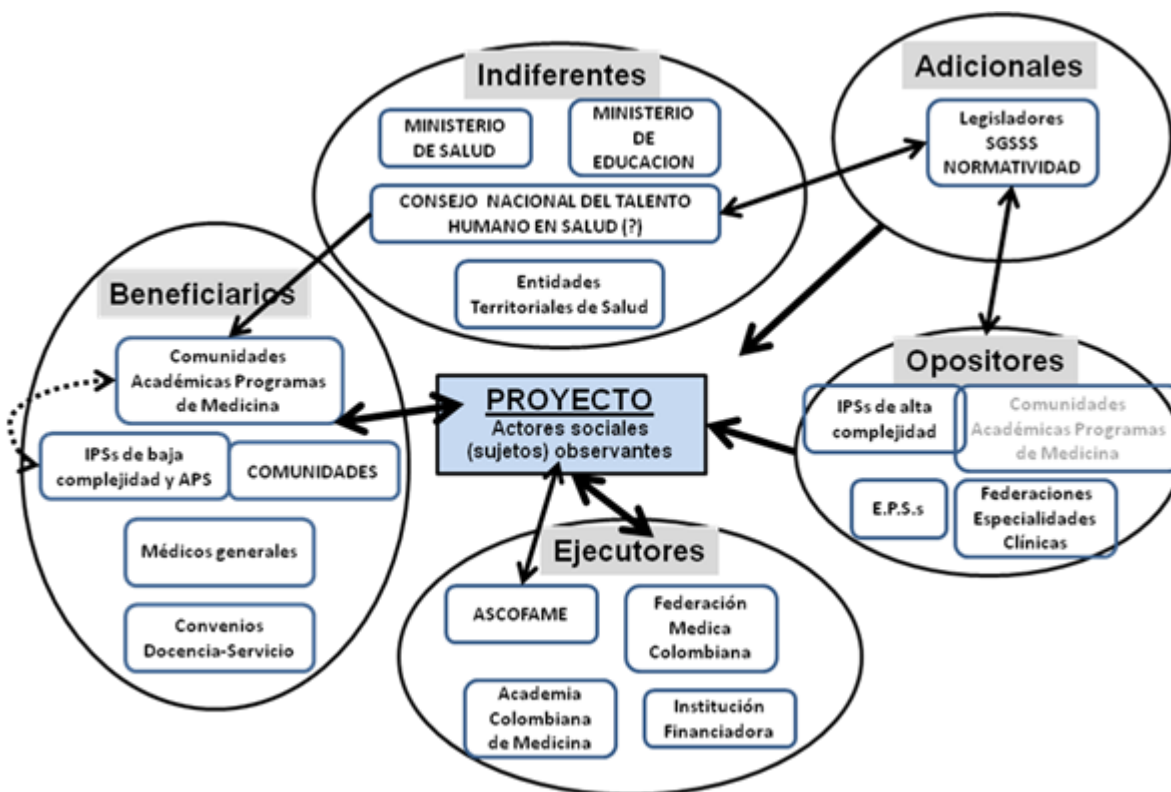
En este estudio, en el transcurso de la investigación emergieron los actores involucrados en la temática de estudio, quienes, posteriormente, hicieron parte del muestreo estructural de sistemas o unidades observantes, escogidos según sus papeles de acción y participación. Esta etapa garantizó las bases mínimas que aseguran la presencia de una pluralidad de miradas y perspectivas, las cotas estructurales del grupo observador y la selección y caracterización del ámbito social donde exploraron los temas (consideraciones etarias, de estratificación social, educacionales, residenciales, de género, etc.). El mapeo dio cuenta de cómo se conforma la comunidad académica en cada sistema observante o unidad de análisis, es decir, cada programa de educación médica estudiado (ver figura 3.2).

3.3.2 Decisión muestral:

Siguiendo el orden dentro de la secuencia de procedimientos, el paso siguiente al mapeo fue la decisión muestral o selección de situaciones, eventos, actores, lugares, momentos y temas que fueron abordados en primera instancia en la investigación. Subrayamos esta precisión de primera instancia o en el ciclo inicial, porque, en el caso de la investigación cualitativa, el muestreo es progresivo y está sujeto a la dinámica que se deriva de los propios hallazgos de la investigación.

En el caso que nos ocupa se utilizó un muestreo estructural motivado por establecer la mayor probabilidad de relacionar la búsqueda de casos y de informantes claves con la mayor posibilidad de hallar información sobre la pertinencia, es decir que la selección de

Figura 3.2: Mapa conceptual del mapeo presupuestado de los actores sociales de la investigación.



Fuente: Estudio "Análisis de la construcción de la dimensión de pertinencia en la educación médica colombiana" - Investigador

casos y de sus observantes o informantes claves, se estableció en virtud de su posición jerárquica respecto de una escala construida por el investigador. No se seleccionaron casos o unidades y observantes propiamente, sino relaciones estructurales convenientes para el desarrollo de los objetivos de la investigación. Para este estudio, esta decisión muestral operó tanto para la escogencia de los casos o unidades de análisis observantes, como para la escogencia de los observantes o informantes claves en cada unidad de análisis. Cuidando de garantizar las bases mínimas que aseguran la presencia de una pluralidad de miradas y perspectivas. En este punto, se definieron las cotas estructurales del grupo de observadores por cada caso o unidad de análisis (esto implicó estimaciones acerca de su distribución y pesos específicos). Igualmente, se delimitaron las cotas de las aportaciones temáticas que se incluyeron en el estudio.

Cada caso se convirtió en una unidad de análisis y correspondió a un programa de educación médica de pregrado específico. Teniendo en cuenta el alto número de programas médicos de pregrado en el país, con el ánimo de hacer el muestreo estructural anunciado, se estructuró una selección inicial de programas de acuerdo con la jerarquización, al momento de diseñar la pesquisa, de los siguientes atributos estructurales asociados a la pertinencia:

- Estar registrado en el Ministerio de Educación.
- Estar acreditado en alta calidad por parte del CNA (ver tabla 3.1).
- Filiación del programa (pública = 5 / privada = 5).
- Ubicación del programa (local = 1 / regional = 2 / nacional = 3).
- Experticia calificada, promedio durante los últimos cinco años (2007-2012) en salud pública y gestión ambiental; salud pública y gestión; y área de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (vía ECAES/Saber-pro).
- Años de funcionamiento (> 20 años = 3 / 10-20 años = 2 / < 10 años = 1).
- Número de estudiantes activos (<500 = 1 / 500-1000 = 2 / >1000 = 3).
- Promedio de estratificación socioeconómica que representan sus estudiantes (1; 2; 3; 4; 5).
- Vigencia en años de la última acreditación en alta calidad (4 años = 1 / 6 años = 2 / 8 años = 3).

Tabla 3.1: Programas de pre-grado en Medicina con acreditación vigente a 30 de junio de 2013.

n	Orden No.	Programa	IES	Fecha de resolución	Vigencia en años
1	7	MEDICINA	UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	28-may-07	8
2	8	MEDICINA (Renovación)	UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA - UDEA	28-may-07	8
3	109	MEDICINA	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA - UNAB	02-jun-10	6
4	115	MEDICINA (Renovación)	UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA - USCO	23-jul-10	4
5	127	MEDICINA (Segunda Renovación)	UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO	23-jul-10	6
6	146	MEDICINA (Renovación)	UNIVERSIDAD DE CARTAGENA	06-ago-10	6
7	164	MEDICINA (Renovación)	UNIVERSIDAD DEL CAUCA	22-oct-10	6
8	188	MEDICINA (Segunda Renovación)	UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA	28-dic-10	4
9	241	MEDICINA (Renovación)	UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA - UPB	30-mar-11	8
10	328	MEDICINA (Renovación)	UNIVERSIDAD DEL QUINDIO	16-dic-11	6
11	364	MEDICINA (Segunda Renovación)	UNIVERSIDAD DEL NORTE	19-ene-12	8
12	437	MEDICINA (Segundo Proceso)	FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD	08-ago-12	4
13	566	MEDICINA (Segunda Renovación)	UNIVERSIDAD EL BOSQUE	20-dic-12	6
14	568	MEDICINA (Renovación)	UNIVERSIDAD LIBRE	20-dic-12	6
15	601	MEDICINA (Segunda Renovación)	UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE PEREIRA - UTP	28-feb-13	8
16	639	MEDICINA (Segunda Renovación – CNA – CONSUAN)	PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA - PUJ	31-may-13	8
17	674	MEDICINA (Segunda Renovación)	UNIVERSIDAD DE LA SABANA	06-jun-13	8
18	690	MEDICINA	FUNDACION ESCUELA DE MEDICINA "JUAN N. CORPAS"	10-jun-13	4
19	723	MEDICINA	UNIVERSIDAD DEL SINÚ "ELIAS BECHARA ZAINUM"	24-jun-14	4
20	791	MEDICINA	UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA - UPTC	28-jun-13	6
21	792	MEDICINA (Tercera Renovación)	UNIVERSIDAD CES	30-jun-13	8

Fuente: Consejo Nacional de Acreditación - Colombia (CNA):

<http://www.cna.gov.co/1741/channel.html>

Al aplicar el primer atributo se encontraron 58 programas de educación médica debidamente registrados en el Ministerio de Educación Nacional (Fernández et al – 2011). Al aplicar el segundo atributo se encontraron 21 programas de educación médica acreditados en alta calidad al 30 de junio de 2013 (ver tabla 3.1). Esta condición de acreditación en alta calidad obro como atributo eliminatorio, en atención a que el hecho de someter un programa médico de pregrado a los criterios de autoevaluación y evaluación externa por pares, significa que el programa ha evaluado la dimensión de pertinencia, por lo menos desde los lineamientos de la acreditación en alta calidad del CNA. Contexto que lo habilita para ofrecer información, incluso, respecto del tema.

En virtud del escaso conocimiento previo del investigador sobre la caracterización de cada programa médico acreditado en alta calidad, se elabora una jerarquización de los atributos asociados a la pertinencia con los 21 programas no eliminados por el segundo atributo (estar acreditado en alta calidad por parte del CNA). De la sumatoria de valencias para los atributos restantes, se derivó una tabla jerárquica que ordeno los 21 programas de educación médica acreditados en alta calidad a la fecha; de esta tabla se seleccionaron los 6 programas con mayor valoración estructural subjetiva, y los 5 programas con menor valoración estructural subjetiva. A los 11 programas resultantes, se les curso invitación formal a participar auto-registrándose en el estudio a través de cada uno de los respectivos decanos y/o directores de programa (ver tabla 3.2).

Igualmente, el diseño permitió la inclusión, por invitación directa, de un programa que no entro en la fase de valoración estructural de atributos, sino que por ser considerado como altamente conveniente para enriquecer y aportar al logro de los propósitos del estudio, se invitó de manera especial. Esta apertura en el diseño admitió la entrada de lo que se conoce como “*caso polar*” por conveniencia, y en este caso correspondió a un programa médico de pregrado aun no acreditado en alta calidad por el CNA; pero con una experiencia en medicina comunitaria y salud pública única e innovadora dentro del contexto nacional; que a juicio del autor enriquecería el trabajo de campo.

Tabla 3.2: Ordenamiento topológico subjetivo en pertinencia, para los programas de pregrado en medicina acreditados en alta calidad por el CNA, antes del 30 de junio de 2013.

PROGRAMA En orden aleatorio	Filiación institucional		Ubicación			Exp SP	Años de funcionamiento			No. Estudiantes Activos			Promedio de estratificación socioeconómica					Vigencia de la última acreditación			Ordenamiento Jerárquico para pertinencia		
	Publ ica	Priva da	L	R	N	ECA ES	<10 años	10 - 20 año s	>20 año s	< 5 0 0	500 a 100 0	>10 00	1	2	3	4	5	4	6	8			
1	Ok				Ok	9.5			Ok			Ok			Ok						Ok	29.5	II
2	Ok			Ok		11.2			Ok			Ok			Ok						Ok	30.2	I
3		Ok		Ok		10.2		Ok			Ok					Ok					Ok	29.2	IX
4	Ok			Ok		9.2			Ok			Ok			Ok			Ok				29.2	IX
5		Ok			Ok	9.3			Ok			Ok				Ok			Ok			27.3	V
6	Ok			Ok		9.9			Ok			Ok				Ok			Ok			26.9	VII
7	Ok			Ok		9.5			Ok		Ok				Ok				Ok			26.5	VIII
8		Ok			Ok	9.3			Ok		Ok					Ok		Ok				25.3	XIII
9		Ok		Ok		10.3			Ok		Ok					Ok				Ok		27.3	V
10	Ok			Ok		10.4		Ok			Ok				Ok				Ok			26.4	X
11		Ok		Ok		10.2			Ok		Ok					Ok				Ok		27.2	VI
12		Ok	Ok			9.6		Ok		Ok						Ok		Ok				21.6	XXI
13		Ok	Ok			9.2			Ok		Ok					Ok		Ok				24.2	XVII
14		Ok	Ok			9.2			Ok		Ok					Ok		Ok				24.2	XVIII
15	Ok			Ok		10.5			Ok		Ok				Ok				Ok			28.5	III
16		Ok		Ok		9.7			Ok			Ok				Ok			Ok			27.7	IV
17		Ok	Ok			9.4			Ok		Ok					Ok			Ok			26.4	XII
18		Ok	Ok			9.4			Ok		Ok					Ok		Ok				23.4	XIX
19		Ok	Ok			9.1		Ok		Ok					Ok			Ok				22.1	XX
20	Ok			Ok		9.2		Ok			Ok				Ok				Ok			25.2	XIV
21		Ok		Ok		9.1			Ok		Ok					Ok			Ok			26.1	XI
TOTAL	8	13	6	1	3	(9.6)	0	5	16	2	13	6	0	0	8	13	0	5	7	9		(23.3)	

Fuente: Documento Maestro de Acreditación en alta calidad (CNA) de cada programa médico observado; ICFES-web y diario de campo del investigador. .

De los 12 programas invitados a participar, seis finalmente respondieron la invitación. Acto seguido se agendó de común acuerdo con cada decano y director de programa el calendario de las visitas de observación, según la oportunidad y disponibilidad para la realización del estudio. De los seis programas, finalmente solo fue posible visitar cinco de

ellos, en atención a diversas excusas y justificaciones de disponibilidad y logística, que escaparon a la voluntad de la investigación. En los programas seleccionados y concertados como casos o unidades de análisis, se designaron observantes claves de cada comunidad académica, y con la ayuda de la guía de la interfaz de entrada, que obró como instrumento de recolección de datos, se hicieron los primeros contactos, conversaciones y observaciones en el ciclo inicial sobre los sujetos observantes escogidos.

Se deja constancia de la exclusión del proceso de selección y muestreo de dos programas médicos de pregrado; correspondientes a la Universidad Nacional de Colombia y la Universidad del Tolima, en atención a la filiación del autor con estas dos universidades, cuya vinculación podría admitir susceptibilidades éticas y metodológicas que a futuro invalidaran o deterioraran los hallazgos del estudio.

De los cinco programas incluidos en el estudio: uno está en la región Atlántica; tres en la región Andina y uno más en la región de la Orinoquia. Por razones éticas y arreglos de confidencialidad no se descubrirá a lo largo de esta narrativa su nominación institucional o la identidad de quienes participaron como observadores. (Ver tabla 3.3).

Mediante entrevistas semiestructuradas o en profundidad, indagaciones, observaciones de primer y segundo orden y pesquisas sobre los programas visitados, sumados a los conceptos y recomendaciones emitidos a través de entrevistas focalizadas con tres expertos educadores y pedagogos: Dr. Carlos Eduardo Vasco Uribe y el Dr. Luis Alberto Malagón Plata, así como el experto educador y médico Dr. José Félix Patiño Restrepo. Quienes fungieron como informadores expertos, sujetos observantes y protagonistas de la masa documental y bibliográfica que dio posibilidad al rastreo de la ruta rectora y de gobernabilidad de la pertinencia.

Adicionalmente se contó con el acompañamiento y la colaboración durante la fase de documentación del Dr. Luis Enrique Silva Director Académico de la Secretaría Técnica del CNA; la Dra. Luz Amanda Viviescas Secretaria Técnica del CNA y la señora Diana Marcela Gómez del Centro de Documentación del CNA.

Tabla 3.3: Distribución geográfica y filiación institucional de los programas médicos de pregrado invitados a participar y que finalmente aceptaron voluntariamente participar.

Región Colombiana	Programas invitados a participar	Filiación		Programas que aceptaron participar	Filiación		Código para el estudio
		PUBLICA	PRIVADA		PUBLICA	PRIVADA	
Región Atlántica	3	2	1	1	1	0	I
Región Pacífica	0	0	0	0	0	0	NA
Región Andina	7	2	5	3	2	1	II, III y IV
Región de la Orinoquia	1	0	1	1	0	1	V
Región de la Amazonia	0	0	0	0	0	0	NA
Σ	11	4	7	5	3	2	5

Fuente: Diario de campo del investigador.

Previamente a cada visita de observación “in situ”, se hizo una revisión documental en los archivos de las dependencias del Ministerio de Educación Nacional encargadas de los registros y procesos de autorización, habilitación y acreditación de los seis programas de educación médica que contestaron la invitación de participación. Cabe aclarar que el ciclo inicial del momento investigativo de diseño y gestión parte de una observación de primer orden sobre los temas y las categorías preseleccionados para aplicar en cada caso o unidad de análisis desde los sujetos observantes. Las categorías preseleccionadas por conveniencia para el primer ciclo correspondieron a las dinámicas de pertenencia caracterizadas por procesos y discursos, tomadas de la Declaración de Edimburgo (WFME – 1988) y los discursos críticos y alternativos consignados en el estudio de caso elaborado por Malagón (2007) en la Universidad de Antioquia, reseñados en la guía para el trabajo de campo y en la pre-categorización exploratoria para el eje de los procesos y los discursos (ver tabla 2.2; 2.3 y 2.4).

Toda observación represento, por parte de su observador, aplicaciones de esquemas de diferencias que le permiten identificar-describir una realidad. Cuando la aplicación de la observación es reiterada, genera la ilusión de la estabilidad; cuando esta modifica sus formas construye una nueva realidad. Las distinciones que se aplican en la observación están abiertas a la observación externa, en cuanto puedan ser realizadas en el lenguaje. Un observador de segundo orden es un tipo de observador externo, orientado a la observación de observadores y sus respectivas observaciones. Desde su posición no sólo puede observar lo que sus observados indican y describen, sino también captar los esquemas de diferencias con que marcan tales observaciones y trazan sus distinciones del cómo observan. Por otra parte, el observador de segundo orden, al observar conjuntos de descripciones, puede combinar puntos de vista y, con ello, relevar lo que sus observados, desde sus parcialidades, no pueden ver: la latencia (Cathalifaud – 1998).

Los productos o responsabilidades de este momento investigativo fueron el desarrollo de los procesos de generación, obtención y registro de la información y la generación y recolección de la información en cada ciclo. Para cumplir esas responsabilidades, se desarrollaron los instrumentos necesarios para la generación y el registro de la información. La ejecución de estas responsabilidades fue el insumo del siguiente momento investigativo, el de gestión. Las estrategias para la colección de la información fueron: análisis documental; entrevistas semiestructuradas o en profundidad; entrevistas focalizadas y diversos escenarios grupales de conversación y discusión; igualmente se contó con equipos reflexivos incidentales o temporarios, reunidos como grupos de opinión y conversatorios.

3.4 La gestión:

Este momento corresponde al comienzo visible de la investigación y tiene lugar mediante el empleo de una o varias estrategias de contacto con la realidad o las realidades sujetas a estudio. Entre esos medios de contacto, se utilizó: el diálogo propio de la entrevista semiestructurada o en profundidad con las subsecuentes reflexiones; la vivencia lograda a través del trabajo de campo y la observación. Este momento, al igual que los de formulación y diseño, atravesó por varios submomentos, que en, síntesis, correspondieron a: los de gestión inicial; intermedia y final. En el desarrollo del momento correspondiente a la llamada gestión de la investigación, tiene lugar la llamada *materialización*, a través de la

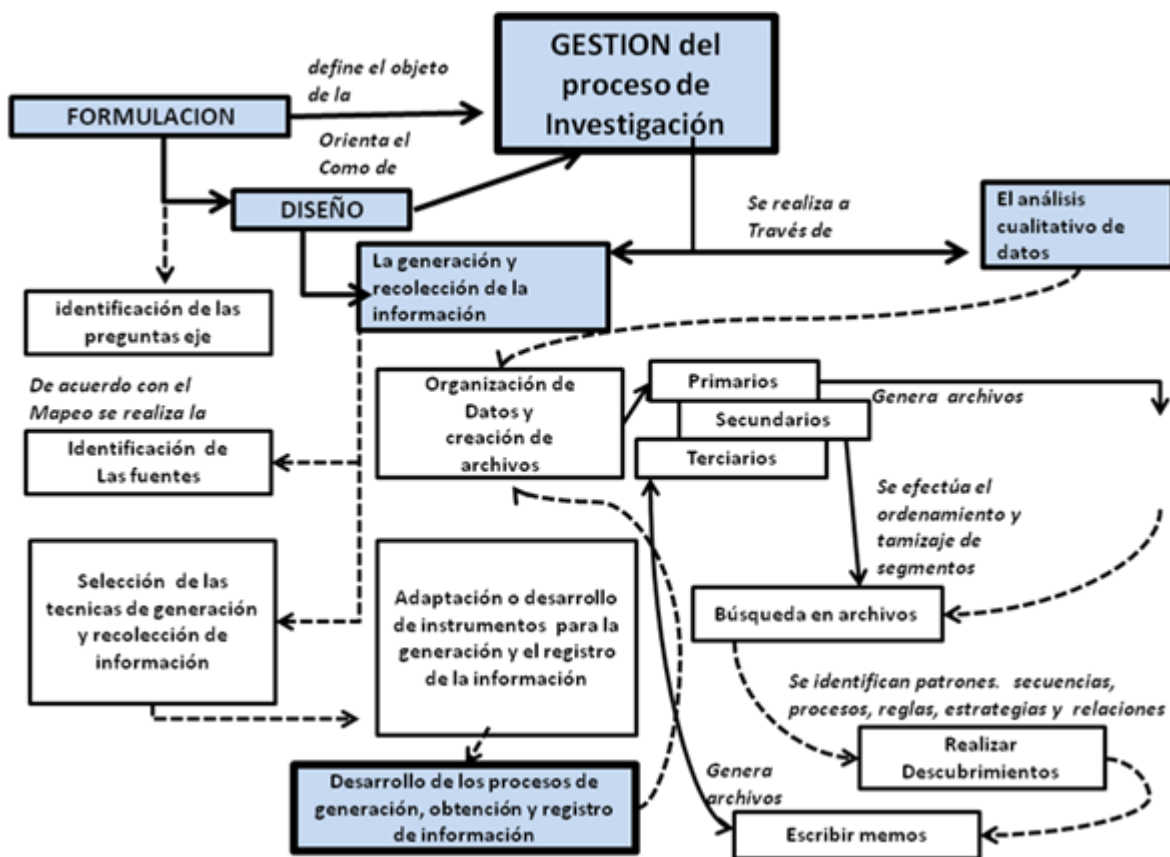
reconstrucción organizada por temáticas de las entrevistas y la memoria de los relatos. El principio que fundamentó la manera de proceder fue la necesidad del contacto directo con los actores (sujetos) y los escenarios en los cuales tiene lugar la producción de significados sociales, culturales y personales, para descubrir o reconocer conflictos y fracturas, divergencias y consensos, regularidades e irregularidades, diferencias y homogeneidades, que definen la dinámica subyacente en la construcción de cualquier realidad humana en estudio (ver figura 3.3).

Los planteamientos anteriores fueron coherentes con una manera dinámica y plural de concebir tanto la realidad humana como las formas de entender las distintas posibilidades de conocer la realidad, los cuales asumen los propósitos de conocimiento. La tarea entonces de comprender esa realidad partió de aceptar la multi-dimensionalidad de lo humano, así como el carácter aproximativo y provisional de este conocimiento. En ese orden de ideas, la realidad humana fue concebida como una realidad desarrollada simultáneamente sobre tres planos: físico-material; sociocultural y personal-vivencial, cada uno de los cuales posee lógicas particulares de acceso para su comprensión.

El estudio de lo humano, entonces, fue planteado como un espacio de conocimiento múltiple, donde la racionalidad y el discurso de la causalidad y el lenguaje formalizado a través de las ecuaciones propias de las ciencias de la naturaleza, que resultó adecuado para el plano físico-material, pero que también dio paso a la reflexión, para abordar los órdenes de lo ético, lo político, lo cultural, lo significativo en los planos sociocultural y personal vivencial. Fue en estos dos últimos planos donde se construyeron lo subjetivo y lo intersubjetivo como sujetos y vehículos de conocimiento de lo humano; asimismo fue en estas instancias donde adquirió sentido el hablar de “ciencias de la discusión”, tal como prefieren denominar algunos autores contemporáneos a las ciencias sociales y humanas.

Las responsabilidades en este momento investigativo fueron la recolección y generación de la información, la organización de los datos y la generación de archivos primarios, secundarios y terciarios, en concordancia con los ciclos de la investigación. Estos archivos alimentaron el proceso de análisis de la información de cada momento investigativo de cierre en cada ciclo. Para este proceso, se contó con la ayuda del sistema de redes conceptuales de análisis como el “Nvivo 10”. Sin embargo su uso fue limitado, por problemas de licenciamiento y disponibilidad.

Figura 3.3: Mapa conceptual de la gestión del proceso de investigación.



Fuente: Estudio "Análisis de la construcción de la dimensión de pertinencia en la educación médica colombiana" – Investigador.

Se decidió, entonces, siguiendo a Strauss (1987), iniciar el usual proceso manual de clasificación de toda la información, homogenizada en forma de texto, por el método conocido como *codificación*, llamado también *categorización* o *indexación*, que depuró la información mediante los ciclos o momentos del círculo hermenéutico propuesto, conocido también como "método de aproximaciones sucesivas".

En el modelo mantenido por Strauss, al siguiente momento del análisis lo llama *codificación axial*, es decir, buscar las relaciones entre los códigos que emergen de la anterior fase de la codificación. Para ello, se organizaron diferentes ejes (axones) y cada uno de estos ejes estuvo conformado por lo que tuvieron en común los códigos, con lo cual se intentaba establecer subcategorías, agrupar conceptos en forma secuencial, por proximidad teórica o por relaciones causa-efecto, y ordenados en función de las observaciones y del mapeo observacional-teórico.

El último paso del análisis fue la *decodificación*. De la anterior codificación axial emergieron relaciones causales, situaciones, variables, conceptos y evidencias que requerían demostración, descripción y ubicación a través de comparaciones entre ellas para revelar las diferencias, similitudes y relaciones posibles. Se regresó a los datos (de las observaciones) para encontrar las pruebas que soportarían y demostrarían estas relaciones con la mayor verosimilitud posible a través del relato y la narración; por eso, se le llama *decodificación*.

Como se deduce, en esta etapa se hizo la selección de las técnicas y el delineamiento de las rutas de indagación con las cuales se estimuló la comunicación y aplicación de los procedimientos, y quedaron definidos los filtros comunicativos del estudio. El análisis partió del registro íntegro de las comunicaciones, su digitación para darles formato de texto y la selección del tipo de análisis del contenido, con la desagregación de los discursos individuales o grupales y su reagrupación en subtemas o categorías. En el procesamiento ocurrió la reorganización de los subtemas en función del reconocimiento de las distinciones detectadas, ayudado con preguntas como: ¿Qué distinciones se sostienen en los temas tratados? ¿Qué distinciones se sostienen en los aportes? ¿Mediante qué criterios se han seleccionado las informaciones?

3.5 El cierre:

En esta etapa, surgió la reorganización de las distinciones identificadas bajo la forma de un esquema del tipo diagrama de flujos, y se reconocieron las relaciones que se evidenciaron. Fue una fase crítica, pero muy creativa; la retroinformación incluyó la presentación del modelo representacional con sus respectivos esquemas de distinción del ámbito social explorado (trianguladas) y la reformulación y el establecimiento de las hipótesis comprensivas.

Las actividades desarrolladas en esta etapa de la investigación buscaron sistematizar progresivamente el proceso y los resultados del estudio. Para ello, se usó parte de la estructuración preliminar de lo que se denominó como *cierre preliminar inicial*, el cual tuvo lugar inmediatamente después de concluir el primer episodio de análisis, derivado, a su vez, de la conclusión del primer evento de recolección o generación de información: una cadena multicíclica hermenéutica. Posteriormente, se desarrollaron cierres intermedios, los cuales

se ciñeron a una lógica semejante a la del cierre preliminar inicial. Al acopiarse total y ordenadamente el conjunto de la experiencia investigativa, se dio comienzo al último momento investigativo del proceso: el cierre final.

Los instrumentos de recolección y el sistema de análisis o procesamiento de datos e información trabajaron selectividades reversibles y ordenamientos múltiples, que dieron apertura y oportunidad a otros tipos o posibilidades de reprocesamientos. En general, se trabajaron la construcción de modelos que expresan relaciones a través de grafos, diagramas de flujos y modelos semejantes a los de los aplicados a sistemas inteligentes, procedimientos inductivos para el desarrollo de modelos o pautas teóricas, reducciones tipológicas cualitativas y la construcción de sistemas categoriales a partir de análisis de contenidos comunicacionales, desde el análisis de los discursos y el análisis componencial. Todo lo anterior integrado con los aspectos asumidos como criterios de validez.

En cuanto a los criterios de validez, la observación de segundo orden conlleva su propia selectividad, y la pertinencia de sus observaciones solo parcialmente puede ser evaluada por su concordancia con la de los observados: "las cosas son concebidas así por ustedes". Una interpretación científica también es una construcción y, para el caso de las ciencias sociales, es una pauta configurada, una explicación, un orden de experiencias ajenas hechas propias.

La comprensión sustentada en las observaciones de segundo orden, científicamente encauzadas, se valoran por su conectividad con explicaciones relacionadas en un orden superior (teorías, hipótesis, etc.). Es allí donde se produce el despegue, al dejar de ser la verdad un argumento de explicabilidad, dado que esta es contextual, y al no poder afirmarse algo, en la exterioridad de la naturaleza, como punto de confrontación para aceptar o rechazar una explicación científica es imperativo reelaborar los criterios para la validación de los resultados de una investigación guiada desde los principios del segundo orden. Estas deben ser coherentes con la naturaleza descrita para toda observación.

Maturana (1995), quien ha avanzado mucho en el campo de la construcción de los criterios de validación en la investigación constructivista, concluye que solo se aceptan como explicaciones científicas válidas aquellas que resultan de la aplicación de los criterios de validez generados por las comunidades científicas. La observación y descripción

científicamente acertada tiene tres lecturas, según Langness (1965), cada una de las cuales impone sus condiciones, a saber:

- Los sistemas sociales de la cual proviene (las comunidades observadas).
- Los que la requieren como input para el sistema (patrocinadores), según Linstone & Turoff (1975).
- El sistema ciencia al cual definitivamente pertenecen.

En el primer caso (las comunidades observadas), la confiabilidad se encuentra en el auto-reconocimiento del sistema observado y su descripción; para el segundo caso (patrocinadores), en estudios que proporcionan información para mantener el funcionamiento de algún sistema (evaluaciones, diagnósticos), y finalmente para la ciencia, en la transparencia del cumplimiento del orden científico vigente, lo cual puede implicar, incluso, apelaciones causales, es decir, condiciones especificadas de criterios de comprensión.

La comunicabilidad científica que utiliza la investigación sistémico-constructivista intenta asegurar que la renovación tenga el rigor suficiente para su aceptabilidad en nuestras comunidades, pero nuestros propósitos incluyen traspasar ese ambiente y orientarnos hacia los otros destinatarios, que, sin duda, esperan del conocimiento contribuciones que apoyen la optimización de sus actuales condiciones de operación.

En ese último camino, sin duda, encontramos avances paralelos, por ejemplo en las líneas de la llamada investigación-acción; evaluación iluminativa; estudios cualitativos de opinión pública; estrategias derivadas del etno-desarrollo; educación popular; comunicación alternativa y la planificación estratégica organizacional. En todos estos casos, la perspectiva autorreferencial, que se ha expuesto en este documento se aplica sin más, incluso sin tener que ser reconocida como tal. Otra prueba de la potencia y naturalidad práctica de la anunciada renovación a la que ya se ha referido.

Para procurar la mayor comprensión, se debe decir que antes de cada ciclo se realizó y racionalizó la lectura de archivos documentales, discursivos y entrevistas, para la identificación y definición de segmentos para la categorización y codificación de esos archivos. El paso siguiente fue identificar patrones, secuencias, procesos, reglas,

estrategias y relaciones con miras a realizar descubrimientos en cada ciclo de profundización. En esta etapa de la investigación, fue necesario conjugar dos tipos de trabajo: por una parte, un ejercicio de comprensión que materialice el acercamiento a los horizontes de sentido de los actores, logrado en el curso de la investigación con una participación activa del investigador en un proceso que se conoce como *tematización interpretativa*,²⁶ y por el otro, el desarrollo de unos esfuerzos de tematización generalizadora mediante los cuales se buscó relacionar la teoría sustantiva construida,²⁷ a partir de los momentos anteriores con la teoría formal o teoría ya existente sobre el ámbito de pertinencia de la investigación correspondiente. Es, en otros términos, el ansiado momento de la construcción teórica.

En términos generales, y concluido el trabajo investigativo, se puede ahora sí sintetizar y convertir el trabajo, que fue no lineal, en una demostración lineal que de manera más pragmática y didáctica, se centran en el detalle de las fases que se siguen hasta completar el proceso de una investigación cualitativa. En concordancia con Morse (1994), se generó una lista de fases y tareas, adaptadas a lo hecho aquí, que se pueden presentar así:

- Fase de reflexión:
 - Identificación del tema y preguntas por investigar.
 - Identificación de la perspectiva paradigmática.

- Fase de planeamiento:
 - Selección de un contexto.
 - Selección de una estrategia.
 - Preparación del investigador.
 - Escritura del proyecto.

