



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA "Dr. Witremundo Torrealba"
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA**



**LA FORMACIÓN DEL MÉDICO Y SU PERTINENCIA SOCIAL CON LAS
POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA NACIONAL.**

**Autores: Profa. Milady Guevara de S.
Prof. Roel Sánchez**

Maracay, Julio de 2008



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA "Dr. Witremundo Torrealba"
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA**



**LA FORMACIÓN DEL MÉDICO Y SU PERTINENCIA SOCIAL CON LAS
POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA NACIONAL.**

Trabajo presentado por los Profesores Milady Guevara de S. y Roel Sánchez, ante el Consejo de la Escuela de Medicina "Dr. Witremundo Torrealba", de la Facultad de Ciencias de la Salud-Sede Aragua, como requisito para ascender a la categoría de Profesores Asociado en el Escalafón del Personal Docente y de Investigación de la Universidad de Carabobo.

Maracay, Julio de 2008

AGRADECIMIENTOS

A los médicos y médicas egresados de la Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba”, que aceptaron incorporarse a esta investigación y permitirnos con sus testimonios formar un cuerpo de conocimientos para alcanzar los propósitos que motivaron el estudio.

A los docentes, médicos y médicas, de la Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba” quienes compartieron con nosotros nuestras interrogantes.

A la Sra. Alejandrina García, secretaria de la Dirección de Docencia y Desarrollo Curricular, Facultad de Ciencias de la Salud-Sede Aragua, por facilitar la información de la Institución.

A las Srtas. Liliana Sosa y Aluvi Mendoza de la Dirección de Postgrado, Facultad de Ciencias de la Salud- Sede Aragua, por su valiosa colaboración y apoyo en la elaboración del documento.

A la Sra. Yndira Brito por su apoyo técnico y su interés en el tema.

CONTENIDO

	Páginas
Páginas Preliminares	
Resumen	
CAPÍTULO I	
1. El Problema y su Formulación.....	2
2. Objeto de Estudio.....	6
3. Justificación e Importancia del Estudio.....	7
4. Propósitos de la Investigación.....	10
CAPITULO II	
Antecedentes de la Investigación	11
CAPÍTULO III	
1. Construcción Teórica	18
2. Enfoques Teóricos de la Educación Contemporánea.....	19
3. Las Nuevas Visiones de la Educación Superior.....	22
4. La Visión del Docente y el Ejercicio Profesional de la Medicina.....	26
5. Observatorio de Recursos Humanos en Salud.....	29
CAPÍTULO IV	
1. Las Políticas de Salud en Venezuela.....	33
2. Pertinencia Social de los Aprendizajes y las Políticas de Salud.....	41
3. Nuevas Tendencias Curriculares.....	48

CAPÍTULO V

1. La Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba” y el Diseño Curricular de la Carrera de Medicina.....	52
2. Rediseño Curricular de las Escuelas de Medicina en Carabobo y Aragua de la Facultad de Ciencias de la Salud.....	65
2.1 Fundamentos Teóricos Curricular.....	67
2.2 Síntesis Perfil del Profesional.....	67
2.3 Funciones del Egresado.....	69
2.4 Alcances del Rediseño Curricular.....	70

CAPÍTULO VI

1. Construcción Metodológica.....	73
2. Intersección de Métodos o Pluriparadigmas.....	74
3. Procedimientos Metodológicos para la Construcción.....	76
Selección de Informantes.....	76
Registros de Información.....	78
4. Categorización y Teorización de Testimonios.....	80

CAPÍTULO VII

1. Aproximación a un Sistema de Seguimiento de Egresados en Medicina..	98
1.1 Fundamentación.....	98
1.2 Objetivos.....	100
2. El Sistema de Seguimiento de Egresados en Medicina.....	101
2.1 Indicadores.....	102
2.2 Programas y Servicios.....	102

CONSIDERACIONES FINALES.....	104
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	109

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA “Dr. Witremundo Torrealba”

LA FORMACIÓN DEL MÉDICO Y SU PERTINENCIA CON LAS POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA NACIONAL.

RESUMEN

**Autores: Milady Guevara P.
Roel Sánchez**

La pertinencia social es uno de los principios que se proponen actualmente como plataforma conceptual para orientar el currículum de las Instituciones de Educación Superior, en tanto integra las funciones de Investigación, Docencia y Extensión, establece una adecuada correspondencia entre la formación académica y las necesidades técnicas y sociales a las cuales debe enfrentarse el egresado en su ejercicio profesional, de allí que su enfoque se dirige a la búsqueda, validación y propuesta de soluciones socioculturales y tecnocientíficas viables hacia el futuro. Con esta perspectiva, el estudio desarrollado se encaminó a relacionar el currículum de la formación del médico en la Universidad de Carabobo, con las políticas de Salud Pública del Estado Venezolano, tomando como caso de estudio la Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba”, para ello se persiguió como propósito, evaluar la pertinencia social de los planes de estudio en atención a su correspondencia con el perfil del egresado, contrastar las competencias (perfil real) del egresado con las expresadas en el perfil del diseño curricular y analizar el posible seguimiento de sus egresados, que intente mejorar el desarrollo de las tareas sustantivas de la institución y su correspondencia con las políticas de Salud. Se asumió la investigación desde el paradigma cualitativo, utilizando el método etnográfico, con un enfoque pluriparadigmático donde se integraron además la Hermenéutica y la Investigación-Acción-Participante. El estudio reunió a informantes clave (docentes) e informantes protagonistas (egresados), involucrados en diferentes sectores y servicios de la Región, a quienes se les realizó una entrevista en profundidad. Seguidamente se transcribieron los testimonios lo que permitió su categorización, teorización y la estructuración de una imagen representativa del fenómeno estudiado con la integración de sus componentes. Los resultados ilustraron el proceso por medio del cual se logró alcanzar las estructuras particulares de los entrevistados, relacionadas con la pertinencia y calidad de la institución, lo que nos permitió concluir que la formación del profesional de la medicina tiene pertinencia y se ajusta a las políticas de salud, pero es necesario la evaluación permanente de los planes de estudio para optimizar la vinculación Escuela de Medicina-Sociedad; igualmente se evidenció la necesidad de organizar un observatorio para seguimiento de los egresados, que permitirá mejorar el impacto que tienen los procesos educativos en la situación de salud del país.

Palabras Clave: Formación del Médico; Desempeño profesional; Políticas de Salud y egresados; Seguimiento de Egresados en Medicina; Educación Médica.

CAPÍTULO I

1. El Problema y su Formulación

En estos nuevos tiempos del actual milenio (siglo XXI), la educación y específicamente la educación superior está siendo reconocida como medio para participar en la sociedad global y como centro del desarrollo de los países, por tanto debe preocuparse por mejorar la calidad de sus procesos y resultados, en el marco del cual sus programas tengan mayor pertinencia con las necesidades locales y regionales de la población. Es por ello que surge la necesidad de indagar, desde la academia, como núcleo de operacionalización del sistema de educación, sobre la relación que se da entre el desarrollo de los programas de formación de profesionales y la realidad social, sobre los enfoques curriculares y también sobre los procesos docentes. Las respuestas a estos planteamientos las hemos buscado, usualmente, haciendo la lectura desde lo interno de nuestras instituciones y no considerando a nuestros egresados y a su inmediato entorno profesional, como la forma para comprender la expresión de dichos procesos y formular alternativas que permitan el crecimiento y desarrollo de los centros de estudios, a los fines de cumplir con su misión de contribuir con el desarrollo científico, tecnológico, intelectual y espiritual de la sociedad donde están inmersos.

En este sentido, el Informe Coombs, producido en México en el año 1991, sugería la necesidad de realizar estudios periódicos de seguimiento de egresados con el fin de conocer sus historias sobre empleos, ingresos económicos y continuidad en su formación, e invitarlos a realizar comentarios retrospectivos que evalúen su experiencia universitaria para sugerir mejoras en la academia, teniendo presente que estos estudios se constituyen en documentos de gran valor y permiten evaluar la gestión académico-administrativa de las instituciones de Educación Superior. (Rodríguez, 2005).

De lo que se trata es de contrastar las opiniones dominantes hacia el interior de la propia universidad y en la comunidad, para iniciar el tránsito organizativo que va de la cultura de la opinión a la cultura de la evidencia, con el propósito de relegítimar frente a las

comunidades el rol de nuestras casas de estudio. Son muchos los retos que las nuevas políticas de Educación Superior plantean a las universidades nacionales y entre ellos, en acuerdo con la UNESCO (1995) que ha expresado en su agenda internacional, la necesidad de establecer un “nuevo pacto académico” que permita a los centros de educación superior renovar sus procesos de enseñanza-aprendizaje, investigación y funciones de servicio pero fundamentalmente renovarse así mismos. (Citado en Ministerio de Educación, Cultura y Deportes, 2000)

En Venezuela, el Gobierno ha planteado dar un viraje profundo a las políticas sociales para brindar atención a la población, especialmente a los sectores más desposeídos en todas sus necesidades sociales, en particular el derecho a la salud y a la educación. Son cambios que se están dando también en el contexto latinoamericano, especialmente en materia política, económica, social, cultural y educativa, materializados éstos, a partir de 1990 en un escenario que se orienta a la redefinición de los modelos económicos-políticos y educativos que hasta el momento regían la estructura total del país.

En lo económico, González (1996) apunta que básicamente se transita por modelos liberalistas hacia modelos keynesianos y neoliberalistas distantes éstos en sus propósitos y objetivos; pues desde unos se da plena facultad al libre juego de la oferta y la demanda, se flexibilizan las estructuras y con ello el papel del Estado; mientras que en otros como el keynesiano, se juega hacia los equilibrios macroeconómicos y sociales, dirigidos desde la acción del Estado.

En el plano político, también se materializan los cambios como respuesta a nuevos pensamientos, pasando de un Estado liberal representativo a uno democrático-participativo, de estructuras populistas-paternalista a estructuras descentralizadoras, que después se retiran para darle entrada a un Estado que de la reforma va hacia la llamada transformación.

Ahora bien, consideramos que desde este contexto macro y meso, la educación aparece como otra de las estructuras que requieren ser replanteadas o repensadas a la luz de las exigencias que las complejidades van marcando, sobre todo en las instituciones de educación superior, ya que los modelos que se establecen invitan a nuevos perfiles institucionales y profesionales, pues los conceptos de Estado y Ciudadanía pasan a ser otros, o como bien lo plantea González (1996):

La racionalidad tradicional del liberalismo se agota no dando explicación de un conjunto de fenómenos específicos de las transformaciones sociales y

económicas lo que indica que el sistema empieza a no responder automáticamente a los criterios de una economía política y educación perfecta. (p. 94)

Desde esta perspectiva, este autor deja entrever que los modelos bajo los recetarios de una racionalidad convencional no logran reducir las crisis sino agudizarlas, es así como las necesidades sociales de la población hacen emerger la búsqueda de nuevas oportunidades y formas de pensar.

Esta situación no resulta ajena a las instituciones de Educación Superior ni tampoco a las del sector salud, pues a partir de los cambios paradigmáticos ocurridos, las obligan o inducen a insertarse en las nacientes políticas de Estado y aún más a dar respuestas sociales y comunitarias a la población, consecuencia ello de la reestructuración del Estado que se inicia con los cambios de la Ley Orgánica de Salud (1998) y de la propia Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999).

Estos cambios en la legislación nacional y del sector salud, se traducen en la adecuación de los servicios, el análisis del desempeño laboral de los profesionales y funcionarios de la salud y por ende en la construcción de nuevos perfiles para los egresados o productos académicos de las universidades, específicamente, aquellas que ofertan programas en las áreas de salud y sociedad.

Tal es el caso de la Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba” de la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad de Carabobo, sede Aragua, que cuenta con un Diseño Curricular elaborado por profesionales de alta competencia, y requiere verificar su pertinencia con las exigencias comunitarias que el país reclama.

¿Por qué?, es la pregunta, sencillamente porque las universidades son el reflejo de las debilidades propias del sistema educativo venezolano, a las que hace mención Villarroel (1990) al señalar: “Los egresados de las instituciones de Educación Superior presentan grandes deficiencias debido a que el subsistema no se corresponde con los recursos invertidos en este nivel educacional en su volumen, validez social y calidad”. (p.19)

Ahora bien, las debilidades no sólo quedan allí, pues aunque existen diseños curriculares interesantes, el mismo Villarroel expresa que: “La superespecialización profesional, el aislamiento del pregrado con el postgrado y el fraccionamiento del conocimiento son elementos que actúan en contra de una universidad con pertinencia a las exigencias del

país”. (p.19)

Esta disertación de Villarroel respecto a las Universidades, pueden ser consideradas tomando como referencia la Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba”, y precisando a través de un diagnóstico de egresados, cuales han sido los logros obtenidos con el diseño curricular vigente y cual es la correspondencia existente entre el hecho de ser egresado de la carrera de Medicina y formar parte del equipo de salud en las estructuras gubernamentales de nuestra sociedad, que día a día redefinen modelos económicos-políticos-educativos con miras a la participación social, indistintamente de que ella se logre o no.

Esto implicó la revisión de sus componentes organizacionales especialmente la visión y misión de la Institución, sus perfiles, su inserción a las políticas de salud y desarrollo social, sus propósitos y el análisis del programa de formación de Médicos Cirujanos de dicha Escuela por ejes y áreas. Por otra parte, esta revisión también se planteó, un análisis de la pertinencia social del plan de estudios, sus fundamentos epistemológicos, metodológicos y pedagógicos, para identificar el grado de adecuación existente entre la formación impartida y la realidad del mundo de trabajo, con el propósito de obtener información significativa para la toma de decisiones a nivel curricular y proponer la estructuración de una alternativa de seguimiento de egresados u observatorio, como estrategia para conocer ubicación, desempeño laboral y desarrollo profesional y establecer vínculos entre la formación académica recibida con los requerimientos planteados, a través de políticas, por los entes gubernamentales para dar respuestas a la población.

En este contexto, esta investigación, la orientamos hacia la evaluación de la pertinencia de la formación del médico en la Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba” de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo y el cumplimiento de las políticas de salud vigentes en el país.

Ahora bien para alcanzar este propósito, se procedió a la realización de una revisión exhaustiva de orden teórico en relación al tema en estudio y de un proceso de recolección de testimonios a partir del relato de los propios egresados de la Escuela y de los docentes, que fueron catalogados como informantes protagonistas e informantes clave, respectivamente, entrevistados desde una modalidad de investigación cualitativa, de

carácter etnográfico, afianzado en un enfoque pluriparadigmático donde se incluyó la hermenéutica y la investigación-acción-participante, lo cual proporcionó elementos para la toma de decisiones de orden curricular y asumir los compromisos para establecer un programa de seguimiento de egresados como mecanismo permanente de evaluación de la institución.

2. Objeto de Estudio

La importancia de un Diseño Curricular en la formación de profesionales que integran el equipo de salud y muy particularmente para la carrera de Medicina, pertinente con los requerimientos y exigencias de las políticas de salud del país, radica en la apertura que la academia presenta frente a la flexibilización del conocimiento que en los momentos actuales tanto reclaman. Es por ello que la práctica de la Educación Superior en los tiempos que se transitan, obliga a permanentes redefiniciones de perfiles y pensa de estudios, a la luz de los cambios que en cada contexto del país se presentan.

Frente a esta situación, se asomó entonces la necesidad de orientar la investigación hacia objetos de estudio que respondan a las exigencias de la realidad social-educativa y de salud del país. En este sentido, el estudio realizado giró, en torno al análisis de las implicaciones o de logros obtenidos con el diseño curricular vigente para la formación de médicos en la Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba” de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo y su correspondencia con las políticas que ha diseñado el Estado Venezolano para el ejercicio de este profesional, que llevo al análisis para verificar las posibilidades de proponer un sistema de seguimiento que permita detectar la ubicación y evaluación del desempeño de sus egresados en los centros de salud e instituciones en el ámbito nacional.

Para abordar este objeto de estudio precisamos de la selección de informantes, según los criterios de la modalidad de investigación cualitativo-etnográfica y pluriparadigmática a partir de la cual se hizo posible categorizar, desde los relatos o testimonios que dichos informantes proporcionaron, los distintos supuestos o unidades significativas, que permitieron construir un cuerpo de conocimientos sobre la temática.

Se trató de una alternativa de interpretación conducente a un sistema de teorización que emergió del relato de los propios actores actantes del proceso y no de hechos previamente

pensados o reacomodados que se alejan de los escenarios reales de las instituciones de salud.

Por ello, consideramos que la evaluación del Diseño Curricular de la carrera de Medicina para verificar su pertinencia social, debía partir de un contacto directo con los individuos involucrados, en este caso egresados y docentes, para observar sus interacciones e interpretar el significado de sus acciones en el contexto social donde se da su desempeño, tomando en cuenta sus actitudes y su influencia en las actividades que tienen lugar en la vida diaria y cómo influyen en sus prácticas habituales. De tal modo que nuestro objeto de estudio se vincula con la orientación que toma la educación en salud en los tiempos complejos, una salud de participación comunitaria.

3. Justificación e Importancia del Estudio

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), al igual que la Ley Orgánica de Salud (1998), constituyen dos instrumentos legales, que en nuestros tiempos de este nuevo milenio, invitan a la participación ciudadana con miras al logro de procesos incluyentes y no a procesos excluyentes. Esto evidentemente conduce a las instituciones de educación superior y en particular aquellas que forman profesionales de la salud, a redefinir sus diseños curriculares, planes de estudios y perfiles con el fin de alcanzar en sus egresados, competencias pertinentes con las nuevas políticas de salud que se presentan ante el país.

Se trata entonces de una Universidad que no forme superespecialistas; pues como lo señalaba Esenfeld (1980): “La especialización y la tecnología han fracasado en producir un mundo mejor” (p.4), lo que hace necesario, formar profesionales de la salud inmersos en un contexto real, con prácticas comunitarias cargadas de sensibilidad social, clínica, epidemiológica y gerencial, que faciliten un desarrollo pertinente a los tiempos de toda su población. De allí que el currículo tiene que estar centrado en el estudiante, tomando en cuenta los aspectos intelectuales, psicológicos y sociales en los que se desenvuelve y donde el binomio docente-estudiante propicie el crecimiento humano y facilite un pensamiento liberador crítico y reflexivo.

Si bien es cierto que ha habido claridad de la concepción integral en los profesionales que han trabajado en los currículos médicos del país, sin embargo consideramos que la

materialización de la transdisciplinariedad necesaria en dichos currícula, no ha sido posible a pesar de que se han incorporado materias complementarias que apuntan al desarrollo de las cualidades humanas que debe demostrar el profesional de la salud y en particular el médico durante su ejercicio. En este sentido, Puchi (1980) ha expresado:

Que las características del médico, como persona al servicio de la salud de la población, son el resultado de una compleja interacción en la cual participan características propias del estudiante de medicina, las influencias del sistema de atención en salud y las situaciones especialmente planificadas y ejecutadas en el currículo de la Escuela de Medicina, todas dentro del contexto social que vive la sociedad. Esta problemática de la formación de los médicos significa considerar este proceso como un conjunto complejo de factores y de influencias recíprocas, las que en definitiva condicionan y determinan el tipo de formación del médico. (p.105)

De allí la importancia del estudio que presentamos, pues su propósito fundamental fue evaluar los alcances del diseño curricular de la Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba” a través de sus egresados, lo cual permitirá desde un sistema de seguimiento, la detección de sus formas de ingreso, ubicación en centros de salud, trayectoria educativa y desempeño laboral.

Esto como un referente, permitirá a futuro el desarrollo de una posible evaluación de impacto de dicho diseño y con ello, por supuesto, la presencia de un feed-back o retroalimentación para el sector universitario en cuanto a sus prácticas educativas y de salud se refiere, ya que relacionará dichos procesos educativos con el entorno social.

Por otra parte, a pesar de que el contexto de esta problemática que es general y transposable a la concepción de la temática que se tiene en Venezuela, hemos tomado a la Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba, como ubicación geográfica para este estudio etnográfico, dado que a medida que pasan los años, el papel de los médicos se va secularizando en función de las investigaciones realizadas en un campo cuantitativo, correspondiente a las Ciencias Naturales, cuando el sustrato es la sociedad. Tal como lo plantea Ramos (2006):

En un tiempo distinto, donde la postmodernidad impone una reconciliación con lo estético, lo personal y lo transdisciplinario; los médicos merecen un proceso de balance y replanteamiento del perfil que debe lograrse en una concordia entre lo académico y lo personal. (p.67)

Sin embargo, consideramos necesario que se debe realizar también un planteamiento en función de los llamados “expectantes” que no son más que los integrantes de la red social. Expectantes, en tanto enfermos, que requieren profesionales de la salud, no sólo equipados con estetoscopios y conocimientos, sino con extraordinarios valores humanos que les permitan cumplir su función con integridad. Por ello, la información producto de la opinión que fue obtenida de los egresados y docentes, como informantes protagonistas y clave, respectivamente, miembros de la comunidad universitaria, podrá renovar la imagen de la institución y mejorar su vinculación con la sociedad debido a que dichas opiniones surgieron de respuestas relacionadas con las expectativas de los actores sociales a los cuales representan.