²⁶ El concepto de *tematización interpretativa* se refiere a una reflexión consciente y sistemática de uno o varios aspectos de la vida cotidiana privada o pública de un individuo, grupo u organización, que, por lo general, no es objeto de ese tratamiento y que se asume de ordinario como un “estar ahí” y nada más, pero que resulta de interés para la investigación.

²⁷ El concepto de *teoría sustantiva* alude a un tipo de construcción teórico, surgido de los datos obtenidos o generados por el investigador sobre un aspecto específico de la realidad humana objeto de estudio. La teoría formal, en contraste, se refiere a un desarrollo conceptual de alcance más universal, perteneciente al acervo de conocimientos de los que dispone una disciplina científica ya constituida.

- Fase de entrada:
 - Selección de informantes y casos.
 - Realización de primeras entrevistas y observaciones.
- Fase de recogida productiva y análisis preliminar:
- Fase de salida de campo y análisis intenso:
- Fase de escritura:

Esta sería otra forma esquemática de representación, con el añadido de que estas fases, que conformarían un ciclo analítico, se repitieron a modo de una rueda de molino que fue depurando los análisis a través de notas, memorandos y archivos para la comprensión y teorización. En suma, un muy riguroso círculo hermenéutico multicíclico, tal como se develó.

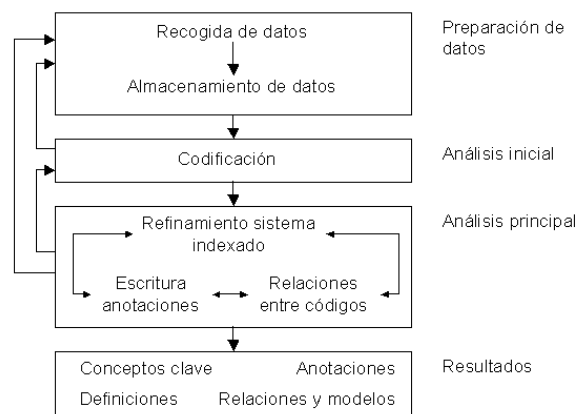
En términos generales, este fue el primer diseño metodológico de la primera parte de la investigación (planeada flexible) presupuestado para el logro de los propósitos expuestos. Desde luego, los instrumentos de recolección de datos e información estuvieron siempre, como todo el esquema metodológico, en vías de desarrollo y centrados en las estructuras y dinámicas que denotaron pertinencia dentro de los programas de educación médica, reseñadas en el acercamiento teórico y conceptual de este proyecto.

Sin embargo, al cierre de la fase de salida de campo y durante el análisis intenso de la información recolectada en el primer programa visitado para observación “in situ” y recolección de información, no se encontró entera satisfacción en el cumplimiento de los dos últimos propósitos específicos de esta investigación, a saber:

- Establecer y comprender las dinámicas curriculares e institucionales, así como las fuerzas y las tensiones que participan en la construcción de la dimensión de pertinencia en los programas de educación médica en Colombia.
- Establecer y comprender como dentro de las dinámicas curriculares e institucionales que construyen la dimensión de pertinencia, se apropian las necesidades poblacionales en salud a los planes de estudio.

Por esta razón, para las siguientes fases de colecta de información en los programas restantes, se promovió una nueva pre-categorización teórica y auto-reflexiva adicional, construida con el acompañamiento y la asesoría del Dr. Omar Fernando Ramírez de la Roche (Profesor y Docente adscrito a la Unidad y División de Estudios de Posgrado, Subdivisión de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en ciudad de México D.F.), con el ánimo de identificar las dinámicas, fuerzas y tensiones que se auscultan en la construcción de la pertinencia de cada programa, así como la forma de apropiación a los planes de estudio y currículos, de las necesidades poblacionales y sociales en salud, que fueron no perceptibles con la pre-categorización precedente (ver tabla 2.3 y 2.4). Dicha pre-categorización facilitó una nueva guía de aplicación de forma simultánea con el instrumento o guía construido y aplicado en la primera parte. Para concluir esta semblanza de la perspectiva metodológica, cabe comentar que el diseño trazado, en el plano conceptual, riguroso y extenso; sobre la práctica se fue tornando más maleable y dúctil de acuerdo a los contextos de los programas de medicina incluidos en el “muestreo”. Situación que determino mayor comodidad para su aplicación y desarrollo. Que en definitiva puede asimilarse a los esquemas y diseños propuestos por autores como Pidgeon & Henwood (1997) y Justicia, J. M. (2005) de la universidad autónoma de Barcelona. (Ver figura 3.4).

Figura 3.4: Síntesis del planteamiento general de las fases secuenciales de la investigación



Fuente: Pidgeon & Henwood (1997) citado por J. M. Justicia. Universitat Autònoma de Barcelona. 2005.

3.6 A manera de plan de análisis:

Delineados el marco teórico y conceptual, así como el diseño metodológico, se dispuso de un riguroso plan de análisis que nos permitió almacenar sistemáticamente la información que fue obtenida, a través de una herramienta informática como la aplicación “Nvivo 10”, en paralelo con un sistema manual de fichas y cuadros de comparación y relación. Lo que nos permitió, entre otras cosas, integrar toda la información que dispusimos, a saber: análisis documental; guías de pre-categorización teórica y reflexiva; entrevistas focalizadas; entrevistas semiestructuradas o en profundidad; grupos de discusión; visitas de observación sobre el terreno; audios-videos institucionales; notas de observación y memorandos que facilitaron su organización, búsqueda y recuperación. Todas estas son actividades de lo que podríamos denominar el “Nivel Textual” o de la primera fase del trabajo de análisis, que dará paso a actividades correspondientes al “Nivel Conceptual”, como por ejemplo, el establecimiento de relaciones entre elementos y la elaboración de modelos mediante la representación gráfica.

El proceso de análisis implicó un continuo ir y venir entre estas dos fases, la textual y la conceptual; por lo tanto fases o actividades interdependientes, que se desarrollan de una forma no lineal. Se empezó creando “citas y códigos”, que posteriormente relacionamos entre sí para representarlos gráficamente en lo posible, necesitando desde el “nivel conceptual”, volver una y otra vez a realizar actividades de tipo “textual”.

En general se desarrollaron las siguientes actividades: a partir de la información obtenida de las entrevistas, grabadas y homogenizadas a texto: primero se procedió a escoger algunas entrevistas para hacer una prueba piloto de codificación sobre los textos, señalando los fragmentos de texto que nos evocaban o representaban categorías y sub-categorías y daban paulatinamente origen a un árbol de categorías emergente, hasta que se pudo estandarizar en continuo y conforme avanzó la codificación. Esta codificación requirió de etiquetas que permitieron ubicar y hacer distinciones de clase; proceso es conocido como “codificación axial” o abierta, para concluir así el análisis inicial por cada caso o unidad de análisis y de observación.

Una vez codificada la información, se pasó al proceso de construcción del “cuadro o matriz de síntesis”, que correspondió a la verdadera sistematización de la masa de información.

En este momento se empezó a triangular todas las fuentes, los datos, las categorías y la teoría revisada, a través del proceso conocido como “decodificación”; que no es otra cosa que la búsqueda de relaciones entre códigos, agrupamiento en familias y la creación de redes de sentido, a través de interacciones de carácter vertical y horizontal y la exploración de tendencias. Posteriormente se inició el proceso de interpretación a través de sucesivas reflexiones y construcciones teóricas que nos permitían, paso a paso, comprender cada faceta del estudio dando lugar a la aproximación de la construcción de teoría sustantiva por medio del desarrollo de anotaciones, nociones, conceptos claves, definiciones relacionales y relaciones comprensivas.

Desde la posición del paradigma de indagación constructivista-construccionista, escogida como mirador para descubrir y comprender las dinámicas de la pertinencia en la educación médica en Colombia, el conocimiento se abasteció de las interpretaciones consensuadas o construcciones, surgidas de un proceso hermenéutico-dialéctico. No se trató, entonces, de una mera elección entre métodos cualitativos en lugar de métodos cuantitativos. Verdaderamente, tuvo que ver con los procedimientos metódicos derivados de las posturas adoptadas en los niveles ontológico y epistemológico; es decir, se partió de una realidad social real (realismo crítico) que defiende los atributos de comunicación y de significados simbólicos entre el sujeto observante y lo observado (observación de primer orden) y entre el sujeto observante y el investigador que indaga sobre lo observado (observación de segundo orden). Respaldao por una metodología cualitativa, a causa de que su lógica sigue un proceso circular que parte de una experiencia que se trata de interpretar, para comprenderla en su contexto y desde variados puntos de vista de los actores implicados. No se buscaron verdades últimas, sino narraciones o relatos. En suma: el diseño fue abierto a la invención, la obtención de datos al descubrimiento y el análisis a la interpretación.

La obtención de los resultados de este estudio, partió de la utilización de los siguientes recursos técnicos cualitativos de captura de los datos:

- Análisis documental sobre el estado y las condiciones de los programas médicos invitados, facilitados para consulta privada y confidencial tanto por los institutos descentralizados adscritos al Ministerio de Educación Nacional de Colombia, como por los mismos programas que aceptaron participar en el estudio. Igualmente, consultas de una amplia bibliografía sobre el tema, lograda a través de espacios

virtuales y páginas webs disponibles y validadas por el investigador y su equipo reflexivo transitorio.

- Modelos pre-teóricos y guías de pre-categorización, preparados por el investigador según la interacción de cuatro componentes conceptuales y teóricos: el plano conceptual de la formación, la educación, la pedagogía y el currículo, expuesto por Carlos Eduardo Vasco Uribe (1998); el documento de la Federación Mundial de Educación Médica (WFME - 1988) conocido como la Declaración de Edimburgo – 1988; los discursos críticos y alternativos sobre las dinámicas de pertinencia contenidos en las investigaciones y publicaciones de Luis Alberto Malagón Plata (2007) y los conceptos y la teoría de campo, aplicada al comportamiento humano por Lewin (1938; 1948).
- Audiovisuales institucionales académicos que tratan en forma directa el tema de la pertinencia de la educación superior.
- Entrevistas focalizadas con expertos educadores, pedagogos y educadores médicos.
- Entrevistas semiestructuradas o en profundidad con miembros de las comunidades académicas de los programas médicos de pregrado participantes.
- Consensos, notas y conclusiones de los grupos de discusión con los estudiantes y profesores de medicina de diferentes niveles, adscritos a los programas médicos de pregrado participantes.
- Visitas “in situ” o de observación sobre el terreno, agenciadas con los directivos y directores de los programas médicos que respondieron positivamente la invitación a participar.
- Notas de observaciones y memorandos de atención y notificación interna, registrados en el diario de campo del investigador.

Siguiendo los códigos éticos establecidos por la norma o formalizados y signados en los “consentimientos informados” con cada programa participante, se persiguió la protección de las personas y las instituciones que, de alguna forma, suministraron información al estudio, los cuales trascendieron los estándares habituales de privacidad, confidencialidad y consentimiento, con el ánimo de facultar y empoderar más a los actores participantes y promover también un espacio educativo, a través de la oportunidad de compartir, confrontar, criticar y aprender de las construcciones de unos y otros. Según lo plantea

Erlanson et al (1993), en este tipo de estudios cada participante emerge con más información y un mejor entendimiento del que tenía inicialmente.

3.7 Traza descriptiva sobre la decisión muestral:

En este aparte se describen las características de la muestra finalmente estudiada y se da cuenta del contexto general de la misma, el modo de conformación; el modelo de selección; las frecuencias de uso de los recursos técnicos cualitativos empleados y la calidad, proporción y origen de los observantes que participaron.

Como ya se expuso, de los 58 programas médicos de pregrado registrados en el Ministerio de Educación Nacional, por aspectos éticos relacionados con la filiación del investigador, tendientes a controlar y neutralizar futuros sesgos, dilemas y conflictos metodológicos, se tomó la decisión de excluir de participación a los programas médicos de pregrado de la Universidad Nacional de Colombia y la Universidad del Tolima. Igualmente, en atención a que la pertinencia es una dimensión de la calidad educativa en la educación superior, se determinó trabajar con los programas médicos de pregrado que hasta la fecha 30 de junio de 2013, posean validado el reconocimiento de alta calidad por parte del Consejo Nacional de Acreditación (CNA). Para asegurar así una inmersión positiva en programas con conocimiento de causa respecto al tema de la pertinencia, en atención a que la acreditación en alta calidad implica la emisión de juicios y la autoevaluación de factores y características asociadas al tema que convoca esta indagación.

De los 56 programas médicos registrados como universo de estudio, 21 cumplían, al inicio del plan de trabajo de campo, con el requisito de acreditación en alta calidad otorgado por el CNA. Estos programas se sometieron a un ordenamiento topológico de acuerdo con diversas características y atributos (registro calificado; acreditación de alta calidad; ubicación y relación geopolítica; edad del programa; filiación institucional; reconocimiento académico de la experticia en salud poblacional vía ECAES y tiempo de vigencia de la última acreditación), que permitieron construir una escala para surtir un ordenamiento subjetivo, más de orden social que numérico, a través de las llamadas *matemáticas cualitativas* o matemáticas de los sistemas complejos, dinámicos no lineales o adaptativos

(funciones, sistemas y conjuntos), en el sentido que lo expresan Valles (1999) y Maldonado (2008).

La escala topológica permitió ordenar los 21 programas médicos de pregrado, de la mayor a la menor cantidad de atributos o propiedades; a los cinco primeros puntajes y a los cinco últimos programas cualificados se les extendió invitación a participar en el estudio, sumando a estos un último cupo, dispuesto para un invitado, reconocido por la literatura como “caso polar” o “caso extremo” que finalmente redujo la decisión muestral a 12 invitados debido a que en el quinto lugar superior, empataron dos programas diferentes y se decidió invitar a los dos, para ampliar la posibilidad de contestaciones afirmativas.

El caso polar, por conveniencia, correspondió a un programa médico de pregrado, registrado pero aún en vía de acreditación en alta calidad por el CNA, con una amplia experiencia en medicina comunitaria y grandes avances prácticos y académicos en salud pública, además de innovador dentro del contexto nacional, que a juicio del investigador enriquecería el trabajo de campo. Escogencia y adición fundada en el compromiso de asegurar, desde el diseño proyectado, los principios y criterios de validez y credibilidad para este estudio de casos según la representatividad analítica, así como en el ofrecimiento de una mayor oportunidad para la saturación o redundancia, a través de una selección estratégica de casos que permitió la mejor selección de contextos relevantes al problema de investigación, es decir, la pertinencia de la educación médica en Colombia.

Es necesario anotar, que para la aceptación de las invitaciones a participar del estudio, en principio los programas y directores fueron escépticos y renuentes, haciéndose necesario nuevas y variadas intermediaciones y contactos para lograr su anuencia, haciéndoles especial énfasis en la confidencialidad y protección de los participantes y las instituciones. En definitiva, de los 12 programas invitados, 6 respondieron afirmativamente a la invitación, incluido el caso polar; 4 de ellos instalados en la parte alta de la escala de cualificación ponderada que activó sus invitaciones. Lastimosamente, uno de los seis programas médicos postergó su participación y finalmente se marginó voluntariamente del estudio, en atención a inconvenientes logísticos y de disponibilidad para la atención de la visita de observación para la recolección de la información. En síntesis: cinco programas médicos de pregrado conformaron la decisión muestral para el trabajo de campo cuatro de ellos acreditados en alta calidad (ver tabla 3.3).

El trabajo de campo para este estudio implicó gran concurrencia de horas de trabajo para procesar la amplia bibliografía consultada a causa de que el tema no es atendido directamente por la literatura médica y educativa y en consecuencia se necesitó de una gran capacidad de inferencia e interpretación de muchos autores y textos. Por lo mismo, se logró construir una línea de base o un estado de la cuestión, muy aproximado a la realidad de la pertinencia en la educación médica en Colombia, a la espera de convertirlo en un referente para futuros planteamientos investigativos y de construcción de política pública para la educación y la salud. El mayor consumo de tiempo se destinó a la homogenización en texto del material de análisis; principalmente la transcripción de entrevistas en profundidad; grupos de discusión y las entrevistas focalizadas. Igualmente, se procesaron los documentos aportados por los programas médicos participantes, el Ministerio de Educación Nacional y las búsquedas webs. Adicionalmente, en razón a que 3 de los programas participantes han sobrepasado los procesos de registro calificado y acreditación en alta calidad, al menos en dos oportunidades, el material de pesquisa y rastreo se duplicó. (Ver tabla 3.4).

Tabla 3.4: Distribución de frecuencias de uso de los principales recursos técnicos cualitativos utilizados para recoger la información de los sistemas observantes.

Sistemas Observantes	Entrevistas en profundidad	Grupos de discusión	Visitas u observación sobre el terreno (promedio 5 días c/u)	Análisis documental		
				MEN	S. Ob.	Web
Programa I	2	0	1	2	3	1
Programa II	8	2	1	2	1	1
Programa III	7	2	1	2	1	1
Programa IV	5	2	1	0	1	1
Programa V	7	2	1	3	1	1
Expertos	3	0	0	1	3	3
Empleadores / Egresados	7	0	0	0	3	2
Σ	39	8	5	10	11	10

Fuente: Diario de campo del investigador.

MEN: Ministerio de Educación Nacional *S. Ob.:* Sistema Observante *Web:* Espacios virtuales – Internet

Es preciso dejar constancia de la buena acogida, aptitud y amplitud por parte de directivos, profesores y estudiantes de los programas visitados, lo cual contribuyó a darle mayor fuerza

y coherencia a este trabajo. El material documental recibido en las visitas y observaciones sobre el terreno también fue generoso, y para su recolección procesamiento se dispuso un trabajo intenso, incluidos los desplazamientos en épocas en que el país vivía un convulsionado clima social a consecuencia del paro agrario y campesino y la protesta social subsecuente.

En este trabajo, se observaron 39 sujetos o actores sociales pertenecientes a los sistemas observantes (casos o unidades de análisis), sin incluir los 8 grupos de discusión, que congregaron grupos entre 4 y 25 estudiantes, más 3 expertos entrevistados. Cada uno de ellos, con la mayor disposición y atención, participó y expuso libre y espontáneamente su opinión y perspectiva respecto de los interrogantes planteados, sin ningún inconveniente o requerimiento. Las entrevistas siguieron la estructura mencionada en las guías, ambientándose más como coloquios conversacionales y tertulias que en entrevistas formales. Sin embargo, se debe aclarar que no se surtieron las mismas preguntas a cada entrevistado; se agendó previamente, en cada uno de los programas visitados, la fuente para surtir la respuesta a cada pregunta entre: directivos del programa, profesores de planta, profesores catedráticos, miembros del comité curricular, jefes de departamento, estudiantes regulares de III a V nivel (iniciales), estudiantes regulares de VI a X nivel (avanzados), estudiantes de consejos estudiantiles, estudiantes delegados a cuerpos o comités directivos de cada programa y al menos un directivo empleador asociado a cada programa. Las entrevistas focalizadas con los expertos se centraron en la ruta rectora y la gobernabilidad de la pertinencia, así como en las dinámicas del eje de los discursos que implican pertinencia, Se hicieron a cada uno de los entrevistados las mismas preguntas bajo un único esquema o libreto de entrevista (ver tabla 3.5).

Tabla 3.5: Distribución de las entrevistas semiestructuradas o en profundidad realizadas a observantes de las comunidades académicas de los programas médicos de pregrado participantes en el estudio.

Sistemas Observantes	Directivos del programa	Profesores del programa	Egresados del programa	Empleadores asociados al programa	Total de observadores entrevistados
Programa I	2	0	0	1	3
Programa II	1	7	2	1	11
Programa III	1	6	1	1	9
Programa IV	1	5	0	1	7
Programa V	2	6	0	1	9
Σ	7	24	3	5	39

Fuente: Diario de campo del investigador.

Capítulo 4

4 PRESENTACION DE LOS RESULTADOS Y COMENTARIOS:

Este capítulo presenta los resultados obtenidos en la investigación, que se puede desplegar desde diferentes miradas: a partir del desarrollo de las categorías y sub-categorías planteadas y encontradas; desde los diferentes estamentos convocados al estudio; por casos o unidades de análisis por separado; por criterios comunes a todos los casos; o por diferencias sustanciales entre los mismos. Igualmente, podrían ordenarse siguiendo rigurosamente el proceso metodológico descrito o el orden de aparición de los hallazgos. Sin embargo se debe recordar que los objetivos del estudio no se centran en establecer categorizaciones de resultados, sino de lo que se trata es el poder interpretar y establecer los elementos y componentes de la pertinencia, comunes o no a todos los casos; las fortalezas y oportunidades que se deriven del “cuerpo de estudio”; así como las debilidades; ausencias y amenazas encontradas en las diferentes interacciones e interrelaciones susceptibles de interpolarse o extrapolarse. En atención a lo anterior, los resultados de esta investigación se ordenaran a partir del desarrollo de las categorías y sub-categorías teóricas, empíricas y emergentes halladas. Adicionalmente, y con miras a establecer los avances hacia una teorización, la categorización y la narrativa discurrirán entre el análisis documental o textual; el análisis instrumental o de las entrevistas; sus relaciones y construcciones conceptuales y las proposiciones en favor de la teoría.

Se hace primero una declaración sobre los límites de esta investigación, y a continuación se entra de lleno en una fase de análisis documental para analizar en primera instancia, el estado de pertinencia medido y autoevaluado por cada caso y presentado al CNA dentro del documento maestro de acreditación en alta calidad, a manera de línea de base o punto de partida, para poder tener la oportunidad de contrastar la sensibilidad de estos instrumentos CNA con la categorización teórica y el relato empírica que este estudio obtuvo.

Posteriormente, se entra en la presentación propiamente del “cuerpo de estudio” de la investigación, relatando los hallazgos documentales, textuales y conceptuales, desde la perspectiva de las categorías y subcategorías teóricas contrastadas en el trabajo de campo

con las observaciones empíricas. Dichas categorías son: la rectoría y/o gobernabilidad; el eje de los procesos; el eje de los discursos; las dinámicas del discurso; las fuerzas sobre el discurso y finalmente las tensiones sobre el discurso.

4.1 Limitaciones preliminares de la Investigación:

Este estudio estuvo limitado en su operacionalización por el recurso financiero, por lo tanto se hizo necesario seleccionar una muestra del universo de programas médicos de pregrado en el país, utilizando una decisión muestral estructurada sobre un ordenamiento de atributos que permitieran la selección y aceptación de los programas médicos con mayor posibilidad de ofertar la más amplia información sobre la dimensión de pertinencia (12). Igualmente, de estos programas invitados que aceptaron y concretaron la invitación (5), se seleccionaron los informantes claves dentro de cada estamento del programa en consenso con los directores y/o decanos de programa. En atención a lo anterior no hay una presunción de la posibilidad de extender las conclusiones hasta un campo adecuado de generalización en el ámbito nacional, pero al menos despeja la incertidumbre del acceso, para el logro en el futuro de una magnitud suficiente de información que nos lo permita.

Otra limitante, también relacionada con la aplicabilidad de este estudio, es que por tratarse de una investigación cualitativa en el contexto de las IES de tres regiones nacionales que no abarcan el 100% de los programas médicos registrados, los resultados no pueden ser generalizables a la totalidad de los programas en cada región, en virtud de que la pertinencia es una dimensión relativa y específica a cada programa, según la interpretación que cada programa tenga de ella. Por consiguiente, se hace necesario llevar a cabo otras investigaciones para continuar profundizando, sin desfavorecer los resultados de esta investigación que pudiesen informar, construir y servir de apoyo a futuras investigaciones en este mismo sentido.

Sin embargo las limitaciones expuestas no restringen la posibilidad de concebir nociones, conceptos, relaciones y construcciones conceptuales, proposiciones y posibles delineamientos de generalidades que alimenten los avances sobre una teoría sustantiva.

4.2 Resultados del examen documental. Hacia una línea de base:

4.2.1 Evaluación de la pertinencia desde la perspectiva del sistema de aseguramiento de la calidad en la educación superior a través del SACES vía CNA:

Dentro del Sistema de Aseguramiento de la Calidad en la Educación Superior (SACES), los instrumentos producidos por el CNA, llamados *Lineamientos para la acreditación de programas (2006-2012)* y *Lineamientos para la acreditación de programas de pregrado (2013)*, son, actualmente, las herramientas con la mayor cobertura en la autoevaluación de la dimensión de pertinencia en todo el sistema de aseguramiento de la calidad de la educación superior en Colombia.

(...) con el fin de ir alcanzando cada vez niveles más exigentes de calidad, las instituciones pueden acudir a la acreditación, un testimonio que da el Estado sobre la alta calidad de un programa o una institución según un proceso previo de evaluación en el que intervienen la institución, las comunidades académicas y la Comisión Nacional de Acreditación, CNA. Las universidades reconocen que la acreditación contribuye significativamente al mejoramiento de los programas, ya que tiene previstos planes de mejoramiento y conduce a la autoevaluación permanente; también, es un punto de partida para afianzar la autonomía universitaria. La acreditación institucional y la acreditación de programas son complementarias. La primera se orienta hacia la institución como un todo, la segunda considera sus partes integrales o componentes fundamentales. Por ello, la acreditación de programas debe fortalecer la institucional y ésta, a su vez, estimular la de programas. Además de los mecanismos mencionados hasta el momento, el Sistema de Aseguramiento de la Calidad se apoya en el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES), y recibirá retroalimentación del Observatorio del Mercado Laboral, el cual brindará información acerca del desempeño laboral de los egresados, señalará necesidades del mercado y proveerá las bases para la planeación y prospectiva del sector.

Como un todo, el sistema pretende, además de mejorar la calidad, dejar un sistema que se autorregule, se autoevalúe y ponga en marcha permanentemente procesos de mejoramiento (SACES – 2008).

4.2.2 Examen de los componentes de pertinencia dentro de los instrumentos

CNA:

El primer instrumento, *Lineamientos para la acreditación de programas (2006-2012)*, fue promulgado inicialmente en 2002, modificado en 2006, y estuvo vigente hasta el 12 de enero de 2013. Asociaba aproximadamente 12% de sus contenidos a la dimensión de pertinencia. Tres de los ocho (38%) factores calificados tenían contenidos relacionados con dicha dimensión: misión y proyecto institucional, procesos académicos, egresados e impacto sobre el medio. Siete de las 42 características del instrumento se asociaban a la pertinencia; de 201 aspectos que evaluaba, 27 se correspondían con la pertinencia; y de 180 indicadores de gestión y resultados, 18 estaban evaluando pertinencia (ver tabla 4.1).

En el segundo instrumento, *Lineamientos para la acreditación de programas de pregrado (2013)*, vigente desde el 13 de enero de 2013, desde la misma perspectiva de contenidos, asocia a la dimensión de pertinencia un punto más que el anterior, es decir, 13%; involucra los mismos tres factores que tenía el instrumento precedente, pero ahora de 10 factores a evaluar, aumentados en dos más, lo que reduce la participación de la pertinencia a 30% (3 de 10); ocho puntos menos que el anterior. Aumenta en dos las características asociadas a la pertinencia, es decir, nueve de 40 características del instrumento se asocian a la pertinencia; de 251 aspectos que evalúa (aumentados en 50), 33 se corresponden con la pertinencia. Esta nueva versión no presenta indicadores de gestión y resultados obligatorios, como el anterior instrumento, dejando a cada programa libertad de construir y adoptar sus propios indicadores (ver tabla 4.2).

El examinar la perspectiva de contenidos, presente en los instrumentos disponibles, permitió observar la baja visibilidad o la escasa percepción y subvaloración de la pertinencia. Lo concerniente al factor de procesos académicos desequilibra totalmente el balance del nuevo (y del antiguo) instrumento de autoevaluación y dispone la evaluación en favor de los procesos biomédicos básicos y clínicos que desestiman el componente

comunitario, social y poblacional, dando total continuidad al histórico proceso de fragmentación disciplinar, descomponiendo así, en la práctica, la integralidad de la educación y formación que describen y promulgan, los 5 programas médicos de pregrado estudiados, en sus respectivos modelos de administración estratégica organizacional, consignadas en sus misiones y visiones. Ambigüedad visible que además de fortalecer los procesos académicos biomédicos individuales, fortalece también sus discursos y procesos pedagógicos, didácticos y curriculares.

Tabla 4.1: Número y porcentaje de elementos que componen la dinámica de autoevaluación de programas de educación superior; según lineamientos de acreditación del CNA (2006 a 2012).

Factores que evalúa	Características	Aspectos a Evaluar	Indicadores	
1	Misión y Proyecto Institucional	4	23	14
2	Estudiantes	5	26	19
3	Profesores	8	35	36
4	Procesos Académicos	14	71	69
5	Bienestar Institucional	1	4	4
6	Organización, administración y gestión	4	16	14
7	Egresados e impacto sobre el medio	3	14	11
8	Recursos Físicos y Financieros	3	12	13
	Σ	42	201	180

Porcentaje de contenidos asociados a la pertinencia:

3	PERTINENCIA	7	27	18
38%	%	17%	13%	10%
		12%		

Fuente: CNA, Lineamientos de Acreditación de programas. 2006 - 2012

Resultan igualmente fortalecidos los componentes de gestión y administración de los programas, a través de diversas formas de control y de evaluación constante sobre estudiantes, profesores y recursos materiales, físicos y presupuestales, incluso la misma producción intelectual, la movilidad y estandarización u homogenización internacional como parte de los balances propios inducidos por las economías neoclásicas y neoliberales a gran escala.

Tabla 4.2: Número y porcentaje de elementos que componen la dinámica de autoevaluación específica para los programas de pregrado; según lineamientos de acreditación del CNA- (2013).

Factores a evaluar	Características	Aspectos A Evaluar	Indicadores	
1	Misión, Visión y Proyecto Institucional	3	19	NA
2	Estudiantes	4	19	NA
3	Profesores	8	38	NA
4	Procesos Académicos	11	77	NA
5	Visibilidad Nacional e Internacional	2	17	NA
6	Investigación y creación artística y cultural	2	19	NA
7	Bienestar Institucional	2	12	NA
8	Organización, administración y gestión	3	20	NA
9	Impacto de los egresados sobre el medio	2	12	NA
10	Recursos físicos y financieros	3	18	NA
	Σ	40	251	NA
Porcentaje de contenidos asociados a la pertinencia:				
3	PERTINENCIA	9	33	NA
30%	%	23%	13%	NA
	14 %			

Fuente: CNA, Lineamientos de Acreditación de programas de pregrado 2013.

Al confrontar estos primeros resultados con los anuncios hechos, desde una perspectiva crítica, por Apple (1998), Arredondo (1995), Bourdieu (1999), Guarga (2006), Jiménez (2011), Habermas (2000) y Horkheimer (1969), en el apartado referido a la génesis de la pertinencia en el contexto de la modernización educativa; es considerable la fuerza que estos primeros hallazgos otorgan a la validación de la tesis expuesta:

(...) la pertinencia nace como una interfaz o un dispositivo maniqueo enclavado en el proceso de modernización educativa. Es decir: nace endogámicamente dentro del sistema de mercado y comercio global como herramienta y atributo de la calidad para la excelencia. Bajo estos criterios, no sería susceptible de ser direccionada por ningún Estado nacional; a no ser que este decida aislarse del poder económico y político global. Desde esta óptica, la pertinencia asume el “rol” de amenaza imperceptible, que se instala lentamente en la estructura del sistema de educación superior para la salud a través de sus relaciones y estrategias discursivas.

Ahora bien, si volvemos al contexto nacional y el juicio sobre los actores de la atención de los llamados *servicios de salud pública*, enunciado en el capítulo 2, en la contextualización de este estudio, encontramos otra gran ambigüedad o dicotomía entre lo promulgado y lo práctico. Observemos:

(...) 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 (MEN – 2000), entendiendo 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 número de necesidades en salud de la población; se encuentra una participación directa del médico general en el 86% de las actividades multidisciplinarias de estos programas, contra el 63% de enfermería, 23% de odontología, 70% de trabajadores sociales, 21% de profesionales en salud mental y comportamental, 12% de nutricionistas y

dietistas, y 47% de profesionales del área de ayudas diagnósticas (HSR – 2007).

(...) Es decir que el médico es el profesional de salud con mayor participación y responsabilidad en el área, más sin embargo en la educación médica se destina mucho menos de un 20% del tiempo y los recursos disponibles para consolidar un aprendizaje transformativo que sea capaz de convertirlo en agente de cambio en el área de la salud pública.

Tal dicotomía entre instrucción y praxis se cristaliza en la realidad laboral, generalizándose dentro las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) el recurrir al empoderamiento de otros profesionales de la salud, muy especialmente de la enfermería superior, para suplir y surtir estos servicios debidamente. Gradualmente el gremio médico ha venido cediendo este espacio laboral y quizá termine por perderlo en definitiva, situación que las escuelas de educación y formación médica han naturalizado.

No podemos menos que anhelar, apoyados por la fuerza generada por la Ley 1438 de 2011 y su esperada reglamentación, así como por la nueva Ley Estatutaria en Salud o Ley 1751 de 2015, que en la educación médica de pregrado se amplíe el componente poblacional o colectivista en amparo no solo de corregir lo expuesto, sino a favor de la medicina social y comunitaria, para que a su vez, propicie el desarrollo de las soluciones a las necesidades sociales y poblacionales en salud, contenidas en lo que se entiende y pregona desde la UNESCO y el BM como pertinencia. Sin embargo, aumentando en un punto (1%) por quinquenio la autoevaluación, una salida ventajosa para este tema está lejos de darse.

Adicionalmente, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) decidió intervenir el documento *Lineamientos para la acreditación de programas (2003)*, con el ánimo de hacerlo específico para los programas médicos de pregrado asociados. Así es como en 2005 esta entidad promulga la modificación bajo la nominación: *Características e indicadores para los programas de medicina según "Lineamientos para la acreditación de programas 2003"*, con origen en el CNA. Básicamente, el documento es ampliado en tres aspectos: primero, aumenta el número de características totales de 42 a 48; el número de aspectos por evaluar de 201 a 229, y el número de indicadores de 180 a 243. En concordancia con el análisis comparativo de los anteriores documentos, se hipertrofia aún

más el factor correspondiente a los procesos académicos, que pasa de 14 características a 19, de 71 aspectos por evaluar a 86 y de 69 indicadores de gestión y resultado a 100 indicadores (ver tabla 4.3).

En el análisis de estos “nuevos” lineamientos de ASCOFAME, no obstante el esfuerzo por ampliar y focalizar los lineamientos de acreditación en el ámbito médico, se obtienen resultados y comentarios semejantes a los anteriores, con respecto a la evaluación de la pertinencia, con el agravante de que estos lineamientos fueron modificados por un grupo o agrupación médica, cuyos intereses próximos se centran específicamente en la educación médica y en la formación pedagógica de los médicos docentes y catedráticos. Se creería que debería estar mucho más cercana al concepto de la pertinencia entre educación, formación y praxis, sin embargo se naturaliza una mayor subvaloración de las dinámicas de pertinencia que poco le favorecen, si bien semejante, mucho más significativa que las anteriores. Para los efectos de este estudio, se borran y diluyen los acercamientos y logros reseñados en los antecedentes y el contexto de esta investigación. Situación que justifica aún más la necesidad de seguir profundizando en el tema de la pertinencia educativa médica.

Un aspecto interesante de examinar es la relación y proporción de la pertinencia en los procesos de autoevaluación con fines de acreditación de los programas de educación superior en Colombia. Hay que mencionar que la creación del sistema de acreditación, caracterizado por la autoevaluación, la evaluación externa y la evaluación final, recibió todo el respaldo del BM, quien otorgó parte del apoyo financiero para su instauración. El respaldo tanto político como financiero de un organismo internacional como el BM es, obviamente, un poderoso ingrediente que sustenta y determina el establecimiento de un sistema de acreditación y marca, de hecho, un sentido y un significado sobre el contexto, los propósitos y las intenciones del sistema de acreditación; discusión que ya se ha planteado en el aparte que expuso estas relaciones de poder como una realidad no explícita pero presente.

Enfocados en el proceso mismo, el informe de autoevaluación con fines de acreditación de cada programa médico de pregrado es la base para el proceso de la valoración externa, y este tiene pautas claramente estructuradas que funcionan como un instrumento para configurar el proceso de autoevaluación. El grado de valoración y el carácter de los criterios utilizados en el proceso de autoevaluación son de tipo mixto (cuantitativo y cualitativo). La

institución debe ceñirse al criterio estipulado por el CNA y a las pautas según se establecen en los *Lineamientos para la acreditación* y en la *Guía para la autoevaluación de programas de pregrado médico*. No obstante, las instituciones tienen la potestad de crear su propio modelo de autoevaluación siguiendo eso sí, estas pautas mínimas del CNA y de la modificación de ASCOFAME, que dicho sea de paso, estas últimas no fueron reconocidas por los casos evaluados, que prefirieron los lineamientos del CNA.

Tabla 4.3: Elementos que componen la dinámica de autoevaluación específica para los programas de medicina; según el documento: “Características e indicadores para los programas de medicina con base en: lineamientos para la acreditación de programas 2003-CNA” Ampliados por ASCOFAME (2005).

Factores a evaluar	Características	Aspectos a Evaluar	Indicadores
1 Misión y Proyecto Institucional	4	26	19
2 Estudiantes	6	32	37
3 Profesores	8	36	44
4 Procesos Académicos	19	86	100
5 Bienestar Institucional	1	4	3
6 Organización, administración y gestión	4	17	15
7 Egresados e impacto sobre el medio	3	15	11
8 Recursos Físicos y Financieros	3	13	14
Σ	48	229	243

Porcentaje de contenidos asociados a la pertinencia:

3	PERTINENCIA	9	36	24
38%	%	19%	16%	10%

13%

Fuente: ASCOFAME-2005: “Características e indicadores para los programas de medicina con base en lineamientos para la acreditación de programas 2003-CNA”.

El esquema de evaluación se enfoca en la claridad de los objetivos del programa y en la concurrencia entre contenidos y métodos del programa. Los programas hacen una valoración ponderada con el fin de poner de relieve sus prioridades particulares, así como sus fortalezas y debilidades. Seguidamente, se prepara un informe de resultados según la autoevaluación y se remite al CNA. Este informe es el punto de partida para la visita a la institución que constituye la segunda fase del proceso de acreditación: la de evaluación externa por pares académicos. Que fueron insumo de análisis para esta investigación, conocidos como “documentos maestros de acreditación.”

Dentro del análisis documental de este estudio en particular, se tuvo acceso a través de los programas médicos, en algunos casos o por intermedio del CNA en otros, a los informes de autoevaluación que sustentaron su acreditación o re-acreditación de cuatro de los cinco programas objeto de pesquisa, desde los lineamientos de acreditación que regularon la autoevaluación con fines de acreditación de 2006 a 2012, se extrajo la calificación que cada programa estimo en su juicio de valores, para los factores que evaluaron específicamente la pertinencia, para los propósitos de los que se ocupa esta investigación.

Según los lineamientos de acreditación CNA (2006 - 2012), se seleccionaron los factores, características, aspectos por evaluar e indicadores asociados a la autoevaluación de la dimensión de pertinencia, para construir con ellos una “matriz interna de autoevaluación de pertinencia”, que fue diligenciada transcribiendo el porcentaje de cumplimiento, según cada programa médico, en cada aspecto por evaluar, confrontadas in situ, aprovechando cada una de las visitas de observación sobre el terreno, para tomarlas directamente de los informes de autoevaluación presentados al CNA por cada uno de los programas médicos de pregrado validados como caso o unidad de análisis en este estudio (ver tabla 4.4).

La matriz de evaluación de pertinencia presentada animaría fácilmente al lector a hacer dos tipos de lecturas: una primera lectura horizontal, que permitirá conocer el nivel de cumplimiento en cada aspecto evaluado, asociado a pertinencia, por cada programa médico participante; y una segunda lectura vertical, que promedia, bien sea en conjunto los niveles de cumplimiento de cada programa, o de forma desglosada, sea por factor, característica, aspectos por evaluar e indicadores de gestión o resultado. Sin embargo, el propósito tanto de este estudio como de la matriz no es establecer clasificaciones por comparación y contraste de los niveles de cumplimiento e incumplimiento, en atención a que cada

programa médico ha ponderado de manera diferente cada una de los aspectos que evaluó, por tener contextos también diferentes y una propia y exclusiva priorización en cada comunidad académica.

Según esta tabla de valoración para la “matriz interna de pertinencia” hecha para cada uno de los programas estudiados, resulto entre 79% y 86% el cumplimiento, es decir que el desempeño estuvo muy cercano a lo óptimo (entre aceptable y altamente aceptable), lo que daría lugar a no implementar acciones de mejoramiento en sus compromisos de planes de acción y desarrollo para el mejoramiento de la pertinencia.

Se demuestra así cómo los procesos de autoevaluación, vía CNA, tienen la tendencia a sobrevalorarse en atributos y magnitudes cualitativas intangibles, abstractas y complejas en medio de paradigmas positivistas y en el reino de los ordenamientos numéricos que provee la estadística. Una vez más, comportamiento consecuente con la baja instrucción o aprestamiento en el manejo de las nociones y conceptos de las “matemáticas cualitativas” de los sistemas complejos no lineales. Conceptos, además, muy relacionados con ordenamientos subjetivos de tipo social y mucho más consecuentes con la pertinencia misma, en contraposición a los ordenamientos numéricos que nos gobiernan y tiranizan, tal como el promedio aritmético inherente a todo índice e indicador, muy susceptibles de enmascarar y hacer invisible cualquier realidad social.

(...) al permitirse la reducción a una única lectura vertical y numérica de los datos contenidos en una matriz de pertinencia según los lineamientos de acreditación CNA, se podría concluir que cada unidad de análisis o caso ha establecido ante el CNA, que su cumplimiento esta entre los grados “muy aceptable” y “altamente aceptable”, de forma y el modo en que cumple con la construcción de la dimensión de pertinencia. En este estudio de casos, referido a la educación médica de pregrado.

Tal como se anotó en el capítulo metodológico, como resultado de la renovación o reformulación parcial del diseño metodológico de la investigación, sobre la marcha de la misma, se establecieron tres grandes ambientes de pesquisa en el estudio:

Tabla 4.4: Matriz interna de pertinencia de la educación médica de pregrado. De acuerdo con los lineamientos del CNA de 2006 a 2012. Autoevaluación de los cuatro (4) programas participantes acreditados en alta calidad.

Factor	Característica	Aspectos a Evaluar	Indicador	Calificación Programas Acreditados (%)			
				I	II	III	V
1. Misión y Proyecto Institucional	4. Relevancia Académica y Pertinencia Social del Programa	a) <i>Relación del plan curricular del programa con los estudios adelantados por la institución sobre las tendencias universales en los campos del saber del programa.</i>	a) <i>Documentos en los que se evidencie la reflexión y análisis sobre las tendencias y líneas de desarrollo de la medicina a nivel local, regional, nacional e internacional.</i>	83	93	83	89
		b) <i>Relación del plan curricular del programa con los estudios adelantados para atender las necesidades locales, regionales, nacionales e internacionales.</i>	b) <i>Número y tipo de actividades del programa que muestran la relación del plan curricular con las necesidades locales, regionales, nacionales e internacionales.</i>	72	100	87	90
		c) <i>Originalidad, novedad y aportes significativos del programa respecto de otros ya existentes.</i>	c) <i>Apreciación sustentada de directivos de empresas públicas o privadas y demás instancias locales, regionales,</i>	85	96	90	96
		d) <i>Políticas académicas de la institución y orientaciones del programa en relación con las necesidades del entorno.</i>	d) <i>Número y tipo de proyectos de carácter social que adelanta el programa mediante sus funciones de docencia, extensión e investigación</i>	70	100	91	95
		e) <i>Correspondencia entre el título, el perfil profesional, la formación impartida por el programa y el desempeño del egresado.</i>	e) <i>Existencia de estudios y/o proyectos formulados o en desarrollo, que propendan por la modernización, actualización y pertinencia del currículo.</i>	84	88	89	90
		f) <i>Reconocimiento social del programa y de sus egresados.</i>		86	89	95	95
4. Procesos académicos	20- Flexibilidad del currículo	e) <i>Mecanismos eficaces para la actualización permanente del currículo.</i>	g) <i>Existencia de procesos y mecanismos para la actualización permanente del currículo, para la evaluación de su pertinencia y para la incorporación de los avances en la investigación.</i>	89	77	87	90
			b) <i>Apreciación de profesores y estudiantes del programa sobre la pertinencia y eficacia de la interdisciplinariedad del mismo en el enriquecimiento de la calidad.</i>	83	100	88	95
	21. Interdisciplinariedad	a) <i>Políticas, estructuras y espacios académicos institucionales para el tratamiento interdisciplinario de problemas ligados al programa.</i>		88	100	93	95
		b) <i>Integración de equipos académicos con especialistas de diversas áreas.</i>		89	90	90	90
		c) <i>Temas y propuestas en el programa para el trabajo académico y el tratamiento interdisciplinario de problemas ligados al ejercicio laboral.</i>		85	86	81	80
		d) <i>Actividades curriculares que tienen un carácter explícitamente interdisciplinario.</i>		68	75	77	85
		e) <i>Participación de distintas unidades académicas en el tratamiento interdisciplinario de problemas pertinentes al programa.</i>		71	86	89	90
		f) <i>Tratamientos de problemas del contexto a través de enfoques de orientación interdisciplinaria por parte de profesores y estudiantes.</i>		87	92	90	92
	26. Evaluación y autorregulación del programa	a) <i>Mecanismos claros para el seguimiento, evaluación y mejoramiento continuo de los procesos y logros del programa.</i>	b) <i>Existencia de mecanismos para el seguimiento, evaluación y mejoramiento continuo de los procesos y logros del programa, y la evaluación de su pertinencia para la sociedad, con participación activa de profesores, directivos estudiantes, egresados del programa y empleadores.</i>	79	78	75	79
		b) <i>Participación de los profesores, estudiantes, egresados y empleadores en la definición de las metas y objetivos del programa, y en la evaluación de éste.</i>		84	93	90	85
c) <i>Participación de profesores, estudiantes y egresados en la definición de políticas en materia de docencia, investigación y extensión o proyección social, y en las decisiones ligadas al programa.</i>							

7. Egresados e impacto sobre el medio	37. Formación, interacción y vinculación de los estudiantes con el entorno social y comunitario	a) Planes de trabajo académico que contemplen y permitan el desarrollo de actividades comunitarias.	a) Demostración de planes y programas académicos de investigación y servicios que se desarrollan en el campo comunitario correspondiente.	82	100	87	90
		b) Participación de docentes y estudiantes en trabajos comunitarios.	b) Comprobación de la participación de docentes y estudiantes en actividades de docencia, investigación y servicio en el campo comunitario.	86	100	89	90
	43. Influencia del programa en el medio	a) Estrategias en el programa orientadas a ejercer influencia sobre el medio.	a) Existencia de políticas y criterios institucionales que evidencian el compromiso de la academia con las necesidades locales, regionales y nacionales.	91	96	93	95
		b) Actividades y proyectos específicos tendientes a ejercer un impacto sobre el medio.	b) Número y tipo de reconocimientos hechos en los últimos cinco años por entidades gubernamentales y no gubernamentales al impacto que el programa ha ejercido en el medio local, regional, nacional o internacional.	93	60	87	90
		c) Reconocimiento por parte de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, y de otras expresiones formales de la sociedad civil, sobre la influencia que el programa ejerce en el medio.	c) Apreciación de directivos, profesores, estudiantes del programa, empleadores y de la comunidad relacionada con el programa sobre el impacto que éste ejerce en el medio.	97	67	86	90
		d) Mecanismos para el análisis de las acciones que el programa ejerce sobre el medio y para la revisión periódica de las estrategias implementadas por el programa en esa materia	d) Información estadística, sobre el tipo de proyectos y el impacto social de los mismos que el programa desarrolló o contribuyó a desarrollar en los últimos cinco años.	93	95	89	95
	45. Impacto de los egresados en el medio social y académico	a) Ingreso de los egresados del programa al mercado laboral. Sectores de actividad social y económica en los que se desempeñan.	a) Índice de empleo entre los egresados del programa.	85	86	87	93
		b) Participación de los egresados como miembros de comunidades académicas	b) Porcentaje de los egresados del programa que forma parte de comunidades académicas reconocidas, de asociaciones científicas, profesionales, tecnológicas, técnicas o artísticas, y del sector productivo y financiero, en el ámbito nacional o internacional.	70	30	77	95
		c) Participación de los egresados en asociaciones científicas y profesionales.	c) Porcentaje de egresados del programa que ha recibido distinciones y reconocimientos significativos por su desempeño en la disciplina, profesión, ocupación u oficio correspondiente	62	30	67	70
		d) Desempeño de los egresados en evaluaciones externas (exámenes de Estado y equivalentes, y otros tipos de pruebas).	d) Apreciación de empleadores sobre la calidad de la formación y el desempeño de los egresados del programa.	88	90	92	95
	e) Existencia de distinciones y reconocimientos recibidos por los egresados.		74	30	78	80	
$\Sigma = 3$	7	27	24	82	79	87	86

Fuente: CNA, Lineamientos de Acreditación de programas. 2006 a 2012, como documento maestro de acreditación en alta calidad.

El primero llamado “ambiente macrosistémico-exosistémico”, en el que se aplicó un análisis hermenéutico deductivo con base en supuestos teóricos y conceptuales apriorísticos sobre las relaciones discursivas y los procesos inferidos de los datos recolectados y triangulados, valen decir: revisión bibliográfica; entrevistas a profundidad con los expertos en educación, educación médica y pedagogía; documentación textual; audios y videos institucionales sobre la pertinencia y entrevistas semiestructuradas con directivos y administrativos de los programas médicos. Con miras a interpretar y reconocer

la situación de rectoría o gobernabilidad de la pertinencia a nivel nacional y territorial, así como los elementos y componentes que determinan o constituyen la construcción de la dimensión de pertinencia a esos niveles.

Mientras que en el segundo y tercer ambientes nominados como “ambiente mesosistémico” y “ambiente microsistémico” se aplicó un análisis inductivo partiendo de los datos recolectados en el trabajo de campo sobre las unidades de análisis o casos (programas médicos), bajo la triangulación de los recursos técnicos cualitativos utilizados, a saber: análisis documental; modelos teóricos y guías de pre-categorización; entrevistas focalizadas; entrevistas semiestructuradas; grupos de discusión; visitas de observación sobre el terreno; notas de observación y memorandos. Con miras a reconocer, en el ambiente mesosistémico, el comportamiento y la composición de las categorías eje de los procesos y eje de los discursos; y en el ambiente microsistémico, la composición y comportamiento de las categorías dinámicas de los discursos de la pertinencia; tensiones sobre los discursos; y las fuerzas sobre los discursos de la pertinencia que originan las tensiones o necesidades.

4.3 Análisis de las dinámicas o categorías de la pertinencia en los programas médicos de pregrado:

Acogiendo el concepto expuesto por Malagón (2008), se consideró en este estudio como *dinámicas de pertinencia* a todos aquellos procedimientos, mecanismos y dispositivos construidos para fortalecer la vinculación de las instituciones de educación superior (IES) con el entorno. Las dinámicas de pertinencia que denotan el origen y la caracterización del tipo o clase de las respuestas a las necesidades poblacionales en salud, se agrupan en este estudio en el campo de la rectoría y gobernanza o gobernabilidad. Las dinámicas de pertinencia que involucran el currículo, la didáctica y la pedagogía pertenecen al campo de los discursos, mientras que aquellas que se desarrollan externamente al currículo pertenecen al campo de los procesos. Igualmente, las dinámicas de pertinencia que movilizan y posibilitan las diferentes posturas o la disposición, a nivel institucional y curricular, de las tensiones generadoras de fuerzas que a su vez configuran también modelos dinámicos que representan los discursos que hacen posible una particular forma de construcción o deconstrucción de la dimensión de pertinencia en cada programa de educación médica.

Este último aspecto toca la “teoría del campo” delineada por Lewin (1936) en la que promueve que los variados comportamientos humanos son producto de las tensiones entre las percepciones del entorno visto desde sí mismo y desde el espacio vital que cada uno ocupa. Estas últimas dinámicas de pertinencia pertenecen, a manera de un circuito cerrado, a los campos de las dinámicas del discurso, producto del campo de las fuerzas que impulsan ese discurso y con origen en el campo de las tensiones que deriva de la lucha entre los discursos por prescribir o anular las dinámicas.

En el bloque macrosistémico-exosistémico, en primer lugar se pueden desglosar las subcategorías del origen político-económico y el origen académico, como pautas o dinámicas de pertinencia que vinculan las IES con sus niveles de procedencia, las cuales se obtuvieron de forma deductiva, inferidas de las relaciones discursivas e históricas procedentes de la diversa bibliografía consultada, y para esta investigación constituyeron la categoría nominada como rectoría, gobernanza o gobernabilidad de la pertinencia.

En segunda instancia, la respuesta educativa a las necesidades del contexto y de la población, las políticas educativas y las políticas de la práctica médica, las sociedades y los lugares para el aprendizaje y el espectro educativo continuo son pautas o dinámicas de pertinencia que vinculan las IES con su entorno, las cuales se desarrollan de manera independiente al modo o proceso académico y pertenecen más a la esfera de los procesos formales y de gestión y administración institucional de los programas y están contenidas muy explícitamente en lo que Vasco (2011) llamó los *procesos*, y en esta investigación se agruparon como subcategorías de una gran categoría nominada como del eje de los procesos. Igualmente, la disposición potencial del currículo, los dispositivos de gestión curricular, la investigación como dispositivo transversal, las prácticas académicas, las unidades organizacionales especiales o especializadas, los dispositivos de extensión social y la praxis como pedagogización del contexto son pautas o dinámicas de pertinencia que vinculan las IES con su entorno, las cuales se despliegan desde el interior del modo académico y pertenecen a la caracterización filosófica, epistemológica y ontológica, un tanto informal pero, a su vez, muy esencial para la distinción de cada programa, y están contenidas implícitamente en lo que Vasco (2011) denominó los *discursos*, y en esta investigación se agruparon como subcategorías de otra gran categoría nominada como del eje de los discursos (ver figura 2.2).

En tercer lugar, en el análisis del ambiente microsistémico, se dedujeron del cuerpo de estudio tres grandes categorías: las dinámicas del discurso; las fuerzas sobre el discurso y las tensiones sobre el discurso. Cada una de dichas categorías, de acuerdo a la procedencia, sentido, ubicación u ocurrencia del discurso, se desglosaron en dos subcategorías comunes: curriculares la primera e institucionales la segunda. La diferencia entre estas tres últimas parejas de subcategorías comunes, se da en la diversa operacionalización de cada una de ellas.

La configuración de este árbol compuesto por seis categorías, debe ser considerada en sí mismo, como un producto de la investigación que permitió agrupar la trama conceptual del proceso de pesquisa. Cada gran categoría se descompuso en subcategorías (en total 21) y a estas a su vez se le formularon parámetros de valoración a modo de indicadores de cumplimiento mínimo (en total 79) (ver tabla 4.5).

4.4 Resultados del bloque macrosistémico-exosistémico de la pertinencia.

4.4.1 Estado de las dinámicas de pertinencia derivadas de la categoría de rectoría y gobernabilidad.

4.4.1.1 Sub-categoría: origen político-económico:

En el capítulo 2, se describió la génesis de la pertinencia dentro del contexto del llamado proceso de “modernización educativa” para Latinoamérica. Ahora solo falta precisar los antecedentes que hicieron “necesario” este “estado especial” para el subcontinente Latinoamericano.

A modo de síntesis, nos remitiremos al llamado “Consenso de Washington”, que surgió en 1989 a fin de procurar un modelo más estable, abierto y liberalizado para los países de América Latina. Se trató, sobre todo, de encontrar soluciones al problema de la deuda externa que atenazaba el desarrollo económico de la zona latinoamericana y, al mismo tiempo, establecer un ambiente de transparencia y estabilidad económica. El agotamiento

del modelo vigente durante el periodo 1933-1980, conocido como “industrialización mediante la sustitución de importaciones” (ISI), promulgó las bases para emprender las reformas estructurales necesarias que permitiesen cambiar el rumbo económico de América Latina. Al tiempo que se delineaba este giro económico, algo histórico sucedió en la región entre 1982 y 1990, una quincena de países logró realizar la transición política desde la dictadura a la democracia, adoptando todos el sistema de “economía de mercado” como modelo económico (Charles – 2000).

La frágil institucionalidad que marcó la transición hacia la democracia en aquellas naciones que superaban la traumática experiencia de largas dictaduras, por un lado, y, por otro, las peculiaridades de regímenes políticos democráticos de carácter tutelar y con un alto grado de corrupción, en los pocos países que no enfrentaron gobiernos de facto durante este período, constituyeron factores propicios para la expansión del neoliberalismo en América Latina (Botan – 1994), (Fiad – 1995), (Laurel – 1994), (Cortez – 1995).

Latinoamérica, ante las nuevas realidades, tras la caída del muro de Berlín y próxima a iniciarse la década de los años noventa, observó la necesidad de fortalecer las recién instauradas economías de mercado, herederas de una situación de desestabilización, de excesiva protección y regulación. Esta búsqueda de un modelo más estable, abierto, liberalizado, particularmente orientado a los países de América Latina, nace en 1989 en el llamado “Consenso de Washington”, donde se trató de formular un listado de medidas de política económica para orientar a los gobiernos de países en desarrollo y a los organismos internacionales como el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), así como el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos.

La ortodoxia neoliberal promovida por los organismos financieros internacionales, fue asumida por las élites políticas y económicas locales como la única receta válida para superar el déficit público y estabilizar las convulsionadas economías de la región. Este núcleo de doctrinas, así como la retórica que pretende darles sustento y legitimación discursiva, se ha fundado en un aparente acuerdo global que ha ido penetrando capilarmente en el sentido común de las administraciones gubernamentales latinoamericanas. Los medios académicos y periodísticos popularizaron este conjunto de propuestas y discursos, que aún subyace en las decisiones políticas de gran parte de los

gobiernos de la región, según Portella-Filho (1994).²⁸ De otra parte Jiménez (2011) relata estos hechos así:

“En consonancia con el proceso histórico de reconfiguración del sistema mundial desencadenado desde la crisis económica de los 70 del siglo pasado, la tecnocracia mundial modificó su discurso y su modelo de cambio social para la región latinoamericana, en un tránsito que fue del desarrollismo de los 70 al neoliberalismo y la globalización en los 80 y los 90. Su influjo creciente en nuestros derroteros económicos, políticos, sociales y culturales es parte de un proyecto geopolítico de adaptación funcional de los Estados latinoamericanos a las estructuras mundiales de poder e influencia de potencias y corporaciones empresariales transnacionales.

En ese proyecto geopolítico (Consenso de Washington) pactado por altos funcionarios y empresarios corporativos del mundo desarrollado, así como por las agencias internacionales de financiamiento, BM y Fondo Monetario Internacional (FMI), los Estados latinoamericanos fueron urgidos a implantar políticas macroeconómicas y a operar las llamadas reformas estructurales, incluidas la de educación y salud, orientadas a la privatización de las industrias paraestatales y servicios públicos y a la reducción de la inversión pública en sectores estratégicos del desarrollo nacional. A cambio de ello, dichos Estados podrían contratar los programas de asistencia técnica y financiera de organismos y agencias mundiales, que, mediante esos acuerdos, adquirieron el poder de definición, fiscalización y control de las políticas económicas y sociales internas. Un instrumento de ese poder sobre el sistema de educación es la calidad de la misma y dentro de esta vía la introducción del concepto de pertinencia con las necesidades del mercado global vía UNESCO-BM.

²⁸ La expresión “Washington Consensus” fue usada por primera vez por John Williamson investigador del Institute for international Economics. Uno de los más célebres “think tanks” del gobierno americano (Vease Williamson, J. “What Washington means by Policy Reform”; y “The Progress of Policy Reform in Latin America”, I Washington. 1990). El programa de ajuste y estabilización propuesto en el marco de este “consenso” incluye diez tipos específicos de reforma que, tal como señala Williamson, han sido implementados casi siempre con intensidad por los gobiernos latinoamericanos a partir de la década del 80: 1. disciplina fiscal; 2. redefinición de las prioridades del gasto público; 3. reforma tributaria; 4. liberalización del sector financiero; 5. mantenimiento de tasas de cambio competitivas; 6. liberalización comercial; 7. atracción de inversiones de capital extranjero; 8. privatización de empresas estatales; 9. desregulación de la economía; 10. protección de derechos autorales.

Las políticas de “modernización y reforma de la educación universitaria” forman parte de ese proyecto geopolítico. En particular, la evaluación y certificación de la calidad educativa y de la formación profesional devino un precepto de validez planetaria. El discurso de la tecnocracia mundial sobre la calidad educativa, y su evaluación y acreditación, se presentó con un halo de veracidad, certeza y actualidad. Su circulación por diversos medios y eventos académicos le otorgó notoriedad y prestigio entre sectores de la opinión pública, grupos privados y del sector público, intelectuales y académicos. Autoridades, docentes e investigadores del campo educativo retomaron sus planteamientos como expresión de lo más avanzado y progresista en cuanto a innovaciones tecnológicas de la gestión educativa y de la didáctica de competencias. De tal suerte se fue legitimando y normalizando la implantación de instrumentos “ad hoc” elaborados y aplicados por agencias externas a las instituciones y comisiones internas para la regulación del sistema de competencias entre las instituciones universitarias por los financiamientos, entre los académicos por el aumento de los ingresos, y entre los programas de formación profesional, los proyectos de investigación y sus productos por la certificación y acreditación internacional”.

La validez de esta fórmula ha sido cuestionada y discutida por numerosos autores (Fiori – 1994), (Cardoso-1994), (Pereira – 1994). Sin embargo, ha sido demostrada la necesidad de ampliar su alcance más allá de los límites a los cuales ha sido habitualmente restringido y usado para hacer referencia general a las políticas de ajuste económico. Hoy es posible defender la tesis de que existió también un Consenso de Washington en el campo de las políticas educativas y de salud. Esto puede permitirnos reconocer los dos aspectos articulados a través de los cuales se vehiculiza el proyecto neoliberal como construcción hegemónica; revalorizando, al mismo tiempo, el papel activo que ha tenido la construcción de un nuevo sentido común tecnocrático en la orientación de las políticas gubernamentales implementadas en América Latina. El llamado Consenso de Washington resume ambas dimensiones: da cuenta del origen del programa de reformas institucionales llevadas a cabo, en el caso específico que nos ocupa, las reformas educativas y de salud, y al mismo tiempo, de la retórica desplegada por los gobiernos que las impulsaron y que pretenden aún legitimarlas, pues la palabra pertinencia está de moda en los medios universitarios, al igual que ocurrió con la apertura que se presentó como un bálsamo por los organismos

Tabla 4.5: Árbol general de categorías y subcategorías, operacionalización y referentes.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	OPERACIONALIZACION	REFERENTE(S)
BLOQUE MACROSISTEMICO-EXOSISTEMICO			
1.	RECTORIA, y GOBERNABILIDAD		
1.1	OEIGEN POLITICO-ECONOMICO		
1.1.1		<i>Consenso de Washington</i>	
1.1.2		<i>BM + UNESCO</i>	Modernización educativa
1.1.3		<i>ICMES DNP –PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2006-2010 - Proyecto: "Fomentar la Pertinencia de la Educación Superior en Colombia" MEN - "Plan Nacional Decenal de Educación 2006–2010" + Plan sectorial para la educación 2006 – 2016.</i>	Gibbons M. BPIN, código 0020-06005- 0000.
1.2	ORIGEN ACADEMICO		
1.2.1		<i>WFME</i>	Declaración de Edimburgo - 1988
1.2.2		<i>ASCOFAME</i>	Bibliografía reseñada en el capítulo 2.
BLOQUE MESOSISTEMICO			
2.	EJE DE LOS PROCESOS		
2.1	RESPUESTA A LAS NECESIDADES	<i>Misión y determinación regional del plan de estudios; Sistema de admisiones; Capacidad docente y habilidad para la comunicación; Participación de estudiantes en la planeación y evaluación; Las ciencias como centro del programa de estudio; El contrato social del médico; Sistemas de Aprendizaje; Sobrecarga informativa.</i>	Declaración de Edimburgo - 1988
2.2	POLITICAS & PRACTICA MEDICA	<i>Unión útil con el sistema de salud; Planificación del talento humano; Sistema de atención en salud; Equilibrio entre especialistas y médicos generales; Transición epidemiológica; Enfermedades crónicas y SIDA.</i>	
2.3	SOCIEDADES PARA EL APRENDIZAJE	<i>Equipos de salud; Participación de la comunidad; Comunicación con pacientes y público; Participación en decisiones que incluyen al público; Hábitos de trabajo y sistemas de apoyo; Compromiso del programa con la EM con base en la población; Enfoque holístico.</i>	
2.4	EDUCACION CONTINUA	<i>Respuesta a los cambios del medio profesional y del contexto.</i>	
3.	EJE DE LOS DISCURSOS		
3.1	POTENCIAL CURRICULAR	<i>Configuración potencial del currículo: Autoevaluación y acreditación; Flexibilización; Preparación para el desempeño profesional ;Visión y misión; Estructura organizativa</i>	MALAGON (2007-2009)
3.2	GESTION CURRICULAR	<i>Mecanismos temporales o permanentes dentro del currículo para responder a las necesidades locales; Estructuras de gestión curricular; Formas organizativas de participación curricular; Actividades de desarrollo curricular</i>	
3.3	INVESTIGACION TRANSVERSAL	<i>Iniciativas institucionales o grupales para fortalecer la investigación y la producción y reproducción del conocimiento: Programa de jóvenes talentos; Pioneros en investigación; Coinvestigación; Proyectos de investigación institucionales</i>	
3.4	PRACTICAS ACADEMICAS	<i>Actividades y/o dispositivos curriculares que acercan la educación médica con el entorno: Prácticas exploratorias, ambientadoras, profesionales, integrales; Actividades complementarias; Actividades permanentes</i>	
3.5	EXTENSION SOCIAL	<i>Estructuras orgánicas autónomas de extensión: Asesorías, consultorías, interventorías; Proyectos de desarrollo comunitario; Transferencia de saberes</i>	
3.6	UNIDADES ESPECIALIZADAS	<i>Unidades organizacionales especializadas:</i>	
3.7	PEDAGOGIA DEL CONTEXTO	<i>Proyectos apropiados por la academia a través de la extensión, para su análisis y desarrollo práctico: Transferencia de saberes a la academia; Sistematización de experiencias con el entorno; Visión académica o pedagógica a las actividades de extensión, prácticas e investigación</i>	
BLOQUE MICROSISTEMICO			
4.	DINAMICAS DEL DISCURSO		
4.1	CURRICULARES		LEWIN – 1936 1947
4.1.1		<i>Primacía Organizacional; Enfoque; Dimensión central; Docencia; Investigación; Proyección social; Modo/Método; Estructura y funcionalidad; Focalización y Atributos.</i>	
4.2	INSTITUCIONALES		
4.2.1		<i>Contexto; Promoción; Tendencia; Potencial curricular; Potencial de Investigación; Desarrollo curricular; Administración y evaluación del currículo.</i>	
5.	FUERZAS SOBRE EL DISCURSO		
5.1	CURRICULARES		LEWIN – 1936 1947
5.1.1.		<i>Interacciones formativas; Mantenimiento del status; Cambio del status; Abordaje disciplinar; Currículo oculto.</i>	
5.2	INSTITUCIONALES		
5.2.1		<i>Redes; Ambiente educativo; Organización; Relaciones Laborales; Unidades especializadas.</i>	
6.	TENSIONES SOBRE EL DISCURSO		
6.1	CURRICULARES		LEWIN – 1936 1947
6.1.1.		<i>Procesos; Intereses; Impactos; Direccionalidad; Disciplinaridades Direccionalidad; Origen.</i>	
6.2	INSTITUCIONALES		
6.2.1		<i>Estructural; Articulación; Coordinación; Planeación; Compromiso; Ajustes</i>	

Fuente: Marco Teórico de la investigación.

internacionales, y a la que los tecnócratas criollos se entregaron con devoción para llevar al país a la ruina actual.