En tal sentido pretendemos contribuir a la transformación de la institución, la cual se puede dar en cuatro ámbitos según lo expresado por Álvarez Gallegos (2001): a) En lo político, teniendo presente que el Estado redefine el papel de la educación en la sociedad; b) En las formas de organización social que se gestan y que producen cambios en las prácticas educativas; c) En las formas que asume la comunicación y producción de conocimientos y sobre todo por los imaginarios mediante los cuales interpretamos esas prácticas y d) La economía que crea nuevas formas de producción y servicios que impactan el quehacer educativo.

En atención a ello es que consideramos necesario impulsar evaluaciones periódicas con el fin de detectar si lo que hacemos desde la academia se adecua a los estándares de calidad y pertinencia que reclama la sociedad.

Ahora bien, se trató del desarrollo de un análisis desde categorías o unidades significativas, que fueron emergiendo de la realidad, que posibilitan la presentación de alternativas reflexivas que no implican grandes costos ni inversiones institucionales faraónicas o inalcanzables, por el contrario esta concebido como un aporte que permite verificar el desempeño de sus egresados en atención a lo planteado en el diseño curricular de la carrera de Medicina

4. Propósitos de la Investigación

La perspectiva de investigación que nos hemos planteado tiene como propósito, la organización de un conjunto de sugerencias para la estructuración de un sistema de seguimiento en el cual se precisan las formas de ingreso, la ubicación de los egresados de dicha Escuela en los distintos establecimientos de salud, su trayectoria educativa, laboral y académica y su desempeño en las respectivas áreas de trabajo. Esto nos llevó a plantearnos las siguientes interrogantes:

1. ¿Cual es la pertinencia social del Diseño Curricular de la formación de Médicos, en la Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba” de la Universidad de Carabobo, y que relación tiene con las políticas nacionales de salud?
2. ¿Que opinión tienen los egresados de la institución, sobre el currículo vigente de la Carrera de Medicina?
3. ¿Que planteamientos, en materia curricular harían los egresados a la Escuela de Medicina, según su experiencia profesional?
4. ¿El seguimiento de egresados como estrategia institucional, aportaría beneficios a la institución?

La búsqueda de respuesta, nos llevaron a ser más explícitos en cuanto a la documentación a revisar y desde ellas también surgieron nuevas interrogantes, entre ellas:

- a) ¿Que características tiene el programa de formación de médicos de la Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba”, y como esta diseñado, para dar respuestas a las necesidades sociales de la población?
- b) ¿Tienen pertinencia social los planes de estudios del programa de formación de Médicos y como se da la correspondencia con el perfil del egresado?
- c) ¿Que competencias tiene el perfil (perfil real) del egresado y que relación tiene con las expresadas en el perfil definido en el diseño curricular y con las establecidas en las políticas de salud?
- d) ¿Que opinan los egresados sobre la organización de un sistema de seguimiento, en

CAPÍTULO II

1. Antecedentes de la Investigación

Los estudios mundiales sobre seguimiento de egresados, comienzan a partir de los años sesenta, muchos de los cuales eran dirigidos por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico y según Méndez y Pérez (2005) “se centraban en las relaciones existentes entre el gasto en educación y el crecimiento económico, así como los vínculos entre la inversión en educación y el rendimiento individual” (p.43). Dichos autores reconocen que a partir de esta década y principios de los setenta los debates se orientaban a que el éxito de una sociedad era compatible con la igualdad de oportunidades. No obstante, paradójicamente para la época, esa visión optimista sobre la relación existente entre la educación superior y el mundo del trabajo, se fue debilitando debido a que había un gran número de egresados que no tenían trabajo y el debate empezaba a plantearse en torno a los cambios curriculares para mejorar esa posibilidad de conseguir empleo.

En los años ochenta se enfatiza en la diversidad de oportunidades de estudio para que los estudiantes se prepararan para el mundo laboral. Con el inicio de los años noventa deja de tener protagonismo la educación superior, para reorientar los esfuerzos hacia la educación básica; pero en el año 1998, cuando se realiza la Conferencia Mundial sobre Educación Superior, organizada por la UNESCO, se retoma el interés por el desarrollo de la educación superior y se empiezan a debatir aspectos sobre la importancia de las competencias adquiridas, la formación y sus consecuencias en el mundo del trabajo, situación que todavía permanece y que actualmente se encuentra en el centro de atención, sólo que con un enfoque humanístico incorporando a estas competencias, además del hacer, saber-hacer y el ser, el convivir.

No obstante lo anterior, las investigaciones referidas a distintos estudios sobre sistemas de seguimiento de egresados de las universidades en diversos países del mundo, no han tenido esta orientación, más aún, tal como lo refleja una encuesta diagnóstica realizada por

el Proyecto Gradua2 en noviembre del año 2004, publicado en un Manual de Seguimiento de Egresados en el año 2006, donde se describe que 24% de las universidades europeas y 32% de América Latina aún no han realizado estudios de esta naturaleza.

Sin embargo, la Red Latinoamericana de Información y Documentación en Educación (REDUC), reporta que quince naciones han realizado estudios sobre egresados en algún momento y se caracterizan, como mencionamos anteriormente, por ser descriptivos, aplicar diversas metodologías y como no se conciben de manera permanente, no permiten conocer la trayectoria de sus egresados.

En todo caso, consideramos necesario destacar algunos de estos estudios que presentan aspectos de interés para nuestro planteamiento.

Humberto de Espínola (2000) en su investigación titulada: Estudio de la Pertinencia de la Formación Médica en el Contexto de los Cambios del Sector Salud realizado en Argentina, analiza en forma comparada la formación médica en el contexto de las reformas sectoriales en el país y en el sector, donde incluye las percepciones de los actores de las instituciones formadoras y de los servicios de salud de la región, acerca de las actuales competencias de los médicos y las nuevas competencias que requerirían los cambiantes escenarios de la salud. Lo más resaltante de este estudio es el reconocimiento que hace a los principios generales que orientan hoy los cambios en la formación médica, si bien son ampliamente compartidos, su implementación continua representa un verdadero desafío.

El autor expresa que a las instituciones formadoras, la sociedad le demanda crecientes niveles de calidad, en eficiencia y en pertinencia, en términos de adecuación de los perfiles profesionales que se forman, a las actuales necesidades y demandas de atención de la salud de la población.

No obstante, también plantea que la transformación de los modelos de educación médica se ven retardados por factores tales como la resistencia al cambio de las instituciones, por las limitaciones presupuestarias y por la marcada influencia que ejercen los sistemas de salud y los ámbitos laborales en la formación médica, con énfasis en las especializaciones, como factor de competencia y poder. Estas dificultades de las Facultades de Medicina para cumplir con su misión social y sanitaria, se pone de manifiesto en las notorias incongruencias que se observan, en los países menos desarrollados, entre el desarrollo de los recursos humanos y los indicadores de salud de la población y entre la formación

médica que se imparte y las nuevas competencias profesionales que hoy imponen los cambios del sector salud.

Humberto de Espínola, Melis y González (2003) en su estudio titulado: Los Graduados de Medicina y el Ejercicio de la Profesión Médica, intentaron evaluar la pertinencia de la formación médica en términos de la adecuación del perfil del médico que se forma en la institución argentina y las reformas que se llevan a cabo en el sector salud y en los ámbitos laborales de la profesión médica, tanto en la región como en otros países americanos. Los principales hallazgos revelaron que los egresados en general tienden adoptar el modelo de Especialistas y las valoraciones que hacen del ejercicio de la profesión médica, se centran en los nuevos enfoques de la formación que hacen énfasis en las dimensiones sociales, éticas y humanísticas que actualmente se integran a los aspectos biomédicos de la profesión. Esto destaca la necesidad de definir perfiles profesionales con nuevas y variadas competencias, acordes a los actuales cambios que se viven en los espacios de salud y ámbitos laborales de la Medicina y requieren traducirse en la formación de graduados con un perfil profesional en la cual queden demostradas las competencias clínicas básicas para dar respuestas apropiadas a las necesidades y demandas de atención de salud en los contextos sociales.

En otro estudio realizado por estos mismos autores, Humberto de Espínola, Melis y González (2003) titulado: La Formación de Competencias Clínicas según los Graduados de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste Argentino (UNNE), se propusieron evaluar la calidad y pertinencia de la formación médica en esta institución, para ello se analizaron las percepciones de una muestra de graduados de la carrera de Medicina, respecto a la formación médica recibida y las competencias adquiridas. Para ello se comparó el perfil profesional real de los graduados con el perfil profesional ideal propuesto, que define las competencias clínicas a desarrollar en el médico general. Los principales hallazgos evidencian un conjunto importante de indicadores para evaluar la calidad y la pertinencia de la formación médica que se imparte en esa región, desde la óptica de los graduados representa una valiosa fuente de información de la cual, generalmente, no se dispone debido principalmente a las dificultades metodológicas que entrañan los estudios de seguimiento de egresados.

En efecto, en este estudio los autores destacaron algunas de las opiniones de los egresados, donde consideraron satisfactoria la calidad de los resultados de la carrera en términos de la adquisición de las competencias clínicas esenciales del médico y que en conjunto podrían asociarse más claramente con un modelo médico tradicional. En cambio, se consideraron menos capacitados en las nuevas competencias que hoy se exige a los médicos y que están vinculadas con las dimensiones sociales y humanas de la profesión médica. En este sentido, manifestaron que los aspectos éticos y humanísticos son los más importantes en el ejercicio de esta profesión, si se les compara con el dominio de conocimientos y tecnologías.

Estos resultados contribuyen a confirmar lo que hipotéticamente nos estamos planteando, referente a que en los procesos de cambios curriculares implementados para el mejoramiento de la calidad de la enseñanza, es importante establecer la coherencia entre los objetivos institucionales, el perfil profesional propuesto y el modelo curricular, aún cuando el rol estratégico lo siguen teniendo los actores sociales, que en este caso son los docentes que constituyen el factor estructural central.

Los docentes pueden representar valiosos agentes de cambio, debido al rol socializador preponderante que cumplen tanto en la información y conocimientos que comparten como en la formación de valores y actitudes para promover el juicio crítico, ético y el pensamiento científico que hoy son fundamentales para el ejercicio de la profesión médica.

Por otra parte, el estudio titulado: “Competencias adquiridas en la Carrera de Medicina. Comparación entre Egresados de dos Universidades, una pública y otra privada”; realizado por Galli y De Gregorio (2006) en Argentina, tuvo como propósito, conocer las competencias profesionales logradas por los egresados y comprobar si existían diferencias entre dos grupos de egresados, para establecer la relación entre la cantidad de competencias que dicen haber logrado y la valoración global que hacen de la formación universitaria recibida. Los autores encontraron que los médicos recién egresados expresaron no sentirse preparados para cumplir las tareas básicas de un médico general y en ambos grupos se observó dispersión en la cantidad de competencias adquiridas. No obstante, llama la atención que en esta auto evaluación los egresados fueron más estrictos que los profesores, ya que éstos consideraron que estaban en condiciones de iniciar el ejercicio profesional. Ambos grupos comparten contenidos curriculares enfatizados en la Atención Primaria en

Salud, pero resaltaron que las debilidades se vinculan con la utilización de la epidemiología y con las intervenciones a nivel de grupos comunitarios.

Pareciera entonces, que las debilidades expresadas quizás sean producto de la persistencia de un currículo tradicional que privilegia la atención individual de los enfermos, que es la motivación que nos lleva a reflexionar sobre nuestro objeto de estudio.

En México los estudios de egresados han constituido un referente nacional que han permitido a las instituciones de educación superior de ese país, producir encuentros para el intercambio de ideas y experiencias de los trabajos ya realizados. Entre ellos vale destacar, entre otros, el Estudio de Egresados de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Chiapas, proyecto realizado durante el periodo 2002-2006 que tuvo como motivación implementar el proceso de acreditación de la calidad de la educación médica como instrumento para articular y regular la vida académica de dicha institución, a la vez que es componente fundamental para el rediseño curricular que transcurre de manera paralela a dicha acreditación. Lo más resaltante de este estudio, desde el punto de vista metodológico, es que fueron encuestados egresados de seis cohortes y esto es un punto de coincidencia con el estudio que hemos desarrollado, teniendo presente diferencias por el tipo de investigación utilizado que sigue un modelo eminentemente cuantitativo.

En nuestro país, quizás sean pocas las referencias sobre estudios de egresados, particularmente en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo y en la Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba”; en tal sentido, vale considerar, el trabajo realizado por Romero (2003) titulado: Análisis de las Experiencias Curriculares de Diseños y Rediseños de Perfiles en la Escuela de Bioanálisis Aragua-Valencia, en el Marco de los Requisitos de la Modernización.

En ésta investigación, la autora señala los elementos que caracterizan o definen el perfil del Bioanalista en los Diseños Curriculares de la Escuela de Bioanálisis de la Universidad de Carabobo, realizados en los años 1984, 1986 y 2001.

Según Romero, en cada una de estas experiencias se destacan los roles que debe cumplir el Bioanalista tales como Agente de Cambio, Facilitador, Orientador y Administrador y desde ellos se pueden precisar los cambios implícitos en los mismos, que permitieron fortalecer los requerimientos que el mundo laboral y el sector productivo tienen, respecto al

profesional de esta área de la salud.

Señala además, que desde las tres experiencias curriculares por las que ha pasado dicha Escuela, se pueden producir articulaciones entre lo científico, tecnológico, social y humanístico. Esto, evidentemente, resulta un referente importante para medir el logro o alcances del currículo a través del desempeño de sus egresados, siendo ello, de algún modo, una vía que abre posibilidades para desarrollar un sistema de seguimiento de los egresados tal como lo hemos planteado en nuestra investigación.

Asimismo destaca el estudio realizado por Moya y Bauce (2005) titulado: Desempeño Profesional de un Grupo de Egresados de la Escuela de Nutrición y Dietética, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela. Periodo 1981-2001. Este trabajo tuvo como propósito conocer el perfil actual del egresado de la institución y su opinión acerca de aspectos relacionados con su desempeño laboral, experiencias, fortalezas y debilidades, participación en la actividad gremial y su relación con la Escuela, esto con el fin de introducir cambios en el Plan de Estudios de la Carrera, detectar necesidades en cuanto a los elementos que deben ser incorporados en su formación y además conocer nuevos horizontes que permitan visualizar otras áreas en el mercado de trabajo que tendrá que afrontar el futuro profesional. Los resultados obtenidos apuntan a que los egresados han tenido logros satisfactorios en su ejercicio profesional, pero destaca la necesidad de establecer vínculos entre la Escuela y sus egresados, mediante la oferta de programas de educación continua y postgrados en otras áreas para ampliar su campo de actuación. Estos elementos forman parte de los objetivos de un estudio de egresados ya que es el componente que permite verificar la pertinencia de la institución con respecto a la sociedad, tal como lo planteamos en nuestro estudio.

Finalmente, consideramos pertinente tener presente, las declaraciones del Rector de la Universidad Central de Venezuela, Dr. Antonio París P., quien en su experiencia como Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (2006), y ante el reto que implica la formación de nuevos profesionales de salud, contemplando un panorama que aparenta no ser prometedor, comenta que la Facultad de Medicina tiene como cualquier institución fortalezas y debilidades; entre las primeras expresa que el 85% de sus egresados califican en cualquier parte del mundo y saben ejercer la medicina de manera correcta, sin embargo, reconoce que hay un atraso evidente en cuanto al desarrollo

de tecnología para diagnóstico y tratamiento en el Hospital Universitario.

Ante ello propone modificaciones que se orientan a fortalecer la formación integral con actividades extracátedras como cultura y deportes y dentro de los planes de estudio incorporar materias optativas.

Así mismo el Dr. París resaltó la necesidad de cumplir con la Resolución del Ministerio de Salud y Desarrollo Social como es el cumplimiento del 30% de la docencia de pregrado en ambulatorios. Exigencias que ya se han venido poniendo en práctica en todas las Escuelas de Medicina del país. Igualmente señala que el profesional de la Medicina que necesita el país es aquel que se aproxime desde el principio de sus estudios a la realidad social, por tanto los estudiantes tienen que estar cerca de las personas, tener mucha sensibilidad y gran sentido humanístico.

CAPÍTULO III

1. Construcción Teórica.

El estudio que hemos realizado tiene sus fundamentos epistemológicos en los estatutos del pensamiento Postpositivista, definido desde posturas como la de Weber y Popper, señalados por Martínez (1998) como dos de sus cultores principales.

Desde estas posturas, se redefinen y plantean todos aquellos aspectos que la modernidad no ha tocado, abriendo una brecha de discusión, desde lo postmoderno para un debate en el que se transita por una visión distinta del hombre, de la realidad, la ciencia y el papel del investigador.

Cabe destacar entonces que a partir de este momento, se rediseñan las visiones y concepciones de la Educación, la Psicología, la Antropología, la Historia y el Arte, surgiendo posturas como el Estructuralismo, la Gestalt, el Enfoque Sistémico y el Pragmatismo que de algún modo, intentan superar el paradigma clásico Positivista, en el cual prevalece el criterio de objetividad por encima de todo acto de saber.

A partir de esta discusión, el hombre aparece como actor-actante de la investigación, es decir, como sujeto que está inserto en la realidad, no para observarla sino para intervenir en ella y mejorarla, más no así para transformarla, pues ello es propósito del post-marxismo. De allí que el paradigma postpositivista considera el conocimiento como el fruto o resultado de una interacción, de una dialéctica entre el conocedor y el objeto conocido. Siguiendo a Martínez (1998):

...en este diálogo entre el sujeto y objeto tienen voz múltiples interlocutores, como los factores biológicos, los psicológicos y sobre todo los culturales, los cuales influyen en la conceptualización o categorización que se haga del objeto. (p.28)

De tal manera, que para evidenciar tales diálogos entre los actores del proceso investigativo aparece la triangulación como técnica en la que según Martínez. (1991), “las

explicaciones motivacionales, funcionales e intencionales que se relacionan con el significado de las cosas y las acciones humanas, sustituyen a las explicaciones causales y estadísticas”. (p.20)

Surgen así, modalidades de investigación como la Etnografía que estudia la realidad a partir de su fisonomía propia, es decir, obvia el peso de la teoría y le da paso a los hechos tal cual ocurren. Desde ella, se asume lo exploratorio y el papel del investigador toma otro sentido, pues según Martínez (1991):

El investigador tiene que ser consciente de que el problema se formula en un contexto sociocultural (el escenario), donde conviven valores, intereses personales, políticos que exigen profundizar en el conocimiento de la propia subjetividad y de las subjetividades implícitas en el contexto (p.19).

Evidentemente que el considerar el escenario en su condición real da a esta postura epistemológica un carácter fenomenológico y naturalista, pues la realidad es abordada con sus propias características, dado que el enfoque etnográfico se apoya en la convicción de que las tradiciones, roles, valores y normas del ambiente en que se vive se van internalizando poco a poco y generan regularidades que pueden explicar la conducta individual y de grupo en forma adecuada.

Se trata así, de una orientación epistemológica que nos permite asumir lo ínter subjetivo, es decir, en ella el investigador es sujeto participante, dentro del plano en el cual se producen los hechos, no es sujeto que relata hechos en tercera persona del singular o del plural como en la investigación clásica, sino por el contrario, este se presenta en diálogo triangulado entre la realidad, los documentos y los relatos de los informantes, diálogo en el que Martínez (1991), refiere “no hay verdades únicas sino consensuadas social e históricamente.” (p.25)

De aquí que ésta orientación epistemológica Etnográfica-postpositivista, logre superar el estigma de la objetividad como referente científicista y es por ello que la naturaleza de la misma, le dio gran sentido al estudio desarrollado.

2. Enfoques Teóricos de la Educación Superior Contemporánea.

Existen diversas posturas sobre el rol que debe cumplir la educación superior y las implicaciones que tiene en los ámbitos social, económico y en particular en los espacios académicos. Diversos autores opinan que hay una crisis mundial en la educación superior,

debido a las relaciones económicas que existen entre los países, marcada por los procesos de globalización y liberación comercial, lo que ha incidido en las economías locales de un buen número de naciones periféricas y por ende en Latinoamérica.

Nuestros países en América Latina, han estado sometidos a reestructuraciones y ajustes, debidos a presiones de organismos financieros internacionales que condicionan los préstamos a la implantación de medidas de austeridad que estrangulan a los grupos más vulnerables y desprotegidos de la sociedad y por tanto a la cobertura que ofertan las universidades; situación que lleva a los académicos a preguntarnos ¿Como cambiar? Surgen entonces, algunos puntos relevantes que tienen el acuerdo de las mayorías de los estudiosos de la materia, como son la calidad, la equidad y la pertinencia, todo en atención al enfoque teórico que se tenga. Ante esta situación, Méndez y Pérez (2005), plantean que:

La educación superior no debe convertirse en una fuerza deformadora de un tipo de vida y de inteligencia, al contrario ésta educación debe permitir que cada quien se descubra en profundidad y se realice con plenitud, dentro de sus características más genuinas, no como individuo aislado e indiferente a la comunidad que le da sustento, sino como una expresión singular de sus semejantes. (p.89)

Entendemos que la formación universitaria debe orientar hacia una persona responsable y consciente que se debe al servicio de su comunidad. En este sentido, creemos que las universidades de hoy tienen la misión de hacerse cargo de los problemas que enfrentan los que toman decisiones en materia curricular mediante la comunicación y la investigación.

En este marco de ideas, uno de los puntos de discusión que esta en el tapete, es el que se centra en las categorías globalización y mundialización como sinónimos de desarrollo, controversias que tienen que ser analizadas en su contexto histórico y desde posturas socioeconómicas y políticas. Esta discusión pudiera ejemplarizarse con lo que sucede en el ámbito latinoamericano con los estudiantes que van a formarse en países adelantados como Estados Unidos, Francia o Inglaterra; quienes al terminar sus estudios regresan desconcertados por su dificultad para entender lo que sucede en sus naciones de origen y también por los problemas que afrontaron para comprender las situaciones y la cultura de los lugares que seleccionaron para formarse. Por ello Freire expresa: “que educación es praxis, reflexión y acción del hombre sobre el mundo para transformarlo” (citado por Méndez y Pérez, p.90); es decir el individuo debe ser educado para aprender a leer su realidad y su lenguaje ya que se trata de concientizarlo para construir a partir de sus

propias realidades, de sus culturas y marcos referenciales.

Estos planteamientos nos llevan a tomar como referencia a Ortega y Gasset que mencionaba las tres actividades y funciones que han de impulsar las universidades y casas de estudios, en materia educativa, las cuales ya conocemos: una relacionada con la ampliación del conocimiento, que corresponde a la investigación, otra como la función de docencia y la tercera la extensión, a las que hemos agregado, más recientemente, la gestión académica; funciones que nos llevan a conservar y transmitir los productos de la cultura humana. A través de ellas, podemos conocer el grado de contribución que hacemos para encontrar soluciones a las exigencias del entorno y de los problemas apremiantes de la humanidad.(citado por Méndez y Pérez 2005, p.91)

En este sentido, los tiempos actuales de transformaciones sociales están influyendo en el surgimiento de nuevas relaciones de la universidad con la sociedad y con el conocimiento, lo que obliga a la evaluación de las actividades que desarrollan, la cual surge como una necesidad impostergable que debe ser enfrentada en términos de orientar al mejoramiento de la calidad de los procesos que están inmersos dentro de su misión y visión, para proyectarse en esa sociedad a las cuales pertenecen.

La universidad y otras instituciones de Educación Superior, particularmente en América Latina, no han desarrollado una cultura de evaluación, por lo menos como actividad permanente de investigación, que permita visualizar lo que se hace, para realizar las transformaciones necesarias y dar respuestas a la demanda social.

Según Méndez y Pérez (2005):

Las primeras evaluaciones que fueron realizadas a las instituciones de educación superior, corresponden a los trabajos de Coombs en la década de los años 70, estudios que intentaron enlazar el pasado con el presente y visualizar a futuro la tendencia de la educación. Estudios que explican que la característica principal de estas instituciones es la heterogeneidad, aunque tienen fines comunes, como elevar la calidad, flexibilizar la oferta curricular, estimular en los estudiantes su selección por áreas o carreras de importancia, que tienen poca demanda o son poco conocidas, así como también vincular sus programas con el desarrollo económico y social del país. (p.30)

En estos estudios, se hace referencia a la pertinencia, es decir perfilar con claridad la vocación hacia lo regional y las ventajas comparativas de sus programas de estudio. Dichos autores, destacan que en lo atinente a la pertinencia juegan papel importante, los

siguientes factores: a) La comunicación de resultados a la sociedad y por ende la calidad de sus procesos educativos; b) los ajustes curriculares regulares en consonancia con los cambios en el conocimiento y en la demanda del mismo; c) la participación de actores del ámbito comunitario y productivo en los procesos relevantes de las instituciones educativas y específicamente las de educación superior; d) la flexibilidad de las instituciones para emprender asociaciones con actores externos; e) la figura de servicio social de los estudiantes, para fortalecer la responsabilidad y su compromiso de contribuir a la satisfacción de necesidades sociales; y f) la relevancia de la investigación, mediante figuras estatutarias que faciliten su conexión con actores e instituciones de la sociedad con el propósito de relacionarse orgánicamente con ella.

En esta perspectiva, creemos necesario mencionar que la visión sobre la universidad expresada en estos factores, sin duda alguna, ha sido considerada en los últimos treinta años, pero aún no esta concebida la evaluación como actividad permanente en el quehacer cotidiano, ni tampoco se ha tomado en cuenta el pensamiento de sujetos involucrados en los procesos, obviamente considerando las diferencias existentes en las distintas instituciones. Es allí donde los estudios sobre seguimiento de egresados toman relevancia, ya que como evidencia del trabajo institucional, permiten conocer el desempeño de estos nuevos profesionales, sus potencialidades y competencias específicas con relación a su ubicación geográfica, sus retos y posibilidades de crecimiento permanente donde les ha tocado desarrollar sus actividades.

3. Las Nuevas Visiones de la Educación Superior.

Las instituciones de Educación Superior a la luz de los conocimientos actuales, no han cambiado tan rápidamente como otras organizaciones que han aparecido en el mundo, lo cual nos lleva a pensarla como una organización tradicional que ha sobrevivido a diferentes épocas y al paso de los años, a pesar de las guerras, epidemias, hambrunas y crisis económicas.

En la era napoleónica la misión de la universidad, se basaba en la formación de hombres cultos, lograda mediante la función única que desempeñaba como era la docencia, mas tarde la universidad intenta incidir en la sociedad a través de las funciones de investigación (modelo humboltiano) y de extensión (modelo producto de los movimientos estudiantiles

de Córdoba) para plantearse en la actualidad la posibilidad de ofrecer respuestas a los reclamos de la sociedad, de ahí la necesidad de tener pertinencia y de mejorar la calidad como corresponde a una institución de servicio social.

Las universidades, si bien es cierto, están obligadas a manejar nuevas ideas pasando de la sociedad del entrenamiento a la del conocimiento tal como lo ha hecho en los últimos años, no debe pasar por alto, que el saber y el conocimiento son ingredientes que, aunque fundamentales, se encuentran mediatizados por las nuevas tecnologías de la información y comunicación. Tal como lo observa Albornoz (2006):

Dichas tecnologías coadyuvan al asombroso descubrimiento de que no hay alumnos y profesores propugnando por espacios en la tarea de aprender y enseñar, sino que unos y otros han igualado sus perspectivas frente al común denominador de la tecnología de la información y el saber, ya que uno conduce a la otra necesariamente.(p.30)

En consecuencia, es criticable que todavía la universidad de hoy prepare individuos para carreras profesionales, cuando en realidad el problema actual es producir conocimiento y proporcionar a sus actores las posibilidades de aprender más allá de las aulas, ya que el saber se reproduce con tanta rapidez, que el aula no puede concebirse como centro del espacio del saber. En otras palabras, pasamos de la institución del entrenamiento a la universidad extensionista y del conocimiento, donde profesores y alumnos coincidan en sus aproximaciones a ese conocimiento, como centro de la actividad, para lo cual es necesario que se integren las funciones con el fin de totalizar el trabajo universitario.

En esta perspectiva, podemos identificar algunos factores que actualmente impulsan al cambio de la Universidad, el primero de ellos, referido al proceso creciente de internacionalización por el que transita el mundo, que se manifiesta en la movilización de mercancías y capitales que se produce activamente entre los países y que no necesitan ser demostrados por estadísticas sofisticadas, ya que cualquier ciudadano lo vive diariamente en la cotidianidad y en los espacios por los que circula diariamente; esto conduce inevitablemente a pensar en la globalización o también llamada mundialización de la que hablaba Keynes en los primeras tres décadas del siglo pasado y que ya habíamos planteado inicialmente como tema de debate; el segundo aspecto por el que se ven obligadas las universidades a cambiar es la revolución tecnológica, que nos lleva inexorablemente a desarrollar nuevas estrategias de enseñanza aprendizaje, es decir, se trata de enseñar a

aprender y a investigar con una actitud distinta, que incentive la crítica y la búsqueda, más que en la entrega de contenidos rígidos. Otro elemento de cambio, es el crecimiento de la población, que impulsa a mayor demanda de educación superior, lo que implica revisar la sostenibilidad de la oferta académica de calidad y del financiamiento necesario para que esa expansión sea posible y rinda los frutos que la sociedad espera en cuanto a la formación de profesionales y a la producción de conocimiento.

El cambio que impulsan estos factores, probablemente se evidencien en distintas dimensiones, por ejemplo en la enseñanza, que seguramente tendrá que asumir estándares internacionales en forma progresiva, ya que no podemos estar a espaldas de la nueva sociedad del conocimiento. Uno de los casos más preocupantes es la formación de médicos, para la cual existe una presión demandada que debe tener respuestas. Ante tal situación surge la interrogante ¿hay suficientes académicos preparados para ejercer la tarea docente y de investigación que requiere la formación médica en una sociedad del conocimiento?

Como hemos planteado, son elementos que modelan lo que va a ocurrir o lo que está ocurriendo con el sistema de educación superior y en particular con las universidades. Ante esta situación compartimos con Riveros (2003):

Que hoy es difícil alejarse de la realidad internacional del conocimiento a menos que se elija ir detrás del avance científico y tecnológico. No es fácil tener noción de cómo enseñar medicina actualmente en el contexto de 10 años atrás y no observando lo que ocurre actualmente, especialmente considerando cuánto cambia el conocimiento en un área como la biomedicina. Se dice que en medicina cada día está saliendo algo nuevo y distinto ya que se debe estudiar por sus implicancias directas en materia de investigación y docencia. Por eso los académicos deben estar menos en los libros y más en Internet y en la investigación. (p.13)

A lo que agregamos, menos en las oficinas y aulas, más en las reuniones científicas compartiendo sus experiencias con otros académicos del mundo, para estar al día y lograr el roce internacional que les va permitir estar en la frontera, pero también en la práctica comunitaria con sus alumnos para aplicar ese conocimiento reciente y dar mejores servicios a la población.

Asimismo, la creciente movilidad laboral en el ámbito internacional, que ya estamos observando, requiere una formación local altamente competitiva, en el mejor sentido de la palabra, y con capacidad de actualizarse permanentemente, lo cual constituye un verdadero

reto para las instituciones ya que tiene relación con las formas de desempeño académico que tenemos en los actuales momentos. Otro elemento que es necesario mencionar, es la creciente competencia nacional e internacional, es decir la creación de núcleos y proyectos institucionales en nuestros países, que nos obliga a mejorar la calidad y a promover mayor información sobre los contenidos de nuestras carreras y sobre las perspectivas laborales de nuestros egresados. La implementación de campos virtuales para educación a distancia, son estrategias de enseñanza-aprendizaje, que están llevando a dejar las aulas, sobre todo, para conferencias, asesorías y evaluaciones, desarrollando una docencia en ambientes de gran competencia.

Otro aspecto a destacar, son los cambios en el perfil profesional de los universitarios que se deben preparar para el futuro. Los tiempos dedicados a la formación, según lo expresa Riveros (2003):

...los esta llevando a una relativa especialización, cuando la tendencia es a una formación general en el área disciplinaria y una actitud de investigación, de buscar y aprender más. La especialización se adquiere con el desempeño laboral y el postgrado. De allí que las universidades deben desarrollar competencias, basarse menos en currículos rígidos y buscar ciertas habilidades y destrezas que les demanda la realidad laboral. (p.15)

Ante esto, se nos presenta la necesidad de reflexionar sobre la formación del universitario, creemos que el profesional de estos tiempos, independientemente de la disciplina que elija, necesita de una formación más transversal para hacerse cargo de la interdisciplinariedad de su quehacer.

Estos planteamientos nos permiten vislumbrar grandes cambios en la institución universitaria, que van desde programas comunes de ingreso, probablemente reducción de los tiempos de formación para algunas disciplinas y redimensionar las carreras en función de las competencias necesarias desde el punto de vista social y laboral, hasta llegar a tipos de universidades especializadas en investigación y docencia de postgrado e instituciones de pregrado. De allí que las instituciones de educación superior deben evaluar y adecuar sus estructuras curriculares a las proyecciones futuras y deseables, buscando una propuesta que intente la formación integral de los profesionales que enfrentaran los problemas sociales en las diferentes áreas de desarrollo.

En lo referente a la praxis del médico, en la actualidad se evidencia la necesidad de un profesional integral como plantea Espig (2007) “con una perspectiva biopsicosocial, que

asuma un rol protagónico en la búsqueda de estados saludables de la población, utilizando como herramienta la educación y la prevención a un nivel de atención primaria” (p. 60); en este sentido, es necesario que los estudiantes aprendan sobre la base de procesos, generar competencias para situaciones nuevas que pudieran presentarse según la dinámica social, prepararse para asumir los grandes cambios de la era informática, para la reflexión y la crítica que le permitan generar iniciativas propias y creativas para la solución de problemas en todos los espacios de ejercicio profesional. Como podríamos entonces llegar a ello?, quizás sería conveniente conocer más lo que estamos haciendo desde la academia, a través de un proceso de evaluación institucional.

4. La Visión del Docente y el Ejercicio Profesional de la Medicina.

La calificación académica, el profesorado y su vinculación con la producción intelectual son elementos que junto con los estudiantes, los egresados y el currículo, constituyen la base para evaluar la pertinencia técnica y social de un programa educativo. En referencia al profesorado, los nuevos tiempos exigen a este profesional poseer cualidades mínimas como persona, sobre todo cuando se refiere al ejercicio de la docencia, y en este sentido son innumerables los estudios que han reflejado su perfil ideal en el cual son incluidas características tales como; el manejo situacional, creatividad, capacidad de realización, dominio personal, entre otras; también han sido planteado los factores de los cuales depende la calidad personal, como: la autoestima, ética personal y profesional, entusiasmo, metas claras, tenacidad; ya que una de las funciones de mayor exigencia, por su alto compromiso con las nuevas generaciones y con los destinos del país es la de educador.

En este sentido, Segura (2005) plantea:

.....que educar va mas allá de la entrega de información, engloba patrones y conductas que en gran medida no pueden obtenerse a corto plazo, sino que se valoran solamente con el pasar del tiempo, por ello el docente debe ser una persona con cualidades personales bien específicas.(p.174)

En consecuencia, quien ejecute la labor docente, debe tener presente que el centro de su labor es el crecimiento del estudiante, no sólo en el tema que se imparte sino en su desarrollo como individuo. En este sentido el profesor universitario, sea cual fuere su especialidad o carrera de formación, es solicitado por la academia no únicamente como profesional con experiencia científico-técnica también como educador. Tal como lo ha

afirmado Salcedo (1999), acerca del perfil integral del docente:

Que la nueva visión de la universidad supone la presencia de ciertos rasgos fundamentales, entre los que desataca la capacidad de adaptación permanente a las nuevas circunstancias y demandas del entorno social, la tolerancia a la ambigüedad y la capacidad para afrontar situaciones confusas, es decir de emplear exitosamente tácticas de sobrevivencia a corto plazo, así como estrategias de largo alcance, guiado por una visión amplia de la universidad y un sistema de valores concordantes con la institución. (Citado por Segura, 2005 p. 178)

En otras palabras, es necesario enfatizar en la necesidad de la vinculación del docente con el contexto en que se desenvuelve y de allí las estrategias que debe poner en práctica para desempeñarse con calidad, excelencia y creatividad.

Rogers (1986) y su corriente humanista soportada en las corrientes fenomenológicas y el existencialismo, en atención a la enseñanza, planteaba que debe aglutinarse el interés en las actitudes, sentimientos y aspectos del individuo, el cual es capaz de propulsar su propio desarrollo. Particularmente expresaba:

Que los principios básicos del proceso enseñanza-aprendizaje giran en torno al hombre y sus circunstancias, su desarrollo personal, la búsqueda del sentido de la existencia y la puesta en practica de valores humanos, tales como la confianza en sus potencialidades, de allí la importancia de crear un ambiente favorable que ayudará al alumno a enriquecerse de conocimientos y experiencias para lograr una transformación eficaz en su aprendizaje. (Citado por Segura, 2005. p. 200)

Esto nos permite expresar que el aprendizaje debe tener un contenido significativo vivencial, que utiliza lo afectivo y lo intelectual en forma armónica ya que en el mundo actual que estamos viviendo dicho aprendizaje representa una actitud de apertura hacia las experiencias y la incorporación a los procesos de cambio y para ello se están haciendo referencia a las competencias personales que debe manejar el docente. Autores como Pezo (1999) expresa que esas “competencias genéricas incluyen las técnicas, las pedagógicas, las de gestión, de transferencia e innovación y las transversales personales o interpersonales que inciden en la esencia del ser humano y forman un perfil paradigmático

nuevo”. (Citado por Segura, 2005, p.201)

Estas competencias han sido trabajadas en algunos diseños curriculares pero la función del docente no es, principalmente, cumplir con el currículo sino dinamizar el desarrollo de la persona para el buen ejercicio de la conciencia, responsabilidad, sentimientos de justicia y solidaridad.

En este orden de ideas y en el marco de la enseñanza de la Medicina, surge la interrogante ¿es necesario aprender a enseñar medicina? Desde hace mucho tiempo a los maestros, docentes o profesores responsables de la docencia de esta ciencia, sólo se les exigía poseer conocimientos para enseñar, más sin embargo los alumnos reconocían en ellos la capacidad para hacerlo porque se valoraba no sólo el conocimiento per se, también el trato, la calidez, la motivación y el interés por los alumnos, lo cual constituye, hoy día, un reto para el docente y la institución.

No obstante, actualmente la educación médica hace énfasis sobre la medicina orientada a la población y se destaca la necesidad de adquirir una amplia experiencia en trabajo comunitario. Esto implica un uso variado de espacios, para la enseñanza, en los que se incluye, desde luego, a los hospitales pero con la intención obvia de señalar que estos no son el único espacio formativo. Desde el punto de vista de la educación científica en el área médica la tendencia es hacia la integración de las ciencias básicas con la clínica, lo preventivo con lo curativo, lo social con lo biológico, la docencia con la investigación y ambas con el servicio. Es decir se buscan esquemas de integración interdisciplinaria y un mayor acercamiento de la teoría y la práctica.

Se está sugiriendo la enseñanza en grupos de alumnos relativamente pequeños, en los que se impulse la autoformación del estudiante mediante su inserción en actividades individuales y colectivas, buscando con ello una mayor formación teórica y práctica. Se busca que los alumnos desarrollen juicios críticos aprendan los métodos y las formas de creación y recreación del conocimiento. La tendencia educativa se basa en el planteamiento y soluciones de problemas, lo cual indica que el docente debe tener capacidad para seleccionar estos problemas de aprendizaje que tengan importancia social, abandonando posiciones exclusivamente biologizantes que han tenido sustento en teorías positivistas y neopositivistas que a mi entender no han permitido aclarar el camino para construir un

marco teórico que guíe la educación médica de estos nuevos tiempos.