Desde los discursos reformistas de la supuesta “modernización educativa para Latinoamérica” y el tercer mundo en general, El Banco Mundial (BM) invierte y mimetiza el sentido económico que lo define, adoptó el término pertinencia, e impuso su criterio en la Primera Conferencia Mundial sobre Educación Superior (ICMES) de la UNESCO, que se celebró en París en 1998; a través del documento “Pertinencia de la educación Superior en el siglo XXI, de Michael Gibbons”. Desde entonces, imperceptiblemente hemos tropezado con el vocablo desde el proyecto de Plan de Desarrollo de Uribe Vélez y ahora de Santos Calderón, los documentos del ICFES, los planes de desarrollo de las universidades y en sus procesos de autoevaluación y acreditación. Concebida desde estos esquemas genealógicos, la pertinencia mercantiliza la investigación y la enseñanza en provecho del capital transnacional; rebaja la importancia de la teoría, de la ciencia y de su método; degrada las carreras universitarias al nivel de simples cursos de capacitación laboral, y somete la ciencia a los valores dominantes del mercado global.

El principio rector es entonces macroeconómico y obedece a intereses transnacionales y su gobernabilidad interna o nacional ha sido determinada a partir de los instructivos generados por el Departamento Nacional de Planeación (DNP), a través del Proyecto: “Fomentar la Pertinencia de la Educación Superior en Colombia 2006 - 2010” Que ha centrado los procesos y discursos en cabeza del Ministerio de Educación Nacional (MEN) a través del “Plan Nacional Decenal de Educación 2006–2010” y el “Plan Sectorial Para la Educación 2006 – 2016”. Igualmente, en el tema que nos compete, también participa actualmente el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) a través del macroproceso: servicios de salud prestación – prevención; el proceso: calidad y pertinencia en los programas de formación del talento humano en salud; cuyo líder es el Director de Desarrollo del Talento Humano en Salud; constituido con el propósito de: verificar el cumplimiento de las condiciones para la formación del talento humano en salud , promoviendo criterios de calidad y pertinencia que permitan formar el recurso humano en salud que demanda el sistema general de seguridad social en salud; el alcance de este proceso: inicia con el envío de la información del trámite de registro calificado, modificación o renovación de los programas de educación superior o de educación para el trabajo y el desarrollo humano por parte del Ministerio de Educación Nacional, y termina con la emisión de un Acuerdo sobre

la relación docencia servicio por parte de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. La ficha técnica de este proceso se puede consultar en el siguiente enlace: <http://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/CP S-%20Calidad%20y%20pertinencia.pdf#search=pertinencia>

17 años después de promulgada la visión de la pertinencia en la ICMES en París 1998, tanto el MEN como el MSPS no se han puesto de acuerdo en el que, el por qué y el cómo desarrollar la función rectora y de gobernabilidad de los procesos de pertinencia, limitándose, como en las mejores tecnocracias, a procesos administrativos instrumentales aparentemente sistémicos. El MEN ha desarrollado la visibilización del concepto UNESCO de la pertinencia adherida al tema de competencias y competitividad para el trabajo y el empleo, mientras que el MSPS solamente ha visibilizado el desarrollo de lo relacionado a los convenios docencia-servicio, enfocados principalmente a la relación con entidades hospitalarias. Demostrándose nuevamente en perjuicio de la salud poblacional, la hegemonía biomédica y la prevalencia de la fragmentación de la educación médica. A la par, aún no se conoce, o no ha sido difundida, por ejemplo la conceptualización del vocablo pertinencia, aplicado al sistema general de salud y seguridad social (SGSSS) en Colombia. En términos prácticos, esto es equivalente a no tener interés gubernamental en un mínimo desarrollo y evolución de esta dimensión inscrita en la calidad de la educación superior para la salud.

4.4.1.2 Sub-categoría: origen académico:

En agosto de 1988, la Federación Mundial de Educación Médica (WFME) organizó en Edimburgo una Conferencia Mundial sobre Educación Médica. Dicha reunión, en la que participaron numerosos expertos del área de conocimiento de la educación médica, terminó aprobando un documento que, 25 años después, sigue siendo un referente en la educación médica, la 'Declaración de Edimburgo. Esa conferencia mundial culminó un proceso de reuniones regionales en las que se movilizó un sinnúmero de expertos con el fin de redefinir los retos que debía plantearse la educación médica para situarse a la altura de los tiempos. Entre otras mejoras que las facultades de medicina podían y debían llevar a cabo, el documento identificaba las siguientes:

- Incorporar recursos comunitarios en los programas de formación más allá de los hospitalarios.
- Asegurar que los contenidos curriculares reflejen las prioridades nacionales de salud.
- Promover la continuidad del aprendizaje a lo largo de la vida introduciendo metodología de aprendizaje activo y sistemas tutoriales que fomenten el aprendizaje autodirigido.
- Alinear el currículo y los sistemas de evaluación para lograr la competencia profesional.
- Formar docentes como educadores y no solamente como expertos en contenidos y reconocer tanto la docencia como la investigación y el servicio o gestión.
- Incorporar la formación en prevención de la enfermedad y promoción de la salud.
- Integrar la clínica a la formación básica incorporando el aprendizaje con base a problemas y los entornos comunitarios.
- Seleccionar los candidatos por sus cualidades personales más allá de capacidades intelectuales o logros académicos.

Para conseguir estos objetivos se reconocía e instaba la necesidad de involucrar a las administraciones, tanto sanitarias como educativas, para que establecieran políticas y tomaran las decisiones adecuadas. Pero el acento no recaía sólo en las administraciones, sino que también se reclamaba la implicación de las asociaciones profesionales y de las organizaciones empleadoras y proveedoras de servicios de la salud, para que aportaran su necesaria contribución con el fin de alcanzar los objetivos deseables.

Fue en realidad, esta “Declaración de Edimburgo 1988” un faro y casi que un manual para la pertinencia en el mundo. Por ello es considerada para este estudio, como el origen médico-académico de la pertinencia. Transcurrido más de un cuarto de siglo es fácil comprobar cómo la conferencia de Edimburgo abrió un sendero conceptual que había de facilitar a las facultades de medicina la adaptación a un futuro que en Europa se cristalizaría parcialmente, a través de consensos como el del “plan o proceso de Bolonia” (1999), esto es, aquellos procesos de cambio necesarios para adaptarse al Espacio Europeo de Educación Superior. Sin embargo, 27 años después, el análisis de la repercusión de la “Declaración de Edimburgo” en el sistema de formación de los médicos en particular, y de los profesionales de las ciencias de la salud en general, muestra que en el mejor de los

casos sólo se ha recorrido una pequeña parte del camino (Oriol-Bosch & Pardell - 2004); (Palés & Rodríguez – 2006).

Lamentablemente, el sistema educativo, y en concreto el segmento de formación bajo la responsabilidad de la universidad, ha dejado de nuevo pasar la oportunidad de realizar cambios reales limitándose a cambios cosméticos. La preocupación es más de hacer muchas cosas que de hacer las cosas bien. Numerosas y repetidas voces han alertado durante estos 27 años que el camino se transitaba con lentitud, cuando no en dirección errónea. Sorprende y llena de preocupación una sordera tan profunda a tantas llamadas de atención, tal como aconteció en Colombia con los llamados de ASCOFAME, reseñados en el estado del arte de este estudio. Tiene esta carta de Edimburgo tanta ascendencia sobre el tema de la pertinencia, que en esta investigación, la categoría eje de los procesos, se ha construido desde sus postulados.

4.5 Examen de las entrevistas semiestructuradas

4.5.1 Estado de las dinámicas de pertinencia derivadas de la categoría eje de los procesos.

4.5.1.1 Sub-categoría: Respuesta educativa a las necesidades del contexto y de la población.

Todas las unidades de análisis observadas tienen inserta en su misión institucional la premisa de responder a las necesidades territoriales en salud, y expresan el direccionamiento de su plan de estudios en ese sentido, a través de dispositivos estructurales, tales como equipos docentes interdisciplinarios. Sin embargo, no se tiene claro el modo como esas necesidades se acopian al modelo de gestión y administración estratégica. Además, los planes de desarrollo institucional, que están fuertemente atados a las instancias centrales universitarias, consignan y desarrollan, teóricamente, la correspondencia de sus alcances con la solución de las necesidades locales en salud, pero evidentemente eso no es tangible.

(...) mucho de lo que está en los planes de desarrollo es como letra muerta... por ejemplo: nosotros No tenemos una oficina o un encargado de la proyección social... eso lo manejan en una oficina desde las vicerrectorías... y aquí nunca se ha llegado a discutir o cuestionar algo de eso. Solo tenemos conocimiento si por alguna cosa tenemos que gestionar y patinar algo relacionado... pero no más

(Profesor de planta del programa médico III-2013).

Los procedimientos de selección o de admisión a los programas de medicina están todos basados en la capacidad institucional y, aunque se ajustan a mecanismos y procesos de transparencia y equidad, responden más a características cognitivas que a la valoración de actitudes axiológicas que promuevan la solución de esas necesidades sociales en salud, el compromiso social y el trato de las minorías o poblaciones vulnerables. No se tuvo evidencia del grado o nivel de respuesta a las necesidades territoriales en salud a través de la selección o admisión al programa médico.

Las normas de admisión están orientadas desde la Rectoría y el Consejo Superior... nosotros No podemos en el programa o la Facultad modificar o ampliar esos procesos...

(Director de programa médico II-2013).

En general, los docentes son calificados, en todas las unidades de análisis, como depositarios de habilidades comunicativas de grado muy aceptable. Todas las unidades de análisis observadas tienen programas de capacitación y mejoramiento de los procesos educativos para sus profesores y catedráticos, que garantizan la idoneidad y habilidad para la enseñanza. Todas las unidades de análisis tienen definidos los procesos de selección, monitoreo y evaluación de sus profesores.

(...) mis profesores han sido todos muy claros y transparentes con las cosas de los contenidos de cada asignatura... la mayoría tienen muy buena habilidad para comunicarnos lo que debemos saber y hacer. Que yo recuerde, No se ha tenido mayor cosa... mayor inconveniente con eso...

(Estudiante de semestres avanzados del programa médico II-2013).

Los estudiantes si participan, lo hacen muy tangencialmente en los procesos de planificación y evaluación de los procesos académicos y tienen muy poca incidencia en la planeación de objetivos y direccionamiento de los planes de estudio, los procesos de enseñanza y los procesos de evaluación inherentes. Estos bajos niveles de participación No obedecen a su exclusión, sino a los bajos niveles de adherencia a la participación y ocupación de los espacios destinados para ellos en el control y planeación de su proceso educativo. No hay una cultura de participación de los estudiantes en el gobierno de sus programas más allá de lo personal.

(...) aquí se eligen unos representantes de los estudiantes para los comités y consejos estudiantiles. Unos días antes de las elecciones se alborota todo el mundo y se participa con entusiasmo.

(Estudiante de semestres avanzados del programa médico V-2013)

(...) pasados los días No se vuelve a saber nada de eso. Nadie nos convoca a tomar partido en alguna decisión... eso prácticamente se pierde.

(Estudiante de semestres avanzados del programa médico III-2013)

(...) este programa se maneja como un colegio, hay una jerarquización que no admite interferencias o conflictos interestamentarios. Eso queda claro desde la selección y admisión de los estudiantes, y ha sido lo mejor para no tener problemas o mal entendidos durante el proceso...

(Director de programa médico V-2013)

Las ciencias como núcleo central del programa de estudio están muy bien reconocidas por las comunidades académicas, y el método científico es ampliamente aceptado como vía de reconocimiento, problematización, solución e impacto sobre los pacientes y las comunidades. Las comunidades académicas destacan este elemento como crucial para el análisis crítico y para encontrar y sopesar las evidencias. En las mallas curriculares, se observó un amplio énfasis en la integración vertical y horizontal de las ciencias biomédicas, conductuales y sociales, muy baja presencia en las ciencias estadísticas y de administración informática y ninguna presencia o alusión a las ciencias económicas y políticas.

(...) se enfatiza en que lo que no tiene evidencia de buen nivel... No se puede tomar como cierto o verdadero... No hay lugar para cosas diferentes al método científico. En eso somos rigurosos y muy enfáticos con el estudiante.

(Profesor y Jefe del Departamento Materno Infantil del programa III - 2013).

Existe una alta preocupación por los componentes éticos en cada una de las unidades de análisis observadas, con buena participación dentro de la composición curricular, en correspondencia con la exaltación de los valores y prioridades de los pacientes y las comunidades, los principios éticos de los diferentes grupos culturales y con alto énfasis en la magnitud y consolidación del contrato y vínculo social del médico.

El contexto cultural... la situación del país y los niveles de desocupación han sido factores que han llevado a nuestras gentes a tomar caminos poco recomendables...

(Profesor de planta del programa médico V -2013).

(...) los niveles de corrupción son muy altos en nuestra clase dirigente y política...

(Directivo del programa médico III -2013).

(...) nuestros estudiantes provienen de estratos económicos no muy altos y están constantemente permeados por problemas éticos...

(Profesor y Directivo del programa médico II -2013)

(...) hemos instaurado y consolidado un eje transversal de bioética que va durante toda la carrera... de I a X semestre.

(Profesor y directivo del programa médico I -2013).

En las unidades de análisis observadas se recurre a una amplia gama de estrategias y métodos de enseñanza aprendizaje, el basado en la comunidad es la tendencia que más se sigue para el logro de los objetivos de alcance poblacional o comunitario. Sin embargo, existe una marcada resistencia por parte de los grupos de estudiantes avanzados, que consideran más preponderante el ejercicio de la medicina general en ambientes hospitalarios y clínicos, y sienten que el trabajo comunitario les restringe este desarrollo.

(...) nos cansamos de estar yendo y viniendo a los barrios y las comunas... todos los semestres tenemos casi que toda la tarde en esas... por eso tenemos que tomar clases muy temprano en la mañana o al finalizar la tarde... o de noche.

(Estudiante de niveles avanzados del programa II-2013).

(...) nos preocupa a todos que cuando nos graduemos tengamos menos habilidad para resolver cosas del hospital que los otros estudiantes que vienen de otros programas a trabajar en esta zona... a veces parece más una desventaja.

(Estudiante de niveles avanzados del programa II-2013).

La sobrecarga informativa es una amenaza que está siendo resuelta, en niveles aún insipientes o bajos, por las unidades observadas. Un progresivo aprestamiento de los docentes, directivos y personal administrativo en las nuevas tecnologías informáticas y de la comunicación ha permitido iniciar un nuevo esquema de comunicación que triangula docentes, estudiantes y administración / dirección. En este sentido, prevalece en gran medida un aprendizaje auto-dirigido independiente del currículo.

(...) los profesores tienen la obligación de entregar a sus estudiantes una parcelación de los contenidos de su clase o asignatura; en esa parcelación también están las referencias bibliográficas muy depuradas por ellos mismos.

(Profesor y Directivo del programa médico V-2013).

(...) cada profesor, por lo general y al menos en este departamento, tiene un blog o una página web disponible para la comunicación con sus estudiantes, incluso en esos espacios ellos publican artículos suyos sobre los temas...

(Profesor de planta del programa médico III-2013).

(...) y en ese momento también dirigen a los estudiantes en ¿qué leer?, ¿dónde documentarse?, ¿qué bases de datos consultar y qué no tomar en serio...?

(Profesor jefe del Departamento de Salud Pública, programa médico II-2013).

4.5.1.2 Sub-categoría, las políticas educativas y la práctica médica:

Con ocasión de la siempre latente crisis del sistema de salud, la educación médica recibe un gran impacto por cuanto se estrechan cada vez más, en la medida que la crisis se profundice, los espacios útiles para los procesos de enseñanza aprendizaje de la atención en salud. Sin embargo, en las unidades de análisis visitadas, esta relación con el sistema de salud aún se mantiene útil. En la realidad, se vienen implementando las nuevas disposiciones normativas que permitan concursar y mantener la relación con el sistema de salud a la par que se está recurriendo al montaje de espacios y laboratorios de simulación que permitan el aprestamiento controlado de los estudiantes en los diferentes espacios y momentos de intervención.

(...) la relación con el hospital ya no es como era antes... hoy los estudiantes y nosotros los profesores, que no trabajamos en el hospital, nos sentimos ajenos... y los administradores y colegas también nos ven de manera diferente... uno como que estorba, como que gasta más... en fin la sensación es muy distinta. Empezando porque ya no podemos estar sino en las horas que toca y no era como antes que uno no tenía horario y se pasaba todo el tiempo libre en el servicio o en la cafetería... departiendo con los estudiantes y colegas.

(Profesor del área clínica del programa médico III-2013).

Las interacciones de los programas médicos con el sistema de salud están hoy mediadas por convenios docencia-servicio que han ordenado los espacios de enseñanza, de manera que se obtenga un usufructo mutuo garantizado para cada una de las partes. Se están empezando a privilegiar los escenarios de baja y mediana complejidad en la atención, así como las áreas marginalizadas de los centros urbanos. Igualmente, los estudiantes y docentes son ahora más conscientes de los cambios obrados en el paciente convertido en usuario y cliente, empoderado por la emergencia de sus derechos.

(...) hemos tomado la decisión de utilizar más los centros periféricos que tiene la secretaría local de salud... la idea es una atención de partos normales y un control de embarazos también normales... lo de alto riesgo si va para el hospital, pero los "chinos" tienen es que aprender primero lo normal... y eso que el embarazo no es una patología

(Profesor del Departamento Materno Infantil del programa médico III-2013).

Las unidades de análisis no tienen un acercamiento continuo con los aspectos que rondan la planificación del talento humano para la salud, es decir, se privilegia un perfil de competencias y habilidades para la vida laboral, que no tiene un sustento validable en las necesidades poblacionales. De esas necesidades, solo se conocen los perfiles epidemiológicos y las necesidades biomédicas en el mejor de los casos, pero poca cuenta se da de las necesidades con origen en los contextos sociales, culturales y económicos. Se trabajan conceptos de calidad, desde el punto de vista del control y la racionalidad de los recursos, así como la satisfacción sentida de proveedores y usuarios.

(...) las relaciones con los entes territoriales de salud, locales y regionales son muy débiles. Porque quienes llegan a esas instancias no permanecen mucho tiempo... hemos tenido seis alcaldes en los últimos cinco años, y así ningún funcionario de altura permanece por algún tiempo prudencial para planificar algo...

(Profesor de planta del programa médico I-2013)

(...) No se puede tener confianza en nada que se planifique con ellos... de manera que no estamos enterados de qué necesitan de nosotros y ellos tampoco deben saber nada de acá.

(Profesor directivo del programa médico I-2013)

En general, hay entre los estudiantes avanzados un desconocimiento o una muy baja percepción de las insuficiencias fundamentales del sistema. No hay precisión en la comprensión de conceptos, como equidad, efectividad, eficacia y accesibilidad. No se consultan las expectativas de los consumidores y se desconocen las instancias de regulación y control. Se desarrolla muy poca investigación en los contextos de servicio y, en este sentido, son muy poco aprovechados los centros de servicio para probar o postular nuevos modelos y patrones alternativos en la atención en salud. Por lo anterior, la relación entre educación, formación, atención y uso de los recursos disponibles es poco visible y comprensible para el médico en formación.

(...) los hospitales, las clínicas y los centros de salud son los que conforman el sistema de salud...

(Estudiantes de niveles iniciales del programa médico I y II-2013)

(...) sabemos que falta dinero para que funcione bien, pero se hace lo posible en solucionar a cada uno su problema.

(Estudiantes de niveles iniciales del programa médico III y IV-2013)

(...) todos esos conceptos si los estudiamos y se nos habla de eso... pero nosotros no tenemos la oportunidad de digerirlos.

(Estudiantes de niveles iniciales del programa médico V-2013)

(...) eso es como en urgencias hay que ver cómo resolverlo o se remite a otro lado...

(Estudiantes de niveles avanzados del programa médico V-2013)

(...) uno ve muchas personas en las salas de espera y tienen que atenderse a todas no importa qué tengan, ellos nos esperan porque ya no tienen a donde más ir...

(Estudiantes de niveles avanzados del programa médico III y IV-2013)

En los grupos de discusión con estudiantes, de niveles iniciales, quedó muy clara la percepción de un bajo estatus para el médico general en contraposición al médico especialista, y de estos últimos la diferenciación positiva a favor de quienes se han formado en contextos extranjeros en contraste con los especialistas formados en programas locales o nacionales. Para el noble estudiante, la medicina general es un estado transitorio hacia la especialización, con gran afinidad por el área quirúrgica. Muchísima menos atención merece la posibilidad de reconocimiento de los médicos que se dedican a la Atención Primaria en Salud (APS) o la Salud Pública (SP).

(...) yo quiero ser especialista en cirugía plástica reconstructiva funcional... como médico general, quizás ni practique, pues pienso presentarme al sorteo que me exonere de hacer año rural o social y presentarme de una vez a la residencia...

(Estudiante de niveles iniciales del programa médico IV-2013)

Aunque es muy difícil acceder a una residencia en cualquier cosa... a mí sí me gustaría especializarme, y mucho mejor si lo puedo hacer fuera de Colombia, porque al regresar uno tiene mejor posibilidad de ser reconocido y buscado...

(Estudiante de niveles avanzados del programa médico II-2013)

Hay evidencia en el trabajo con estudiantes sobre los conceptos de transición epidemiológica y perfil epidemiológico; No obstante, se observó poca comprensión y precisión en la diferenciación entre enfermedades crónicas, enfermedades ambientales y enfermedades sociales. No se percibe la conexión entre demografía y epidemiología y prácticamente significa lo mismo la promoción de la salud que la prevención de la enfermedad. Sí existe una buena descripción y diferenciación entre los conceptos de curación y rehabilitación. Con respecto al SIDA como biotipo de una enfermedad infecciosa, ambiental, social y crónica, se tiene claridad de los conceptos de eficiencia social y eficiencia técnica. Se asocian los conceptos de vigilancia activa, atención integral, manejo en equipo, medicina holística, compasión y comprensión, sexualidad y derechos humanos.

(...) en lo que llevo de estudio, No hemos comentado nada de economía y política y esos conceptos me parecen más de esas ciencias; solo hemos hablado de leyes y decretos...

(Estudiantes de niveles avanzados del programa médico IV-2013).

(...) El SIDA sí es como un compendio de la medicina... con su estudio uno puede reconocer muchos componentes que relacionan las cosas clínicas con la salud pública y ninguna es más importante que la otra...

(Estudiantes de niveles avanzados del programa médico II y III-2013).

En los programas médicos visitados e incluidos en la muestra, los espacios de práctica en salud pública, poblacional o de colectivos no se validan como espacios formales de práctica y no se viabilizan a través de convenios docencia servicio con entidades públicas o asociaciones colectivas y comunales. Esos nuevos protocolos en general de docencia servicio solo se aplican a espacios de práctica clínica.

4.5.1.3 Sub-categoría, sociedades y lugares para el aprendizaje:

Las sociedades que las unidades de análisis conforman para la enseñanza, aprendizaje y praxis a través de: equipos de salud, contacto profesional temprano y el desarrollo de liderazgo, cumplen el objetivo de insertar los conceptos de interdisciplinariedad, transdisciplinariedad y multidisciplinariedad en los niveles estructurales dentro de los equipos grupales de estudio y trabajo en cada sección o departamento. Sin embargo, en lo operativo y funcional, estas relaciones disciplinares se quedan cortas.

(...) aquí cada departamento ha tratado de tener un equipo que sea interdisciplinar, es decir: tenemos enfermeras, médicos, psicólogos, antropólogos y abogados. El asunto es que eso es muy estructural, solo surte las necesidades de cada departamento, pero No se prestan servicios, por así decirlo, a otros departamentos de la Facultad o a otras facultades de la Universidad... No veo eso muy funcional...

(Jefe de Departamento de Salud Pública del programa médico III-2013).

Las comunidades académicas perciben a la comunidad en general como un ente social que recibe y procesa, pero no se le reconoce su participación activa en la toma de decisiones en salud ni en la determinación de la política en salud. Aunque se manejan muy buenos niveles de procesos según la comunidad y proyectos de participación y desarrollo en salud de las comunidades con intervenciones, No se visibiliza o perciben los mecanismos de participación de la comunidad en la educación médica y mucho menos en las decisiones administrativas de las IES.

(...) no, nosotros no incentivamos eso, porque se nos crece el problema... y No sabríamos cómo manejarlo... eso le corresponde a los entes territoriales y a las juntas de acción comunal...

(Profesor catedrático del programa médico II-2013)

(...) no hay directrices en la Facultad o en la Universidad en ese sentido.

(Profesor de planta del programa médico III-2013)

Se observó en los proyectos educativos de los programas un espacio para el incremento de las habilidades de comunicación y observación, desarrollado a través de variedad de dispositivos, como: talleres sobre técnicas de entrevistas, presentaciones de casos, escritura de artículos y comunicados al público, periódicos murales, invitaciones a eventos y conversatorios semiológicos con expertos e ilustres invitados.

(...) estamos siempre en proceso de aprender a comunicarnos entre todos... eso se debe formalizar mucho más a través de la utilización de todos los canales disponibles en el programa, la facultad, la universidad y la región...

(Directivo del programa médico IV-2013)

Alrededor de la emergencia de los derechos de los pacientes y las comunidades, para una mayor participación en su atención en salud, las unidades de análisis no reconocen esta participación como elemento fundamental para el manejo de los problemas de salud, por cuanto están fuera de su esfera y ámbito de trabajo, es decir, No se reconoce la intersectorialidad como vehículo de solución de los problemas sociales que inciden en el estado de salud poblacional, por ejemplo la violencia, la drogadicción, el analfabetismo, la pobreza, etc. No se visualizan compartiendo su poder médico con comunidades y pacientes ni liderando debates abiertos sobre política pública social concomitante con la salud poblacional.

(...) nosotros nos estamos formando para mejorar y mantener la salud de nuestras poblaciones y somos quienes debemos tomar la iniciativa y gobernar las acciones que tengan que hacerse...

(Estudiantes de niveles avanzados del programa médico IV y V-2013).

(...) cada uno tiene una cosa que hacer desde su campo de acción profesional y no podemos dejar que otros hagan los que nos toca hacer...

(Estudiantes de niveles avanzados del programa médico II y III-2013).

En general, se relatan experiencias en espectros reales de los problemas de salud y en condiciones humanas *in situ*, que sensibilizan y enriquecen los aspectos relacionados con la conciencia social y el trabajo en equipos multiprofesionales. En este sentido, se tuvo

acceso a evidencias que manifiestan el compromiso explícito de los programas con la salud de comunidades definidas, generalmente vulnerables.

(...) es mucho mejor ir y ver, a que a uno le cuenten y nunca salga de la universidad...

(Estudiantes de niveles avanzados del programa médico IV-2013).

(...) los problemas son más grandes de lo que imaginábamos y a veces nos sentimos impotentes para ayudar en algo...

(Estudiantes de niveles avanzados del programa médico III-2013)

(...) Ahora valoro mucho más mis pocas comodidades y trato de pensar en que hay gente mucho más “jodida” que uno y sin embargo viven con alegría...

(Estudiantes de niveles avanzados del programa médico III-2013).

4.5.1.4 Sub-categoría: espectro educativo continuo:

En general, las unidades de análisis ven a la educación médica continuada (formal y no formal) como entes desagregados del modo académico de pregrado, administrativamente fuera del programa mismo y además ofertada en forma desagregada de la planificación regional o territorial. No se encontró evidencia explícita en las unidades de análisis observadas de que la implementación de la educación médica continuada responda a cambios sociales, políticos o epidemiológicos.

(...) la facultad ha implementado diplomados, seminarios y eventos académicos alrededor de los temas que demandan las Empresas Sociales del Estado (ESE), las Empresas Prestadoras de Servicios (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) de la región, que generalmente son de índole técnico... estas acciones de extensión generalmente son implementadas y ofrecidas por otros programas profesionales de la universidad, inscritos en esas áreas; así podemos “negociar” los convenios docencia-servicio.

(Directivo del programa médico III-2013).

Desde una perspectiva extensa, fácilmente podemos darnos cuenta que el eje o categoría de los procesos de la dimensión de pertinencia ha sido subvalorado, al menos en los casos de la decisión muestral, quizás porque el instrumento que los hace visibles (vía CNA) es de muy baja resolución, en atención a que la pertinencia como la salud poblacional o de colectivos ha sido también invisible, poco interesante, más abstracta y compleja, sin referentes admirables y definitivamente abatida por los demás componentes de la fragmentación disciplinar de la educación médica, en la gran mayoría de programas médicos de pregrado en el país.

Los procesos de selección y admisión, la participación estudiantil en la gobernabilidad de los programas a través de su participación en la planeación y la evaluación de los procesos, así como la sobrecarga informática; son aspectos estratégicos de la pertinencia aún pendientes de concertar y aplicar satisfactoriamente, para que la respuesta educativa a las necesidades del contexto y la población sea óptima.

La retroalimentación del sistema de educación médica sobre la relación entre las políticas y la praxis médica es favorable y proactiva en el contexto de las enfermedades crónicas y la transición epidemiológica. Sin embargo a los aspectos relacionados con la planificación del talento humano en salud, el equilibrio y mejoramiento en la gestión asistencial, y la armonía entre la medicina general y la medicina especializada, muy poco se aporta desde la educación médica y casi que se naturalizan, paradójicamente desde los programas médicos las brechas y tensiones que cada día alejan más el usufructo de la infraestructura pública hospitalaria de baja y mediana complejidad en favor de los procesos educativos y formativos, a nivel del pregrado. A la par, están aún en deuda, los aportes de las comunidades médicas académicas a los procesos de participación comunitaria para la toma de decisiones en salud, la comunicación asertiva con los colectivos y la población en general, así como la consolidación de un compromiso amplio y suficiente para involucrar a la comunidad en los procesos educativos y formativos de los programas médicos.

Las comunidades médicas académicas, abandonaron para no volverla a retomar, la educación médica continua y de igual manera han dejado en desamparo a sus egresados, ante los embates de la economía neoclásica sobre las áreas asociadas al

nuevo mercado de la salud, que para los médicos recién egresados se hace incompresible e indescifrable en razón a la baja experticia en este campo, propiciada por el asilamiento socio-humanístico de los currículos consecuente con la fragmentación disciplinar y la hegemonía biomédica, de la que se ha venido haciendo referencia en este análisis. No existe o no es apreciable un cuerpo único de salud.

Bajo el panorama y los esquemas resultantes, la categoría eje de los procesos de la pertinencia está en deuda o por completarse en más de un 50% y muy lejos de ser altamente aceptable o al menos aceptable, tal como fue calificada la pertinencia en general (según procesos) por la vía de la emisión de juicios de autoevaluación en la carrera por el logro de la acreditación en alta calidad del CNA (ver tabla 4.6).

4.5.2 Estado de las dinámicas de pertinencia derivadas de la categoría eje de los discursos:

4.5.2.1 Sub-categoría: disposición potencial del currículo:

Se refiere a establecer qué formas y estructuras curriculares favorecen el diálogo y la interrelación e interacción con el entorno, y qué otras no. En las unidades de análisis, y según el análisis documental recopilado, se observaron procesos consensuados de transformación curricular según las nuevas tendencias de la educación médica, que han otorgado a los programas médicos una mayor flexibilidad y apertura, vocación más social y mayor interacción para con el entorno (ver tabla 2.1). Igualmente, ante la necesidad de optar por la acreditación en alta calidad y la alta presión gremial de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) y de la sociedad misma que quiere y desea programas de excelencia, los programas vienen trabajando en los últimos cinco años sobre la plataforma de lineamientos que le permitan alcanzar este logro y sobre todo en reformas curriculares que den cabida a la política, la estructura y los nuevos enfoques educativos en la educación superior. Sin embargo, los grupos mayoritarios de estudiantes y algunos profesores no comprenden el porqué de estos virajes hacia lo que ellos consideran pertenece a la salud pública, en detrimento de un mejor aprestamiento en los atributos clínicos del médico.

Tabla 4.6: Cualificación de las sub-categorías exploratorias de la categoría eje de los Procesos.

CATEGORÍA DE LOS PROCESOS							
Sub-categoría	Operacionalización		Asociación a "pertinencia"				
			Programa I	Programa II	Programa III	Programa IV	Programa V
1) Respuesta educativa a las necesidades del contexto y de la población	<i>Misión y determinación regional del plan de estudios</i>	1	✓	✓	✓	✓	✓
	<i>Sistema de Admisiones</i>	2	X	X	X	X	✓
	<i>Capacidad docente y habilidad para la comunicación</i>	3	✓	✓	✓	✓	✓
	<i>Participación de estudiantes en la planeación y evaluación</i>	4	X	X	X	X	X
	<i>Las ciencias como centro del programa de estudio</i>	5	✓	✓	✓	✓	✓
	<i>El contrato social del médico</i>	6	✓	✓	✓	✓	✓
	<i>Sistemas de Aprendizaje</i>	7	✓	✓	✓	✓	✓
	<i>Sobrecarga informativa</i>	8	X	✓	X	X	✓
2) Las políticas y la practica medica	<i>Unión útil con el sistema de salud</i>	1	✓	✓	✓	✓	✓
	<i>Planificación del talento humano</i>	2	X	X	X	X	X
	<i>Sistema de atención en salud</i>	3	X	X	X	X	✓
	<i>Equilibrio entre especialistas y médicos generales</i>	4	X	X	X	X	✓
	<i>Transición epidemiológica</i>	5	✓	✓	✓	✓	✓
	<i>Enfermedades crónicas y SIDA</i>	6	✓	✓	✓	✓	✓
3) Socios y lugares para el aprendizaje	<i>Equipos de salud</i>	1	X	✓	✓	✓	✓
	<i>Participación de la comunidad</i>	2	X	✓	✓	✓	✓
	<i>Comunicación con pacientes y público</i>	3	X	✓	✓	X	✓
	<i>Participación en decisiones que incluyen al público</i>	4	X	X	X	✓	✓
	<i>Hábitos de trabajo y sistemas de apoyo</i>	5	✓	✓	✓	✓	✓
	<i>Compromiso del programa con la EM con base en la población</i>	6	X	✓	X	✓	X
4) Espectro educativo continuo	<i>Enfoque holístico</i>	1	X	X	X	X	X
	<i>Respuesta a los cambios del medio profesional y del contexto</i>	2	X	X	X	X	X
Σ	47%	22	(9 / 22) 40%	(14 / 22) 64%	(12 / 22) 55%	(13 / 22) 59%	(17 / 22) 77%

Fuente: Cualificación del investigador.

[...] estamos en un proceso de “re-significación” curricular... es decir: la recuperación del sentido de la comprensión de los principios fundamentales de las prácticas pedagógicas y curriculares, fundamentado en la racionalidad académica; es decir, la discursiva crítica, constructiva, formativa, investigativa, transformativa, etc. desde una concepción espiralada del desarrollo, no lineal. En la cual toda dinámica curricular se potencia a partir de un proceso continuo de construcción-deconstrucción que gira alrededor del eje de la misión institucional. Resolución 0XX de 200X, Consejo de Facultad de Ciencias de la Salud.

(Directivo del programa médico III-2013).

(...) perdemos mucho tiempo preparando las cosas para las clases de comunitaria y salud pública... tiempo que nos hace falta para lo fundamental; las cosas clínicas y terapéuticas... Sinceramente eso es un desperdicio de cosas y esfuerzos porque muy pocos quieren trabajar en el futuro en eso.

(Estudiante de niveles avanzados del programa médico III-2013)

4.5.2.2 Sub-categoría: dispositivos de gestión curricular:

Se refiere a los mecanismos que se construyen de manera temporal o permanente dentro del currículo con la participación de los sujetos curriculares: profesores, directivos, estudiantes, egresados y, en algunos casos, empleadores.

En todas las unidades de análisis observadas, los directores de programa son los encargados de administrar y gestionar el currículo del programa médico, en realidad el macrocurrículo. No tienen una pauta homogénea para hacerlo, pero, en general, se manejan mecanismos de operacionalización de esa función a través de las recomendaciones que hacen al director, los profesores de planta delegados, los catedráticos delegados, los estudiantes activos elegidos y, en algunos casos, los egresados comisionados, congregados en lo que se ha dado en llamar el *comité curricular*, el cual, muchas veces, es ampliado y abierto a toda la comunidad académica cuando parece ser necesario, a juicio de sus integrantes. Igualmente, los departamentos, que manejan a los profesores y catedráticos, así como el microcurrículo, ocasionalmente se pronuncian o

responden a consultas específicas sobre su área a través de los colectivos académicos incidentales.

En general, el currículo sigue siendo delineado y tutelado por los vestigios clásicos de lo que se conoce como la configuración “Flexneriana”, es decir, la fragmentación de la ciencia médica en tres frentes o bloques: las ciencias básicas aplicadas, las ciencias clínicas y las ciencias sociales y humanísticas. Estos bloques se disponen o configuran en áreas o componentes de educación: el de educación general, el de educación disciplinar, el de educación profesional y el de profundización. Adicionalmente, existen áreas o componentes de formación: el componente psico-biológico, el componente administrativo, el componente social y humanístico, el componente investigativo y el componente docente. Esta disposición curricular privilegia los criterios de flexibilización y movilidad.

A diferencia de otro tipo de programas de la educación superior, en las ciencias de la salud y la medicina en particular, los conocimientos que se transfieren no se quedan en el ámbito de la información, sino que estos muy fácilmente se operacionalizan en el contexto sanitario y se traducen en saberes aplicables para abordar así la transformación de una realidad, en este caso más rápidamente la realidad individual que la comunitaria o poblacional. La vinculación entre currículo y entorno depende mucho de la naturaleza de la estructura curricular y de la flexibilidad que disponga esta estructura para adaptarse al entorno mismo. En los casos que nos ocupan, se observa que, para los estudiantes, este tipo de estructura de gestión curricular tiene muy poca garantía de confianza o de disposición de participación en este tipo de actividades, pues, muy tempranamente se marginan en atención a que no despierta su atención, o los procesos y las discusiones son dispendiosas y muy poco ejecutivos. Una dejación muy importante que de ser corregida, quizás empodere un punto de vista más práctico y una opción de mayor de efectividad en su aplicación.

(...) decidimos no participar más porque no encontrábamos qué decir; hay un lenguaje muy confuso y a veces como presuntuoso...

(Estudiante delegado al comité curricular, programa médico III-2013)

(...) no podíamos comprender; además las discusiones eran muy largas y no se concretaban las cosas, sino que se seguían discutiendo, aunque no estuvieran en la agenda....

(Estudiante delegado al comité curricular, programa médico II-2013)

(...) creo que se necesitan estudiantes de último semestre y yo estoy apenas por la mitad de la carrera...

(Estudiante delegado al comité curricular, programa médico IV-2013)

4.5.2.3 Sub-categoría: investigación como dispositivo transversal:

Se trata de un mecanismo que favorece las iniciativas institucionales o grupales para fortalecer la investigación y la producción y reproducción del conocimiento, que busca intensificar el aprendizaje autodirigido y ampliar la posibilidad del aprendizaje personalizado totalmente centrado en el estudiante.

La investigación es una de las funciones esenciales de la universidad, tiene hasta el momento un carácter académico y promueve el crecimiento de las disciplinas en las unidades de análisis observadas. Los procesos de investigación se reducen en el plano educacional como ejercicio formativo, que, por el momento, está consolidando el nivel de semilleros de investigación, a través de compartir líneas de investigación y coinvestigación con algunos grupos establecidos en los programas médicos, los cuales dan la oportunidad al desarrollo de mayores alcances para la profundización disciplinar, la consolidación del trabajo colectivo y la apertura hacia nuevos espacios didácticos.

En general, se observa muy bajo poder de desarrollo para avanzar en investigaciones de punta. Sin embargo, no está muy explorado el nivel de la atención en salud que genera diariamente datos que nunca son procesados y aprovechados a favor de la gestión, la administración y el mantenimiento de las Empresas Sociales del Estado (ESE), Empresas Prestadoras de Servicios (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS). Igualmente la hegemonía clínico-hospitalaria secuestra las posibilidades de tiempo y espacios para cultivar habilidades reales de investigación formativa.

(...) los cuatro o cinco primeros semestres, uno puede dedicar algo de tiempo para estar en un semillero de investigación... pero después, cuando vamos al hospital, el tiempo se vuelve oro y ya no se puede disponer de tiempo, sino para lo fundamental... hay que tener buenas notas primero.

(Estudiante de niveles avanzados del programa médico II-2013)

4.5.2.4 Sub-categoría: prácticas académicas:

Son actividades o dispositivos curriculares que acercan la educación médica con el entorno, utilizado en diferentes formas, ya sea como prácticas de laboratorio en las instancias de las ciencias básicas, prácticas en servicios de atención de salud a lo largo de la carrera en las instancias de las ciencias clínicas, y al finalizar la carrera de tiempo completo en ambientes hospitalarios. Las prácticas de campo en comunidades del entorno se dan con menor frecuencia y con ocasión del aprestamiento en las ciencias sociales y humanas.

Los lugares de práctica académica son espacios de aprendizaje permanente que dan la oportunidad de establecer pautas de comportamiento ante las dinámicas de cambio o renovación; por ello, tienen el potencial de configurar una fuerza de trabajo intelectual de una manera mucho más adecuada a las características y condiciones del entorno, donde se operacionaliza rápidamente los saberes. Sin embargo, en muchas ocasiones, esas prácticas no consultan las necesidades y los intereses poblacionales, comunitarios o institucionales, sino que obedecen a las necesidades curriculares y de docencia. Sería mucho más interesante establecer prácticas abiertas a la comunidad para permitir un mayor diálogo con las comunidades y las instituciones que forman la plataforma social para las intervenciones del programa médico en contextos reales, en favor de los procesos de enseñanza-aprendizaje.

(...) uno se encuentra cosas que ni se había imaginado... situaciones humanas muy deplorables, pero también ejemplos de superación y ganas de hacer las cosas bien...

(Estudiante de niveles iniciales del programa médico V-2013)

(...) creo que la mayoría de las veces frustramos a la gente, porque nos piden cosas que todavía no podemos hacer y ellos creen que nos estamos negando.

(Estudiante de niveles iniciales del programa médico IV-2013)

4.5.2.5 Sub-categoría: unidades organizacionales especializadas:

Son los dispositivos o mecanismos curriculares de carácter específico o especializado, que se encargan de activar y mantener relaciones muy puntuales entre las necesidades del programa que son también afines al entorno, a través de empresas o espacios que contengan el potencial necesario para generar un conocimiento específico o especializado. En el caso de la educación médica, podemos hablar de oficinas de internos; oficinas de pasantes para la movilidad académica específica; cuerpos consultores específicos; laboratorios de servicios a poblaciones; laboratorio de simulación para entrenamiento en rescates; centros de diagnóstico de enfermedades específicas; unidades de atención ambulatoria; IPS universitarias para la atención de jóvenes; etc.

En general, este tipo de dispositivos está muy poco desarrollado en las unidades de análisis observadas y solo en uno de los casos (el caso polar) se encontró una estructura organizacional y curricular que se encarga de articular las actividades de salud (básica, clínica y pública) con las actividades sociales del programa en un entorno específico y especialmente consensuado con la comunidad. Este dispositivo administra un eje transversal de la carrera y procura su secuencialidad y continuidad, con muy buen éxito. Mantiene el control de las relaciones entre las seccionales territoriales de salud; instituciones tanto públicas como privadas; estudiantes y docentes y la coherencia endógena que se surte de estudiantes en lugares de práctica académica específica.

(...) hemos tenido muy buena aceptación entre los estudiantes que llevan estos procesos desde el primer semestre... creo que estamos curando las fracturas que se hicieron por más de 100 años entre lo clínico y lo público; salud pública se puede hacer también desde la orilla y el ámbito clínico, así como la clínica se debe incorporar al ejercicio de la salud pública, es un solo paciente y un mismo médico el que actúa a la vez... ¿Por qué no se va a poder?... Primero nos pusimos de acuerdo en salud pública, después le vendimos la idea al director de programa y con él hicimos la presentación ante los departamentos clínicos...

(Jefe del departamento de salud pública - programa médico caso polar - 2013)

(...) hay cosas que se han venido puliendo, pero en general hay satisfacción de parte y parte, tanto en clínica como en salud pública.

(Profesor de planta de salud pública - programa médico caso polar - 2013)

4.5.2.6 Sub-categoría: dispositivos de extensión social:

La extensión social es la más reciente de las funciones esenciales universitarias y está íntimamente enlazada con la generación de pertinencia y las prácticas académicas. Sin embargo, ninguna de las unidades de análisis observadas tiene una unidad orgánica que realice el enlace y la coordinación de esta función autónomamente. En la mayoría de los casos, esta función la ejerce la universidad a través de una vicerrectoría que oferta el servicio tanto internamente, para construir la oferta, como externamente, para suplir una demanda. Es decir, hay un camino articulado con la venta de servicios y generación de dividendos, y otra vía fraternal encaminada a la solidaridad y el servicio a la comunidad, buscando en concreto un valor agregado, el entrenamiento de los estudiantes.

(...) extensión o proyección social se maneja desde la Vicerrectoría de Extensión... en la facultad existe un funcionario administrativo de enlace... pero académicamente en el programa no hay nadie encargado de eso; todo se gestiona por la facultad. Por eso no puedo darle cuentas de cuántos y cuáles proyectos están en marcha

(Jefe del departamento de salud pública del programa médico III-2013)

4.5.2.7 Sub-categoría: praxis como pedagogización del contexto:

Es quizá un aspecto de las dinámicas y los procesos de pertinencia más importantes y a la vez menos tenido en cuenta por la educación médica. Se refiere a cómo los problemas en salud del contexto, las necesidades y los intereses de la comunidad y de los individuos, son convertidos en proyectos, apropiados académicamente por los programas médicos para su análisis y desarrollo en la práctica. Es un dispositivo de dos vías entre programa y comunidad, un puente retroalimentario entre teoría y práctica.

A las unidades de análisis, les costó más trabajo del presupuestado, el comprender esta dinámica de la pertinencia, muy especialmente porque aunque se realiza en casi todos los programas médicos, esa pedagogización se hace de manera inconsciente y no hay visibilidad del concepto, con lo que queda claro que esta no es una ocupación permanente ni un trabajo transversal continuo. Sin embargo, en las evaluaciones de los sitios de práctica académica siempre se consigna lo adecuado y lo inadecuado de cada uno de los lugares y los aportes al objetivo de cada contenido. Esta situación nos demuestra que muchas de las prácticas académicas están pensadas solamente en una sola lógica, la más simple y egocéntrica: ¿qué le aportamos al entorno?, luego la apropiación de los saberes resultantes de la interacción con el entorno, constituye una tarea prioritaria.

(...) no hemos hecho ese ejercicio de medir qué tanto nos han aportado las prácticas académicas en contexto a nuestro currículo. Pero para el balance social de la universidad sí tenemos un riguroso registro de ¿a dónde vamos?, ¿con quién?, ¿cuándo...? y ¿para qué...? Entonces contamos las horas que un profesor invierte de su tiempo pagado por el programa... ¿Cuánto cuesta el transporte?, ¿cuánto los materiales didácticos?, en fin todo lo de costos... pero ¿cuánto ganamos con eso? En términos de impacto sobre el currículo... no lo sabemos.

(Directivo del programa médico IV-2013)

Según lo registra Malagón (2009):

“Un modelo exclusivamente disciplinar deja un margen de maniobra casi nulo para generar dinámicas de pertinencia, a no ser el desarrollo de proyectos limitados solo al apoyo de la academia. Un modelo combinado o múltiple (fundamentación disciplinar, núcleos temáticos y problemáticos, regionalización curricular, investigación transversal) favorece la interacción con el entorno, siempre y cuando el proceso de transformación de los sujetos académicos en sujetos curriculares esté en marcha y los espacios de diálogo no sean solo coyunturales entre la comunidad universitaria endógena y la exógena”.

Se podría entonces predecir una nula o escasa posibilidad de encontrar, en la categoría eje de los discursos, dinámicas en favor de la pertinencia a la luz del megalítico modelo disciplinar de la enseñanza de la medicina. Sin embargo la situación de las unidades de análisis observadas, muestra avances sobre los discursos para la pertinencia, invisibles, inconscientes o dispersos para las comunidades académicas.

Avances que se descubren especialmente en las subcategorías del discurso relacionadas con los dispositivos curriculares, la gestión y estructura del currículo, la investigación transversal formativa o subjetiva enfocada en el aprendizaje y las practicas académicas extramurales. A juicio del investigador, estas islas de desarrollo y adelanto se han logrado en virtud del jalonamiento de los procesos establecidos para el logro de las metas en favor de la acreditación de alta calidad, pero no son asociadas con la dimensión o atributo de pertinencia en razón a dos circunstancias: primero porque el concepto no ha impregnado los discursos médicos y es casi que desconocido en todo el ámbito de la educación superior en y para la salud, y en segundo lugar porque las dinámicas y las actividades en favor del logro de la acreditación en alta calidad no han surtido una lógica sistémica compleja, sino una acometida lineal competitiva inscrita en la prevalencia de la fragmentación disciplinar, que diluye o nubla la visión integral de la educación y formación profesional en la esfera de la salud. En contraste con los logros dispersos enunciados, se encuentran pendientes o poco desarrolladas las dinámicas asociadas con la proyección o extensión social, las unidades o estructuras organizacionales especializadas u orientadas a la pertinencia y vinculación con el entorno, al igual que las dinámicas que apropian y adecuan al ámbito pedagógico las interacciones e interrelaciones con el contexto.

Siguiendo a Malagon (2009), La obsesión lineal por la acreditación en alta calidad que involucra a la autoevaluación como punto de partida, ha estimulado una mayor interacción entre los diferentes componentes del sistema educativo institucional, careciendo aun del sentido de la complejidad sistémica del mismo. Sin que haya sido explícito, es posible inferir que aún las comunidades externas fungen como espacios sociales para el mero ejercicio académico, y no son concebidas como espacios de construcción social de los saberes y de interacción activa; entre otras cosas porque, históricamente, no han sido firmemente incorporados a los currículos médicos los elementos de las ciencias sociales y políticas que faciliten esa comprensión (ver tabla 4.7).

4.6 RESULTADOS DEL BLOQUE MICROSISTEMICO DE LA PERTINENCIA:

Para contextualizar este examen por categorías y subcategorías, en este caso las categorías: dinámicas de los discursos; fuerzas sobre el discurso y tensiones sobre el discurso, se precisa volver a lo expuesto en el capítulo 2 referente a la motivación teórica utilizada para este bloque metodológico:

“La teoría de campo de Lewin es una teoría de la motivación, por lo que define a la fuerza la causa de las acciones. Al existir una necesidad, se produce una fuerza, o campo de fuerzas, con lo que se produce una actividad con valencia. Cada actividad intermedia puede tener su propia valencia, y todas las valencias generan fuerzas dirigidas hacia las actividades particulares o contra ellas. La conducta resultante queda supuestamente determinada por una clase de adición psicológica de las fuerzas diferentes.

Así mismo, Lewin asimila o iguala de alguna forma la necesidad y la tensión, que es la diferencia entre las metas propuestas y el estado actual del individuo. Produce una presión interna de dirección definida, un estado interior de tensión que empuja a llevar a cabo la intención, aunque no haya ninguna ocasión predeterminada que lo sugiera. La necesidad es la que crea las tensiones motivadoras y siempre que existe una necesidad psicológica, existe en el individuo un estado interno de tensión, que no es otra cosa que el estado de un sistema que trata de alterarse de manera que se vuelva igual a los estados de los sistemas que lo rodean.”

Tabla 4.7: Cualificación de las sub-categorías exploratorias de la categoría eje de los discursos.

EJE DE LOS DISCURSOS							
Sub-categoría	Operacionalización	Asociación a “Pertinencia”					
		Programa	Programa	Programa	Programa	Programa	
		I	II	III	IV	V	
5) Disposición potencial del currículo <i>Configuración potencial del currículo o capacidad del currículo para interactuar con el entorno, a partir de las estructuras organizacionales y sus procesos modificadores.</i>	<i>Autoevaluación y acreditación;</i>	1	✓	✓	✓	✓	✓
	<i>Flexibilización;</i>	2	✓	✓	✓	✓	✓
	<i>Preparación para el desempeño profesional</i>	3	✓	✓	✓	✓	✓
	<i>Visión y misión</i>	4	✓	✓	✓	✓	✓
	<i>Estructura organizativa</i>	5	✓	✓	✓	✓	✓
6) Dispositivos de gestión curricular <i>Mecanismos temporales o permanentes dentro del currículo para responder a las necesidades locales o Acciones organizacionales en relación con el currículo, para favorecer los cambios y el desarrollo curricular.</i>	<i>Estructuras de gestión curricular.</i>	1	✓	✓	✓	✓	✓
	<i>Formas organizativas de participación curricular.</i>	2	X	✓	✓	✓	✓
	<i>Actividades de desarrollo curricular.</i>	3	✓	✓	✓	✓	✓
7) La investigación como dispositivo transversal. <i>Iniciativas institucionales o grupales para fortalecer la investigación y la producción y reproducción del conocimiento:</i>	<i>Programa de jóvenes talentos.</i>	1	✓	✓	✓	✓	✓
	<i>Pioneros en investigación.</i>	2	✓	✓	✓	✓	✓
	<i>Coinvestigación.</i>	3	✓	✓	✓	✓	✓
	<i>Proyectos de investigación institucionales.</i>	4	✓	✓	✓	✓	✓
8) Prácticas académicas <i>Actividades y/o dispositivos curriculares que acercan la educación médica con el entorno:</i>	<i>Prácticas exploratorias, ambientadoras, profesionales, integrales.</i>	1	✓	✓	✓	✓	✓
	<i>Actividades complementarias.</i>	2	✓	✓	✓	✓	✓
	<i>Actividades permanentes.</i>	3	✓	✓	✓	✓	✓
9) Dispositivos de extensión social <i>Estructuras orgánicas autónomas de extensión:</i>	<i>Asesorías, consultorías, interventorías.</i>	1	X	X	X	X	X
	<i>Proyectos de desarrollo comunitario.</i>	2	X	X	X	✓	X
	<i>Transferencia de saberes.</i>	3	X	X	X	X	X
10) Unidades organizacionales especializadas	<i>Unidades organizacionales especializadas:</i>	1	X	X	X	✓	X
11) Praxis como pedagogización del contexto <i>Proyectos apropiados por la academia a través de la extensión, para su análisis y desarrollo práctico:</i>	<i>Transferencia de saberes a la academia; Sistematización de experiencias con el entorno; Visión académica o pedagógica a las actividades de extensión, prácticas e investigación</i>	1	X	X	X	✓	X
	<i>Sistematización de experiencias con el entorno</i>	2	X	X	X	✓	X
	<i>Visión académica o pedagógica a las actividades de extensión, prácticas e investigación</i>	3	X	X	X	✓	X

Σ	72%	22	(14/22) 64%	(15/22) 68%	(15/22) 68%	(20/22) 91%	(15/22) 68%
----------	-----	----	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------

Fuente: Cualificación final del estudio según el investigador.

4.6.1 Estado de las dinámicas de pertinencia derivadas de la categoría dinámicas de los discursos:

La dinámica de los discursos de la pertinencia, desde la perspectiva de Lewin, la podemos también señalar como el “campo dinámico de los discursos de la pertinencia”, es decir el lugar donde ocurre la conversión de las fuerzas y tensiones en acciones en pro o en contra de la pertinencia, algo así como el “momento de verdad” que determina una conducta individual o colectiva para tomar una decisión o posición frente a las fuerzas que pone en tensión las dinámicas de los discursos. Es un círculo o un bucle que actúa sobre sí mismo y se despliega infinitamente, cada vez que se necesite actuar y caracterizar una conducta tomada, sea en sentido positivo o negativo.

4.6.1.1 Sub-categoría: dinámicas de los discursos curriculares:

En general, los indicadores de atributos en favor de la pertinencia, desarrollados en esta investigación para captar el sentido y el significado de esta subcategoría, a través de los observadores, manifiestan una baja traducción de los atributos que construyen las dinámicas curriculares en favor de la pertinencia. Solo un tercio de los atributos expuestos en esta categoría han resultado favorables a las dinámicas curriculares del discurso de la pertinencia.

En los aspectos organizacionales prevalecen y dominan las estructuras autocráticas y jerárquicas en favor de los aspectos puramente administrativos, contra la participación concertada de toda la comunidad académica:

(...) aquí tenemos una responsabilidad jerarquizada y puesta en una autoridad, de manera que quien es responsable debe tomar y responder por esas responsabilidades, no tiene excusa por consensos y responde a título personal no estatamentario.

(Profesor y Director del programa médico V - 2014)

(...) cada director de departamento es responsable por las decisiones del departamento, así estas sean tomadas con abordajes democráticos, inclusive es responsable del cumplimiento de los profesores que tiene adscritos.

(Profesor – Jefe del departamento de Salud Pública del programa médico II - 2014)

En el enfoque de los currículos, se mantiene en alto grado la hegemonía de la focalización biomédica, sin embargo empiezan a visibilizarse factores relacionados con las ciencias sociales que entran a romper la supremacía clínica y básica en favor de la construcción de pertinencia:

(...) el currículo del programa está en permanente revisión, el comité curricular es un organismo consultor, pero las decisiones, normativamente, finalmente las toma el director de programa... De lo que se trata es de llegar a unos acuerdos en los que toda la comunidad tenga oportunidad de participar a través de los delegados... el asunto es que el componente de salud pública tiene apenas un 18% de toda la malla curricular.

(Delegado profesoral al comité curricular – programa médico III – 2014)

En mayor extensión, el currículo se centra hacia lo individual, aunque los aspectos comunitarios y poblacionales, empiezan a tener una mediana emergencia:

(...) nuestro plan de estudios y el macrocurrículo tienen eje central en la salud pública... porque lo que estamos formando es un médico general que le solucione a la región los problemas primarios, básicos... y la solución está más dada en la promoción y la prevención poblacional que en la atención individual... aunque también enseñamos a tratar y curar en nuestra propia clínica... de manera que los proyectos educativos o asignaturas se articulan todas a ese eje central de salud pública; aún los proyectos de ciencias básicas y ciencias clínicas y sus docentes, aportan a ese eje central, sin perjuicio de sus propios contenidos básicos y clínicos...

(Director del programa médico IV - 2013)

La función esencial de docencia, dentro de los programas médicos, sigue siendo ejercida de manera magistral y teórica en muy alto grado, con un bajo nivel de prácticas con fines

formativos, en el mejor de los casos con prácticas simples confinadas a laboratorios y modelaciones. Las prácticas contextualizadas en favor de las dinámicas de los discursos para la pertinencia, son ocasionales:

(...) Realmente no hay posibilidad sino de ejercer la magistralidad, la teoría y algunas prácticas... en primer lugar mi contrato es por hora dictada, no me reconocen la preparación de cada sesión, muy pocas veces tengo oportunidad de utilizar ayudas tecnológicas y las condiciones geopolíticas, de orden público y lucha social y subsistencia no me dan garantía de ir a trabajos comunitarios, prefiero no exponer a mis estudiantes.

(Catedrático del departamento de salud pública – programa médico I – 2013)

(...) a mi entender, intentar un ABP con grupos de 40 o más estudiantes en aspectos comunitarios y aún en biomédicos, no tiene una buena posibilidad de prosperar... además no tengo tutores ni monitores que acompañen estos procesos de enseñanza y no estoy seguro de poder con una infraestructura tan disminuida. Estamos esperando que la planta de profesores se amplíe y las condiciones físicas sean mejores o más adecuadas.

(Profesor de salud pública – programa médico IV - 2013)

La función esencial de investigación es en general muy incipiente, poco orientada hacia una formación subjetiva, inconsulta con las necesidades regionales o locales en salud, con muy escaso potencial de intervención y centrada más en aspectos descriptivos funcionales que en especulaciones experimentales. Sin embargo las universidades y los programas de educación médica tienen un amplio potencial desde el nivel institucional, sobre todo en el adelanto de procesos docente-asistenciales que permitirán un rápido ajuste y puesta a punto para una investigación formativa:

(...) Falta hacer una modificación al currículo para poder disponer o ubicar las asignaturas más adecuadamente, tales como los saberes en epidemiología, medicina basada en evidencia, metodología de la investigación, salud pública etc. Pues siempre tenemos un pero... es decir para hacer investigación en cosas de

verdad... verdad... Tendríamos que hacerlo un semestre antes del internado... pero me dicen que el internado es vertiginoso y no tiempo para nada mas...

(Estudiante de semestres avanzados – Programa médico III - 2014)

(...) uno llega súper entusiasmado a iniciar el primer semestre y se mete en todo... Los semilleros de investigación son geniales, de hecho yo estudio los temas como si fuera un investigador y trato de hacerlo siempre así... pero mis compañeros de semilleros solo llegan al 5 o 6 semestre, después se pierden y no vuelven, justo cuando se van para hospital... No sé porque lo hacen justo cuando uno empieza a tener más posibilidades de hacer cosas con pacientes... Dicen que ya no tienen tiempo.

(Estudiante de semestres iniciales – Programa médico II - 2014)

La función esencial de la proyección social, responde más a las necesidades curriculares puntuales, que a las necesidades sociales o poblacionales en salud y en favor de una praxis académica o laboral contenida, que desconoce el concepto de pedagogización del contexto o en el mejor de los casos no lo sistematiza y menos lo utilizan como enlace del currículo con las necesidades en salud de la población y viceversa:

(...) no hemos visto el desarrollo del currículo como usted me explica, realmente lo que hacemos es aprovechar el contexto para cerrar nuestros avances teóricos en la práctica comunitaria... pero no en doble vía.

(Profesor de salud pública – programa médico V - 2013)

La Metodología o el modo pedagógico y las didácticas más usuales, siguen siendo enciclopedistas, ahora en modo digital, la sumatoria de contenidos y el desarrollo memorístico. Aunque existen avances sustanciales hacia el desarrollo de competencias y habilidades, el currículo en créditos y su flexibilización:

(...) no todos los profesores estamos comiéndonos el cuento de las competencias y hay aún un gran debate todavía no finalizado. Sin embargo la directriz central de la universidad nos obligó a montar un currículo por competencias y créditos y hay como que por inercia vamos... A mí me parece que insertar eso así como caído del cielo

solamente ha maquillado las cosas y aún seguimos enseñado como yo aprendí la medicina en esta misma facultad, a punta de libro...

(Profesora de salud pública – programa médico III - 2014)

A pesar de los avances en la flexibilización curricular, su construcción es cerrada y circunscrita a los comités de currículo estructurales, con una ocasional participación funcional de los demás estamentos de la comunidad académica o de otras facultades y programas de la universidad, o de otras universidades. En consecuencia el conocimiento sigue siendo transferido, más no construido de una manera reflexiva y mucho menos emancipatorio o al menos transformativo:

(...) si, a uno le dicen que puede irse para otro lado y volver con notas de donde fue, pero... la verdad es que la oficina de relaciones internacionales pone una gran cantidad de requisitos pesados... por ejemplo tener un promedio entre 4,2 y 4,5 dependiendo de para donde usted quiera ir... 4,2 a 4,5 son promedios que ocasionalmente se ven en medicina. Eso es para poquitos...

(Estudiantes de semestres avanzados – programa médico II - 2014)

En la mayoría de las unidades de análisis o casos, el currículo sigue focalizado en los profesores y catedráticos y es muy factible que los contenidos no sean estandarizados, en virtud de la alta emergencia de catedráticos ante los beneficios administrativos y contractuales que esta modalidad permite. No existe participación y concertación con los estudiantes ni encuadres pedagógicos que potencien, empoderen y amplíen la gestión, administración y evaluación del currículo hacia los estudiantes:

(...) Cada profesor elabora una agenda semestral, que contiene todos los elementos para que el estudiante la siga paso a paso: contenidos, fechas, evaluaciones, laboratorios prácticos, salidas de campo, proyectos con comunidad... todo lo necesario, hasta el valor de cada actividad y como se evalúa cada componente... no tenemos queja y nos viene funcionando muy bien.

(Director del Departamento de salud pública - programa médico V - 2013)

La emprendedora migración de los currículos desde las asignaturas hacia los proyectos pedagógicos, ha suscitado igualmente un conocimiento amplio y profundo sobre la

teorización de los currículos. Esta impregnación se manifiesta en la variedad de desarrollos microcurriculares con suficientes atributos que dialogan con la integralidad, la creatividad, a flexibilidad, los recursos y el abordaje axiológico.

4.6.1.2 Sub-categoría: dinámicas de los discursos institucionales:

En general los atributos discursivos institucionales que apoyan la pertinencia, favorecen más que moderadamente los logros para la salud pública, principalmente manifiestos en algunos desarrollos curriculares alcanzados; la gestión, administración y evaluación del currículo; y la futura proyección de la función esencial de investigación.

Los programas médicos de pregrado muestran un avance en su contextualización e identidad con sus entornos geopolíticos y van al encuentro de alcanzar en el mediano plazo una mayor proyección y afinamiento en su contextualización social, política y cultural. Prevalece más despierta y afín la perspectiva económica, en atención a que la enseñanza medica en Colombia, por filiación institucional, está actualmente en relación 2 a 1, es decir, 2 programas privados por 1 programa oficial o público, lo que les permite desarrollar más ampliamente su contexto económico con el fin de resolver sus necesidades de financiación más allá de las costosas matriculas, a través de venta de servicios, asesorías, consultorías, fundaciones hospitalarias, y en general la ampliación de su vinculación con los potenciales mercados de la salud. Desafortunadamente no se visibiliza la contextualización de los programas médicos en espacios específicos sociales, culturales o políticos:

(...) nuestros estudiantes provienen de una estratificación social 3 o 4 y sabemos que tienen problemas para su sostenimiento y pago de matrículas... por eso hemos hecho convenios para que sean respaldados por préstamos de amortización mensual o semestral y el éxito ha sido enorme... Tanto que la universidad está pensando en canalizar esos préstamos a través de una entidad o un departamento de financiación de la misma universidad.

(Director de programa médico IV – 2013)

(...) No tenemos posibilidad de subsidiar y menos de becar a los estudiantes en forma directa... nos sostenemos con los aportes que provienen de su matrícula. Eventualmente llegan estudiantes con becas parciales o completas del Icetex,

Ecopetrol, Banco de la Republica y otras Fundaciones... Pero deben estos patrocinadores pagar la matricula completa, ellos son los que subsidian o patrocinan, nosotros no podemos.

(Director de programa médico V - 2013)

En general, las dinámicas institucionales de los discursos de la pertinencia, son promovidas de forma desarticulada o fragmentaria, sin cohesión y unidad conceptual, en atención a que la dimensión de pertinencia permanece invisible dentro de los procesos de administración estratégica, gestión y evaluación:

(...) La verdad nunca hemos tocado ese tema en el programa... en ningún nivel. Así que no está inscrito en ninguna agenda interna. Ocasionalmente la gente del Ministerio de Educación en alguna oportunidad nos invitó a un foro nacional sobre eso... Pero no tuvimos como asistir.

(Decano de Facultad de Ciencias de la Salud – programa médico III - 2013)

(...) si, el tema si se conoce en este ambiente de la educación superior... A nivel regional se hicieron muchos foros al inicio del actual gobierno. Aquí consideramos esa política como para empresas de mercado o industrializadas, es decir para administradores, ingenieros o economistas, pero nunca hablamos de eso a nivel de servicios de salud.

(Director de programa médico V - 2013)

Aunque los programas son dinámicos y cada día más permeables a sus contextos. El talante en su estructura e imagen institucional permanece estática, clásica e inamovible con una ligera tendencia a ampliar su avance tecnológico, pero incapaz de asumir roles más integradores con programas afines y establecer aspectos transdisciplinarios y multidimensionales conectores. Situación que priva a su comunidad de una apertura de pensamiento y una migración hacia principios menos tecno-científicos y de mayor emancipación crítico social:

(...) Los médicos educan médicos, nadie mejor que ellos saben cómo se transfiere el conocimiento médico en aspectos nucleares de la medicina... otro tipo de

profesionales nos acompañan, pero la verdad es que muchos de ellos son rechazados o poco respetados por los estudiantes.