Asimismo, en esos grandes cambios que ha presentado la educación médica en las últimas décadas, se nos presenta el área tecnológica, como recurso a utilizar en la academia, lo cual plantea una formación integral del futuro profesional, y desde aquí han surgido temas que ya hemos nombrado pero que es necesario resaltar, como la enseñanza integrada, el aprendizaje basado en problemas, el aprendizaje basado en la comunidad y el currículo flexible con asignaturas opcionales o electivas y la planificación curricular sistemática, los cuales están en el orden del día; la aplicación de nuevas tecnologías de aprendizaje ha soportado esta tendencia. Igualmente han sido identificados nuevos direccionamientos en la evaluación académica, con énfasis en la evaluación de competencias, utilización de nuevas técnicas, como la evaluación clínica estructurada, la coevaluación y la auto evaluación, términos por los cuales no habíamos transitado anteriormente o por lo menos no en forma explícita, que obligan a vincular la ciencia a la docencia y que permite mejorar la calidad de la educación médica que actualmente se ofrece.

Este panorama permite reflexionar sobre los procesos de enseñanza-aprendizaje, como labor compleja que requiere un saber pedagógico, adicional al saber científico con el que cuenta cada uno de los docentes médicos. De allí, el interés de focalizar su capacitación docente, para intentar mejorar la calidad de la experiencia educacional que ellos ofrecen a los estudiantes. Reconocer que, si bien es cierto, el conocimiento va creciendo aceleradamente, no debemos olvidarnos de los valores, de allí la necesidad de fomentar el aprendizaje social, donde confluya la adquisición de conocimientos con la formación responsable de ciudadanos. Esto hace que sean las universidades los escenarios más propicios, junto a la comunidad, para realizar un aprendizaje basado en el descubrimiento del otro, el respeto de la diversidad y de todos los principios y libertades fundamentales, que sin duda son necesarias para el ejercicio de la profesión médica.

5. Observatorio de Recursos Humanos en Salud.

Los antecedentes de la estrategia de instalación de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, tienen su origen en el año 1994, cuando los países miembros solicitaron a la Organización Panamericana de la Salud, como Oficina Regional de la Organización

Mundial de la Salud y en atención a la cooperación técnica en el campo de los recursos humanos en la reforma del sector salud, formulado en la Cumbre de los Jefes de Estado de las Américas, el reconocimiento del tema de la fuerza laboral en los servicios de salud. Comienza, así un programa integral de acción para fortalecer la función rectora de las autoridades sanitarias con el propósito de producir y difundir conocimientos e instrumentos que condujeran a mejores políticas, reglamentación, gestión y formación en materia de recursos humanos para la salud. La iniciativa planteada fue la creación del Observatorio de Recursos Humanos de Salud que se lanzó en 1999. (OPS/OMS, 1999-2004).

En el año 2001, el 43° Consejo Directivo de la OPS, aprobó la Resolución correspondiente, en la cual se promovía en los países miembros a:

Participar activamente en la iniciativa del Observatorio de Recursos Humanos, facilitando en cada país la constitución de grupos interinstitucionales para el análisis de la situación, la producción de información esencial y la formulación de propuestas en materia de política, regulación y gestión de recursos humanos. (p. 201).

La estrategia se basó en la necesidad de producir información para mejorar la capacidad de formular políticas, siguiendo las características específicas de los recursos humanos en salud, entre las cuales vale mencionar: un sector público como empleador más importante; alta dinámica tecnológica con repercusión sobre la estructura de trabajo y separación entre los objetivos de las instituciones de educación y los servicios de salud.

El objetivo final fue mejorar el uso de conocimiento y la información por los encargados de tomar las decisiones y los agentes sociales pertinentes, mediante el uso de esta información, sin sustituir ni crear nuevos sistemas de información. Se trató de sistematizar las fuentes existentes en las siguientes áreas: calidad del trabajo; educación y adiestramiento de los recursos humanos; productividad y calidad de los servicios, donde estaban superpuestos problemas persistentes y retos emergentes, ligados a situaciones que están influenciados por la dinámica mundial que experimenta constantes cambios; retos actuales derivados de los problemas surgidos como consecuencia de la movilidad profesional, desplazamientos y déficit de personal de salud, inquietudes derivadas de la calidad, productividad y acreditación, entre otros y que generan presiones que suelen exigir soluciones que superan el nivel nacional.

En este sentido, se observa que muchos países están experimentando escasez de personal

en salud, particularmente de enfermeras y médicos, sobre todo en áreas de competencia como epidemiología, economía y gerontología, por citar algunas de las más resaltantes; aunque en los últimos cinco años de esta primera década del presente siglo XXI, también se ha constatado en Venezuela, déficit de médicos especialistas en los hospitales y ambulatorios del sistema de salud, lo cual quizás se deba no sólo a la capacidad limitada que tienen las casas de estudios para atender la demanda del país, sino también a la contratación internacional de personal y desplazamientos de personal formado, hacia otros sectores del país. Las disparidades geográficas son comunes entre los centros urbanos con una alta densidad de población y las zonas semiurbanas y rurales o escasamente pobladas.

No obstante, lo anterior, un aspecto que necesita examinarse es la prestación informal de servicios sanitarios hacia las comunidades, sobre todo de personal no calificado y en condiciones no apropiadas para la atención a la salud, de los cuales no se dispone de información. Por tanto las brechas en la recopilación de datos y las limitaciones de las fuentes de información, socavan los esfuerzos para abordar estos problemas desde el sector salud y educación.

Los datos que se recopilan regularmente provienen de fuentes existentes, como registros de personal de los ministerios de salud, institutos de seguridad social, registros de ingreso y graduaciones de universidades, asociaciones profesionales y gremiales y encuestas de hogares realizadas por la Oficina Central de Estadística e Informática, en Venezuela y otros países como Argentina y Ecuador.

Los datos que registran estas fuentes, según lo expresa la OPS/OMS (1999-2004), son: “Número, tipo y distribución geográfica de los profesionales de la salud, así como también, profesión, especialidad, edad y sexo.” (p.205); pero también es importante organizar y mantener datos que orienten a las necesidades actuales y futuras, tanto cuantitativas como cualitativas, en tanto combinación de aptitudes, en el nivel nacional, local y regional.

En esta perspectiva, se vislumbra la función principal de un Observatorio como es: vigilar las tendencias que repercuten en la tarea de definir las políticas de educación y de salud en el ámbito de los recursos humanos, en un programa de trabajo compartido con la sociedad, a fin de atender las prioridades y los valores de los diferentes temas, así como los datos fidedignos que muestran donde radican las verdaderas necesidades de la población.

La información de la cual se dispone actualmente, son todavía insuficientes para prever si el suministro de profesionales que se ha pronosticado, bastará para cubrir las necesidades sanitarias en cuanto a cantidad, aptitudes y distribución, por lo cual se requiere el desarrollo de estudios evaluativos de la fuerza laboral que se necesita.

Todo lo anterior nos lleva a considerar, que el apoyo a la formulación de políticas, es uno de los problemas presentes, lo cual hace necesario establecer acuerdos intersectoriales para elaborar un programa de investigación sobre los recursos humanos prioritarios y el seguimiento de los egresados para vislumbrar la equidad en la distribución de los profesionales de salud con respecto a las necesidades evidenciadas y sentidas en la población, lo que permitiría fortalecer la relación entre los grupos de investigación y los formuladores de las políticas.

En este sentido la OPS/OMS ha expresado que:

La experiencia ha indicado que la colaboración con el sector de educación, en especial con el Ministerio de Educación, es tanto necesaria como aconsejable. Esto es particularmente importante para abordar temas como las competencias y los perfiles de los recursos humanos de salud, lo que abarca el adiestramiento, la investigación y el aprendizaje continuo para diferentes profesionales sanitarios, así como la calidad, la certificación y los asuntos de acreditación. (p.272)

Estos planteamientos refuerzan la idea de organizar un Observatorio de Profesionales en Salud que egresan de la Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba”, médicos que se ubican en diferentes regiones del país, de los que se tiene información por fuentes no oficiales de su trayectoria y aceptación en los servicios de salud y comunidades, pero que no es fidedigna para atender su demanda en cuanto a necesidades de educación permanente que les permita perfeccionar su práctica profesional. Igualmente esta estrategia facilitaría la evaluación permanentemente del diseño curricular vigente para hacer los cambios pertinentes a las políticas de salud.

CAPÍTULO IV

1. Las Políticas de Salud en Venezuela

La consideración de las políticas de salud en Venezuela, para enfocar la temática que nos ocupa, obliga a hacer un recuento desde el año 1936 cuando se crea el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, para entender el proceso evolucionista que ha marcado la praxis del sector en los últimos siete décadas. Así encontramos que a partir del momento de creación del órgano rector de la política de salud, hasta los años noventa, la misma tenía como bases fundamentales la llamada “Doctrina Sanitaria Integralista”, la que a través de su desarrollo fue incorporando una serie de conceptos, como expresiones del conocimiento tanto nacional e internacional, en especial de la Organización Mundial de la Salud (OMS), pero en los primeros años, tomando en cuenta las ideas imperantes en los países sanitariamente más avanzados, los fundamentos de dicha doctrina se sustentaba en lo curativo, lo preventivo y el saneamiento básico.

En 1945, el movimiento político de octubre influye en la transformación de la llamada Revolución Sanitaria que se venía incubando, oficializando la doctrina sanitaria integralista sobre tres grandes aspectos: Defensa, Fomento y Restitución, lo cual debía ser resuelto por un sólo organismo nacional. Es incorporado entonces, el concepto de salud de la OMS, que incluye el bienestar físico, mental y social “como expresión de solidaridad y base para la paz, con la característica de ser un derecho, tal como fue señalado en la Constitución de 1947”. (MSAS, 1992 p.3).

Esta Doctrina Sanitaria Integralista consideraba a la salud y a la enfermedad como fenómenos ecológicos multicausales (hereditarias, congénitas biológicas, químicas, físicas), evidenciados en hechos individuales, familiares y colectivos donde el ambiente natural y cultural jugaban un rol fundamental en el fomento, conservación y restitución de la salud, tanto en su aspecto físico, mental como social y por ello “hacen posible el bienestar y el desarrollo integral de personas familias y comunidades” (MSAS, 1992 p.4).

En el año 1965 se incluyen los conceptos de niveles de prevención incluyendo el diagnóstico precoz y tratamiento inmediato de las enfermedades, la minimización de sus daños y la rehabilitación y el de salud-enfermedad como fenómeno ecológico así como del ambiente cultural creado como la máxima expresión del ser humano. Más tarde en 1978, la Declaración de Alma Ata establece la necesidad de elevar los niveles de calidad de vida, para dar al ser humano la capacidad de producción e incorporarlo a su desarrollo individual, familiar y colectivo, tanto situacional como estratégico, para el logro de Salud para Todos en el año 2000.

Hasta este momento, las políticas de salud del estado venezolano, habían venido evolucionando en atención a tres aspectos: la situación epidemiológica; la evolución de la doctrina y las variables de las reformas políticas. Con ello, se inicia la obligatoriedad de la pasantía rural para los médicos recién graduados, en el interior del país, como requisito para ejercer la profesión y continuar su formación de postgrado; se crean los centros de salud, destacando a los hospitales para lo curativo y las unidades sanitarias para lo preventivo. En 1982 fueron creadas las regiones sanitarias y se normalizan los Distritos Sanitarios como unidades administrativo-asistenciales de las entidades federales. Se ordena la desconcentración y transferencia de la autoridad y de los recursos hacia las direcciones de salud regionales y se crean tres niveles de jerarquía en la organización con funciones definidas; Central: Político y Normativo; Regional: Dirección, Supervisión y Control y el Local: Operativo.

En el año 1987, se dicta la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud que reafirma y profundiza los conceptos regionales, crea un sistema nacional con autonomía en las regiones, unifica los servicios de atención médica de todo el sector salud, reafirmando la concepción integral unitaria y considerando que la estructura y funcionamiento del sistema tendría como base la participación de la población organizada, dándole carácter de Servicio Autónomo al Subsistema de Atención Médica.

En 1989 se reforma la Ley Orgánica del Régimen Municipal transformando los Distritos Políticos en Municipios Autónomos, iniciando así la Reforma del Estado, y con ella la asignación de competencias en los componentes holísticos de salud y bienestar. Durante este mismo año, se realiza la elección popular de Gobernadores y Alcaldes y se dicta la Ley Orgánica de Descentralización y Transferencia de Competencias del Poder Público, que

señala como lo indica su nombre, la descentralización de funciones del sector, observando la Dirección Técnica, las normas administrativas y la coordinación de los servicios destinados a la defensa de las mismas según disposiciones del Poder Nacional.

Con el nombramiento de la Comisión Presidencial para la Reforma del Estado (COPRE), las reformas políticas establecidas en los decretos de regularización, confirmadas en las Leyes Orgánicas del Sistema Nacional de Salud y de la Descentralización, hacen posible el desarrollo de estrategias confluentes como fue la Atención Primaria de Salud (APS). Es así como se empieza desde lo preventivo (fomento y conservación de la salud), a promover el mejoramiento del nivel de calidad de vida a las personas, familias y comunidades, con capacidad de incorporarse al desarrollo integral con características de integralidad y equidad, lo cual se haría posible a través de la coordinación intersectorial.

Se planteaba entonces, que la educación para la salud, con la información y motivación que generaría un grado de autogestión individual y colectiva podría “desencadenar la concientización de salud en las personas como derecho social y deber individual, capaz de impulsar con un sentido de perseverancia a una participación en todos los procesos de desarrollo de actividades y programaciones. Se trataba de buscar un cambio en los estilos de vida que hicieran posible el bienestar individual y colectivo” (MSAS, 1992 p.6).

Se pretendía establecer una organización administrativa caracterizada para prestar una atención a la salud oportuna, eficiente, permanente, eficaz e indiscriminada; determinar coberturas reales de cada servicio; maximizar los beneficios de los recursos en cuanto a estructura, por niveles para hacerlos eficientes en base a una descentralización administrativa; la formación y adiestramiento de recursos humanos en sus diferentes disciplinas, con desarrollo del concepto de equipo de salud y de equipos gerenciales que apoyaran las estrategias establecidas y finalmente, usar las tecnologías apropiadas para las áreas de atención y de administración. Estos planteamientos llevaron a iniciar el proyecto de intervenciones integradas con el propósito de acreditar a los distritos sanitarios como sistemas locales de salud con la cooperación técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana.

A partir del año 1990, comienza una reflexión sobre la crisis que venía gestándose en el sector salud, dada la existencia de un modelo de gestión fragmentado que estaba surgiendo desde el sector privado con y sin fines de lucro, servicios que desarrollaban actividades de restitución de la salud. El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social era el único organismo

del sector con actividades integrales para toda la población que incluía la promoción y la prevención. Señala Feo (2003) que dicho modelo estaba:

Integrado por más de 70 instituciones para, restitución y rehabilitación. También se estimó que la cobertura de este sector privado llegaba a un 10% de la población. El sector público tenía 5 instituciones con un número importante de población a atender, y que incluía además del MSAS, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, la Gobernación del Distrito Federal, el Instituto de Previsión Social del Ministerio de Educación y Sanidad Militar. (p.9)

La crisis se expresaba en las inequidades existentes, ya que se atendía, a través de estas instituciones, a grupos de población en forma selectiva y además con poca o ninguna coordinación y con acciones separadas, lo cual provocaba una evidente exclusión de aquella población que no tuviera reconocimiento en dichas instituciones. Ante esta situación, muchos autores, interpretaron esta crisis, que también estaba presente en otros países, desde diferentes puntos de vista, tanto en el ámbito nacional como en América Latina, generando respuestas dispares y contradictorias.

En Venezuela se evidenciaba coincidencia entre los análisis de la situación de salud ejemplo de ello fue lo expresado por Revello (1989) quien desde un documento de la COPRE, manifestaba que la crisis en Venezuela podía estudiarse bajo tres aspectos, el estado de salud de la población, las políticas de salud del Estado y la prestación de los servicios; Romero (1987) por su parte señalaba la existencia de tres grandes crisis: de la salud, de los servicios de salud y de la medicina, con un alza de los costos, cobertura desigual e incompleta y descontento de la población. Carquéz y León (1995) manifestaban la interrelación de intereses entre políticas de salud y de la clase dominante, y ubicaban como inicio de la crisis el colapso de la infraestructura sanitario-asistencial. Otros como Córdova y colaboradores (1999) criticaban el modelo neoliberal privatizador y hacían énfasis en la articulación y fortalecimiento de las organizaciones. Por su parte Rodríguez Ochoa (1999 a) señalaba como causa fundamental de la crisis, la mercantilización y el modelo de atención fragmentado. En efecto este sistema de salud tenía una fuerte tendencia a la privatización, sin participación de la población, descoordinado y donde el Ministerio había perdido la rectoría.

El año 1999 marca una nueva etapa en la vida política y social de Venezuela. Es el inicio de un proceso constituyente que va a la búsqueda de transformaciones en todos los órdenes

de la vida nacional, jurídica, económica, social y también institucional, con el cual se produce el surgimiento de nuevos actores que pasan a liderizar los espacios de discusión y la agenda política del país.

El objetivo, según De D'Elia, De Negri, Huggins, Vega y Bazo (2002), estaba dirigido a:

...construir una democracia participativa y de justicia social, estimular un modelo de desarrollo equitativo basado en el ser humano, con expresión en lo social, lo político, lo territorial, lo económico y lo internacional y, rescatar el compromiso y responsabilidad ética y política de los poderes públicos, con los problemas estructurales de la sociedad venezolana. (p. 15).

Este proceso constituyente conduce a la elaboración y aprobación de la Constitución Bolivariana de Venezuela que establece, como marco jurídico de toda la sociedad venezolana, cambios fundamentales en la estructura sociopolítica del país y exige la construcción de nuevos paradigmas y formas de ejercicio de las políticas públicas. Esto plantea enormes desafíos y obliga a un cambio en sus concepciones y prácticas. Lo público pasa a ser espacio del Estado y de la Sociedad y como consecuencia se produce la demanda en la construcción de políticas, con perspectivas de largo alcance y con, siguiendo a estos autores, “participación de todos por el bien de todos” (p.16). Se establece lo social como campo de derechos legítimos, reconocidos y garantizados, indispensables para alcanzar la condición de ciudadanía, donde la sociedad tendría un papel protagónico, activo y corresponsable para decidir su propio desarrollo.

En el año 2001, la Asamblea Nacional aprueba el Plan de Desarrollo Económico y Social 2001-2007, como Rector de las Políticas Públicas, en el cual se fijan los lineamientos políticos para el desarrollo de la nación orientados hacia la universalización de los derechos sociales dentro de un nuevo orden social, material y de justicia, basado en la equidad y el rescate de lo público como espacio de políticas y acciones en función del interés colectivo del ejercicio del poder ciudadano dentro de una nueva forma de relación de corresponsabilidad entre Estado y Sociedad.

De acuerdo con estos lineamientos, se le planteaban a las políticas públicas desafíos para transformar las condiciones de calidad de vida de la población venezolana, en la perspectiva de viabilizar los derechos sociales. En otras palabras, significaba que la universalización debía garantizar igualdad de condiciones y la equidad igualdad de

oportunidades, incorporando la diversidad, la heterogeneidad y las diferencias que forman parte de la complejidad humana y de los contextos particulares donde se desenvuelve la vida.

Para la transformación de las condiciones de calidad de vida se establece la necesidad de integrar las políticas públicas, en las cuales se incluyeran los derechos sociales referidos a la salud, la alimentación, la educación, la vivienda, el transporte, la renta, el empleo y la seguridad en tanto representan ámbitos de necesidades esenciales para los seres humanos y para su desarrollo en todas las etapas de su vida. Quiere decir que rompe, inicialmente y desde el punto de vista teórico, con la fragmentación que se había venido desarrollando y se privilegia la calidad de vida y la salud como herramientas para la construcción de respuestas sociales. Surge entonces en el año 2002, el Plan Estratégico Social (PES) como herramienta para orientar, organizar y viabilizar la política nacional de salud y desarrollo social puesta en marcha por el Ministerio de Salud en el año 2001, con el propósito de hacer efectiva estas disposiciones contenidas en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV).

El PES le imprime una nueva direccionalidad a la política de salud, señalando cuatro grandes directrices:

- a) Orientar la función de las políticas públicas hacia el imperativo ético de responder a las necesidades sociales de calidad de vida y salud,
- b) Adoptar la estrategia de promoción de la calidad de vida y salud como propósito para el desarrollo de la autonomía de individuos y colectividades, generando capacidades de organización y empoderamiento social,
- c) Reorientar el modo de atención mediante la conformación de redes públicas y sociales de calidad de vida y salud en los ámbitos nacional, estatal y municipal como espacios de gestión transectorial vinculantes para el ejercicio político y social entre autoridades públicas y comunidades organizadas, y
- d) Construir una nueva institucionalidad pública dentro de una estructura intergubernamental descentralizada y participativa, comprometida con la transformación de los patrones de calidad de vida y salud de la población venezolana.

En esta perspectiva, se observa que se retoma la salud como un derecho fundamental

pero considerándola como indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos, como necesidad inherente a la existencia de las personas y a su condición de ciudadanía, todo enmarcado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948);

el Pacto Internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas (1966) y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas (2000). En otras palabras, se confiere importancia a la salud en el desarrollo de la vida de las personas y comunidades, adquiere relevancia pública, con una dimensión amplia dirigida hacia la conquista y protección de la calidad de vida de todos y todas, trascendiendo los espacios de la atención médica como había estado sucediendo y trasladando la acción hacia las formas y condiciones en las que se desenvuelve la vida de las personas y grupos humanos en territorios sociales concretos.

En este contexto, el Plan contemplaba que había que generar otro sentido a la acción, operando sobre el conjunto de las condiciones materiales, sociales, políticas, anímicas, psicológicas y biológicas que caracterizan la realidad de la vida de las personas. Igualmente, se evidencia la necesidad de reorientar el modo en que los servicios de salud se planifican, ordenan y funcionan, de tal forma que el eje de su actuación pudiera responder a las diferentes configuraciones de necesidades individuales y colectivas, articulándose entre ellos y con las características de género, etapas de la vida, territorios y estratos sociales y problemas de mayor impacto en la salud de la población, preceptos que fueron incluidos en el Anteproyecto de la Ley Orgánica de Salud (ALOS) que fue presentada en el año 2002 ante la Asamblea Nacional para su estudio y discusión, el cual se encuentra todavía en espera de su aprobación.

En dicho proyecto se desarrolla la organización, fines y funcionamiento del Sistema Público Nacional de Salud, teniendo como principios la universalidad, la equidad, la gratuidad, la solidaridad, la integración social, la unicidad, la transectorialidad, la pertinencia cultural y lingüística, la participación, la corresponsabilidad social y la efectividad social, según lo establecido en el artículo 84 de la Constitución Nacional.

Este proyecto de Ley establece que los servicios y acciones de salud se organizarán en redes según niveles de atención y grados de complejidad con roles y responsabilidades definidas. En dichas redes se integran: la Red de Atención Primaria; la Red de Especialidades Ambulatorias; la Red de Emergencias; la Red de Hospitalización; las Redes

Complementarias y la Red de Apoyo Diagnóstico, las cuales deben interrelacionar tanto con el ámbito nacional, como regional y municipal; sin embargo, es evidente que esta nueva organización no va en concordancia con la disponibilidad de los recursos humanos que se desempeñan en la estructura y en atención a ello, el proyecto plantea que el personal de salud “recibe una formación orientada dentro del viejo paradigma medicalizado y positivista de la salud, teniendo que recibir una capacitación extra para alinearse con las políticas del sistema cuando ingresa al mismo”(p.121). Motivo por el cual, dicho proyecto contempla la creación de mecanismos necesarios para la coordinación entre las instituciones de formación de personal en salud, a fin de que el profesional pueda manejar los objetivos, políticas y reglas de funcionamiento del sistema de salud y por consiguiente se logre mayor rendimiento con una menor pérdida de tiempo útil y de recursos para la nación. (MSDS, 2002)

Surge entonces en el 2003, una estructura paralela, que coexiste con la estructura institucional convencional como estrategia de la política nacional, denominada Misión Barrio Adentro, considerada hasta el presente año 2007, como una aproximación para dar respuesta a los principios de universalización y equidad social consagrados en la Carta Magna. Esta estrategia permitió la puesta en práctica de nuevos diseños curriculares para la formación de los médicos requeridos para la nueva estructura, bajo la supervisión y control de personal extranjero, facilitado por los ingresos extraordinarios que ha tenido el país debido a los precios de su principal producto de exportación como es el petróleo.

Esta situación ha sido duramente criticada por las instituciones universitarias y en principio trajo como consecuencia el cierre de posibles acuerdos entre el gobierno nacional y las diferentes casas de estudio para dar respuesta a esta nueva política nacional, pero también ha provocado en la estructura del Despacho Ministerial constantes cambios en su organización, que se han evidenciado con las distintas denominaciones que ha tenido en los últimos ocho años, pasando de Ministerio de Sanidad y Asistencia Social a Ministerio de Salud y Desarrollo Social, luego a Ministerio de Salud y mas recientemente a Ministerio para el Poder Popular para la Salud, conservando su organización a nivel regional en lo que a la atención médica se refiere, y que ha dado origen a que los gobiernos locales estén desarrollando nuevos servicios de atención, según prioridades de su ámbito de acción, para dar respuestas a las causas de morbimortalidad presentes en sus poblaciones, como es el

caso del estado Aragua.

2. Pertinencia Social y Políticas de Salud.

En Venezuela el aspecto social, aunque siempre había estado contemplado en las políticas públicas del Estado, su papel había pasado a un segundo plano dado que lo económico tenía prioridad y es por ello que las respuestas ofrecidas habían sido parciales e insuficientes. Por ello, D'Elia, De Negri, Huggins Castañeda, Vega y Bazo (2002), plantean que con la Constitución Bolivariana de Venezuela, se ratifica:

...que lo social es ahora campo para el desarrollo de los derechos sociales donde los individuos pueden exigir y realizar individual y colectivamente la satisfacción de sus necesidades sociales fundamentales, que le permitan participar en el desarrollo del país con autonomía y como ciudadano, es decir que toda persona tiene derecho a realizar sus aspiraciones de salud, educación, vivienda, trabajo, seguridad, entre otros, con equidad y universalidad. (p.7)

En este sentido, entendemos que estas necesidades sociales son inherentes al desarrollo de sus capacidades y potencialidades humanas para la realización de la vida en sus diferentes etapas. No obstante, la racionalidad técnico-administrativa que había predominado en las políticas tradicionales tiene influencia decisiva en las posibilidades de ejercer los derechos sociales, ya que según estos autores "...anteponen a la obligación de responder a las necesidades de la gente, aquello que los canales de gestión y los intereses políticos, económicos y corporativos organizados alrededor de éstos, deciden como oferta y condiciones de acceso". (p 10)

De allí que, en estos nuevos tiempos, la política de salud está orientada a asegurar el desarrollo humano integral y una existencia digna y provechosa para la población venezolana, fundamentándose en cuatro principios, a saber: Participación Social, Equidad, Universalidad y Gratuidad.

La **Participación Social** supone, que el ejercicio de lo público no se agota en lo estatal y por tanto su orientación se dirige a la consolidación de espacios legítimos y formales de intercambio y expresión de los ciudadanos, en los cuales se propicie la transferencia de

decisiones, funciones y competencias implicando la redistribución del poder como propiedad colectiva donde puedan solucionarse los problemas, con la participación activa de los ciudadanos en la toma de decisiones que tengan impacto en el desarrollo social y por ende en la salud. En otras palabras, requiere que los ciudadanos asuman un rol protagónico en la gestión pública donde la participación se constituya en un instrumento clave para contribuir con la solución de problemas.

En tanto que la **Equidad**, orientada a la consolidación de la justicia social, debe permitir el desarrollo humano de todos los ciudadanos/as; vale decir, igualdad de acceso y oportunidades al pleno desarrollo y preservación de la autonomía como seres humanos, según las necesidades de cada quien en forma individual y colectiva. Esto supone acciones y servicios priorizados en situaciones de riesgo de las condiciones de vida y de la salud de determinados individuos y grupos de población.

Por otro lado la **Universalidad**, significa garantizar los derechos sociales por igual a toda la población, parte del reconocimiento de las diferencias, propio de la diversidad y complejidad de lo humano y de los contextos donde la vida se desenvuelve y la **Gratuidad**, garantiza la atención integral en la salud y desarrollo social sin cargo alguno ni distinciones de ninguna clase.

Estos principios están enmarcados, como lo señalamos en párrafos anteriores, en el Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001-2007 y en el Plan Estratégico Social (PES), el cual señala en lo relativo a Equilibrio Social, “la necesidad de fortalecer la participación social y generar espacios públicos de decisión para establecer una nueva relación del Estado con la sociedad”. (MSDS, 2002 p.6)

Al ser entonces, la prioridad dar respuestas a las necesidades de calidad de vida, la garantía universal de los derechos sociales y la equidad social, el PES desarrolla la Estrategia Promocional de Calidad de Vida, entendida siguiendo a D’Elia y Col., como “un esfuerzo colectivo, transectorial y transdisciplinario, mediante la concertación entre actores y ámbitos, integrando acciones preventivas, educativas, protectoras, restitutivas y rehabilitadoras para toda la sociedad” (p.2); con ello se busca impactar en los determinantes que afectan la calidad de vida de la población para dar respuestas oportunas, suficientes y regulares a las necesidades configuradas en territorios sociales y preservar y desarrollar

espacios de autonomía individuales y colectivos, sustentados en la participación ciudadana.

Esta Estrategia Promocional de Calidad de Vida, supone un cambio en el modo de atención que facilite y propicie una gestión compartida de actores sociales, tanto en la salud y desarrollo social como en otros ámbitos. Esto implica redimensionar los espacios de articulación de las ofertas con la población, superando los servicios tradicionales y ubicándolos en los espacios sociales (territorios) donde se desenvuelve la vida de la gente. Es por esto, que Rodríguez Ochoa, Fariñas, Osorio y Ladera (2000), refieren:

.....que se percibe un cambio en la visión de la política social del país, ya que se otorga rango constitucional al desarrollo social y local, lo que implica la reorientación de la dirección de cada uno de los sectores sociales, como es la salud y la educación, generando la convergencia de respuestas que se dirijan a combatir aquellas causas que obstaculicen, comprometan o provoquen la pérdida de la autonomía de las comunidades y que son evidencia de las debilidades que muestran los individuos para el ejercicio de sus derechos. (p.6)

Este nuevo orden político, obliga a las universidades a repensar la pertinencia de los aprendizajes en el marco de una territorialidad que se vislumbra como una estrategia para mirar a lo interno de sus currícula, en términos de lo sociocultural, cognitivo, valorativo y afectivo.

La pertinencia o relevancia es un concepto que refleja el compromiso que tienen las instituciones educativas y muy particularmente las universidades, con todos los sectores de la sociedad y no sólo con el sector laboral. Es por ello que Tünnermann (2000), señala que:

La pertinencia se vincula con el deber ser de las instituciones, es decir la imagen deseable de las mismas, un deber ser ligado a los grandes objetivos, necesidades y carencias de la sociedad en que están insertas y a las particularidades del nuevo contexto mundial. (p.182)

En esta perspectiva, estamos frente a un fenómeno social de gran complejidad, tomando en cuenta que el análisis de la pertinencia social parte de una concepción de conocimiento, producto de las vinculaciones interactivas entre unidades productoras, usuarios y actores intermediarios. En este proceso se incluye no sólo a las acciones de producción, sino

también la difusión, transferencia, adaptación y uso de ese conocimiento, que involucre la participación de diversos actores. Por tanto se inscribe en las nuevas modalidades de evaluación de la producción y transferencia de conocimiento científico y tecnológico, de la llamada sociedad emergente del conocimiento y los fenómenos de diversificación e intensificación de las interacciones entre el mundo académico y la sociedad, lo cual requiere instrumentos que superen los enfoques parciales o economicistas, para tener presente los puntos de encuentro entre las necesidades del sector productivo y de servicios, las necesidades de la población y del individuo como ser humano, siempre dentro de un contexto histórico, social y cultural. Es la pertinencia sociocultural que permite reconocer la interculturalidad y la diversidad étnica.

Siguiendo a Lanz (2004), que plantea:

La reivindicación de los saberes comunitarios para facilitar el diálogo y la participación ciudadana en el proceso educativo; la pertinencia cognitiva que plantea el aprender haciendo, desarrollando el diálogo de saberes, articulando significativamente los conocimientos; la pertinencia valorativa que plantea que la siembra de ciudadanía, comienza por la defensa de lo propio, la formación en valores patrios; la pertinencia afectiva, reivindicando la amistad, la ternura, la humildad o el amor. (p.2)

Esta concepción de la pertinencia nos lleva a la noción de integralidad, dentro de las instituciones de educación superior asumiéndola como aspecto central de su función académica y de responsabilidad social y permite la flexibilización de los currículos de las carreras de formación de profesionales, la adecuación de estrategias en el contexto local. (Ministerio de Educación, Cultura y Deportes, 2000-2006)

Es evidente que en este nuevo siglo XXI que empezamos a transitar, la pertinencia de la educación superior se ha constituido en uno de los temas dominantes en el debate internacional, el cual va de la mano con la calidad que es uno de sus componentes junto a la eficiencia y la eficacia de sus instituciones, de allí que tiene especial relevancia cuando se trata de evaluar un programa educativo, para medir el cumplimiento de las políticas establecidas por el sistema de educación superior, en lo relativo a su proceso educativo incluyendo el factor docente, y donde cada estudiante debe alcanzar las competencias requeridas para desempeñar la misión propia del perfil de salida diseñado y se cumpla con el desafío de formar un profesional en salud bien calificado.

En este sentido, enfatizamos que la evolución que está teniendo la organización de la

atención médica y de salud en el país, aumenta el protagonismo que adquieren las universidades en este sector salud como instituciones formadoras y transformadoras de las prácticas en salud y exige que la educación responda a las necesidades sociales.

En atención a ello, es necesario la construcción de una educación que en el campo de la salud, tenga nuevas bases epistemológicas, fundadas sobre una racionalidad comunicativa y reflexiva que posibiliten, en palabras de Sosa (2006), “la expresión de la solidaridad, la compasión, el respeto y la búsqueda de consenso” (p.50), en el aporte de soluciones y en la construcción de vías de crecimiento sociocultural para obtener mejores resultados en lo relativo a la salud y el bienestar en el futuro. Se trata pues de cultivar los valores humanos y la conciencia de posibles prácticas alternativas en salud, desde otros procesos de aprendizaje, con una visión amplia y que no limiten la expresión de nobles sentimientos del estudiante de medicina, que selecciona esta carrera por vocación y deseo de servir al hombre y que, en ocasiones, parece perderse en el proceso de su formación y desarrollo profesional.

En este contexto la universidad debe conocer si sus funciones son comprendidas y apoyadas por la sociedad y también comprobar si como institución responde a las expectativas y exigencias sociales de su propio entorno con acciones comprometidas, relevantes y oportunas, ya que tal como lo plantea Rojo (1999), “tornar a la universidad pertinente significa hacerla relevante para la sociedad de forma tal de constituirse en una institución sentida como propia y digna de apoyo y compromiso” (p. 75). Por tanto si la universidad no atiende los requerimientos de los diversos factores sociales, no toma en cuenta los cambios, no participa como agente activador de los mismos en el medio en que actúa, pierde su identidad y su razón de ser.

Este planteamiento nos lleva a realizar la siguiente interrogante: ¿Cómo reducir la brecha entre el sistema que produce conocimientos científicos y los servicios de salud donde se realizan las prácticas profesionales para atender la demanda de la población? Se exige de la academia formar al personal y continuar trabajando con ellos en el servicio. Más sin embargo, en este campo de la salud hace falta desmitificar la queja habitual de que las escuelas, en particular las de Medicina, no forman el personal que el sistema necesita. Al respecto, Rovere (1993) señala: “...lo que sucede en la mayoría de los casos es que los perfiles de formación se remiten a modelos prestadores que operan como imaginarios y que

son diferentes para los grupos de profesores y para la práctica profesional” (p.50). Esto no lleva a pensar en la evaluación como medio para dilucidar si hay pérdida de legitimidad de la academia, en cuyo caso conocer si esta responde al fracaso de sus egresados, o si hay diferencias entre el modelo prestador de la atención en salud y el educacional, para su adecuación.

En el sector salud se reconocen como áreas prioritarias de evaluación: la interrelación entre el sistema prestador y el sistema educativo, la búsqueda y utilización de estrategias metodológicas innovadoras, articulación del aprendizaje con el trabajo en servicios de salud, la utilización de los servicios de salud para las prácticas profesionales y también como medio para fundamentar la relación entre la tecnología educativa y la de los servicios. Estos son claros indicadores que permiten identificar la pertinencia del programa de la carrera en estudio.

En este sentido, para tratar la temática sobre pertinencia en la formación del médico es necesario considerar que en el origen de los estudios de Medicina, es conocida la influencia que tuvo el paradigma cartesiano en el pensamiento médico, el cual resulto del llamado modelo biomédico que constituye la base conceptual de la Medicina científica moderna. En este modelo el cuerpo humano es considerado como una maquina que puede analizarse desde sus partes y la enfermedad es entendida como el funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos, que se estudian desde el punto de vista de la biología celular y molecular, por tanto la tarea del medico es siguiendo a Capra (1981) “intervenir físicamente o químicamente para corregir las disfunciones de un mecanismo específico” (p.135). De ello se deduce que al concentrarse el estudio en fragmentos cada vez más pequeños del cuerpo humano, la Medicina moderna suele perder de vista la humanidad del paciente y reduce la salud a una función mecánica.

La adopción de este enfoque, producto de las recomendaciones del Informe Flexner presentado en 1910 en Estados Unidos, llevo a los países, al olvido de los factores sociales en el proceso salud-enfermedad, lo que trajo como consecuencia una concepción individual y biologicista del cuerpo humano como un organismo integrado por varios sistemas sin relación entre si y del modelo de atención en salud. Esto a su vez dio origen a que la enseñanza se orientara hacia la especialidad basada en el uso creciente de una tecnología compleja y que se alejara de las necesidades del país y de los recursos disponibles, lo cual

hace más evidente el carácter esencialmente curativo que se aplica en la respuesta a la enfermedad.

Esta perspectiva, nos permite visualizar que la salud y el fenómeno de la curación han tenido diferentes significados en distintas épocas y es así que el concepto de salud como el de vida no puede ser definido con precisión porque ambos están íntimamente vinculados entre si, pero además varían de una civilización a otra y de su contexto. Para nosotros, en la Escuela de Medicina, la salud debe tener un concepto amplio que incluya sus dimensiones individuales, sociales y ecológicas y en principio, aunque siempre se parte de la definición establecida por la Organización Mundial de la Salud, que a pesar de ser poco realista, porque describe la salud como un estado de completo bienestar y no como un proceso en continuo cambio y evolución, sugiere su naturaleza holística.

Queda en evidencia que la relación entre Medicina y Salud está dada por las intervenciones biomédicas, que si bien pueden resultar muy útiles en casos individuales influyen muy poco en la salud del colectivo, porque el factor principal que determina la salud de los seres humanos no es la intervención médica sino su comportamiento, su alimentación y la naturaleza de su entorno, el cual varia de una civilización a otra y con ella los modelos patológicos. En efecto en el perfil epidemiológico de los países menos adelantados como Venezuela, podemos identificar enfermedades infecciosas agudas, llamadas del tercer mundo y superadas por los países industrializados y el surgimiento de otras patologías conocidas como crónicas y degenerativas, con las cuales hemos tenido limitaciones para tratar dentro de la estructura biomédica.

En síntesis, desde la década de los años ochenta, ha crecido el reconocimiento de los factores sociales en los problemas de salud-enfermedad, así como el interés de hacer una nueva formulación en la orientación de la educación médica, a fin de proporcionar al estudiante una formación integral medico-social para satisfacer las necesidades que nuestra realidad demanda.

No obstante, han surgido una serie de inconvenientes que han llevado a una crisis del modelo de atención sanitaria, cuyas causas pueden encontrarse tanto fuera como dentro de la Medicina y están ligadas a una mayor crisis cultural y social. Por tanto, cada vez ha sido mayor el número de personas que han criticado el sistema actual de asistencia en el cual se

ha identificado como una de sus fallas, la estructura conceptual que sostiene la práctica y la teoría de esta disciplina y que constituye el espacio natural del ejercicio profesional del médico.

3. Nuevas tendencias curriculares

La Comisión Nacional de Currículo (CNC) en el año 2002 expresaba, en este sentido, que “las tendencias curriculares proponen aproximarse a la reconstrucción de los procesos de formación a partir de los modelos progresivos” y tomaban los planteamientos de Morin (1999), en relación con el diseño curricular:

Que es un proceso, flexible, incierto, complejo y circular ya que pasa de la separación a la unión, de la unión a la separación y, mas allá, del análisis a la síntesis, de la síntesis al análisis, y también expresa que “el diseño curricular, deberá ser ecologizante, por cuanto sitúa todo acontecimiento, información o conocimiento en una relación inseparable con el medio cultural, social, político y por supuesto natural” (citado por CNC, p.66).