(Director de departamento básico-intermedio – programa médico III – 2013)

El potencial curricular delinea una insipiente integración entre los principios de las ciencias básicas, clínicas y sociales a mediano plazo, En general, hoy es poco coherente con las necesidades en salud de la población y la sociedad:

(...) nuestro núcleo curricular son las ciencias básicas y clínicas, entre estas dos áreas copan más del 70% del tejido curricular, salud pública tiene un 15% y las electivas asociadas a movilidad interna son otros 15%.

(Director de programa médico III – 2013)

Los procesos de investigación, desde el nivel institucional han recibido una especial atención, tanto como los asuntos curriculares. Favoreciendo y propiciando ampliamente la viabilidad de la pertinencia. La focalización de la investigación hace trámite hacia niveles formativos transversales:

(...) Hasta hace muy poco, pensar en investigar desde el programa era complicado. La universidad nos vende ahora a los programas ese servicio a través de los grupos de investigación ya establecidos y asociados al área sanitaria y ambiental que están cultivando semilleros de investigación con docentes y estudiantes del programa... hemos participado en algunos proyectos y poco a poco nos empoderaremos de esta función... ya tenemos un coordinador que nos representa en el comité de investigaciones central de la universidad.

(Profesor del departamento de salud pública – programa médico IV -2014)

El amplio desarrollo curricular integrado, flexible y coherente es un atributo muy activo en las dinámicas institucionales en pro de la pertinencia:

(...) hubo mucha presión central para desarrollar los currículos por competencias y créditos, todos, con mensaje de urgencia estuvimos casi dos semestres trabajando

en ello... muchos de nosotros nos ilustramos y profundizamos, al punto que hoy hacemos parte de un grupo de apoyo de la universidad con otros programas de diversa índole, no solo de salud.

(Profesor del departamento de salud pública – programa médico III – 2013)

Los desarrollos alcanzados en la administración y evaluación del currículo facilitan también la construcción de pertinencia desde las dinámicas institucionales:

(...) La universidad y el programa nos capacito durante un semestre sobre el ABC del currículo, aprovechado la facultad de ciencias de la educación que tiene inclusive un doctorado en educación y expertos en currículo. La vocación educativa fue la primera tendencia de la universidad... desde entonces hemos sido altamente evaluados y somos casi una referencia nacional.

(Profesor de epidemiología – programa médico II - 2013)

4.6.2 Estado de las dinámicas de pertinencia derivadas de la categoría fuerzas sobre los discursos:

Los atributos agrupados bajo esta categoría o dinámica de pertinencia, aportan un poco más de un tercio, al estado de las fuerzas ejercidas sobre los discursos en favor de la pertinencia. Destacándose de este aporte los nuevos abordajes disciplinares y las interacciones complejas para la formación que han ido colonizando este campo dinámico. El mantenimiento del clásico “statu quo” médico y el sentido negativo dado por el currículo oculto, detienen los progresos logrados y favorecen la no pertinencia, doblando y anulando las valencias de fuerza en favor de la pertinencia.

4.6.2.1 Sub-categoría: fuerzas sobre los discursos curriculares.

Las interacciones complejas que amplían la posibilidad de tener pertinencia, sensibilizan a los estudiantes en favor de ejercer mayor proactividad para la conexión con los entornos y procurar una intervención sobre las necesidades en salud de la sociedad en la que se inscribe su proceso de aprendizaje:

(...) Mire, cuando uno está fuera de estos ambientes... no se imagina la cantidad de necesidades que hay en la gente, en las comunidades alejadas, marginales o menos favorecidas. De no ser por cursar esta carrera, jamás me hubiese dado cuenta por ejemplo de lo que significa la pobreza... Tengo primos que han estudiado medicina en otras ciudades y en tiempos pasados y ellos me dicen que nunca fueron a un entorno deprimido... Ni siquiera salieron de sus hospitales... Así que entiendo porque no se sensibilizan con la carencia de algo... me gusta el enfoque social de la medicina.

(Estudiante de semestres avanzados – programa médico II – 2013)

La prevalencia de un “status quo médico” en favor de la atención individual y de los servicios clínicos, golpea contundentemente como fuerza la favorabilidad hacia la pertinencia. Prueba de la vocación transmisionista del conocimiento a través del currículo:

(...) el profesor XX XXX X , no permite que lleguemos sin corbata y bien vestidos... si tenemos la bata medio sucia nos increpa bien fuerte... para él la imagen del médico es primordial... y Así debe ser mantenida por nosotros. Uno se acostumbra finalmente a ese requisito y termina por ser condescendiente, al fin de al cabo es para nuestro bien... Nos decía que el cobro de los honorarios comienza por la imagen que se proyecte a cada paciente. Incluso si lo ve a uno por la calle medio mal arreglado y en compañías iguales, se la monta a uno aquí en el piso...

(Estudiante de semestres avanzados – programa médico V – 2013)

(...) somos médicos... estudiantes muy diferentes a cualquier otro estudiante universitario. No asistimos a conciertos porque estamos estudiando, no voy a futbol porque estoy estudiando, no salgo ya de vacaciones con mi familia porque tengo que estudiar cinco semanas más por semestre que mis hermanos... Salgo de mi casa al hospital a las 6:00 de la mañana por tarde y regreso entre 9:00 y 10:00 de la noche a mi casa, ¿a qué? a estudiar... Si es que no tengo turno esa noche... Abandone una vida común y corriente para prepararme a ejercer una vocación... Somos como monjes sin monasterios.

(Estudiante de semestres avanzados – programa médico III – 2013)

(...) siempre quise ser médico... Ojala especialista, la verdad quiero vivir bien, sin angustias, súper acomodado y tener para todo... ese status no lo tiene nadie.

(Estudiante de semestres iniciales – programa médico V – 2013)

El abordaje multidimensional y multidisciplinar propicia la mayor contundencia de las fuerzas en favor de la pertinencia:

(...) nuestros estudiantes se relacionan totalmente con el programa de enfermería y de odontología y educación física en el barrio XXX XX X, que es donde tenemos el proyecto de comunidades... ellos están en esta comunidad durante toda su carrera a partir del 2º. Semestre, a cargo de familias específicas en proyectos de salud, saneamiento básico, educación en salud y recreación dirigida...

(Directora del departamento de salud pública – programa IV – 2013)

Quizás el mayor campo dinámico de fuerzas que mellan la existencia y cristalización de la pertinencia, es el currículum oculto que circula con mayor fuerza en los ambientes de instrucción y práctica hospitalaria, como consecuencia del mayor peso específico de los ejes biomédicos y clínicos. La familia, la sociedad, la clase médica y las interacciones profesionales institucionales promueven la alta valencia de un currículum oculto que presiona las decisiones de una praxis laboral:

(...) la verdad que si... Ese currículum oculto prevalece desde que comenzamos y nos jala mucho hacia lo clínico... para más de la mitad de mis compañeros y por ratos me incluyo, la salud pública es como un relax, un total esparcimiento... hay pocas cosas que hacer, es leer, discutir y hacer planes... Todos queremos ser especialistas clínico-quirúrgicos. No tiene sentido estar de 5 a 7 años en este ambiente, para salir a trabajar en una oficina y tener baja remuneración.

(Estudiante de semestres avanzados – programa médico V)

(...) mi profesor de cardio... Nos pone en conflicto con los profesores de salud colectiva, que es una práctica de todo el día durante 10 sábados continuos... Pues el profe nos cita tambien los sábados en su consultorio y nos da ayudas extras,

discutimos los parciales, nos da notas... y nos toca fallar o mentir en salud colectiva... él lo sabe y le importa poco.

(Estudiante de semestres intermedios – programa médico III – 2013)

4.6.2.2. Sub-categoría: fuerzas sobre los discursos institucionales:

Las fuerzas sobre los discursos institucionales, en general apoya moderadamente la favorabilidad de la pertinencia y su distribución en la opinión de la comunidad académica de cada caso va en ascenso. De alguna manera, según los observantes, estas fuerzas se vienen aliviando, quizás a consecuencia de la integración de redes intrainstitucionales e interinstitucionales que promueven un trabajo específico en favor de causas poblacionales, que son acogidas por estudiantes, profesores y catedráticos. En el mismo sentido obran las mejoras en los ambientes educativos.

Las redes intrainstitucionales e interinstitucionales de carácter académico para la movilidad y la optimización de recursos para su administración y gestión proveen un gran apoyo a la favorabilidad de la pertinencia:

(...) cada vez tenemos más opciones de intercambio y movilidad... sin embargo hay programas como el de medicina que participan poco de esas bondades porque hay cupos limitados que obligan a tener requisitos académicos muy altos para el estándar médico, que exige muchísimo más que otros programas y no se logran fácilmente... igual sus semestres son más largos y eso también los limita y les provee desventajas... Sin embargo estamos preparando un programa estadístico comparativo que nos permita homologar los quintiles superiores en medicina con los demás programas, pero eso tiene que ser también aprobado por los programas receptores....

(Directora programa médico II – 2014)

La mejora de los ambientes educativos extramurales crea una mayor disposición y favorabilidad hacia la pertinencia. En contraposición, las limitaciones físicas, de acceso y utilización de ambientes clínicos, bajo la presión del currículo oculto, lleva a frustraciones e insatisfacción de los estudiantes:

(...) es bueno salir de la universidad... hay centros sociales, escuelas, empresas, guarderías, comedores, que nos reciben y son más amables, divertidos y mucho más flexibles que los que están en la universidad... además tenemos mejores relaciones y ayudamos a solucionar cosas, eso está bien.

(Estudiante de semestres iniciales – programa médico IV - 2013)

(...) la verdad a veces veo que somos como estorbos en los hospitales grandes... No nos dejan entrar a consultorios, a las habitaciones, a los quirófanos... si lo logramos nos toca llevar la ropa quirúrgica y a veces hasta el jabón... los paciente huyen o se ponen bravos con nosotros... no hay espacios educativos y nos toca recibir la instrucción en las cafeterías o en la salas de espera...

(Estudiante de semestres avanzados – programa médico II – 2013)

Se percibe un deterioro en las formas de organización de la comunidad académica, principalmente en asuntos profesoriales de docencia y de los estamentos de participación estudiantil. Para los profesores la tendencia está dada en contratar mayor número de catedráticos que por las características de su vinculación no pueden asumir idóneamente cargos administrativos o carga de docencia, muy especialmente en las IES oficiales o públicas, lo que determina la anulación de procesos en favor de la pertinencia. A nivel de los estudiantes, ellos perciben una restricción de sus derechos de participación y cogobierno de los programas, que en definitiva son de ellos y no de la institucionalidad:

(...) tenemos la fortuna de estar primero adscritos a un hospital universitario y como parte de nuestra labor ejercemos la docencia en el ambiente hospitalario con alumnos de la facultad. Recibimos un salario simbólico de la universidad y apoyo para capacitación y educación continuada... pero si eso no fuera así, aquí muy pocos se le medirían a ser profesores... es realmente insignificante el tema de honorarios.... No sé cómo hacen universidades no adscritas a hospitales...

(Profesor adscrito programa médico I - 2013)

(...) te voy a decir que el peor cargo en un programa médico, es este, el de director de programa... Se tienen que resolver miles de minucias al día, no hay tiempo para nada y todos es para ayer. Yo estoy aquí por mi antigüedad y conservo un buen sueldo, además le quiero ayudar al decano de la facultad que estuvo por meses

buscando un candidato, porque aquí nadie se le mide al chicharrón y siempre traen médicos por OPS... Parece que están todos avisados y no les interesa...

(Director de programa médico I – 2013)

Como consecuencia del detrimento de la planta de profesores, las relaciones laborales, que son regidas normativamente, están en procesos de reforma que generalmente tienden a constreñir y reducir los atributos salariales y así mismo la cobertura y el “aseguramiento” de sus dependientes beneficiarios. Esta constante fuerza pulsar ha ido en detrimento del entusiasmo, la creatividad y la profundización de acciones en favor de la pertinencia y en beneficio de las comunidades y su entorno:

(...) aquí se jubila un profesor, y no se le reemplaza... traen médicos egresados del programa y los nombran catedráticos, les pagan la hora peladita... sin recargos de nada, sin seguridad social, sin vacaciones y sin prestaciones... Como tienen otros trabajos, pues lo aceptan y así redondean para vivir. Ya casi triplican el número de los profesores de planta... eso deteriora todo: no asisten a reuniones, no están en grupos de investigación, no los encuentras nunca en la sala de profesores... totalmente desentendidos... con toda razón.

(Profesor de planta – programa médico III – 2013)

(...) tenemos consejo estudiantil, delegados al comité curricular, delegado al consejo superior por la facultad, representantes de cada semestre, monitores, tutores de estudiantes, pero todos esos cargos de representación estudiantil no son nada funcionales... uno se mete por ejercer liderazgo y no ser capaz de quedarse callado... pero la verdad no participamos en nada asociado a toma de decisiones... ni siquiera las de bienestar.

(Estudiante de semestres avanzados – programa médico II – 2013)

El concepto de unidades especializadas para la pertinencia, es aún una noción en este sentido. Su infraestructura no va más allá del empoderamiento de un coordinador, que realmente dedica gran parte de su trabajo a la componenda de aspectos académicos y administrativos clínicos-hospitalarios, dejando en manos de profesores y estudiantes los enlaces necesarios para la comunicación con las comunidades y los colectivos poblacionales. Igualmente las actividades extracurriculares, en el mejor de los casos, están

centralizadas en las facultades o en otros estamentos centrales de la universidad y no en cada programa:

(...) haciendo una extrapolación, tenemos unas unidades administrativas, no académicas. Una se encarga de los internos que están en nuestra clínica y en otros centros hospitalarios de la región, es una médica, y la otra coordina, que no es médico, toda la logística con el programa de comunidades o proyectos extramurales, pero no es solo para medicina, sino para todos los estudiantes de ciencias de la salud, sus profesores asignados y otros profesionales que tenemos contratados, como ingenieros sanitarios y ambientales, nutricionistas, psicólogas, unos profesores de reforzamiento para bachillerato y primaria y hasta un sacerdote.

(Director de programa médico IV - 2013)

4.6.3 Estado de las dinámicas de pertinencia derivadas de la categoría tensiones sobre los discursos:

Esta categoría resulto ser la más contradictoria. Para la sub-categoría de las tensiones sobre los discursos curriculares, es de todas la menos favorable para la pertinencia. Las fuerzas han logrado romper la gran mayoría de tensiones para precipitar la ruptura de la pertinencia en este nivel del discurso curricular, mientras que a nivel de las tensiones sobre los discursos institucionales, es la sub-categoría que mayor aporta al sostenimiento de la pertinencia; aporte que puede ser tasado en más de las tres cuartas partes, es decir, muy aceptablemente para el lenguaje de los lineamientos de acreditación en alta calidad. Es decir que el “meollo” de la pertinencia, tal como se relaciona esta narración, realmente se debate y se juega a nivel de los discursos y las representaciones curriculares.

4.6.3.1 Sub-categoría: tensiones sobre los discursos curriculares:

Las relaciones del currículo con procesos internos y externos de orden social, político, administrativo, institucional, profesional e incluso la respuesta a intereses gremiales, económicos o de mercado, rompen contundentemente en contra de la pertinencia:

(...) muchas veces es preferible restringirnos en asuntos asociados a la comunidad o a las poblaciones más necesitadas, primero porque nuestro esfuerzo y nuestro

capital es restringido y debe invertirse en donde se considera es lo vital, es decir en la adecuación y sostenimiento de nuestros espacios clínicos de aprendizaje... Y en segundo lugar no hemos podido crear alianzas con el sistema de salud debido a los altos niveles de corrupción y politización ligados a toda fuente de recursos para la salud... hasta paramilitarismo hemos tenido... y es un riesgo que consideramos no asumir, desde hace varios años. Las actividades de docencia sobre comunidades, las hemos tenido que restringir a los programas que el hospital conduce en APS.

(Director de programa médico programa I - 2013)

(...) existen entidades públicas y privadas que prestan este servicio de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, que incluso nos amenazan de asistir o atender comunidades con estudiantes y no con médicos y profesionales graduados, eso no es verdad... pero para no entrar en polémicas desgastantes y espurias... decidimos concertar con una comunidad marginada, bien organizada, lejana a nuestro casco urbano, incluso aislada, de clase obrera... con altas carencias en salud y muchas necesidades básicas insatisfechas... y desde hace algunos años tutoramos y monitoreamos la salud de esta población... con muy buen éxito y a total satisfacción de partes.

(Director programa médico IV – 2013)

Así mismo, los espacios presupuestados para esperar impactos favorables de las prácticas comunitarias o poblacionales de índoles o matices sociales, comunitarios, culturales y políticos, son copados ampliamente por las prácticas de índole biomédico individual:

(...) Últimamente el Estado ha empoderado a través de normas y decretos a los hospitales de cualquier nivel a cobrar retribuciones por la tenencia de nuestros estudiantes en sus espacios y la oportunidad de ofertar docencia... Ante la restricción normativa para las entidades públicas, hemos persistido en nuestro empeño de no poder pagar en efectivo, sino a través de canjes de servicios, educación de sus funcionarios, descuentos en nuestros posgrados, campañas de prevención y otra serie de trueques. Las universidades privadas, que si tienen la capacidad de pago y ninguna restricción para estos desembolsos, nos vienen desplazando... tuvimos entonces que acceder a los hospitales más cercanos a la ciudad a través de convenios docencia-servicio, pero ahora debemos subsidiar o

reconocer un auxilio de transporte y alimentos a cada estudiante que se desplace de nuestra sede con ocasión de sus estudios, además de asumir pólizas de aseguramiento contra las eventualidades del desplazamiento... eso restringió enormemente el gasto en docencia sobre comunidades.

(Director de programa – programa médico II - 2013)

El ejercicio multidireccional de la programación, gestión, administración, evaluación y reprogramación de las actividades de los programas es considerablemente pasivo y esporádico. Ningún estamento crea o aprovecha espacios de interlocución funcional. Tan solo dos de los cinco programas tímidamente comienzan a crear espacios de participación, debate, evaluación y acción en favor de la pertinencia:

(...) Tal como la enseñanza médica, el ejercicio de la administración de la enseñanza, así como la administración de la salud, también está fragmentado y desconectado sistemáticamente... los departamentos no responden sino a sí mismos y no tienen mayor capacidad de escuchar a los demás... eso también se lo lleva el estudiante... el don de la alteridad, de escuchar al otro está perdido... la otredad no funciona... Hace falta entrar en procesos de reconversión, de reingeniería o de deconstrucción, para retomar los caminos... en eso estamos, pero la ventaja que todo esto tomo es infame...

(Profesora de salud pública – programa médico III – 2013)

El origen de las fuerzas y tensiones desfavorables para los discursos de la pertinencia sobre el currículo no están en el nivel externo o en el entorno de los programas, estas empiezan y se continúan a nivel intrainstitucional. Pugnas de poder académico que arrinconan y vencen los discursos de la pertinencia:

(...) este tema lo hemos analizado en nuestros colectivos académicos, sin bautizar el asunto como pertinencia. Se trata de ambiciones, vanidades y en últimas envidias o escrúpulos profesionales, que no creo que falten en ningún programa médico colombiano o en un programa cualquiera universitario... Nuestras universidades son jerárquicas, con escaleras unipersonales a gran demanda... el prevalecer significa autoridad, poder... las ambiciones son humanas y nuestras relaciones de poder se

manifiestan en cualquier ámbito... lo ideal es mitigar y sobrellevar esas fuerzas internas a nivel individual y colectivo... construir pactos y contratos.

(Profesora de salud pública – programa médico III – 2013)

4.6.3.1 Sub-categoría: tensiones sobre los discursos institucionales:

En contraposición a la categoría de las tensiones sobre los discursos curriculares, las tensiones sobre los discursos institucionales aportan gran parte de la favorabilidad hacia la pertinencia que pueda tener un programa de educación médica.

Atributos, acciones, índices e indicadores como la coordinación en la planeación interna de espacios de aprendizaje que migran hacia centros especiales o especializados de análisis situacional, tales como cátedras abiertas, profesores invitados, actores y espacios sociales involucrados en la enseñanza, debates abiertos interinstitucionales, etc. Al igual que la decidida acción docente, investigadora y de extensión de las áreas o departamentos de salud pública y/o de colectivos poblacionales, formalizadas a través de convenios docencia-servicio debidamente institucionalizados, en asocio con los compromisos asumidos por los estamentos directivos de los programas médicos a nivel interno universitario, y de la universidad con la sociedad a través de la extensión vía planes de desarrollo institucional en niveles sociales, culturales, sanitarios, ambientales y productivos; establecen una decidida apertura institucional para la intervención de su entorno como aporte y parte de su compromiso y contrato social:

(...) Aunque el proceso de acreditación en alta calidad no sea perfecto, hemos visto su evolución y su compromiso con lo real... sea cualquiera la crítica a este proceso, el proceso en sí mismo ha servido y ha movilizad a la mejora de los programas médicos, visibilizando y viabilizando a la vez muchas características dormidas... hablamos de acciones, de procesos, de indicadores, de planes de mejoramiento, de metas, de mediciones cualitativas, de emisión de juicios y de muchas otras nociones y conceptos que están sacando estas estructuras añejas de la enseñanza médica, a mejores aires... Nos da la oportunidad de mirarnos con algo de objetividad y cada vez con menos vanidad... y lo que la pertinencia busca, está en proceso; nos movemos y eso es dinámica.

(Director de programa médico V – 2013)

La estructura administrativa fragmentaria, burocrática, tecnocrática y politizada de las universidades públicas y aún de las privadas, es una barrera para la fluidez de los discursos favorables a la pertinencia, por desconocimiento, incompreensión y subvaloración de los mismos:

(...) esa clásica hegemonía biomédica puede que nunca ceda y nunca se finiquite, pero le corresponde al sistema de salud y al sistema de educación corresponder de una manera consciente a esta moda o modalidad de la pertinencia... y le corresponde a la educación médica y a los docentes de las áreas involucradas en la salud poblacional, la salud pública, la salud de los colectivos y la salud ocupacional... el manifestarse, insistir e incidir para lograr ser oídos. Si las organizaciones no responden a los cambios y a las nuevas expectativas, el cambio los cambia, so pena de desaparecer.

(Profesor de salud pública – programa médico II - 2013)

(...) el médico debe ser pertinente para desarrollar su saber médico en donde este y donde se pare, debe ser médico aquí en Colombia como en las Filipinas... Tal como un piloto de un Jumbo Jet debe poder aterrizar en cualquier pista aérea adecuada en el mundo, solo con estudiar y comprender el contexto al que se dirige... El contexto lo focaliza pero no lo limita o delimita, el saber lo lleva siempre y el ser humano es siempre el mismo...

(Dr. José Félix Patiño Restrepo – experto consultado - ilustre médico y educador colombiano)

Se avanza lentamente hacia una articulación horizontal o transversal que integre las ciencias en la enseñanza de la medicina más como modelo sociomédico que biomédico, en especial a nivel del médico que se forma en pregrado:

(...) Las nuevas tecnologías en educación y en salud, están marchando o emergiendo en pareja, vienen tumbando muros, después tumbaran fronteras, acortando distancias y tiempos, pronto hablaremos el mismo idioma sin perder el

originario, podemos ver lo que ni imaginamos a niveles atómicos y más de lo que imaginamos a niveles estelares, el mundo es más amplio y a la vez más al alcance de todos, si las ciencias en este contexto no se integran; estamos perdiéndonos una gran parte de la visión global hacia el futuro... que sería lo mismo que negarnos a ver para no conocer... absurdo no querer probar todo lo debido y hasta lo indebido.

(Profesora de salud pública – programa médico III – 2013)

Al visualizar mediante la utilización de signos o colores (un modelo óptico) la narrativa descrita, observamos como los discursos de las dinámicas institucionales, proporcionalmente tratan de llegar a un equilibrio con los discursos de las dinámicas curriculares, eso demostrara una dinámica que con los tiempos circulara entre uno y otro sentido. Al momento, en esta primera vista, la representación visual de las dinámicas, las fuerzas y las tensiones de los discursos institucionales son más favorables a la pertinencia que la representación visual de las dinámicas, las fuerzas y las tensiones de los discursos curriculares (ver tabla 4,8).

La representación visual de la desfavorabilidad de los discursos curriculares, algo mayor que la representación visual de favorabilidad de los discursos institucionales, nos permite deducir que es en el currículo donde la pertinencia de la educación médica está atrapada, mientras que en los discursos institucionales, esta se viene descubriendo y liberando. Sin embargo al juntar las desfavorabilidades de lado y lado y contrastarlas con las favorabilidades totales; encontramos una muy baja representación visual de la pertinencia en la muestra. Susceptible de ser leída en forma vertical, caso por caso, o en forma horizontal comparando atributo por atributo en cada caso.

Mientras que la evaluación instrumental vía CNA nos daba rangos de aceptable e incluso altamente aceptable, en el modelo de representación visual esta cualificación casi que se deprecia a la mitad, es decir que de los programas médicos o casos muestreados, al menos 4 necesitarían un plan de mejoramiento específico para lograr una mayor pertinencia.

Finalmente, se hace necesario registrar que en esta ultimas categorías, como en todas las anteriores, se contó con el auxilio exploratorio de sub-categorías teóricas, que no siempre fue posible evidenciarlas en el correlato empírico; razón por la cual no aparecen en la narrativa de este capítulo. Del mismo modo, en esta investigación no se propició la

emergencia de otras sub-categorías y categorías, en razón quizás a la baja percepción y valoración del tema y/o al desinterés académico por el mismo, que en la mayoría de los casos tomo por sorpresa a quienes integran las comunidades académicas de los programas de la muestra.

Tabla 4.8: Distribución de los atributos en favor (+) o en contra (-) de la pertinencia en el bloque mesosistémico-microsistémico de indagación, dentro de cada una de las unidades de análisis o casos.

DISCURSOS CURRICULARES						DISCURSOS INSTITUCIONALES									
CATEGORIA: DINAMICAS DEL DISCURSO (campos dinámicos)															
Forma de ser o suceder dentro del currículo o la institucionalidad de cada programa; producto de las fuerzas que promueven tensiones suficientes o insuficientes, que actúan o no para darle el sentido necesitado y promovido.															
Cód.	Programas – unidades de análisis		I	II	III	IV	V	Cód.	Programas – unidades de análisis		I	II	III	IV	V
	Subcategoría								Subcategoría						
1.1	DINAMICAS curriculares	Primacía Organizacional	-	-	+	+	-	4.1	DINAMICAS institucionales	Contexto	-	+	-	+	-
1.2		Enfoque	-	+	-	+	-	4.2		Promoción	-	+	+	+	-
1.3		Dimensión central	-	+	-	+	-	4.3		Tendencia	-	+	-	+	-
1.4		Función docencia	-	+	-	+	-	4.4		Potencial curricular	-	+	-	+	-
1.5		Función investigación	-	-	-	+	-	4.5		De Investigación	-	+	+	+	+
1.6		Función proyección social	-	-	-	-	-	4.6		Desarrollo en el currículo	+	+	+	+	+
1.7		Modo y Método	-	+	-	+	-	4.7		Administración y evaluación del currículo					
1.8		Estructura y funcionalidad	-	+	-	+	-								
1.9		Focalización	-	+	-	+	-								
1.10		Atributos	-	+	+	+	+								
CATEGORIA: FUERZAS SOBRE EL DISCURSO															
Modo de obligar a que el currículo o la institución actué de una determinada manera, ante o bajo estructuras de poder o autoridad que promueven acciones consecuentes. Acto de obligar, para transitar hacia la costumbre.															
2.1	FUERZAS curriculares	Interacciones para la formación	-	+	-	+	-	5.1	FUERZAS institucionales	Redes inter/intra	-	+	+	+	+
2.2		Mantiene Status quo	-	-	-	+	-	5.2		Ambiente educativo	+	+	+	-	+
2.3		Cambia status quo	-	-	-	+	-	5.3		Organización	+	+	-	-	+
2.4		Abordajes disciplinares	-	+	+	+	+	5.4		Relaciones laborales	+	+	+	-	-
2.5		Currículo oculto	-	-	-	+	-	5.5		Unidades especializadas	-	-	-	+	-
CATEGORIA: TENSIONES SOBRE EL DISCURSO															
Estado de oposición u hostilidad latente entre personas o grupos humanos con necesidades diferentes y quizás opuestas. Estado anímico de excitación, impaciencia, esfuerzo o exaltación producido por determinadas circunstancias o actividades.															
3.1	TENSIONES curriculares	Relación con procesos	-	-	-	-	-	6.1	TENSIONES institucionales	Estructural	-	+	-	+	+
3.2		Intereses	-	-	-	-	-	6.2		Articulación	-	+	-	+	-
3.3		Impacto	-	-	-	-	-	6.3		Coordinación o planeación	+	+	+	+	+
3.4		Estado del ejercicio multidireccional	-	+	-	+	-	6.4		Compromiso o ajuste	+	+	+	+	+
3.5		Origen	-	-	-	-	-								

Fuente: Cualificación final del estudio según el investigador.

Capítulo 5.

5 DISCUSION:

Teniendo en cuenta que en la investigación cualitativa, el apartado de discusión se puede presentar junto con los resultados y de hecho en el capítulo anterior de presentación de resultados ya se han hecho comentarios e interpretaciones puntuales y detalladas sobre cada hallazgo, en atención a que la integración de los datos cualitativos muchas veces es, en sí misma, una actividad interpretativa.

Sin embargo, en este capítulo se precisara y afinara la discusión con miras a purificar la interpretación del cuerpo de estudio y definir algunos rasgos que le den mayor sentido a los conceptos manejados a través del siguiente ordenamiento: los propósitos de esta investigación generados a partir de la pregunta de investigación; la autenticidad de los resultados obtenidos; la validez interna del estudio; las limitaciones que tuvo la investigación; el comparativo con otras investigaciones; la significación de los resultados y finalmente la posibilidad de generalización o validez externa del estudio así como la inferencia de teoría respecto al tema.

5.1 Los propósitos de esta investigación generados a partir de la pregunta de investigación:

El propósito general del estudio es:

“Comprender, en el contexto colombiano, como se construye la dimensión de pertinencia a nivel de los programas de educación médica de pregrado, a fin de establecer y comprender sus elementos, componentes y dinámicas dentro de este sistema educativo, para erigir espacios de ajuste y mejora e inferir teoría.”

Que debe dar respuesta a la pregunta general de investigación, formulada así:

¿Cómo se construye la dimensión de *pertinencia*, como elemento fundamental de la calidad de la educación médica de pregrado, desde las perspectivas de quienes

ejercen su rectoría y gobernabilidad y de las comunidades académicas que materializan su enseñanza en el contexto colombiano?

Objetivo general surtido a través de obtener resultados que satisfagan los siguientes propósitos de nivel específico:

- Establecer y comprender la ruta de rectoría y de gobernabilidad en la construcción de la dimensión de pertinencia en la educación médica colombiana.
- Establecer y comprender las dinámicas curriculares e institucionales, así como las fuerzas y las tensiones que participan en la construcción de la dimensión de pertinencia en los programas de educación médica en Colombia.
- Establecer y comprender como dentro de las dinámicas curriculares e institucionales que construyen la dimensión de pertinencia, se apropian las necesidades poblacionales en salud a los planes de estudio de los programas médicos de pregrado.

Partiendo de lo particular o específico, hacia lo general:

En primer lugar los resultados obtenidos satisfacen el propósito específico que promueve la comprensión de la ruta de rectoría y gobernabilidad de la pertinencia. Desde una perspectiva crítica, la rectoría de la pertinencia tiene cronológicamente un origen político-económico y un origen académico. El origen político-económico tiene raíces de origen a la sombra del “pool” de organismos financieros supranacionales de la post-guerra, creados para agenciar el movimiento de grandes capitales y negocios globales que en primera instancia reconstruirían la Europa arrasada (Fondo Monetario Internacional (FMI), Banco Mundial (BM) y Banco Interamericano de Desarrollo (BID), así como el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos). Origen naturalizado y legalizado controlado a través de la UNESCO y direccionada por el BM en la Primera Conferencia Mundial de Educación Superior (ICMES) de París realizada en 1998. El origen médico-académico se rastrea 10 años atrás de la ICMES a través de la promulgación de la llamada “Declaración de Edimburgo” en la Conferencia Mundial de 1988 de la Federación Mundial para la Educación Médica (WFME).

La ruta médico-académica finalmente se diluye en el tiempo durante los últimos 27 años, mientras que la ruta político-económica prevalece hasta hoy, insertándose primero en los postulados del “Consenso de Washington” de 1989 y mimetizándose posteriormente dentro de la llamada política de “modernización educativa para América Latina”, para ser proclamada y aparecer flamantemente en la ICMES. Desde entonces permaneció en hibernación en los discursos educativos de los gobiernos de Virgilio Barco Vargas (1986 – 1990); Cesar Gaviria Trujillo (1990 – 1994); Ernesto Samper Pizano (1994 – 1998) y Andrés Pastrana Arango (1998 – 2002), e irrumpe en la línea y el sentido de las directrices transnacionales en los discursos educativos de los gobiernos sucesivos de Álvaro Uribe Vélez (2002 – 2010) y Juan Manuel Santos Calderón (2010 – 2018). Este último la encumbra dentro de los Planes de Desarrollo Nacionales y la convierte en su primer gobierno (2010 – 2014) en parte de sus distintivos de su campaña política asociada a la prosperidad del país (Educación con pertinencia para la prosperidad), la inserta dentro del Plan de Desarrollo Sectorial de la Educación hasta el año 2016; con apoyo desde el Ministerio de Salud y Protección Social, para el caso de la educación superior del área de la salud, desde la Dirección y el Consejo de Talento Humano en Salud. Su rectoría y gobernabilidad esta hoy, a semejanza de lo que expresaba el Dr. José Félix Patiño Restrepo, en estado de animación suspendida, pues ni el MSPS ni el MEN han transcrito o surtido traslado al plano funcional, la estructura intersectorial creada (educación-salud) y muy poco se le reconoce en los programas médicos del país, 58 a la fecha de inicio de este estudio.