Estas consideraciones orientan la formulación de proyectos educativos basados en procesos cognitivos y con interpretación de situaciones problemáticas, es decir diseños curriculares que van de lo interdisciplinario, lo pluridisciplinario hasta alcanzar lo transdisciplinario. Para proceder a estas transformaciones dicha Comisión Nacional de Currículo plantea la necesidad de seguir ciertos principios filosóficos como son la pertinencia social, la calidad y la integralidad. La pertinencia social entendida según la UNESCO (1998): como la adecuación entre lo que la sociedad espera de las instituciones y lo que estas hacen. Refiere según la CNC a:

Las respuestas que proporciona el currículo a las necesidades del entorno y el mundo del trabajo. Es el grado en el cual el currículo da respuesta a las necesidades del entorno local, regional y nacional en el cual proyecta su ámbito de acción, soluciona problemas sociales relacionados con comunidades organizadas o no, otros subsistemas de educación, al Estado, al entorno sociocultural. (p.69)

Estas nuevas perspectivas curriculares observan una ruptura con lo convencional, tendencia que reduce el problema metodológico en educación a un mero inventario de técnicas pocas articuladas entre si, generalmente de desarrollo en el aula, para pensar en problemas integrales y complejos, donde es necesaria la coordinación de acciones comprometidas con la puesta en práctica de los aprendizajes en contextos organizacionales

y sociales. En este sentido y en el marco de avances teóricos, Davini (1989) esboza las nuevas tendencias tomando los siguientes criterios:

Una educación inserta en el propio contexto social, sanitario y del servicio, desde los problemas de la práctica y en la vida cotidiana de las organizaciones; reflexiva y participativa dirigida a la construcción conjunta de soluciones a los problemas, en tanto y en cuanto los problemas no existen si no hay sujetos que activamente se problematizan; estrategia permanente, en la cual los distintos momentos y las distintas modalidades específicas se combinen en un proyecto global de desarrollo a lo largo del tiempo; orientación hacia el desarrollo y el cambio institucional, de los equipos y de los grupos sociales, lo que supone la direccionalidad hacia la transformación de las prácticas colectivas, alcanzando estratégicamente a una diversidad de actores, desde los trabajadores de los servicios, los grupos comunitarios y los decisores político-técnicos del sistema (p.15)

Se trata de centrar la estrategia en la problematización alrededor de la cual se integren diversas acciones específicas, convirtiendo la educación en una herramienta dinamizadora de la transformación institucional facilitando la comprensión, valoración y apropiación del modelo de atención que promueven los nuevos programas, priorizando la búsqueda de alternativas contextualizadas e integradas para la atención de la población.

Actualmente, en el siglo XXI en el que estamos inmersos, se evidencia la necesidad de desarrollar enfoques educacionales innovadores y flexibles con respecto aquellos que tradicionalmente se han manejado en el sector salud y específicamente en la formación del médico. Es importante producir las transformaciones en la práctica, en contexto reales de trabajo, fortaleciendo la reflexión en la acción, el trabajo en equipo y la capacidad de gestión sobre los propios procesos locales.

En este sentido, Delors (1996) señala que:

La educación debe estructurarse en torno a cuatro aprendizajes fundamentales que en el transcurso de la vida serán para cada persona los pilares del conocimiento; a saber: aprender a conocer, es decir adquirir los instrumentos de la comprensión; aprender a hacer, para poder influir en el propio entorno; aprender a vivir juntos, para participar y cooperar con el otro u otros en todas las actividades humanas y aprender a ser que integra los anteriores (citado por Canquiz e Inciarte, 2006 p.6).

Se trata de un cambio en el aprendizaje para desarrollar una gama de competencias

como la iniciativa, creatividad, capacidad de emprender, cooperación y asertividad entre otras, acompañadas de las competencias técnicas requeridas por el área de conocimiento de la carrera.

Un aspecto que se devela como fundamental es que las características y competencias que se establecen en el perfil académico-profesional deben ser referentes permanentes durante el proceso de diseño, ejecución, control y evaluación curricular, lo que significa la necesidad de orientar la adquisición de valores, competencias y habilidades conjugando la sistematicidad, flexibilidad y pertinencia.

En este sentido, entendemos por competencia a la capacidad para actuar con eficiencia, eficacia y satisfacción sobre algún aspecto de la realidad personal, social y natural, lo que supone un aprendizaje complejo que integra habilidades, aptitudes, actitudes y conocimientos. De allí la necesidad de adquirir experiencias de aprendizaje en cuyo campo de conocimiento se integran lo conceptual (saber), lo procedimental (saber hacer), lo actitudinal (ser) y el compartir (convivir).

Se observa pues la importancia de la interacción social, es decir la manera como el individuo intercambia significados en contextos específicos, tales como experiencias, valores, interpretaciones y decisiones políticas. Es un enfoque postmoderno que lleva a un planteamiento cualitativo que aboga tal como lo expresa Fernández (2004): “por la comprensión, la empatía y la participación” (p. 53).

Más sin embargo, la postmodernidad ha desencadenado una serie de prácticas curriculares que a veces surgen como antagónicas y son varias las tendencias que han surgido desde finales del siglo XX, cuyos representantes más importantes son Eisner (1979) que utiliza el modelo ecléctico que le da relevancia al docente en el estudio curricular; Apple (1979), con su enfoque reconceptualista plantea la necesidad de un profundo conocimiento de la vida social y se interesa por el estudio de las relaciones entre cultura y poder; Brien (1994) con su enfoque constructivista, destaca que el estudiante adquiere un rol activo y constructivo de su aprendizaje y reconoce que el estudiante posee un conjunto de estrategias cognitivas y meta cognitivas que le permiten actuar sobre su ambiente para utilizar la información necesaria. Todas estas tendencias obligan a los docentes y por ende a los diseñadores de currículo a incluir nuevas estrategias de enseñanza. También se habla de la perspectiva holística del currículo que según Romero

(2005), “tiene un enfoque integrador, desde la dimensión de la confluencia de valores, más allá de las rígidas demarcaciones de las formas del saber” (p.41), en este enfoque confluyen la sensibilización, la apertura el respeto, el clima de apoyo y de confianza.

Dado que desde el postmodernismo han surgido diferentes propuestas curriculares, Fernández, expresa que entre los más importantes temas que se derivan están: “la sustentabilidad ambiental, la educación de género, la educación para la participación, la paz, la tolerancia y la convivencia democrática, entre otros” (p.54) Todo ello supone que los conceptualizadores de currículo y por ende los evaluadores curriculares tienen planteada una tarea que implica reflexión, deliberación y búsqueda de consenso para argumentar, planificar y decidir sobre las propuestas curriculares mas adecuadas a sus espacios de trabajo y en estos tiempos de relativismo pedagógicos.

CAPITULO V

1. La Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba” y el Diseño Curricular de la Carrera de Medicina.

La Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba” de la Facultad de Ciencias de la Salud ubicada geográficamente en el estado Aragua, es la organización de tipo académico-administrativa que realiza funciones relacionadas con el desarrollo de las actividades docentes, investigación y extensión en pregrado y postgrado de las disciplinas que conforman el área de estudios de Medicina.(Universidad de Carabobo, 2004)

Esta Escuela, con sede en el sector La Morita, municipio Linares Alcántara, del estado Aragua, inicia sus actividades en septiembre de 1974 con una matrícula de 680 estudiantes, a los cuales se agregaron 350 en mayo de 1975, se enfrentó a problemas de infraestructura y dotación de materiales y equipos para facilitar los estudios de medicina, lo que trajo como consecuencia que su primera cohorte al finalizar el segundo semestre debió esperar hasta octubre de 1976, para continuar sus estudios. En el año 1977 comienzan las actividades docentes del área clínica en el Hospital Central de Maracay (HCM), con un grupo de bachilleres de sexto semestre, inscritos en Valencia, que cursarían algunas asignaturas en Maracay, lo que permite posteriormente que los siguientes semestres de la carrera los desarrollen en esta localidad, para lograr que el Núcleo Aragua egresara 180 profesionales en el periodo 1980-1983.

Esta situación que fue considerada como un ensayo, sembró las bases para recibir la primera cohorte que se había inscrito en Aragua, ya que al llegar a las asignaturas del área clínica, contaba con una experiencia y toda la estructura docente-asistencial disponible en el HCM. No obstante, la matrícula de 156 estudiantes superaba la capacidad instalada, lo que hizo necesario buscar otro centro hospitalario para cubrir la enseñanza de esta área

clínica, en consecuencia se abrió entonces el octavo semestre en Febrero de 1980, en el Hospital José María Benítez ubicado en la ciudad de La Victoria.

Este proceso fortaleció el Núcleo Aragua y por ende a los estudios de medicina, que para esta fecha desarrollaba los dos primeros semestres del Curso Básico y hasta el sexto en las instalaciones de la sede en el sector de La Morita, cuyas instalaciones compartía con la extensión que tenía la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, y del séptimo en adelante en los centros hospitalarios de Maracay y La Victoria.

Desde la implementación de los estudios de medicina en Aragua, el currículo estuvo estructurado por semestres, con un pensum constituido por treinta materias o asignaturas distribuidas en seis años; que a lo largo del tiempo tuvo algunas transformaciones, producto de ajustes de carácter académico y administrativo, hasta el año 1985 cuando se organiza una primera Comisión Curricular, que presenta un proyecto con las características fundamentales que debía tener el profesional de la medicina para contribuir a la resolución de la problemática en salud de la población venezolana; donde destacaba:

un profesional capaz de insertarse constructivamente con sus conocimientos científicos y con su sensibilidad social a la problemática que de una forma directa o indirecta condiciona la salud de nuestras comunidades y de los individuos que la componen; un profesional capacitado para promover la salud, así como prevenir, diagnosticar y atacar las principales causas de morbimortalidad más frecuentes en nuestra población; un estudioso creativo y crítico, capaz de identificar los problemas y de generar soluciones propias a los mismos y no que sean un simple y ciego receptor de tecnologías foráneas; un estudiante que se incorpore a las comunidades para que adquiera conocimiento real y práctico de la Atención Primaria en Salud y para que participe en los planes de promoción, prevención y restitución de la salud. (Universidad de Carabobo, 1990 p.11);

Este proyecto no fue aprobado y se continuó con la lista de asignaturas que integraban un régimen semestral; que según Acevedo y Castrillo (1983), “no cumplía los requisitos mínimos que lo calificaran como tal, ya que no tenía sistema de prelações, ni materias optativas, ni contemplaba la flexibilidad para permitir el avance del estudiante en el curso de sus estudios” (p.95), ya que los contenidos de tales asignaturas habían sido divididas en dos partes y esto fue lo que constituyó el proceso de semestralización.

Esta planificación curricular fue duramente criticada por los docentes, lo que desencadenó en 1990, que la Escuela de Medicina, desde el Núcleo Aragua asumiera la elaboración de su diseño curricular, a través del Modelo Utopía-Concreta de la Dra. Zoyla Bayley, el cual enfatizaba en la importancia de la concepción filosófica del conocimiento sociopolítico del sector salud y en los aspectos psicosociales de la profesión médica. El pensum diseñado para este currículo, según Rojas, Mijares y Casamayor (1996), “introdujo una serie de innovaciones que posiblemente contribuirían en la formación de un médico que pudiera enfrentar los retos que exigía la formación en Atención Primaria en Salud” (p.9), teniendo presente las recomendaciones de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud (APS), realizada en Alma-Ata en 1978, que expresaba:

Que los gobiernos emprendan o apoyen actividades de reorientación y capacitación para todas las categorías de personal existente y revisen los programas para el adiestramiento de nuevo personal de salud, especialmente los médicos y las enfermeras, que reciban una formación social y técnica y estén motivados para servir a la comunidad; que todas las actividades de capacitación comprendan trabajos prácticos sobre el terreno; que se exhorte a los médicos y a otras categorías de profesionales de la salud a que, al comenzar sus carreras trabajen en zonas desatendidas y que presten la debida atención a la enseñanza permanente, a la supervisión de apoyo, a la preparación de los profesores del personal de salud y al adiestramiento sanitario de personal de otros sectores.(p.31)

La estrategia de Atención Primaria en Salud era una de las exigencias de todas las organizaciones mundiales y nacionales que estaban relacionadas con la formación de recursos humanos en salud, tales como la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud, (OMS/OPS), UNESCO, Federación Mundial de Educación Médica, Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM), Unión de Universidades de América Latina (UDUAL), Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (ALAFEM), Asociación Venezolana de Facultades de Medicina (AVEFAM), Núcleo de Decanos de las Facultades y Escuelas de Medicina y Ciencias de la Salud.

Dichas exigencias y la coyuntura planteada frente al pase de régimen semestral al anual y considerando las características propias de la comunidad del Núcleo Aragua, permitieron plantear un diseño calificado, para el momento, como innovador, donde se estableció:

Una relación estrecha entre la teoría y la práctica, una metodología de aprender haciendo, identificando como espacios de enseñanza la comunidad, desplazando el hospital por las estructuras ambulatorias, rompiendo los métodos tradicionales de la enseñanza de la medicina, y orientando el estudio del proceso salud-enfermedad, como un binomio con determinaciones sociales, donde la capacitación permite la influencia para los cambios en la comunidad. Estos elementos conceptuales favorecieron la elaboración y presentación ante las autoridades universitarias de un nuevo diseño curricular, que fue aprobado por el Consejo Universitario el 11 de Diciembre de 1989. (Universidad de Carabobo, 1990 p. 8)

No obstante, la administración y ejecución curricular, se realizó paralelamente con los estudios semestrales y con la misma estructura organizativa que tenía, según lo plantearon Rojas, Mijares y Casamayor (1996):

La ausencia o indefinición del perfil del egresado conspiraba con los criterios conceptualizados como verificable, sistemáticos, continuos, flexibles, validez interna y externa y la validez total con los cuales estaba definido este nuevo diseño curricular y con la finalidad de orientar y proporcionar criterios para su evaluación. (p.8)

Esto llevó a que las diferentes comisiones curriculares que habían desarrollado sus funciones para ese momento, expresaran críticas a este currículo de la carrera, entre las cuales destacaron que el modelo utilizado no permitía ningún tipo de evaluación hasta que no egresara la primera cohorte y que los problemas surgidos con su implementación eran debidos a este modelo adoptado.

El diseño curricular de la carrera de Medicina en la Escuela de Medicina en Aragua, para el año 1990, contemplaba en su Misión, Perfil del Médico de Atención Primaria; Estructura Curricular por Ejes y Áreas y la Operacionalización del Diseño Curricular, lo siguiente:

A) MISIÓN:

I) Formar un profesional en el campo de la medicina, capaz de:

1. Actuar en equipos interdisciplinarios de salud con el propósito de promover, prevenir, curar, rehabilitar y mantener el estado de salud del individuo, la familia y la comunidad.

2. Actuar como agente capaz de promover, organizar, ejecutar y evaluar programas de salud a nivel de atención primaria, atendiendo la salud del individuo, la familia y la comunidad.
3. Programar, ejecutar, atender y evaluar las urgencias médicas, quirúrgicas, pediátricas, ginecobstétricas y psiquiátricas, a nivel de la atención primaria. Atender las consultas externas y prestar atención a enfermos hospitalizados.
4. Adquirir, a través de un proceso de búsqueda y reflexión, un conocimiento actualizado en el área de salud de acuerdo al progreso constante de la ciencia y la tecnología.
5. Participar, interpretar y evaluar las investigaciones en salud en las áreas de las ciencias básicas o de fundamentos, preclínica, clínica y socio epidemiológica.
6. Aplicar el método científico al diagnóstico y solución de los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad, para que el médico en su participación activa en los distintos niveles de atención en salud, desarrolle un conocimiento teórico-práctico; pueda autoevaluar su desempeño profesional en relación a la ciencia, la instrumentación aplicada y pueda contribuir eficazmente a mantener y elevar la salud de su comunidad.

II) Desarrollar actividades que permitan:

1. Producir y divulgar conocimientos de las áreas básicas o de fundamento y aplicadas de las ciencias médicas que permitan actualizar el saber en salud y promover una ciencia más humana y útil para la comunidad.
2. Desarrollar tecnologías que ayuden en el diagnóstico, restauración y mantenimiento de la salud individual y colectiva.
3. Crear equipos y centros interdisciplinarios que permitan desarrollar líneas de investigación prioritarias en el área de la salud.
4. Desarrollar una red de información vinculada con los centros nacionales e internacionales de las fuentes del saber médico.
5. Desarrollar tecnología barata y simplificada que permita un aumento de la cobertura del sistema de atención a la salud de la población.
6. Realizar investigaciones en medicina alternativa.

III) Promover acciones que logren:

1. Diagnosticar y proponer soluciones a problemas de salud presentes en las comunidades que están dentro del área de influencia del Núcleo Aragua.

2. Desarrollar dentro y fuera de la Universidad eventos tendientes a la promoción de la ciencia medica en el país. Participar en la creación de centros destinados al estudio y promoción de la salud, igualmente coordinar actividades con los centros ya existentes.
3. Asumir como una función fundamental el promover y ayudar en la organización y desarrollo de las comunidades, para emprender acciones autogestionadas tendientes a preservar la salud y a la consecución y supervisión de los servicios de salud.
4. Guiar a la población hacia la auto evaluación en salud para despertar responsabilidades en esta área tanto a nivel individual como colectivo.
5. Desarrollar la cultura y el deporte tanto en la comunidad universitaria como fuera de ella para promover una salud integral, física y espiritual, en los seres humanos.
6. Rescatar y dar validación científica a las prácticas tradicionales utilizadas por las comunidades.
7. Promover y formar lideres de la comunidad capaces de participar activamente en la solución de problemas de la salud mediante la utilización de la medicina simplificada.

B) PERFIL DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: Destacaba como áreas fundamentales: Salud Comunitaria; Clínica Médica; Puericultura y Pediatría; Gineco-obstetricia y Clínica Quirúrgica, que permitían describir las acciones y actividades de Prevención, Diagnóstico y Resolución para identificar los contenidos de los bloques temáticos.

C) ESTRUCTURA CURRICULAR POR EJES Y ÁREAS:

La Fundamentación teórica que sustentaba el diseño curricular, identificaba ejes y áreas en su estructura, que permitiría la formación de un médico de atención primaria. Dichos ejes y áreas, contemplaban los siguientes aspectos:

1. Un eje de formación epidemiológica a lo largo de toda la carrera cuya estrategia de enseñanza se desarrollaría en las comunidades.
2. Un eje de formación clínica, también a lo largo de toda la carrera, que en los tres primeros años permitiría al estudiante, desarrollar destrezas medicas básicas en el ambulatorio y en la comunidad; en los dos años siguientes en el ambulatorio para alcanzar los conocimientos requeridos y pudiera prestar atención médica a los problemas de salud mas frecuentes en la población, y en el sexto año en el hospital

docente, a objeto de adquirir los conocimientos necesarios para atender aquellas entidades nosológicas menos frecuentes y a la vez más complejas en la población.

3. Un área curricular de estudio de las ciencias de fundamento cuyo propósito era dar la formación en conceptos, principios y métodos de la base biológica del proceso salud-enfermedad, con una progresiva y creciente estrategia de integración funcional del conocimiento.
4. Un eje complementario a la formación integral que se dedicaría a la educación física y deporte, formación cultural, política y social general.
5. Un área de formación en investigación, a la cual el estudiante se adscribiría a partir del cuarto año y le permitiría cumplir con el requisito final de presentación de un informe técnico de investigación. Los proyectos serían ofertados por los departamentos de las ciencias básicas o de fundamento, las clínicas y las de salud pública.

D) OPERACIONALIZACIÓN DEL DISEÑO CURRICULAR:

Con el propósito de garantizar la operacionalización del diseño curricular fueron establecidas las siguientes estrategias:

1. El conocimiento a impartir sería preferiblemente integrado y permanente, lo cual exigiría en una mayoría de contenidos curriculares, el diseño y producción de textos manuales de aprendizaje.
2. Dado la novedad del conocimiento integrado para el desarrollo del eje epidemiológico, la actividad de enseñanza-aprendizaje se cumpliría a través de equipos docentes formado por médicos, científicos sociales, especialistas en metodología de investigación, educadores y de equipos de salud en los ambulatorios. El equipo docente junto con grupos reducidos de estudiantes desarrollarían las actividades de docencia-asistencia-investigación, lo que constituiría para las comunidades, acciones reales de intervención para el mejoramiento de su calidad de vida.
3. El aprendizaje de las clínicas se desarrollaría en los ambulatorios, tanto en los aspectos teóricos como prácticos y de investigación durante la primera fase, salvo gineco-obstetricia; por tanto el énfasis estaría en la prevención y el tratamiento de los daños mas frecuentes. El año final se cumpliría en el hospital a través de

pasantías rotatorias y el esquema para gineco-obstetricia sería primero hospitalario y al final ambulatorio.

4. Como requisito de grado los estudiantes presentarían un trabajo de investigación en formato similar al exigido para el uso en reuniones científicas.
5. La complementación de la formación profesional, en los aspectos integrales (socioculturales, ideológicos, éticos) serían atendidos con educación física y deportes a lo largo del currículo. Este eje curricular se desarrollaría a través de estrategias dinámicas centradas en la actividad del estudiante y con ofertas optativas.
6. Para asegurar la actitud y la ideología relativamente innovador del médico de atención primaria actuando dentro de las comunidades, y por otra parte mejorar los índices académicos y el rendimiento estudiantil, se organizaría un servicio de asesoramiento académico donde un reducido grupo de estudiantes tendría un docente que le orientaría y asesoraría a lo largo de sus estudios universitarios.
7. Se instituirá la iniciación temprana en la formación profesional médica a través de talleres para desarrollar las destrezas básicas mínimas de tipo diagnóstico y curativo en los tres primeros años. Esta formación le facilitaría al estudiante, desde el final del primer año, poder actuar como asistente de salud en atención primaria. Por otra parte, estas destrezas desarrolladas le permitirían trabajar en un horario parcial o en periodos de vacaciones.
8. Formar un médico para la salud en atención primaria orientado al servicio comunitario, lo cual exigiría también darle una orientación y facilitar vivencias de su futura actuación y pertinencia gremial.
9. Anualmente la Escuela de Medicina desarrollaría tres tipos de eventos: a) Talleres de presentación de informes de avance de resultados de las investigaciones; b) Exposiciones de materiales audiovisuales experimentando en Educación para la Salud en las comunidades y c) Eventos deportivos que respalden el principio de que el estudiante es responsable de su salud.
10. Con apoyo de la OMS/OPS se ofrecerían cursos de ampliación, actualización y perfeccionamiento o la especialización profesional, con el objeto de elevar la

formación especializada de los docentes e intentar experimentos de integración del conocimiento y de integración de servicios de salud para la comunidad.

11. Con vías de financiamiento extrauniversitaria se formaría la investigación de los equipos docente-estudiantil y el diseño, elaboración, experimentación real y posterior publicación de manuales para el aprendizaje en aquellos aspectos innovadores de teoría y práctica integrada interdisciplinaria.
12. Para poner en práctica el principio de que todo currículo es permanentemente experimental y abierto a cambios, se reglamentaría la administración, evaluación y reajuste del mismo.
13. La organización sería dinámica y contaría con un sistema múltiple de control de la calidad para lo cual se crearía un departamento u oficina de evaluación académica; asimismo, habría un coordinador del currículo por año de la carrera.
14. Progresivamente la Facultad iría organizando un Distrito Sanitario para la actividad de docencia-investigación y asistencia, similar a la concepción del hospital docente.

La gran mayoría de estas estrategias cumplieron su cometido, sin embargo algunas de gran importancia no fueron logradas para ese momento, particularmente las relacionadas con la actualización de los docentes, el otorgamiento y/o consecución de fuentes de financiamiento para la conformación de equipos dedicados a la investigación, la organización de una instancia para la evaluación académica y la creación de un distrito sanitario para integrar las funciones de la Universidad.

Para el año 1997, son redefinidas, por la nueva Comisión Curricular, las características fundamentales para el egresado de la Carrera de Medicina con el propósito de contribuir a resolver la problemática de salud de la población venezolana, tomando en cuenta la reconceptualización del objeto de estudio de la medicina, que pasó de la enfermedad como fenómeno aislado, a un proceso salud-enfermedad dinámico y dialéctico que resume y sintetiza los fenómenos sociales que tienen que ver con la producción y reproducción de la sociedad, pero que se expresa individualmente en manifestaciones biológicas singulares. En este sentido, se expresaba la necesidad de exponer al estudiante de medicina a las prácticas de salud en las comunidades, para romper con la concepción tradicionalista de tener al hospital como centro del saber médico y, según lo expresaron Rojas, Mijares y Casamayor:

Buscando una adecuada utilización de los diversos ámbitos y espacios de la práctica sanitaria, contribuyendo a enfatizar en la Atención Primaria en Salud, con lo cual la Universidad participa efectivamente en la producción de servicios de salud y por ende en la solución de los problemas sanitario-asistenciales del país. (p.21)

A tales fines fueron definidas las características fundamentales del profesional de la medicina para enfrentar el reto de contribuir con la resolución de la problemática de salud de la población venezolana: Un profesional,

- Capaz de insertarse constructivamente con sus conocimientos científicos y con su sensibilidad social a la problemática, que de una forma directa o indirecta, condiciona la salud de nuestras comunidades y de los individuos que la componen.
- Capaz de restituir la salud del individuo, la familia y la comunidad, prestándole asistencia medica integral mediante el diagnostico temprano y el tratamiento oportuno de las patologías medicas, quirúrgicas, pediátricas, gineco-obstétricas y psiquiátricas, urgentes o no, a nivel domiciliario, ambulatorio y/o hospitalario, y la rehabilitación física, psicológica y social de aquellos que la requieran, con miras a realizar promoción y prevención de la salud para mantener y elevar la salud de su comunidad.
- Capaz de aplicar el método científico al diagnóstico y resolución de las situaciones de salud-enfermedad del individuo, la familia y la comunidad, tanto en el ejercicio cotidiano de su profesión, como en participar, interpretar, ejecutar y evaluar las investigaciones en salud, de carácter regional o nacional, en las áreas de las ciencias básicas, preclínica, clínica y socio epidemiológica; para que en los distintos niveles de atención en salud, desarrolle un conocimiento teórico práctico, pueda autoevaluar su desempeño profesional en relación a la ciencia, la instrumentación aplicada y pueda contribuir eficazmente a mantener y elevar la salud de su comunidad.
- Que actúa en equipos interdisciplinarios de salud con el propósito de evitar la ocurrencia de la enfermedad del individuo, la familia y la comunidad, en varios niveles de intervención primaria, secundaria y terciaria, generando las soluciones adecuadas a la erradicación de los problemas de salud, detectando e informando las afecciones negativas del ambiente y del hombre mismo, así como también ejecutando las acciones inherentes a la profilaxis higiénica y epidemiológica contenida en los objetivos de los programas de trabajo de atención primaria, en lo relativo a la higiene comunal, de los alimentos, del trabajo y escolar; con el fin de preservar y mejorar la calidad de vida de la comunidad a su cargo.

- Que mantiene el estado de salud y prolonga la vida del individuo, la familia y la comunidad, guiando la población hacia su auto evaluación en salud, emprendiendo acciones autogestionadas, tendientes a contribuir eficazmente en la educación del paciente, la familia, la comunidad y de los miembros del equipo de salud; con la finalidad de resolver los problemas de prevención, restitución de la salud y eficiencia de los servicios de salud, utilizando los elementos que aportan las Ciencias de la Salud, las Ciencias Sociales y de la Educación.
- Que ejecuta acciones administrativas en el servicio en el cual labora :planificación, organización, dirección, coordinación, supervisión y evaluación; que le permita usar eficientemente los recursos técnico-administrativos, garantizar la utilización optima de los recursos humanos, materiales y financieros en forma efectiva para el cumplimiento de su actividad de Atención Primaria de Salud en forma efectiva y coherente con los requerimientos que demanda la comunidad y de acuerdo a las políticas de salud a nivel regional y/o nacional.
- Capaz de participar activamente en su propia educación y preparación profesional, adquiriendo a través de un proceso de búsqueda y reflexión, un conocimiento actualizado en el área de la salud, de acuerdo al progreso constante de la ciencia y la tecnología.

Igualmente fueron establecidas la función de Restitución con las sub-funciones: Diagnóstica y de Investigación; la función Administrador; la función Prevención de la Salud y la función Promoción de la Salud.

Era evidente, que se había vivido un proceso de transformación curricular en la Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba”, esta redefinición había llevado a adoptar el Modelo de Control y Ajuste Permanente que orientó el currículo de las Escuelas de Medicina Carabobo y Aragua desde 1990, en cuyas características resaltó la incorporación de la Psicología Médica, como un componente esencial para el estudio del hombre, pero que llevó a institucionalizar la tesis dualista, al concentrar todo lo que se tratara de la mente en una especialidad, de manera que el área propia de la medicina pudiera ocuparse solo de problemas susceptibles de tratamiento orgánico libre. Igualmente como currículo innovador había considerado la práctica comunitaria desde el primer año de la carrera, que posibilitó la inserción del estudiante en diferentes comunidades y con ello una serie de procesos de intervención; no obstante, la estructura de la institución se mantuvo y se trasladó al trabajo comunitario, teniendo al docente como punto central del proceso de enseñanza-aprendizaje, tergiversando el sentido de la práctica comunitaria en salud.

Todo el recorrido que hemos realizado hasta el momento sobre los estudios de medicina en la Universidad de Carabobo y en particular en la Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba”,

nos lleva a expresar que es indiscutible y por tanto aceptado por los actores que participan en la formación de profesionales de la medicina, que el diseño curricular de la carrera tiene influencia sobre los conceptos que el estudiante se forma en relación a los temas salud, enfermedad, medicina y su función profesional en la sociedad, por tanto un egresado que haya estudiado un plan de estudio del tipo que hemos descrito, probablemente va a tener todavía, una visión de compartimientos, disgregada, donde la mente se encierra en una especialidad y el cuerpo compete a la actividad médica propiamente dicha.

Pareciera que dicho plan no formuló sus objetivos en función de la comunidad y del estudiante, sino que dependía de los avatares políticos institucionales y de la atención de los docentes, favoreciendo la mentalidad individualista que prestaría más atención al caso, que a la salud del individuo, que valorizaría más el dominio técnico de la especialidad que la apertura interrogante que le ofrece la clínica y las áreas que le dan sustento a la promoción de la salud. De tal manera que no se completo su cometido, disminuyendo las actividades comunitarias y favoreciendo las hospitalarias, estancando todo el avance que se había dado hasta ese momento.

Todo este proceso, desarrollado por la Escuela de Medicina desde su creación, que ha pasado desde el dominio del paradigma médico científico hasta evaluar la posibilidad de formar un profesional de la medicina que se adapte a los tiempos actuales, en los cuales el país ha ido dando giro a las políticas de salud, tanto nacionales como regionales, obliga a que en el año 2005, las comisiones curriculares de ambas escuelas, tanto la de Valencia como la de Aragua, se fijaran como meta, unificar las funciones, tareas y rasgos de personalidad que debía realizar el médico egresado de ellas, con el objeto de homologar el plan de estudio y lograr un pensum único, que a pesar de haber sido común en su origen para este momento guardaban diferencias.

Consideramos que estas modificaciones curriculares obedecían a la necesidad de enfrentar los problemas de la educación superior señalados en la “Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el Siglo XXI” (UNESCO, 1998), así como también los problemas de educación médica planteados a través de sus organismos internacionales y

nacionales, en documentos y conferencias por casi tres décadas, partiendo de la Declaración de Alma Ata (OMS, 1978), en la cual se instó a las Escuelas de Medicina a propiciar una formación del médico para alcanzar la salud para todos en el año 2000 y que también hacían referencia a la necesidad del mundo globalizado, de ponerse de acuerdo a nivel mundial para producir un médico con conocimientos similares, más no idénticos, respeto a la idiosincrasia, autonomía y diversidad de cada país, estado o región.

En consecuencia, se planteaba la formación de médicos con conocimientos mínimos esenciales que permitieran la evaluación y acreditación con sus pares, como los definidos por el Comité Central del Instituto Internacional de Educación Médica (IIME, 2003)), los cuales eran aplicables a todo el mundo.

Esfuerzos similares se estaban haciendo en Latinoamérica, debido al establecimiento de acuerdos de cooperación internacional como el de la Comunidad Andina de Naciones (CAN), para facilitar el intercambio de profesionales entre los países que lo integran. Esto obligaba a que las transformaciones educativas fueran necesarias y urgentes.

En respuesta a ello, se presentó en el año 2006, un nuevo diseño curricular homologado para las escuelas de medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Este rediseño se ajusta a las nuevas exigencias de la Constitución Bolivariana de Venezuela, corrige las debilidades detectadas de una validación externa realizada en el año 2001, aproxima la carrera médica a las exigencias de AVEFAM y FEPAFEM, así como también a las recomendaciones del Instituto Internacional de Educación Médica (IIME), sobre los requisitos globales mínimos esenciales para la formación del médico.

Durante este año 2006, se procedió con la elaboración del micro currículo representado por los programas instruccionales de las distintas asignaturas. Este trabajo se hizo tomando en consideración las recomendaciones realizadas a los programas vigentes para ese momento, evaluados en su totalidad por una subcomisión de programas, integrada en el año 2005.

La evaluación como aspecto esencial del diseño, se planteó realizarla anualmente incluyendo todos sus componentes, especialmente, la evaluación del estudiante, la cual continuaría rigiéndose por la Modalidad establecida por la Escuela, de acuerdo al Reglamento de Evaluación vigente de la Universidad de Carabobo. Esta nueva propuesta fue presentada en las distintas instancias y fue aprobada.

2. Rediseño Curricular de las Escuelas de Medicina en Carabobo y Aragua de la Facultad de Ciencias de la Salud.

El Rediseño Curricular fue producto de un ajuste basado en las tendencias actuales de educación médica, siguiendo los lineamientos dictados en esta materia por la Constitución Venezolana vigente desde 1999, la Asociación Venezolana de Facultades y Escuelas de Medicina y las normas de racionalización académico – administrativas de la Universidad de Carabobo, utilizando la metodología propuesta para ello por Castro Pereira, la cual planteaba la unificación de los planes de estudios de las dos Escuelas de Medicina pertenecientes a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo.

Este rediseño se encuentra dentro del marco de las políticas nacionales actuales de Educación Superior y de la Universidad de Carabobo y toma en consideración el carácter de integralidad, la formación ética y ciudadana, promueve el pensamiento crítico, la adquisición del conocimiento básico o plataforma del saber, que le permitirá al egresado resolver los problemas de atención médica e investigación que se presentan en el primer nivel de atención de salud, identificar los casos que ameritan referencia oportuna, estar abierto a su formación durante toda la vida y si es su deseo, cursar estudios de cuarto y quinto nivel. (Proyecto de Ley de Educación Superior, 2005)

También sigue las políticas de educación médica, cuya meta principal es la de formar un profesional humano altamente calificado, con las competencias necesarias para su desempeño en el medio laboral. En este sentido se propicia la preparación del egresado de las Escuelas de Medicina, en las comunidades urbanas y rurales, ámbitos de trabajo del Ministerio de Salud y, acorde con sus programas y las políticas de salud diseñadas por este Despacho a partir del año 2000.

El ajuste se inició por la actualización de los fundamentos teóricos del currículo siguiendo una metodología preestablecida; partiendo del diseño existente se hizo una revisión y se obtuvo como resultado la definición del perfil, funciones, tareas y rasgos de personalidad, para posteriormente unificarlos e integrarlos hasta lograr un nuevo plan.

Este rediseño curricular fue el resultado de una investigación documental y de campo, ya que además de una revisión de los antecedentes y siguiendo los planteamientos de Oñate, (2000) y las tendencias actuales en materia curricular y educación médica, realizó una consulta a las personas involucradas en el proceso curricular para lograr los objetivos del estudio.

Tomando en consideración las investigaciones previas realizadas en ambas escuelas, en común acuerdo, se definieron las cuatro siguientes funciones.

1. Función Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad
2. Función Restitución de la Salud
3. Función Investigación
4. Función Gestión en Salud

Posteriormente se revisaron e integraron las tareas o indicadores beta (el hacer), e igual procedimiento se aplicó a las características de personalidad o indicadores alfa (el ser), que el estudiante debe poseer para realizar cada tarea.

A partir de las sinopsis de contenido de los programas existentes se establecieron los conocimientos (el conocer), que el estudiante debe adquirir para poder realizar cada tarea. Esto fue utilizado como insumo por los participantes de las Jornadas de Validación y Ratificación. Los contenidos fueron organizados por áreas de conocimiento y a su vez en áreas genéricas y áreas específicas. Las áreas genéricas se definieron en tres grupos, siguiendo las sugerencias metodológicas del Modelo de Control y Ajuste Permanente de Castro Pereira (1982), a saber:

Área Propia: Entendido como aquel conocimiento indispensable, para la formación del médico, pertenece a la carrera, identifica al profesional, es determinante en el perfil; Área Familia: Aquel conocimiento que refuerza lo propio, lo enriquece, no puede separarse de él, no determina necesariamente el perfil y Área Afín: Como aquel conocimiento que tiene una relación, es instrumental; puede separarse de él, no determina necesariamente el perfil.

Las áreas específicas de los conocimientos fueron agrupadas en: Área de Salud Pública, Área de Salud Mental, Áreas Clínicas, Áreas de Ciencias Básicas o Biomédicas, Área de Investigación y Área de Formación Integral.

En esta última se incluyó Ética, Bioética y Deontología y en relación a Deporte se decidió dejarla como asignatura, por tener contenidos propios de la carrera. No obstante, las actividades deportivas, Arte y Cultura deberán ser canalizadas de acuerdo a las políticas establecidas por la Universidad. Respecto a la Tecnología de la Información y Comunicación (TIC), se consideró como una herramienta, a incluir como Requisito Obligatorio (RO), y las Escuelas debían ofrecerla para aquellos estudiantes que lo ameritaran.

Finalmente se logró consolidar un Diseño Curricular Homologado para la formación de médicos en la Facultad de Ciencias de la Salud.

2.1 Fundamentación Teórico-Curricular.

La Escuela de Medicina, para la elaboración del Diseño Curricular, siguió los lineamientos acordados por la Comisión Curricular Central de la Universidad de Carabobo, quien propuso como modelo el denominado “Modelo Teórico de Investigación y Desarrollo Curricular de Control y Ajuste Permanente”. Este modelo, diseñado por Castro Pereira en 1984, además de observar los principios anteriormente enunciados sirve de orientación al Diseño (Modelo Teórico Curricular), a su desarrollo (Modelo de Desarrollo Curricular) y a su evaluación (Modelo de Evaluación Integral).

La Comisión Curricular de la Escuela de Medicina, seleccionó este modelo porque se adapta a las innovaciones que, en materia de educación médica se han promulgado en los últimos años, así como también a las exigencias vigentes en materia de salud a nivel internacional, nacional y regional, para lograr el médico que necesita y demanda el país.

2.2 Síntesis del Perfil Profesional.

El egresado de la Escuela de Medicina de la Universidad de Carabobo deberá ser: un servidor público capaz de atender a la persona de manera integral, es decir, como individuo, como integrante de una familia y de una comunidad, en equilibrio con el medio ambiente,

en los niveles de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y restitución y rehabilitación de la salud.

Estará capacitado para prestar un servicio de alta calidad, completo, continuo y personalizado, en el marco de una relación duradera basada en la confianza:

- Ser un individuo con una concepción clara de su propia identidad y de su valor personal que le permita valorarse a sí mismo en su justa medida para luego poder valorar a los demás, ser tolerante de las debilidades propias y ajenas para aceptar y respetar la diversidad humana.
- Ser un profesional que desempeñará su labor con un alto sentido de la moral y la ética, tanto en su manera de pensar y sentir, como en su conducta observable. En la toma de decisiones deberá mostrar congruencias entre su sentir y su hacer.
- Ser un individuo con capacidad de decisión consciente del alcance de su competencia profesional, a fin de poder solucionar los problemas de salud – enfermedad del individuo, la familia y la comunidad, que identifica las situaciones complejas que ameriten referir al paciente de manera oportuna y/o seleccionar las tecnologías apropiadas con un criterio eficiente, prestando una atención humanizada y óptima.
- Ser un buen comunicador capaz de educar al individuo y a los grupos capacitándolos para que adopten modos de vida saludables, asumiendo una actitud de servicio y compromiso.
- Ser un líder que facilite la concienciación de las necesidades de salud individual y colectiva de la familia y la comunidad, y emprenda medidas correctivas en su nombre.
- Poseer capacidades gerenciales para trabajar eficientemente en equipo con individuos y organizaciones dentro y fuera del sistema asistencia, con el fin de atender las necesidades de los pacientes y las comunidades a través del uso adecuado de los datos y

recursos de salud disponibles. Será capaz de planificar y evaluar la actividad médica en todos sus niveles de atención.