Con respecto al segundo propósito específico, este estudio sometió a correlato empírico, seis grandes dinámicas o categorías teóricas de pertinencia a saber:

- Rectoría y gobernabilidad
- Eje de los procesos
- Eje de los discursos
- Dinámicas del discurso
- Fuerzas sobre el discurso
- Tensiones sobre el discurso

De estas categorías, la primera es independiente de las demás y tiene un relato lineal histórico. Las otras cinco configuraron dos modelos teóricos complementarios, que dan luces para la comprensión de esta situación compleja.

El primer modelo fue un plano cartesiano de dos ejes perpendiculares entre sí, en donde en el eje vertical están ubicadas las distinciones de clase o sub-categorías de la categoría de los procesos y en el eje horizontal se ubican las distinciones de clase o sub-categorías de los discursos en ambientes mesosistémico. El eje de los procesos se desplaza en sentido descendente-ascendente; desde los postulados de la educación hacia los postulados de la formación. Mientras que el eje horizontal se desplaza en sentido izquierda-derecha desde los postulados de la pedagogía hacia los postulados del currículo. Ambos movimientos son dinámicos e independientes.

El segundo modelo es un modelo de representación visual que discrimina y representa, en esta investigación, el estado de favorabilidad de los atributos para la pertinencia; favorables o positivos y desfavorables o negativos. Para su visualización puede funcionar como un mosaico bidimensional con dos grandes columnas: la de la izquierda, en la que se ubicaron las distinciones de clase que conforman los discursos curriculares y en la columna de la derecha que ubicaron las distinciones de clase que configuran los discursos institucionales. Cada unidad de análisis (caso), tiene una celda en cada columna, en la que se inscribe la favorabilidad o desfavorabilidad de cada uno de los atributos (valencia positiva si es favorable para la pertinencia o valencia negativa si es desfavorable para la pertinencia) según la evaluación del investigador (a través de observaciones de segundo orden); las valencias se distinguieron con signos y colores. Una vez diligenciada cada valencia, se obtendrá un mosaico que permite al observador definir las proporciones y tendencias de favorabilidad en un momento dado e igualmente su evolución histórica.

En el ambiente microsistémico: las dinámicas, fuerzas y tensiones que favorecen la pertinencia a nivel curricular son ampliamente derrotadas por la desfavorabilidad; muy especialmente las tensiones sobre el discurso curricular. Al traducir este grupo de subcategorías, en palabras de Lewin, se demuestra que la necesidad de los estudiantes, y aun de los profesores, de apropiarse o adherirse al discurso comunitario o poblacional es subsumida por la hegemonía individualizada biomédica, es decir hay una muy baja tensión y no existe una masa crítica que jalone los procesos para la pertinencia en las comunidades

académicas. Curiosamente, la masa crítica favorable es proporcional a la dimensión de los contenidos curriculares en salud pública y al igual que estos contenidos, se hallan también dispersos y aislados. No se logra una coherencia de cuerpo dentro de la malla curricular y en consecuencia no se puede traducir el mensaje y la voz comunitaria y poblacional-

En cuanto al tercer propósito específico, para comprender la apropiación e incorporación de las necesidades poblacionales en salud a los planes de estudio y currículo por parte de los programas de educación médica, una de las formas es designar categorías, sub-categorías y atributos, índices o indicadores centinelas. En este estudio en específico, se implementaron dos sub-categorías centinela en la categoría eje de los discursos (unidades especializadas para la pertinencia y pedagogización del contexto), así como un atributo, índice o indicador (unidades especializadas) en la sub-categoría fuerzas institucionales, de la categoría fuerzas sobre el discurso. Basta entonces sopesar sus valencias o su análisis situacional y determinar si es favorable o no la apropiación de las necesidades en salud por parte de los programas.

Ahora bien, juntando las partes de todo, el gran propósito u objetivo general queda así, también resuelto.

5.2 La autenticidad de los resultados obtenidos:

Las múltiples posturas relativas a la elaboración de conocimiento científico se articulan alrededor de dos temas fundamentales a las que Eisner (1998) denomina (basándose en la distinción realizada por Newell - 1986) “objetividad ontológica” y “objetividad de procedimiento”. La primera hace referencia a la voluntad de establecer una versión verdadera, podríamos decir, objetiva, de la realidad:

(...) en el mejor de todos los mundos, buscamos la verificabilidad tanto en la percepción como en el entendimiento. Lo que deseamos ver y saber no es un mundo subjetivo, hecho de creencias a través de la fantasía, la ideología o el deseo, sino lo que está realmente ahí fuera.

Por otro lado, los distintos autores proponen una forma particular de objetividad de procedimiento, es decir:

(...) el desarrollo y utilización de un método que elimina, o aspira a eliminar, la incumbencia del juicio personal en la descripción y valoración de un estado de hechos.

Eisner (1998), propone una alternativa a la dicotomía objetividad/subjetividad y sostiene que la experiencia humana es una “transacción”, resultado de la interacción entre dos entidades postuladas, lo objetivo y lo subjetivo:

(...) ninguna objetividad prístina ni ninguna subjetividad pura son posibles. (...) toda experiencia que se derive del texto es transactiva.

En relación a la generación de conocimiento científico, cabe destacar la importancia que algunos autores otorgan a la aportación de la investigación cualitativa al desarrollo teórico. De hecho, ésta debe afrontar el reto y la responsabilidad de contribuir a la ampliación y desarrollo del corpus de conocimiento existente. Por ejemplo, en trabajos como los de Bartolomé & Anguera (1990), en el marco de la investigación cooperativa, y Bartolomé et al. (1998), desde un enfoque etnográfico, se muestra que es posible extraer conocimiento a nivel de interpretación y meta-análisis. Desde esta perspectiva, Morse (1997) después de realizar una comparación de las características de la teoría derivada de estudios cuantitativos, cualitativos y prácticos sugiere que, más allá de los tradicionales criterios metodológicos de credibilidad en la investigación cualitativa, se debe extender y ampliar el análisis juzgando el nivel de teoría que se deriva de los resultados de los trabajos cualitativos.

Siguiendo este enfoque, y sin despreciar los trabajos de investigación que se desarrollan en contextos específicos, debemos atender a las tendencias internacionales de investigación (por ejemplo, “Fifth Framework Programme”, 1998-2002») que apuestan por la realización de estudios comparativos en diversos países, el establecimiento de indicadores comunes y el meta-análisis teórico. Asimismo, el énfasis que los diversos autores atribuyen a la validez como acción, utilidad o “empowerment” nos recuerda la estrecha relación entre investigación e intervención, entre pensamiento y decisión (Tejedor - 1995).

En ese sentido, es tan importante la transformación como criterio de validez en los procesos de investigación-acción así como la “cristalización del cambio” como indicador del nivel de incidencia e impacto del proceso. En conclusión, la panorámica de la autenticidad contiene debates de alta consistencia acerca de los criterios de valoración de los estudios cualitativos en el ámbito de las ciencias sociales que pone de manifiesto la complejidad del campo y que invita a reflexionar acerca de nuevas responsabilidades personales y profesionales, políticas, éticas y sociales al relacionarlas con la investigación educativa, como es el caso de la pertinencia en la educación médica de pregrado.

5.3 La validez interna del estudio:

En sentido amplio y general, diremos que una investigación tendrá un alto nivel de validez en la medida en que sus resultados reflejen una imagen lo más completa posible, clara y representativa de la realidad o situación estudiada.

Pero no tenemos un solo tipo de conocimiento. Las ciencias naturales producen un conocimiento que es eficaz para tratar con el mundo físico; ellas han tenido éxito con la producción de un conocimiento instrumental que ha sido explotado política y lucrativamente en aplicaciones tecnológicas. Pero el conocimiento instrumental es sólo una de las tres formas cognitivas que contribuyen a la vida humana. Las ciencias histórico-hermenéuticas (ciencias interpretativas) producen el conocimiento interactivo que subyace en la vida de cada ser humano y de la comunidad de que forma parte; igualmente, la ciencia social crítica produce el conocimiento reflexivo y crítico que el ser humano necesita para su desarrollo, emancipación y autorrealización. Como se señaló anteriormente, una investigación tiene un alto nivel de validez si al observar o apreciar una realidad, se observa o aprecia esa realidad en sentido pleno, y no sólo un aspecto o parte de la misma.

La validez es la mayor fuerza de las investigaciones cualitativas interpretativas. La aseveración como investigador cualitativo de que el presente estudio posee un alto nivel de validez deriva del modo de recoger la información y de las técnicas de análisis que se usan. Esos procedimientos inducen a convivir entre los sujetos participantes en el estudio, a recoger los datos durante largos períodos de tiempo, revisarlos, compararlos y analizarlos de manera continua, a adecuar las entrevistas a las categorías teóricas con un correlato

empírico de los participantes y no a conceptos abstractos o extraños traídos de otro medio, a utilizar la observación participativa, en este caso de primer y segundo orden, en los medios y contextos reales donde se dan los hechos y, finalmente, a incorporar en el proceso de análisis una continua actividad de realimentación y reevaluación.

Todo lo anterior, garantiza un nivel de validez que pocas metodologías pueden ofrecer. Sin embargo, también la validez es insuficiente, y será tanto mayor en la medida en que se tengan en cuenta algunos problemas y dificultades que se pueden presentar en la investigación cualitativa. Entre otros, para una buena validez interna, se prestó especial atención a los siguientes hechos: se cotejó y recogió la información en momentos diferentes (al menos entre 2 y 3 oportunidades); se procuró mantener el mismo estatus como investigador en cada uno de los cotejos y recolección de información; y finalmente, a sabiendas de que los informantes pueden mentir, omitir datos relevantes o tener una visión distorsionada de las cosas. Siempre se contrastó su información con la de otros semejantes y pares, recogiéndola también en tiempos diferentes. Se cuidó de que la muestra de informantes represente en la mejor forma posible los grupos en sus orientaciones y/o posiciones de la población estudiada, como estrategia para corregir distorsiones perceptivas y prejuicios, aunque siempre seguirá siendo cierto que la verdad no es producida por el ejercicio azaroso y democrático en la recolección de la información general, sino por la información de las personas más capacitadas y fidedignas.

5.4 Las limitaciones que se tuvieron en la investigación:

Una de las limitaciones de esta investigación cualitativa es que, puede parecer menos válida en su enfoque, métodos o conclusiones, porque depende en gran medida de la interpretación del investigador (por ejemplo, en el análisis de los datos de las entrevistas y la información de los casos de estudio). Aunque simultáneamente este hecho permite que la investigación revele la complejidad de la pertinencia de la educación médica en particular o el conocimiento del investigador, también puede permitir que las opiniones subjetivas del investigador se presenten en la conclusión. En tales casos, el estudio se vuelve más reflexivo de las opiniones del investigador que de los datos reales, que presentan problemas de validez; ese es un riesgo con un límite muy fino, que hay que exponer.

Otra gran limitación importante de esta investigación cualitativa involucra la capacidad de generalizar los resultados a otros casos o programas de educación médica. Dado que la investigación cualitativa es a menudo curiosa y a menudo adaptada a las necesidades de un grupo (como cuando un investigador adapta una pregunta de la entrevista con los conocimientos previos del participante, o el estudio de caso de análisis específicos para el caso en estudio), es difícil extrapolar los resultados a poblaciones más amplias o para extraer conclusiones generales o de largo alcance de un estudio cualitativo. Por ejemplo, se podría dar en este estudio que se considere un caso en particular para la necesidad de una mayor formación en semiología, para sus estudiantes. Aunque los resultados pueden ser válidos para ese caso en particular, es imposible, desde este estudio, llegar a una conclusión más amplia y afirmar que todos los casos, en todas partes, necesitan más formación en semiología para sus estudiantes. El estudio, porque es muy específico para ese caso, sólo indica algo acerca de los estudiantes de ese caso o programa médico en particular.

De la misma manera, esta investigación cualitativa tiene limitaciones con respecto a las implicaciones más amplias. Dado que es específica y no es generalizable, es difícil o imposible hacer recomendaciones generales, radicales (como recomendaciones del cambio de política) sobre la base de los resultados de la investigación. Para utilizar el ejemplo dado en el párrafo anterior, no se puede utilizar un estudio de un caso solo para formular una recomendación de política general para proporcionar a todos los estudiantes la formación semiológica. Dado que la investigación cualitativa proporciona respuestas detalladas sobre un caso muy específicamente definido o un grupo, no proporciona la seguridad de que los resultados se puedan transferir a través de casos o grupos.

Al igual que los desafíos en torno a las implicaciones más amplias y resultados generalizables, esta investigación presenta un conjunto adicional de temas relacionados con la fiabilidad o la capacidad de reproducir el estudio con resultados consistentes. Dado que la investigación depende en gran medida del conocimiento del investigador y la interpretación, es cuestionable por otro investigador, replicando que un estudio cualitativo, lograría el mismo resultado y se podría tomar decisiones diferentes sobre la interpretación, podría realizar preguntas de la entrevista de una manera diferente, o podría incluso cambiar el diseño a mitad de camino del estudio, basado en la percepción de las necesidades de los participantes. Esta variación puede cambiar radicalmente los resultados de un estudio

y puede hacer que los resultados del estudio sean inconsistentes aunque dos estudios tengan el mismo enfoque.

5.5 La posibilidad de generalización o validez externa:

En cuanto a la validez externa, es necesario puntualizar que ordinariamente las estructuras de significado descubiertas en un grupo o caso no son comparables con las de otro, porque son específicas y propias de ese grupo, es lo esperado en este tema específico de la pertinencia educativa, por cuanto los entornos y contextos no son iguales y comunes.

Se puede afirmar que las realidades, especialmente las humanas, constituyen un todo polisistémico que se devela cuando es reducido a sus elementos, aunque sea con la intención de medirlos; es más, precisamente en esos momentos, porque se pone en práctica un reduccionismo desnaturalizador. Y se revela, precisamente, porque, así, reducido, pierde las cualidades emergentes del “todo” y la acción de éstas sobre cada una de las partes. Este “todo polisistémico”, que constituye la naturaleza global, nos obliga, incluso, a dar un paso más en esta dirección. Nos obliga a adoptar una metodología interdisciplinaria para poder captar la riqueza de la interacción entre los diferentes subsistemas que estudian las disciplinas particulares.

Por estas razones, la validez externa, que pretendía estar dentro del círculo de intereses inmediatos de esta investigación cualitativa; sería muy arrogante el abordarla con los elementos de juicio y análisis extraídos del cuerpo de estudio presente. El máximo avance posible sería el mejoramiento y aplicación a una situación particular, en un caso, una unidad de análisis, un grupo, una comunidad académica y en concreto a un programa médico, y no la generalización a otras comunidades académicas de los programas médicos de pregrado. De la misma manera que el médico está interesado en curar a su paciente, si ese estudio, ese tratamiento y ese plan de acción o patrón teórico pueden, después transferirse y aplicarse en otros pacientes o a otros campos similares, tanto mejor; entonces se irá haciendo una ciencia más universal; pero ése no fue el fin primario de esta investigación cualitativa, sino una intención lamentablemente no lograda.

5.6 La posibilidad de una inferencia teórica:

Ante el ejercicio realizado: normativo, descriptivo, referencial y categórico. No podemos dar la espalda totalmente a la posibilidad de asociar, suponer y proponer constructos que bosquejen un modelo preliminar para la pertinencia en la educación médica colombiana. Así, con antelación no nos sea posible el generalizar y extrapolar de un programa médico a otro. En razón a que esta investigación no propuso el establecer una ley para la pertinencia.

El bosquejo de modelación parte de una línea de base para la pertinencia educativa medica sobrevalorada por la institucionalidad, es decir la rectoría y gobernabilidad; no porque lo quiera así el estamento, sino porque su intensión no ha sido la de medir esta dimension de la calidad educativa sino la calidad total. La categorización emergente de la teoría disponible ofreció la oportunidad de emitir juicios y valores sobre los elementos de la pertinencia médica y “ver” o palpar como estos se conjugan y comportan dentro de las dinámicas institucionales, curriculares y aun individuales.

Indudablemente el cualificar los discursos y los procesos para la pertinencia médica, ofrece una posibilidad de adelantar y profundizar aún más en un modelo cualitativo como el propuesto, es decir en ambientes sistémicos ecológicos que dimensionan y visualizan, si se quiere en tiempo real, la calidad de la pertinencia médica y sus evoluciones o retrocesos temporalizados. Incluso, sería posible cuantificar todas estas dimensiones con base en ecuaciones factoriales y ponderaciones contextuales, tal como lo hace el modelo de acreditación CNA-SACES, pero con una mayor y más amplia resolución instrumental. Sin embargo este ejercicio exploratorio, en virtud del tiempo estipulado, se agota en este momento y queda en el aire de las propuestas temáticas para aproximaciones futuras.

Capítulo 6:

6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

A manera de conclusiones, según los resultados de este estudio de casos fundado en un proceso de interpretación sobre los documentos estudiados y las entrevistas realizadas, se debe insistir en que no se busca establecer explicaciones y generalizaciones para concluir en una caracterización de los procesos educativos, formativos, pedagógicos y curriculares de los cinco programas médicos de pregrado que fueron estudiados, sino que se trata de visibilizar las tramas y los nudos críticos que propicien procesos reflexivos profundos para la comprensión de cómo los programas médicos de pregrado han construido y construyen la dimensión de pertinencia.

La primera gran conclusión surge desde la mirada descriptiva de la decisión muestral empleada. Es indudable que tanto los modelos originados en el Consejo Nacional de Acreditación (CNA), como el modelo modificado por Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), con origen en el CNA, al aplicarlos a las unidades de análisis como matriz de evaluación de la pertinencia, producen una calificación muy superior a la que se obtiene, al asignar a las unidades de análisis el modelo originado en el enfoque teórico de los conceptos de educación, formación, pedagogía y currículo y el modelo de representación visual presentado. Desde la perspectiva estadística, existirían unas diferencias de casi la mitad, la pertinencia, entonces:

¿Se está sobrevalorando por una parte y subvalorando por otra?

Recordemos las citas que se dejaron pendientes:

(...) al permitir la reducción a una única lectura vertical y numérica de los datos contenidos en una matriz de “pertinencia” con base en los lineamientos de acreditación CNA; se podría concluir que cada unidad de análisis establezca que es desde “muy aceptable” hasta “altamente aceptable”, la forma y el modo en que cumple con la construcción de la dimensión de “pertinencia”. En este estudio de casos, referida a la educación médica.

Las afirmaciones son inexactas. Enfatizamos que en el modelo del CNA, su objetivo no es la percepción de la pertinencia, sino la apreciación interna o autoevaluación de la calidad educativa de cada programa de educación superior como un todo; por lo tanto, es menos sensible y específico para la pertinencia, que es tan solo una de las 10 dimensiones de la calidad medida, en consecuencia, es un instrumento muy “grueso,” y por ello, más errático en la calificación final de pertinencia. Mientras que el exploratorio propuesto tiene mayor resolución, especificidad, sensibilidad, amplitud y detalle sobre la pertinencia, que definitivamente se ajusta de mejor modo a sus expresiones y sus dinámicas.

Consecuentemente con esta demostración, se podría concluir, desde el punto de vista de la pertinencia, que se necesitaría ampliar el modelo de autoevaluación del CNA o, en su defecto, construir uno que dé mayor oportunidad de visibilizar cada una de las dimensiones o criterio de calidad dentro de los procesos de autoevaluación.²⁹ Según Malagón (2008), los procesos de acreditación aún son insuficientes para hacer lecturas específicas de dinámicas y problemáticas que involucren relaciones de intercambio entre el medio interno y el medio externo de los programas de educación superior. En este estudio de casos de programas médicos de pregrado, esa afirmación se demuestra y convalida.

A lo largo del trabajo de campo, que significó visitas de observación en el propio territorio de cada programa médico, estuvo siempre presente en contraste, el sentido y el significado que le da Jiménez (2011) al origen y fin de los procesos y dimensiones de la calidad puestos en la educación superior, desde su análisis de los discursos mundiales de la modernización educativa para la evaluación de la calidad y las reformas de las universidades latinoamericanas; ella plantea un submundo del primer mundo, invisible, imperceptible, perverso, siniestro y fatídico, inspirado y sustentado por los postulados de la economía neoclásica, que persigue la consolidación de la educación superior como un gran negocio global. Describiendo, además, los mecanismos y las operaciones que, poco a poco, le han dado la posibilidad de vigorizarse y asegurar el esquema que hoy tiene inserto en las estructuras nacionales de los países del Tercer Mundo.

²⁹ Los criterios que dimensionan la calidad de la educación superior, según el CNA, son universalidad, integridad, equidad, idoneidad, responsabilidad, coherencia, transparencia, pertinencia, eficacia y eficiencia.

Aunque el sentido de este estudio no ha sido comprobar el grado de realidad de ese tipo de amenazas, es muy posible que así sea y esté sucediendo; lo inteligente no es desestimar esa advertencia tan bien alojada y oculta en nuestro sistema político, económico y educativo. Jiménez (2011) hace el diagnóstico y proporciona el antídoto: la restitución de la fuerza y el poder a la opinión pública según el empoderamiento de las comunidades, en este caso los usuarios de los servicios de los sistemas de educación y de salud. Empoderamiento que es factible iniciar desde los mismos programas médicos a través de la implementación de currículos que ofrezcan la oportunidad de formación en aspectos políticos y sociales. Llamo en esta ocasión a escuchar y actuar en el sentido que Orlando Malagón (2000) y Saúl Franco (2012) respectivamente, nos advertían desde la Universidad Nacional de Colombia:

(...) han relegado y olvidado que la educación superior en salud, está 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.

(...) La degradación de la política y la hegemonía bioclínica han devaluado y ocultado la esencia política de la salud. Recuperarla es otra de las tareas en la construcción del nuevo modelo sanitario.

Para el caso que nos ocupa, la formación política y social de los futuros médicos debe ser un objetivo primordial en adelante; la subversión de los ordenamientos económicos y políticos se inicia por modificar y ampliar el campo del pensamiento en nuestros jóvenes médicos; se debe incentivar la discusión sobre los sistemas que gestionan tanto su proceso educativo como su futuro proceso laboral. Una primera lección nos la dieron ya los jóvenes estudiantes que derrocaron las dictaduras Uribista y Santista, en sus intentos por continuar moldeando la estructura de la educación superior al antojo de las tecnocracias mundiales.

En la misma línea, se encuentra tomar una decisión definitiva sobre la estructura de las responsabilidades en los servicios y la atención en salud para las poblaciones:

¿Se continúa con el modelo de responsabilidades compartidas entre diferentes profesionales de la salud o se avanza en un modelo que deposite esas responsabilidades en un solo profesional doliente?

Sin duda, el médico general, como se documentó, tiene una amplia participación en la gobernabilidad y la acción del sistema de salud con enfoque poblacional, lo que se necesita es que el modelo se active y comience a actuar en busca de sus propósitos. La Ley 1438 de 2011 proporciono la oportunidad para un primer avance sobre el tema. Después de más de treinta años de enunciarse los principios de la Atención Primaria en Salud, la legislación colombiana la vincula, por fin, al sistema. Sin embargo, están aún por definirse los aspectos reglamentarios y procedimentales que operacionalicen esta vinculación tardía y que determinen un direccionamiento de este tipo de atención; que parecería ser el nicho natural del futuro médico general que se está formando en estos momentos.

La incertidumbre es grande, ¿hacia dónde se direccionara la formación para una Atención Primaria en Salud dentro del sistema de aseguramiento que opera en el país?

El profesor Saúl Franco, disertaba alrededor de la Atención Primaria Integral en Salud (APIS) durante el VI Congreso Internacional de Salud Pública (2009) realizado en Medellín, sobre cuatro versiones que aprecian el modelo de APS de manera diferenciada una de otra en Latinoamérica y el Caribe: 1, como acciones básicas focalizadas en poblaciones pobres; 2, como primer nivel de atención de los sistemas de salud; 3, como estrategia para orientar los sistemas de salud hacia la inclusión de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud y 4, como filosofía social transectorial (APIS). Modelos a los cuales podríamos agregar un quinto modelo APS delineado en la reforma al SGSSS planteado en la ley 1438 de 2011; que adopta la APS como estrategia (3) de coordinación intersectorial (4) y la ubica en el primer y segundo nivel de atención del sistema de salud; es decir una mezcla de tres de los cuatro modelos diferenciales. Que aun adolece de reglamentaciones específicas no obstante los plazos estipulados se hayan vencidos desde el año 2013, en su mayoría.

Nuevamente, el Dr. Saúl Franco, llama e insiste en el mantenimiento de cuatro premisas necesarias para un futuro trabajo en APIS: superar el asistencialismo original; avanzar de las acciones familiares, comunitarias y sectoriales a la acción social, política e intersectorial; no seguir reduciéndola a puerta de entrada de los sistemas de salud; y finalmente no pretender hegemonizarse y asilarse. Acción orgánica y complementaria.

A mi modo de ver, así como tenemos una oportunidad para la Atención Primaria en Salud, así mismo debe darse la oportunidad al médico general de empoderarse en ella; quizás su actual nicho natural de acuerdo con la complejización en la atención de salud que tiene el sistema y los niveles de autonomía para los que se forma. Todo dependerá de su educación y formación en este sentido y de cómo esa formación se concertó detalladamente entre el sistema educativo y el sistema de salud. Mientras se siga dando pasos en otros sentidos, estaremos contribuyendo a las restricciones y el constreñimiento del campo de acción del médico general, que ya empiezan a sentir los estudiantes, y además de eso dando oportunidad a que otros profesionales de la salud se empoderen de esas funciones, de hecho eso ya está sucediendo en estos momentos.

Surge otra pregunta muy importante:

¿La pertinencia podrá llevarnos a estructurar currículos al servicio del mercado de permitirse que sea sitiada la academia por su entorno mercantilista?

La pertinencia no exige adherencia o adecuación al entorno, ella descifra el entorno y construye los dispositivos que incidan sobre las necesidades que la población necesita resolver. Por esto, las dinámicas de pertinencia necesariamente deben pasar por la participación comunitaria en las decisiones de salud poblacional; de otra manera, estaría igualmente constreñiendo el sentido que la inspira. Aquí se debe trascender lo meramente instrumental, como hasta hoy ha sido la acción rectora gubernamental y pasar a ser un espacio de construcción de saberes, de valores sociales, del ejercicio cultural, del ejercicio de ciudadanía y del ejercicio político ante todo.

Con la práctica instrumental pasiva desatada por la acreditación en alta calidad de los programas médicos, navegan también las transformaciones y los cambios curriculares que buscan la pertinencia con esos nuevos trajes y atuendos. Es preciso no permitirse aspectos

coyunturales e incluso aleatorios y circunstanciales que solo se admiten para tomarse una foto de archivo, como ha sido la participación de los estudiantes en los gobiernos de los programas, la participación comunitaria en la gobernabilidad de sus procesos de salud, y la participación comunitaria en la educación médica. El acercamiento a los egresados de los programas médicos, las relaciones con los futuros empleadores y los procesos de pedagogización del contexto dentro del currículo, son también tareas específicas pendientes.

Los aspectos y dinámicas de la pertinencia de los programas médicos se perciben, en las unidades de análisis observadas, como muy dispersas, bisoñas, poco rigurosas y vagamente sistemáticas. Por mera política de programa, estos vínculos deben seguirse estrechando, profundizando y fortaleciendo hasta incorporarlos al acervo pedagógico y al núcleo mismo de la comunidad académica del programa.

Otra reflexión pendiente es la del rumbo y el destino del médico general o del médico de pregrado. Se necesita examinar si el médico que se está formando tiene en realidad asegurado un nicho laboral en el sistema de salud o tarde que temprano debe optar por niveles de especialización. A mi entender, los ámbitos laborales para el médico general aún siguen abiertos, pero no están solo centrados en consultorios y salas hospitalarias, están también en los extramuros de los centros urbanos y en los campos productivos, en los barrios y en los sectores marginales, dentro de las fábricas y en los centros de producción. Están también en el desarrollo de programas de vigilancia activa, en los colegios y escuelas del país y, en general, dentro de todos los conglomerados humanos.

Se necesita de un cambio de aptitud y de actitud para generar otros modos de trabajo y otras lógicas de manejo. Los hospitales no pueden seguir albergando las áreas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, es un contrasentido que niños sanos se tengan que mezclar con niños y adultos enfermos. Es una señal en contravía que para preservar la salud de unos se tengan que exponer a la enfermedad de los otros. Hay que buscar otros raciocinios alternos y críticos, por ejemplo el mantenimiento de un banco de usuarios sanos seguramente es mucho más factible, razonable y económico de llevar y mantener que el intervenir pacientes ya enfermos a quienes hay que curar, rehabilitar y supervisar.

Finalmente debo señalar que, aunque no son muy visibles, las dinámicas, interfaz y dispositivos que activan o inactivan la pertinencia, si están presentes en los programas médicos. La flexibilización, los colectivos académicos, los comités de gestión curricular, la investigación, las prácticas académicas, las unidades orgánicas y organizacionales especializadas, las lecturas de contexto, los análisis situacionales, etc., son ejemplo de mecanismos y poros de comunicación con el entorno. La idea con este estudio es contribuir a su identificación y al discernimiento de cómo dar buen uso de esos mecanismos disponibles hoy, seguramente aún ocultos al interior de los programas médicos.

Para visibilizar las tramas y los nudos críticos que propicien procesos reflexivos para la comprensión de cómo los programas médicos de pregrado construyen la dimensión de pertinencia, es necesario que cada uno de ellos se dé la oportunidad de indagar, discernir, interpretar, proponer, programar, evaluar, deconstruir, construir y reconstruir en su contexto, aspectos que este estudio categoriza como fundamentales y que involucren la construcción consciente y específica, así como el fortalecimiento del discurso de la pertinencia y la construcción consciente y específica de los procesos académicos para la pertinencia.

Para transitar hacia discursos favorables a la pertinencia se debe involucrar: la deconstrucción parcial del currículo para que este sea dispuesto en mayor proporción hacia las comunidades, los colectivos y las poblaciones; el afianzamiento de dispositivos de gestión curricular incluyentes en los que además de estudiantes, profesores y administrativos, participe la comunidad a través, por ejemplo, de empleadores y líderes comunitarios; la articulación e integración en las prácticas académicas de los aspectos básicos, clínicos y poblacionales de la salud y la enfermedad; la implementación de unidades especializadas u organizacionales que faciliten, promuevan, monitoreen y evalúen la dialéctica, didáctica y pedagogía de la pertinencia; la vinculación de los discursos de la pertinencia a las funciones esenciales de los programas médicos de proyección o extensión social e investigación, y, finalmente, la transcripción e incorporación de los contextos a las prácticas pedagógicas de los diversos procesos de enseñanza y aprendizaje de la medicina.

Así mismo, en los procesos académicos para la pertinencia se deben implicar el ofertar una respuesta adecuada a las necesidades poblacionales en salud de su contexto; la participación de los programas en el diseño, análisis y evaluación de las políticas públicas

para la salud y la educación, en contextos locales y regionales; la asociación con los mejores y más adecuados lugares para el aprendizaje de la praxis médica y la implementación de procesos continuos de educación médica que apoyen la respuesta a los procesos de evolución y cambio en todos los escenarios.

Por último, se dejan en este aparte algunas recomendaciones para la reflexión y el análisis de los lectores, consensuadas como pregunta final de las entrevistas con los sujetos observantes y los expertos.

1. Es preciso fortalecer las competencias del “ser” en los estudiantes que cada día afrontan sus estudios mucho más jóvenes e inmaduros.
2. Es preciso hacer permanente y participativo el proceso genérico de resignificación curricular.
3. Es preciso revisar los programas, planes y protocolos de admisiones a los programas médicos. El constreñimiento de la centralización institucional no puede ser motivo y excusa para no revisar las premisas y principios de admisión. No podemos seguir dándonos el lujo de no ser meticulosamente selectivos para escoger las mejores personas y disposiciones para que sean médicos sin caer en exclusiones de otros tipos y conservando la transparencia de los procesos.
4. Es preciso ampliar al máximo la estancia estudiantil en los programas médicos; cada renuncia no solo es dinero perdido, sino oportunidades de salud perdidas en el futuro.
5. Es preciso mejorar los niveles de información y comunicación en todas las direcciones.
6. Es preciso invertir más y mejores recursos destinados a la investigación hacia el exterior del programa.
7. Es preciso tener un programa de capacitación docente de los profesores y catedráticos de los programas.

8. Es preciso ajustar los procesos de “evaluación” en todos los ámbitos.
9. Es preciso difundir los logros de la investigación y la formación de los docentes y no solamente esperar su publicación en revistas indexadas.
10. Es preciso aplicar funcional y atentamente los postulados de la interdisciplinariedad, la multidisciplinariedad y la transdisciplinariedad.
11. Es preciso avanzar en los procesos virtuales de educación y telemedicina.
12. Es preciso afianzar y afinar los procesos académicos para la pertinencia, hasta lograr una total adherencia de sus deudos.
13. Es preciso exigir de los sistemas de educación y de salud la activación de las estructuras orgánicas mixtas y establecidas, que vigilen los procesos de educación y formación del talento humano para la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

Abdulrahman, K. (2008). The current status of medical education in the Gulf Cooperation Council Countries. *Journal: Annals of Saudi Medicine Year*; 28(2): 83-88.

ACMTEC. (1993). Advisory Committee on Medical Training of European Community. Report and Recommendations on Undergraduate Medical Education. Brussels: Committee of the European Communities,

Acurio, D. (2011). "La salud, bien público concebido en lo *glocal*". En: Granda, E. (Compilador). *La salud y la vida*, vol. 3:129-138, (134), Quito: ALAMES, OPS, Universidad de Cuenca.

Agudelo, C. A. De la Hoz. F. & Mojica, M.J. et al. (2009). Prioridades de investigación en salud en Colombia: perspectiva de los investigadores. *Rev. Salud pública*. 11(2):301-309.

Alianza por la Salud Pública & Grupo Dinamizador (2009): Universidades, Asociaciones Académicas, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y Organización Panamericana de la Salud. Primer Congreso Nacional por la Salud. Propuesta general de lineamientos para la inclusión de la salud pública en los planes de estudio de las ciencias de la salud. Comunicación Personal.

Almonacid, P. (2009). Un análisis factorial para evaluar la pertinencia de un programa académico desde la perspectiva de los graduados: un estudio de caso. *Ecos de economía*, No. 29, Medellín, p 97-126-

Apple M. (1998). "Educando de la manera 'correcta'. Las escuelas y la alianza conservadora", en: Armando Alcántara Santuario, Ricardo Pozas Horcasitas y Carlos Alberto Torres (coords.), *Educación, democracia y desarrollo en el fin de siglo*. México: siglo XXI.

Arguello, O. A. & Sandoval, G.C. (2006). El sistema de educación médica en Colombia: cien años de atraso. *Rev. Ciencias de la salud*; 4:73-81.

Arredondo, V.M. (1995). "El dilema entre la calidad y el crecimiento de la educación superior", En: Juan Esquivel Larrondo, coordinador, *La Universidad hoy y mañana. Perspectivas latinoamericanas*, México, Asociación de Universidades e Instituciones de Educación Superior/ Universidad Nacional Autónoma de México; p. 151-168.

ASSALUD. ASCOFAME. AUPHA. CES. (1996). *Acreditación de instituciones para la educación y el entrenamiento en salud, unión temporal ASSALUD, ASCOFAME, AUPHA, CES.*

Azizi, F. (1997). The reform of medical education in Iran. *Med. Educ.* 31:159-162.

Bacharach, S.B. (1989). Organizational theories: some criteria for evaluation. *Academy of Management Review*; 14(4):496-515.

Bartolomé, M. & Anguera, M. T. (1990). *La investigación cooperativa: vía válida para la innovación en la universidad*. Barcelona: PPU. B

- Bartolomé, M. (coord.) et al. (1998). Diagnóstico a la escuela multicultural. Barcelona: Cedecs. B
- Battat, R. Seidman, G. Chadi, N. Chanda, M. Nehme, J. Hulme, J. Li, A. Faridi, N. & Brewer, T. (2010). Global health competencies and approaches in medical education: a literature review. Journal: BMC Medical Education. Vol: 10 Issue: 1 Pages/record No. 94
- Bertalanffy, L. V. (1950). Teoría general de sistemas. México: FCE; p. 32-33.
- BMA. (1996). Core values of the medical profession in the 21st century: Conference at the British Medical Association, 1994. Educ for Health; 9:9-11.
- Boelen C, & Heck JE. (1995). Defining and measuring the social accountability of medical schools. Geneva: World Health Organization.
- Botan, A. (1994). Estado, capitalismo y democracia en América Latina. Paz e Tena, Sao Paulo.
- Bourdieu, P. (1995). Las finalidades de la sociología reflexiva, respuestas. Por una antropología reflexiva. México: Grijalbo; p. 42.
- Bourdieu, P. (1999). Contrafuegos. Reflexiones para servir a la resistencia contra la invasión neoliberal. Barcelona: Anagrama.
- Bradshaw, J. (1981). Una tipología de la necessitat social. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Brailovsky, C. & Centeno, A. (2012). Algunas Tendencias Actuales en Educación Médica. Revista de Docencia Universitaria. REDU. Vol.10. Número especial dedicado a la Docencia en Ciencias de la Salud. Pp. 23-33 Recuperado el 05 de febrero de 2013 en: <http://redaberta.usc.es/redu>
- Breilh, J. (2008). "Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud". Conferencia presentada en el Taller latinoamericano sobre determinantes sociales de la salud, México: Asociación Latinoamericana de medicina social.
- Brito, P. & Granda, E. (2000). Observatorio de los recursos humanos en salud. OPS/OMS.
- Bronfenbrenner, U. (1979). The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1983). Ecological models of human development. In: International Encycloped of Education, 2.ed. New York: Oxford, Elsevier, 37- 43.
- Bronfenbrenner, U. (1987). La ecología del desarrollo humano: experimentos en entornos naturales y diseñados. Barcelona: Paidós.
- Bronfenbrenner, U. (2011). Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando seres humanos mais humanos. Porto Alegre: Artmed.

Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge: Massachusetts, Harvard University Press; p. 95.

Cabrera, G. (2004). Teorías y modelos en la salud pública del siglo XX. *Colombia Médica*. 35(3):164-168.

Calhoun, J.G. Ramiah, K. Weist, E. M. & Shortell, S.M. (2008). Development of a core competency model for the master of public health degree. *Am J Public Health*, 98(9):1598 - 1607.

Calsamiglia, H. & Tusón, A. (2007). *Las cosas del decir. Manual de análisis del discurso*. 2ª. Edición, Editorial Ariel SA. Barcelona.

Campos, F.E. Ferreira, J.R. Feuerweker, L. Sena, R. P. Batista-Campos, J.J. Cordeiro, H. & Cordoni, Jr. L. (2001). Caminhos para Aproximar a formação de Profissionais de Saúde das Necessidades de Atenção Básica. *Revista Brasileira de Educação Médica*; 25: 53–59.

Campos, J. J. Elías, P.E. Cordoni, Jr. L. (2009). Teaching public health in undergraduate medical courses: a case study in three universities in Paraná. *Sao Paulo Med J. nov*; 127(6):335-41.

Cardaci, D. (2011). Entre fuegos cruzados...; el nivel pregrado, las políticas hacia la educación superior y la formación en promoción de la salud. En: *Global Health Promotion*, Editorial, Vol. 18(2): 87-89.

Cardoso, E.H. (1994). "Reformas e imaginacao Fhola de Sao Paulo. *Caderno Mais*. 10/07.

Cashman, S. B. & Seifer, S. D. (2008). Service-learning: an integral part of undergraduate public health. *Am J Prev Med. sep*; 35(3):273-8, doi: 10.1016/j.amepre.2008.06.012.

Castellanos, P.L. (1988). "Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes de la salud". En: *Salud Pública*, Madrid, España: McGraw-Hill-

Cathalifaud, M. A. (1998). Recursos para la investigación sistémico/constructivista. *Revista Cinta de Moebio*. Vol. 3.

Cathalifaud, M. A. (1997). Introducción a las epistemologías sistémico/constructivistas. *Revista Cinta de Moebio*; 2. Punto de vista desde el cual se considera o se analiza un asunto. En:

CENDEX. (2009). *Recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva*. 3ª ed.; Bogotá: Ministerio de Protección Social Colombia, Pontificia Universidad Javeriana, Centro de Proyectos para el Desarrollo; p. 28.

Charles E. (2000). *The Market System*. Yale University, CINDBLOM.

CHC. (1996). *Plan Multidisciplinario para la modernización de la educación, la capacitación y el entrenamiento en salud*, elaborado por la firma Consultoría y Gestión CHC.

Coller, X. (2005). Colección Cuadernos Metodológicos No. 30: Estudio de casos. Centro de Investigaciones Sociológicas; p. 63.

Colom, A.J. (1979). Sociología de la educación y teoría general de sistemas. Oikos-tau S.A. ediciones, Barcelona.

Confederación de Organizaciones de Profesionales en Salud, Colombia – COPS (2008). [Citado 2010 jul] <http://www.periodicoelpulso.com/html/0812dic/observa/monitoreo.htm>

Connor, E. & Mullan, F. (Ed) (1983). Community Oriented Primary Care: New Directions for Health Services Delivery Washington DC, National Academy of Sciences.

Consejo Nacional de Acreditación. (2006-2013). En: Lineamientos para la acreditación de programas. Bogotá; p. 44. & Lineamientos para la acreditación de programas de pregrado. Bogotá; p. 11.

Contandriopoulos, A.P. (2000). "La salud entre las ciencias de la vida y las ciencias sociales". En: Cuadernos Médico Sociales, 77:19-33.

Coombs, P. (1970). La crisis mundial de la educación. Unesco, Paris.

Cortez, S. P. (1995). Sierra, G. de (cd.). Los pequeños países de América Latina en la hora neoliberal, UNAM, Nueva Sociedad/ Caracas.

CRES (2008). Conferencia Regional sobre Educación Superior. Cartagena de Indias.

CSUTCB. (2014). Confederación Sindical Única de Trabajadores Campesinos de Bolivia, CONGRESO SOCIAL DE LA SALUD, PROPUESTA DE PLAN DE GOBIERNO 2015-2020

De Carvalho A. (2008). "Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la Hermenéutica Filosófica". En: Salud colectiva, 4(2):159-172, (163).

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 2008). Cartagena de Indias, Colombia.

Eisner, E. W. (1998). El ojo ilustrado. Indagación cualitativa y mejora de la práctica educativa. Barcelona: Paidós; p. 59-71.

Erlandson, D. Harris, E. Skipper, B. & Allen, S. (1993). "Doing naturalistic inquiry". London: Sage, p: 113/158.

Estrada, J.H. (2010 a) La fiebre no está en las sabanas, a propósito del proyecto gubernamental de reforma a la salud. Profesor Asociado. Facultad de Odontología. Universidad Nacional. Comunicación personal.

Estrada, J.H. (2010 b). "Contexto político y económico del surgimiento de la Salud Pública moderna en el período 1872-1914". En: Universitas Odontológica, 29(63):17-28, (24).

Farnsworth, T. J. Frantz. A. C. & McCune, R. W. (2012). Community-based distributive medical education: Advantaging society. Journal: Medical Education Online Year. Vol: 17 Issue: 0 Pages/record No.: 1-10

Fernández, D. (2011). Análisis de la oferta de programas de pregrado en medicina. En: Colombia. Rev. Colomb. Reumatol. Vol. 18 Núm. 2.

Fiad, J. L. (1995). En busca de diseños perdidos. Ensayos críticos sobre a fiesta triste del estado. Insight, Río de Janeiro.

Fiori, J.L. (1994). "Os moedeiros falsos", Folha de São Paulo, Gaderno Mais!, 03/07.

Forrester, J. W. (1961). Industrial dynamics. Pegasus Communications.

Forrester, J. W. (1969). Urban dynamics. Pegasus Communications.

Franco, Á. (2002). "Los temas de la Salud Pública". En: Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 20(1):5-7, (5).

Franco, Á. (2006). "Tendencias y teorías en Salud Pública". En: Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 24(2):119-130, (121).

Franco, A. (2011). Ponencia en "Cátedra de Seguridad Social" de la facultad de derecho, Universidad de Antioquia; 17 de marzo.

Franco, S. (1995). "Teoría y práctica de la salud pública". En: Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 12(2):63-76.

Franco, S. (2011). "Los verbos esenciales de la salud pública". En: Granda, E. (Compilador). La salud y la vida, vol. 3:211-234, (211-212). Quito: ALAMES, OPS, Universidad de Cuenca.

Franco, S. (2012). El colapso del sistema de salud: ¿dónde estamos y hacia dónde vamos? Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud, Corporación Viva la Ciudadanía. Disponible en: <http://www.viva.org.co>. & Comunicación personal.

Franco, S. (2012). El colapso del sistema de salud: ¿Dónde estamos y hacia dónde vamos? Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud – ANSA. Corporación viva la ciudadanía. www.viva.org.co.

Frenk, J. Chen, L. Bhutta, Z. Cohen. J. Crisp. N. Evans T, & Fineberg, H. (2010). The Lancet Comision. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet, Vol. 376, Issue 9756, Pages 1923-1958.

García, G. C. (1997) El valor de la pertinencia en las dinámicas de transformación de la educación superior en América Latina. En: YARZÁBAL ed. La educación superior en el siglo XXI. Visión de América Latina y el Caribe. 1 ed. Caracas: CRESALC/UNESCO, T, 2. p. 63-64.

García, J. C. (1994). Pensamiento social en salud en América Latina. México: Mc Graw-Hill; p. 313-315.

Gergen, K. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*; 40, 266-275.

Gibbons, M. (1988). *Pertinencia de la educación superior en el siglo XXI*. Washington: The World Bank; p. 55.

Global Perspective [Wohin entwickelt sich die Europäische Medizinische

GMC. (1993). *Tomorrow's Doctors. Recommendations on Undergraduate Medical Curriculum*. London: General Medical Council.

González G. (2014). Conferencia: Hacia una reforma no mercantil de la salud. Facultad de medicina UNAM, Asociación Latinoamericana de Medicina Social.

González G. (2016). Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Comunicación personal

Gómez, R. D. (2002). "La noción de 'Salud Pública': consecuencias de la polisemia". En: *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 20(1):101-116, (102).

Granda, E. (2009). "El saber en Salud Pública en un ámbito de pérdida de antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico". En: Granda, E. (Compilador). *La salud y la vida*, vol. 1:187-222, Quito: ALAMES, OPS, Universidad de Cuenca.

Guarga, R. (2006). La construcción de la pertinencia en la educación superior pública del Uruguay de hoy. VI Cumbre Iberoamericana de Rectores de Universidades Públicas. Montevideo, Uruguay.

Guba, E. (1991). *The paradigm dialogic*. California: Sage.

Guidano, V. (1988). *Los procesos del self: continuidad vs discontinuidad*. Roma: IPRA. Editado por Alfredo Ruiz, Santiago de Chile: INTECO [internet citado 2011 nov 24]. Disponible en: <http://www.inteco.cl>

Habermas, J. (1989). *Ciencia y técnica como ideología*. Madrid: Tecnos.

Habermas, J. (2000). *La constelación posnacional*. Barcelona: Paidós.

Hans, K. (2006). Where does European Medical Education tend to in the future? [Ausbildung?]. *Journal: GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* Year: 2006 Vol: 23 Issue: 2 Pages/record No.: Doc32

Harvard University Press. (2004). *Joint Learning Initiative. Human resources for health: overcoming the crisis*.

Hays, R. (2007). Community oriented medical education. *Teach Teacher Educ* 23:286–293.

Heler, M. Casas, J. M. & Gallego, F. (2010). Lógicas de las necesidades: la categoría de necesidades en las investigaciones e intervenciones sociales. Buenos Aires; Espacio Editorial.

Hernández, M. (2002). La salud fragmentada en Colombia: 1910-1946. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; p.14

Hernández, M. E. (2005). Panorama de la investigación sobre salud pública en Colombia. ¿Realidad o... utopía? En: La salud publica hoy, enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Memorias Cátedra Manuel Ancizar-I semestre 2002. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; p. 412

Horkheimer, M. (1969). Crítica de la razón instrumental. Buenos Aires: Sur.

HSR. (2007). Hospital San Rafael de El Espinal ESE. Diagnóstico de la oferta de servicios en salud pública, marzo de 2007. Comunicación personal.

Humberto-Espínola, B. (2001). Propuesta de un modelo teórico para la evaluación de la pertinencia de la formación médica. Boletín Facultad de Medicina, Universidad de NNE, Corrientes, Argentina. Consultado el 05 de febrero de 2013 en: <http://www1.unne.edu.ar/cyt/2001/1-Sociales/S-042.pdf>

Humberto-Espínola, B. (2004). En: 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.

ICNSSS. I Congreso Nacional por la Salud (2001). Conclusiones generales del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social. Primer Congreso Nacional por la Salud.

Ignatieff, M. (2000). La revolución de los derechos: Casa de la prensa de Anansi, Toronto.

Jardines-Mendes, J.B. Aneiros-Riba, R. & Salas-Perea, R.S. (1993) Cuba: Recursos Humanos en la Atención Primaria de Salud y su Estrategia de Desarrollo. Educ Med Salud; 27:145-159.

Jiménez, M. (2011). El discurso mundial de modernización educativa: evaluación de la calidad y reforma de las universidades latinoamericanas. Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología. Vol. 20 No. 2 (abril-junio): 219 - 238

Karle, H. Walton, H. & Lindgren, S. (2012). The World Federation for Medical Education, History of the First Forty Years, 1972 -2012. WFME. Disponible en: <http://www.wfme.org/about/wfme-constitution-s.pdf>

Kaufman, A. Mennin, S. Waterman, R. Duban, S. Hansbarger, C. Silverblatt, H. Obenshain, S. S. Kantrowitz, M. Becker, T. & Samet, J. et al. (1989). The New Mexico experiment: educational innovation and institutional change. Acad Med; 64(6):285-94.

Keeney, & B. Ross, J. (1985). Construcción de terapias sistémicas “espíritu en la terapia”. Buenos Aires: Amorrortu.

- Lam, T.P. & Lam, Y. Y. (2009). Medical education reform: the Asian experience. *Acad Med*; 84:1313-1317.
- Langness, L. (1965). *The life history in anthropological science*. New York: Rinehart & Winston.
- Latour, B. (1998). *From the World of Science to the World of Research*. Science; p. 280.
- Launay, C. (2006). La gobernanza: Estado, ciudadanía y renovación de lo político. *Revista Controversia*, mes de marzo.
- Laurel, A. C. (1994). (ed.). *Estado y políticas sociales del neoliberalismo*. Interamericana (pp: 81-102).
- Laurel, A. C. (1982). "La salud-enfermedad como proceso social". En: *Cuadernos Médico Sociales*, 19:1-11, (2-10).
- Lewin, K. (1936). *Principios de la psicología vectorial y topológica (Principles of topological and vectorial psychology)*.
- Lewin, K. (1948). *Resolución de conflictos sociales (Resolving Social Conflicts)*.
- Lewin, K. (1951). *Teoría de campo en las ciencias sociales*. Ed. Dorwin Cartwright.
- Linstone, A. & Turoff, M. (Ed.). (1975). *The Delphi method: techniques and applications*. Massachusetts: Addison Wesley.
- Littlewood, S. Ypinazar, V. Margolis, S. & Scherpbie, A. et al. (2005). Early practical experience and the social responsiveness of clinical education: systematic review. *BMJ*; 331: 387-391.
- Londoño, J. L. (2005) ¿Qué sigue después de la Ley 100? Capítulo III: Pasado, presente y futuro de la Ley 100 de 1993. *La salud pública hoy, enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Memorias Cátedra Manuel Ancizar-I semestre 2002*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; p. 435-446.
- Majumder, A. D'Souza, U. & Rahman, S. (2004). Trends in medical education: Challenges and directions for need-based reforms of medical training in South-East Asia. *Indian J Med. Sci*; 58:369-380. [Citado 2013 Ene 31]. Disponible en: <http://www.indianjmedsci.org/text.asp?2004/58/9/369/12671>
- Malagón, L. A. (2003 a). La pertinencia en la educación superior. Elementos para su comprensión: *Revista de la Educación Superior*. Vol. XXXII (3), Núm. 127. Julio-septiembre. Recuperado el 7 de agosto de 2011, en http://www.anuies.mx/servicios/p_anuies/publicaciones/revsup/127/03.html.
- Malagón, L. A. (2003 b) *Pertinencia y educación superior: una mirada crítica [internet]*. [Citado 2010 oct 10]. Disponible en: http://www.congresoretosyexpectativas.udg.mx/Congreso%203/Mesa%203/Mesa3_21.pdf

Malagón, L. A. (2007). Currículo y pertinencia, en la educación superior. Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio; p. 73-76.

Malagón, L. A. (2008). Educación superior e interacción curricular. Cooperativa editorial Magisterio. Bogotá, pp. 175-176

Malagón, L. A. (2009). La pertinencia curricular: un estudio en tres programas universitarios. *Educación y Educadores*, 12(1), 11-27. Retrieved June 13, 2015, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-12942009000100003&lng=en&tlng=es.

Malagón, O. R. (2000). Significado y sentido de la interacción social en el área de la salud. Citado por Medina, A. R. Capítulo VIII: La universidad y la salud. En: *La salud pública hoy, enfoques y dilemas contemporáneos en Salud pública. Memorias Cátedra Manuel Ancizar-I semestre 2002*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2005, p. 639.

Maldonado, C. (2008). Complejidad y ciencias sociales desde el aporte de las matemáticas cualitativas. *Cinta Moebio* 33: p.153-170. Disponible en: www.moebio.uchile.cl/33/maldonado.html

Maturana, H.R. (1995). *Biology of self-consciousness*. In Giuseppe Tranteur (Ed.). *Consciousness: distinction and reflection*. Naples. Editorial Bibliopolis. Italy.

Max-Neef, M. (1998). *Desarrollo a escala humana (2ª ed.)*, Barcelona: Nordan comunidad e Icaria.

Medina, A. R. (2005). La universidad y la salud: historia, retos y nuevas respuestas. Capítulo VIII: La universidad y la salud. En: *La salud pública hoy, enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Memorias Cátedra Manuel Ancizar-I semestre 2002*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Odontología. p. 635-650.

Medina, M. (2004). El enfoque sistémico construccionista: consideraciones sobre su aplicación en el contexto de orientación profesional. *Universitas Psychologica*; 3(1):99-107.

MEN. (2006). Ministerio de Educación Nacional, Colombia. Plan Sectorial 2006 -2010. *Revolución Educativa*. Documento No. 8. Bogotá, pág.8

Mennin, S. P. Kaufman, A. Urbina, C & McGrew, A. (2000). Albuquerque N.M. Community-based medical education: Toward the health of the public. *Med Educ* 34(7):503–504.

Mennin, S.P. Kaufman, A. Urbina, & C. McGrew, M. (2000). Community-based medical education: Toward the health of the public. *Med Educ*; 34(7):503-504.

Ministerio de Protección Social Colombia, Pontificia Universidad Javeriana & Centro de Proyectos para el Desarrollo Recursos Humanos de la Salud en Colombia. (2009). *Balance, competencias y prospectiva*. 3ª ed. Bogotá: p. 28

Ministerio de Salud de Colombia. (1996). *La reforma de la salud en Colombia y el plan maestro de implementación*. Universidad de Harvard, Escuela de Salud pública.

Ministerio de Salud, Colombia. (2000). Resolución 412 febrero 25

MMM (1990). Mediterranean Medical Meeting. Statement on Medical Education in Europe: Report of 1st Mediterranean Medical Meeting. Crete, 26 Sept 1989. *Med Educ*; 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". In: E. Dunn (Ed.). *Disseminating Primary Care Research*. Thousand Oaks - California: Sage.

Morse, J. M. (1994). Designing funded qualitative research. En: Denzin, N. K- & Lincoln, Y. (Eds.). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage; p. 220-235.

Morse, J.M. (1997). Considering theory derived from qualitative research. En J.M. Morse (Ed.), *Completing a qualitative Project. Details and dialogue* (pp. 163-189). California: Sage

Naishtat, F. (1998). Autonomía académica y pertinencia social de la universidad pública: una mirada desde la filosofía política. En: 20th World Congress of Philosophy, Boston. <http://www.bu.edu/wcp/Paper/Educ/EducNais.htm> OIT. Debate temático "Las exigencias del mundo del trabajo, París, Centro de Investigaciones sobre la Educación Superior y el Trabajo, Universidad de Kassel, Alemania.

Navarro, V. (1999). "Concepto actual de Salud Pública" (pp. 49-54), (51). En: Martínez, F. et al, *Salud Pública*, Madrid, España: McGraw-Hill-Interamericana.

Noya-Miranda, F. (1994). Metodología, contexto y reflexividad. Una perspectiva constructivista y contextualista sobre la relación cualitativo-cuantitativo en la investigación social. En: Delgado JM y Gutiérrez J. (coords.). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis, p. 113.

Obrador-Rial, N. (2010). La salud pública en las facultades de medicina y las escuelas de enfermería de Cataluña. *Rev. De Educación Médica*; 3(2).

OMS. (1946). Organización Mundial de la Salud. "Constitución de la Organización Mundial de la Salud - OMS". Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_

OPS. (2000). Organización Panamericana de la Salud. Documentos XXXIII Reunión del Consejo Directivo. XL Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud: Resolución XII. Informe sobre la conferencia mundial de educación médica. *Educ Med Sup*; 14: 206-9.

OPS. (2002). Organización Panamericana de la Salud. "Fundamentos de renovación conceptual" (pp. 35-48). En: *La Salud Pública en las Américas: Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*, Washington, D.C.

OPS/OMS para Venezuela (2006a). Modelos de atención en salud en Venezuela y exclusión social. In: *Organización Panamericana de la Salud. Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela*. Caracas; 2006. p. 5-19.

OPS/OMS para Venezuela (2006b). Origen de Barrio Adentro y participación ciudadana. In: Organización Panamericana de la Salud. Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. Caracas; p. 21-43.

OPS/OMS para Venezuela (2006c). Impacto de Barrio Adentro. In: Organización Panamericana de la Salud. Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. Caracas; p. 83-119.

Oriol-Bosch, A. & Pardell H. (2004). La formación de los profesionales médicos en la profesión médica: los retos del futuro. In Oriol-Bosch, A. & Pardell H, eds. La profesión médica, los retos del milenio. Monografías Humanitas. Vol. 7. p. 69-84.

Ortiz, L.C. (2009). Composición de la oferta de profesionales de la medicina en Colombia. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Recursos Humanos, Dirección General de Análisis y Política.

Ospina, J. (1995). Perspectivas curriculares de educación médica para el siglo XXI. ASCOFAME.

PAHO-Colombia. (2015):

http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=526%3Afesp-y-rectoria&Itemid=554 (consultado el 15 de junio de 2015).

Palés, J. & Rodríguez de Castro, F. (2006). Retos de la formación médica de grado. Educ Med; 9: 159-72.

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. Vol.10. Número especial dedicado a la Docencia en Ciencias de la Salud. Pp. 35-53 Recuperado el 05 de febrero de 2013 en <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.

Patiño, J. (1998). La profesión médica, la reforma de la salud y la seguridad social. Discurso de posesión del académico José Félix Patiño Restrepo como presidente de la Academia Nacional de Medicina 1998-2000. Medicina; 20:1-5.

Peralta E. M. (1996). Currículos educacionales en América Latina. Su pertinencia curricular. Una aproximación desde la educación infantil y superior. 1 ed. Santiago: Andrés Bello, 193 p.

Pereira, B. (1994). "O 3m do triunfalismo neoliberal" .Folha de Sao Paulo Caderno Mais 17/07

PHPC. (1993). Pew Health Professions Commission. Health Professions Education for the Future: Schools in Service to the Nation. San Francisco: Pew Health Professions Commission.

Piaget, J. (1982). *Tendencias de la investigación en las ciencias sociales*. Madrid: Alianza Editorial, Unesco; p. 67.

Pidgeon & Henwood (1997) citados por J. M. Justicia, J. M. (2005) *Universitat Autònoma de Barcelona*.

Pipas, C. F. Peltier, D. A. Fall, L. H. Olson, A. L. Mahoney, J. F, Skochelak, S. E. & Gjerde, C. L. (2004) *Collaborating to Integrate Curriculum in Primary Care*. *Medical Education: Successes and Challenges from Three US Medical Schools*. *Fam Med*; 36 (January suppl):S126.

Pontificia Universidad Javeriana-Family Health Foundation-Fedesarrollo.(1996). *Plan de largo plazo para el desarrollo y fortalecimiento de los recursos humanos, elaborado por la unión temporal Universidad Javeriana-Family Health Foundation-Fedesarrollo*.

Popova, S. Georgieva. L. & Koleva, Y. (2011). *Development of Public Health Education in Bulgaria*. *Journal: Public Health Reviews*. 33 Issue: 1 Pages/record No. 323-330

Portella Filho, P. (1994). "O ajustan lento na América Latina: crítica no modelo de Washington". *Luso Nova*, 32.

Quintero, G. (2014). *Perspectivas de la educación médica en América Latina*. *Rev Chil Cir*. Vol 66 - Nº 5, octubre; pág. 412-413

Rodríguez-Valencia, J. (1993). *Teoría de sistemas*. En: *Teoría de la administración aplicada a la educación*. México: Eclasa; p. 81-103.

Rojas, A.E. (2008). *Proyección social de la enseñanza de la medicina*. En: *Fundamentos en salud familiar*. Bogotá: ASCOFAME; p. 329.

Ruan, Y. (1974). *Seminario sobre objetivos de la educación médica para una medicina de la comunidad*. ASCOFAME.

SACES. (2008). *Sistema de Aseguramiento de la Calidad*. Recuperado de: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85583_rachivo_pdf1.pdf. 15 de agosto de 2013.

Salas, R. Salas, A. (2012). *La educación médica cubana. Su estado actual*. *Journal: REDU: Revista de Docencia Universitaria*. Vol: 10 Issue: 0 Pages/record No.: 293-326

Sandoval, C. C. (2002). *Módulo 4: Investigación cualitativa del Programa de Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social*. Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES).

Schwandt, A. (1994). *Constructivist, interpretivist approaches to human inquiry*. En: *Denzin NK & Lincoln. Handbook of qualitative research*, Thousand Oaks. California: Sage; p. 121-125.

Segura-Benedicto, A. (2011). *Una reforma global de la formación de los profesionales sanitarios*. En: *Revista Educación Médica*. 14 (1): 15-17

- Spencer, J. (1999). More of the same, only different. *Med Teacher*; 33:877-8.
- Stearns, H. J. Stearns, M. A. Glasser, M. & Londo R. A. Illinois RMED. (2000). A Comprehensive Program to Improve the Supply of Rural Family Physicians. *Fam. Med*; 32(1):17-21).
- Strauss, A. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sutz, J. (1997). La universidad latinoamericana y su pertinencia: elementos para repensar el problema. En: *Revista Quantum / CCEEA*. No. 9: p. 257 a 278.
- Tamblyn, R. Abrahamowicz, M.D. Dauphinee, M.D. Girard, N. Bartlett, G. Grand'Maison, P. & Brailovsky, C. (2005). Effect of a community oriented problem based learning curriculum on quality of primary care delivered by graduates: historical cohort comparison study. *BMJ*; 331; 1002.
- Taylor, S.J. & Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós Básica.
- Tejedor F.J. (1995). La investigación educativa y su contribución al desarrollo de la innovación. *Bordón*, 47, 117-193.
- Tunnerman, C. (2009) *Pertinencia y calidad de la educación superior*. Seminario Tendencias y Desafíos de la Educación Superior en el marco de la Conferencia Mundial de Educación Superior París-2009. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana de Cali.
- UEALC. (2008). Proyecto 6x4: propuestas y acciones universitarias para la transformación de la educación superior en América Latina: <http://www.6x4uealc.org/site2008/indice.htm>: Consultado en octubre 4 de 2011.
- UNAL. (2002 – 2005). Universidad Nacional de Colombia. Grupo Coordinador Red Salud. Documento resumen conversatorios Grupo Red Salud. Documento de trabajo, Bogotá 2002, p. 3-4l de Colombia. 2005, p. 637.
- UNESCO (1998). I Conferencia Mundial sobre la Educación Superior (ICMES). *La Educación Superior en el Siglo XXI: Visión y Acción; marco de acción prioritaria para el cambio y el desarrollo de la Educación Superior*. Paris.
- UNESCO (2009). II Conferencia Mundial de Educación Superior (IICMES). *Las Nuevas Dinámicas de la Educación Superior y de la Investigación para el Cambio Social y el Desarrollo*. Paris
- Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública. (2001). *Plantillas para el cálculo del recurso humano en salud según los planes de beneficio del SGSSS*. Ministerio de la Protección Social, Recursos Humanos.
- Universidad Nacional de Colombia. (2002 - 2005). Grupo Coordinador Red Salud. Documento resumen conversatorios Grupo Red-Salud. Documento de trabajo. Bogotá; 2002, p. 3-4l. 2005. p. 637.

UT (2011). Universidad del Tolima: documento maestro de autoevaluación del programa de educación médica de la Universidad del Tolima. 2011. Comunicación personal.

Valdés-Ventó, A.C. Morales-Suárez, I.R. Díaz-Cabrera, J.C. Sánchez-Fuentes, A.L. Cuéllar-Álvarez, R. (2009). Criterios de evaluación de la variable "pertinencia e impacto social" específicos para la carrera de Medicina. *Rev. Educación Médica Superior*; 23(3).

Valles, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.

Valles, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Editorial Síntesis (Sociología), Madrid.

Van Dijk, T. A. (1997). (Ed.). *Discourse Studies. A Multidisciplinary Introduction*. 2 vols. London: Sage. (Traducción española publicada por Gedisa, Barcelona, 2001).

Vasco, C. (2011). Formación y Educación, Pedagogía y Currículo. Tomo I Colección de la Pedagogía Colombiana. En: *Boletín Informático de la Red Iberoamericana de Pedagogía - Redipe796*. Recuperado el 5 de octubre de 2011. <http://rediberoamericanadepedagogia.com/index.php/component/search/?searchword=Carlos%20E%20Vasco&searchphrase=all&Itemid=106>.

Wallace A. (1977). Educating tomorrow's doctors: The think that really matters is that we care. *Acad Med*; 72:253-258.

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. *Med Educ*; 22: 481-2.

WFME. (1988). Cumbre Mundial de Educación Médica Declaración Edimburgo de 1988. Federación Mundial para la Educación Médica. En: *Educ Med Super [internet]*. 2000 Dic. [Citado 2012 oct 10]; 14(3):270-283. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412000000300007&lng=es

WFME. (1994). World Federation for Medical Education. Recommendations: World Summit on Medical Education, Edinburgh 8-12 August 1993. *Med Educ*; 28:142-9.

WHO. (1987). Community-based education of health personnel: Report of a WHO Study Group. Geneva: World Health Organization.

WHO. (1992). Towards the assessment of quality in medical education. Geneva: World Health Organization.

WHO. (1993). Increasing the Relevance of Education for Health Professionals. WHO Technical Report Series 838. Geneva: World Health Organization, 1993.

WHO. (2006). The world health report: working together for health. Geneva: World Health Organization.

Williamson, J. (1990). What Washington Means by Policy Reform, Chapter 2 from Latin American Adjustment: How Much Has Happened? Peterson Institute for International Economics [internet citado 2012 sep 27]. Disponible en: <http://www.iie.com/publications/papers/paper.cfm?researchid=486>

Wittrock, M.C. (1974). Learning as a generative process. Educational Psychologist. 11:87-95.

World Bank. (1994). Higher Education: The lessons of experience. Washington DC.

World Bank. (2000). Higher Education in Developing Countries: Peril and Promise. Washington DC.

World Bank. (2002). Constructing Knowledge Societies: New Challenges for Tertiary Education. Washington DC.

Yáñez, J. Gaete, P. & Harcha, T. (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; junio: 225-234

ANEXOS:

Anexo 1: Guía para el trabajo de campo y pre-categorización exploratoria.

Anexo 2: Cuestionario de campo, eje de los discursos.

Anexo 3: Cuestionario de campo, eje de los procesos.

Anexo 4: Prototipo de agenda de campo.

Anexo 5: Prototipo de invitación a participar del estudio.

Anexo 6: Prototipo de consentimiento informado por programa.