- Poseer lineamientos básicos y herramientas que le permitan continuar estudios a nivel de especialización y/o aplicar el método científico en la investigación y en la resolución de los problemas de salud, de acuerdo a la globalización del mundo actual.

2.3 Funciones del Egresado.

El rediseño del currículo de la carrera de medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud que homologa la formación del médico en sus dos sedes Carabobo y Aragua, plantea actualmente cuatro funciones para el egresado: Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad; Gestión en Salud; Restitución y Rehabilitación de la Salud y, la función Investigación que se describen a continuación:

1) FUNCIÓN PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

Impulsa y estima la educación para la salud, orientando al individuo, la familia y la comunidad sobre el control de los factores de riesgo individual y ambiental emprendiendo acciones autogestionarias para promover una mejor calidad de vida.

2) FUNCIÓN GESTIÓN EN SALUD

Garantizar la utilización óptima, efectiva, coherente, etc.; de los recursos humanos, materiales y financieros en el cumplimiento de la actividad de atención de salud, en concordancia con los requerimientos que demanda la institución y la comunidad donde presta sus servicios, fundamentados en las políticas de salud a nivel regional y/o nacional.

3. FUNCIÓN: RESTITUCIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

Restituye la salud del individuo, la familia y la comunidad mediante el diagnóstico temprano y el tratamiento integral y oportuno de las patologías pediátricas, gineco-obstétricas urgentes o no, a nivel domiciliario, ambulatorio y hospitalario.

2.4 Alcances del Rediseño Curricular.

Las Escuelas de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, con la intención de formar un médico con pertinencia en el campo de trabajo, ha realizado evaluaciones curriculares del perfil, lo que les ha permitido definir cinco funciones básicas para el médico egresado:

- La prevención de la enfermedad
- La restitución de la salud
- La administración y programación
- La educación para la salud y
- La investigación

Cada una de estas funciones tiene claramente establecidas las competencias que debe cumplir el alumno cuando egresa como profesional de la medicina. No obstante, la realidad que tiene el estudiante resulta compleja para la orientación de su práctica, ya que hay un manifiesto expreso tanto de la institución encargada de su formación, como de aquella que define y ejecuta las políticas de salud, orientada con el paradigma social; sin embargo el docente universitario en el área clínica modela la medicina curativa, predominando la especialidad y la subespecialidad con un enfoque biologicista quizás debido a que el ejercicio hospitalario obliga a trabajar la enfermedad y no la salud.

Por otra parte, la Ley de Ejercicio de la Medicina que regula legalmente, el actuar del médico, obliga a realizar un año de Medicina Rural a todos los egresados de las Escuelas de Medicina para poder ejercer como médicos lo cual le permite desarrollar estrategias de atención primaria en salud, orientación que puede cambiar al continuar sus estudios de postgrado.

La reflexión obligada ante esta situación esta dada sobre la base de que en la actualidad los profesionales tienen el gran reto de ser eficientes y efectivos con un buen desarrollo de su personalidad, habilidad para adquirir conocimientos actualizados y suficientes, tener capacidad de ponerlos en practica utilizando los recursos disponibles, procurar una vida armónica consigo mismo y con sus semejantes.

Esto evidencia la formación de un médico integral, con una perspectiva biopsicosocial, que asuma un rol protagónico en la búsqueda de estado saludable de la población, utilizando como herramienta la educación y la prevención a un nivel de atención primaria, evitando que el usuario se vea obligado a ingresar en un hospital.

En la necesidad de apuntar a estas exigencias, entre los logros alcanzados por la Facultad de Ciencias de la Salud, en sus Escuelas de Medicina, con la formación de los profesionales de la medicina podemos mencionar:

1. Organización de los estudios médicos según un proceso de pensamiento amplio para que el profesional pueda llevar a cabo sus labores en distintos espacios de la organización del sector salud.
2. La organización de los contenidos en función de las tareas permitió romper con la tradición flexneriana de adquisición del conocimiento partiendo de lo sano para luego conocer los elementos de la enfermedad. Emerge así el concepto de salud – enfermedad como proceso, además de los contenidos normales o fisiológicos, se introducen contenidos relacionados con las modificaciones fisiopatológicas, desde el comienzo de la carrera.
3. Se ratifica la necesidad de mayor cantidad de contenidos relacionados con la Salud Pública, para lograr las funciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y gestión en salud, con el objeto de mejorar la eficiencia en el desempeño del egresado dentro del sistema integral de salud.
4. Se valida la pertinencia de asignaturas que promueven el contacto temprano del estudiante con el individuo, la familia y la comunidad. (Práctica Médica, Salud Comunitaria)
5. La organización de los contenidos de acuerdo al proceso del pensamiento médico, también permitió, que al comenzar a conocer los aspectos fisiopatológicos desde los primeros años de estudio, el último año se liberará de contenidos teóricos, dedicándose el estudiante a las prácticas profesionales y desarrollar la auto evaluación con alto sentido moral y ético de su desempeño profesional.

6. La distribución de los contenidos correspondientes al área de formación integral: Investigación, Inglés Biomédico, Ética, Bioética y Deontología Médica, están distribuidos en todos los años de la carrera. Para tal fin se crean los Programas Directores, que facilitan la integración vertical del currículum y toma en cuenta la transversalidad y la transdisciplinariedad.
7. Organización del Currículo por competencias, considerando que estas son la integración de varias tareas. La matriz tridimensional permitió la concreción de competencias por año, que permite, de acuerdo a las tendencias actuales, facilitar la integración horizontal.

CAPÍTULO VI

1. Construcción Metodológica

En este capítulo consideramos necesario, hacer una diferenciación entre el tema de investigación y su tratamiento, debido a que hasta este momento hemos venido realizando una mirada sobre los aspectos que están relacionados con la formación de médicos y también con la temática educativa y de salud, la cual nos ha permitido comprender este proceso cultural de tanta importancia para el colectivo humano. Sin embargo, el método que hemos tratado de construir para alcanzar nuestro propósito, no es un camino acabado, es una vía para iniciar su tránsito, por tanto damos a conocer el sentido del método seleccionado, compartiendo con Enzo del Bufalo (citado por Rivero, 2006) que “está influido por multiplicidad de factores inherentes a la investigación, lo que implica necesariamente la imposibilidad de prescribir un método único” (p. 83). En otras palabras, para desarrollar la investigación planteada, no era posible utilizar un solo método, porque tratamos de superar el modelo clásico, inspirado en la física que ha sufrido modificaciones para poder aproximarse a la realidad, posibilitando la multiplicidad metódica que debe caracterizar la investigación sobre lo social. Esto nos permitió establecer el carácter espontáneo de la búsqueda y develar a través del descubrimiento, resultados no expuestos a priori. En este sentido, consideramos necesario presentar las corrientes metodológicas utilizadas; Etnografía, Hermenéutica e Investigación Acción- Participativa, describiendo sus contenidos sustantivos y aspectos específicos que nos han permitido construir una intersección de métodos, denominada también pluriparadigmas.

En este sentido, para el desarrollo de esta investigación, seguimos el enfoque cualitativo, el cual consiste en modos de cuestionamiento sistemático enfocados a entender a los seres humanos y sus producciones, en el marco de un contexto. Está caracterizada por ser reflexiva y empática dada su ínter subjetividad, tomando en cuenta que trata de comprender la realidad tal como la viven las personas; valora todos los puntos de vista de dicha realidad, porque es multidimensional desde la perspectiva hermenéutica y humanística ya que busca comprender el significado y el sentir del hombre. Por otra parte, la validez viene dada por puntos de coincidencia entre dos o más informantes claves, planteada ésta, mediante la saturación.

Con este enfoque cualitativo perseguimos como propósito describir, explicar y comprender la formación del médico en la Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba” de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo, tomando en cuenta el desempeño profesional de sus egresados y los procesos que están en su base, en un marco sincrónico y diacrónico, estudiando la evolución de los planes de estudio durante el período 1985-2006 y su relación con las políticas de salud. Así mismo, buscamos tanto los aspectos únicos y particulares de la formación profesional como los aspectos generalizables. En este sentido, el análisis del tema de investigación, lo realizamos interrelacionando lo etnográfico, la hermenéutica y la investigación-acción-participativa como paradigmas que nos permitieron ilustrar la complejidad de la vida del ser humano actual, también entendidos como paradigmas reconciliables en sus propósitos epistemológicos y metodológicos o reconocidos en una dimensión pluriparadigmática.

2. Intersección de Métodos o Pluriparadigmas.

La conjunción de los tres métodos antes descritos nos llevan a una integración, es decir la creación de un espacio pluriparadigmático, definido por Rodríguez (2000), como:

La concurrencia de muchas disciplinas, métodos y técnicas, en cuanto implica una enseñanza simultánea de ciencias que provienen de dominios diferentes. Este método se asemeja al desarrollo de una discusión donde cada uno de los participantes aporta su punto de vista, al diagnóstico dado por diferentes especialistas sobre un mismo caso médico o sobre las apreciaciones alrededor de una determinada situación económica. (p.58)

Esta intersección nos permitió hacer una reflexión clara sobre un mismo objeto desde diversos aspectos, pero sin la pretensión de armonizarlos entre sí, solo facilito la realización de explicaciones sucesivas o simultáneas. En otras palabras, no se privilegió uno sobre otro, por el contrario, tratamos de especificar las integraciones metodológicas constitutivas que nos permitieron el desarrollo de la investigación, sin que un método aplanara el objeto de estudio, ni de privilegiar uno con respecto a otro, es decir intentamos la conjugación entre los métodos referidos.

La búsqueda fue orientada a establecer una conciliación, que permitiera desbloquear la dominación del conocimiento en forma no vertical, para mirar la formación de un profesional enmarcado en la acción reflexiva libre, para abrir la posibilidad de presentar la alternativa de un discurso diferente desde la realidad del individuo en un proceso educativo en el cual se reflejaran tanto el facilitador-docente como el egresado en su condición de ser social.

Esta conjunción de métodos, denominado intersección, no tiene significado de un momento culminante, de allí la necesidad de referir lo complejo de Morin, “cuando diferencia las posibilidades de relacionar distintas ciencias cada una desde una vinculación estratégica” (Citado por Rivero, p.111). Esto nos ha permitido incorporar conceptos, categorías y definiciones, teniendo presente que tanto del lado de las teorías como de los métodos que hemos integrado para el estudio de la situación, han surgido contradicciones, mediaciones, especificaciones, interpretaciones y analogías, entre otras estrategias, lo cual fortaleció la investigación dado su complementariedad.

Esto se fundamenta en la complejidad del perfil del egresado que ha definido la institución y que al ponerlo en el contexto actual, emergen distintas corrientes de pensamiento desde los propios autores, por la dinámica social donde les ha tocado desempeñarse, que nos conduce a caracterizar heterogeneidades propias de sociedades complejas como la que tiene Venezuela en este momento. Lo que queremos es resaltar la amplitud de posturas que pueden adoptarse desde el ejercicio de una profesión que tiene carácter social y desde ese transitar es que realizamos una integración de posiciones, por tanto la intersección de métodos planteada.

En este sentido, enfatizamos que el método etnográfico aplicado en este campo de la educación nos permitió explorar los fenómenos de interés, jerarquizando la observación de los comportamientos sociales y exigiendo la participación del investigador en esos comportamientos para aprehenderlos a través del significado que les otorgaron los participantes en la investigación. Para ello, se mantuvo presente la naturaleza dialéctica, contextualizada, reflexiva y hermenéutica en la investigación etnográfica, lo que supone un diálogo constante entre la inducción y la deducción, que llevo a conducir algunos presupuestos en el acceso al campo, aunque después cambiaran en respuesta al carácter distintivo de los acontecimientos.

Ejemplo de ello fue la inclinación hacia lo clínico aunque reconociendo la práctica preventiva y de promoción de la salud, la permanente comparación de los currículos de régimen semestral con el anual. No obstante, la etnografía facilitó la exploración de las pautas culturales y de comportamiento tal como son percibidas por los participantes, ya que se trató de reconstruir las categorías que utilizan en la conceptualización de la realidad interna y externa, recalcando en la ínter subjetividad, por cuanto consideramos el análisis tanto de las categorías emergentes de los significados y conductas de los participantes, como de categorías y atributos aportados por otros autores y por el propio investigador.

3. Procedimientos para la Construcción Metodológica.

El procedimiento consistió esencialmente en lo siguiente: a) Elección de los informantes a entrevistar; b) Elaboración de la guía de la entrevista o registros de información (primera categorización) y c) Aplicación de la entrevista (recolección propiamente dicha).

3.1 Selección de Informantes

La unidad de análisis de este estudio, partiendo de lo expresado por Martínez (1998)...“que puede estar constituida por cualquier grupo humano que constituya una entidad cuyas relaciones estén reguladas por ciertos derechos y obligaciones recíprocas” (p.29), fue organizada por un grupo humano sobre el cual fueron desarrolladas las interpretaciones, es decir docentes o informantes clave y egresados o informantes protagonistas, de la Escuela de Medicina, adscritos a la Facultad de Ciencias de la Salud-Sede Aragua. La diferencia entre ellos, según Galeano (2003) es que: “el primero conoce y participa de la realidad objeto de estudio y el segundo habla desde sus propias experiencias y vivencias más que desde la alusión a terceros” (p.36)

La selección de informantes participantes, atendió a la naturaleza del estudio y los propósitos de la investigación, específicamente porque el objeto de estudio requería para su construcción, desde los escenarios y con los actores, la observación directa y el registro permanente de información para describir mejor las estructuras significativas que dieran razón de la conducta de dichos informantes, por tanto este enfoque no tuvo pretensiones de generalización de sus conclusiones, la intención fue ofrecer resultados y sugerencias para instaurar cambios en la institución.

Los criterios tuvieron como base, la experiencia de los informantes en términos de su ejercicio profesional o en la labor académica realizada, de allí que la fuerza del estudio se obtuvo mediante la palabra de quienes ofrecieron sus testimonios.

La elección de los sujetos fue concretada a partir del conocimiento previo de los egresados (informantes protagonistas) y su ubicación en los distintos lugares de trabajo. Se le dio valor fundamental a las opiniones de los docentes expertos (informantes clave) para garantizar su localización. Se utilizó como criterio, haber egresado de la Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba” y ejercer la profesión en la ciudad de Maracay, en servicios asistenciales públicos o privados, de investigación o en instituciones educativas. En definitiva fueron seleccionados 07 egresados, con los cuales se trabajó siguiendo la técnica de saturación, de manera tal que, en forma progresiva, al llegar a la séptima entrevista se confirmó un gran nivel de repetitividad en los relatos que hizo innecesaria la recolección de información en nuevos sujetos. Con el fin de mantener el anonimato de estos informantes y para favorecer la fluidez de la conversación, a cada uno de ellos se le asignó una letra del abecedario en lugar de sus nombres.

Por otra parte, fueron entrevistados 03 docentes directivos de la institución, que laboran en diferentes ambientes, cuidando que uno de ellos representara la instancia curricular en la institución. La entrevista a estos docentes se realizó al inicio de la investigación, dando especial importancia, ya que dada su experiencia podrían aportar elementos de la problemática tratada, a la construcción teórica. Los criterios de elección en este caso fueron: Ser Docente de la Escuela de Medicina; y presentar alguna de las siguientes características: Ocupar cargo de director en la Facultad de Ciencias de la Salud-Sede Aragua; haber sido miembro del Consejo de la Escuela o de la Facultad o estar ejerciendo su función docente como jefe de departamento; haber ejercido o estar ejerciendo como jefe de servicio en un centro de salud regional; integrar la Comisión Curricular de la Escuela, por considerar que podía propiciar mayor abstracción de la situación problemática planteada, y facilitaría aportes para aproximarnos a una construcción teórica.

3.2 Registros de Información:

Para las tres modalidades elegidas para conformar los pluriparadigmas de esta investigación se tomó como registros de información la observación, como principio fundamental de toda ciencia y de todo método, registros de hechos anecdóticos o significativos que pueden darse desde un cuaderno de registro hasta una grabación de una entrevista semiestructurada, abierta, enfocada o en profundidad. En nuestro caso, asumimos el registro de los testimonios desde una entrevista enfocada y el relato directo desde el diálogo con los informantes. Para ello respetamos lo señalado por Galeano (2003):

Para seleccionar los relatos de los informantes es necesario primero, lograr su consentimiento para la entrevista o diálogo, así como garantizar la confidencialidad, el anonimato y respetar los canales de información y de vida privada a que tienen derecho los informantes y establecer relaciones de reciprocidad. (p.69)

En base a ello, fue que se obviaron los nombres y los lugares donde trabajan los informantes y para la entrevista enfocada fueron utilizadas preguntas claves para obtener la información requerida en el estudio desde un proceso dialógico e interactivo.

La guía de la entrevista o registro de información se elaboró a partir de las categorías que surgieron de la problematización del fenómeno a investigar, considerando las respuestas de los docentes, y solo cumplió un papel de orientación, dado que no había una secuencia u orden fijo, ni una única manera de formular las preguntas. Se trató de una conversación en la que cada uno de los entrevistados contó su experiencia y el investigador intervino de vez en cuando para interesarse por un aspecto considerado en la guía que no se hubiera tocado.

La aplicación de la entrevista o recolección de la información propiamente dicha, se inició acordando el lugar de encuentro (universidad, servicio asistencial o centro de investigación), y sensibilizando a cada uno de los entrevistados sobre la importancia de la investigación en desarrollo y la utilización de sus resultados para elevar la calidad de la formación del profesional de la medicina en atención a las necesidades de la población y las políticas de salud del estado venezolano.

En las sesiones destinadas a recoger los relatos, las cuales fueron grabadas, explicamos las temáticas que iban abordarse lo que permitió que cada entrevistado comenzara por aquellos aspectos por los cuales le pareció pertinente hacerlo, de acuerdo a la importancia que le diera y a su propia vivencia. Los relatos discurrieron como conversaciones fluidas porque se concretó el deseo de los entrevistados de contar sus experiencias.

Ahora bien, cabe señalar que la validez y confiabilidad estuvo dada por la coherencia interpretativa entre los informantes y el investigador que se insertó en la realidad, mediante triangulación desde lo participativo. De tal modo que para lograr la confiabilidad del instrumento se utilizó lo que define Martínez (1991) como: “categorías descriptivas, concretas y precisas desde datos primarios y secundarios no manipulados” (p.7).

En cuanto a la técnica de validación, fue dada por la observación directa de la realidad, a partir de la cual se reflejó la imagen clara del fenómeno desde diversos puntos de vista, de cada relato recogido y de la interpretación de los mismos (triangulación) en el marco de la dinámica sociocultural y de salud en que estos se desarrollan.

Finalizadas las entrevistas procedimos como sigue:

1. Transcripción detallada sobre los contenidos de la información obtenida. Se verificó una reproducción fiel, que recogió los errores de lenguaje, las pausas, los silencios y las preguntas.
2. Comparamos las grabaciones y los textos, en una especie de primera exploración de significados. Se escuchó y se leyó para hacer anotaciones previas en un primer borrador. Las palabras y expresiones que parecieron tener un significado relevante para el ejercicio de la profesión, fueron señalados con resaltador.
3. Seleccionamos los párrafos que presentaron una idea central. Clasificamos los párrafos según propiedades u ordenadores epistemológicos (categorías) o palabras que expresaban o identificaban la idea central, las cuales se agruparon o asociaron de acuerdo a su contenido. Dichas categorías o expresiones significativas fueron aquellas que conjugaron las teorías revisadas, las expresiones de los entrevistados que definen su acción y la opinión del investigador desde los significados implícitos en cada una de ellas para lograr la triangulación.

Una vez organizados los documentos, iniciamos el análisis propiamente dicho, el cual se concreto en tres momentos:

1. Análisis Vertical. En este primer momento trabajamos cada relato por separado, para ubicar las unidades con sentido. Se fueron agrupando los datos relativos a los juicios (“...yo pienso que...”; “yo creo...”), por categorías que iban emergiendo del texto y que iban siendo sugeridas de acuerdo a las dimensiones en que se expresó el ejercicio de la profesión. Básicamente el proceso de categorización se orientó con las referencias a cada dimensión y subdimensión, las cuales fueron reducidas a enunciados claves: frases, oraciones etc. Con este material se elaboraron fichas para cada entrevistado, seleccionadas por temas o aspectos.

2. Análisis Horizontal. Una vez tratado cada relato por separado, reunimos en las fichas por temas, todas las expresiones o enunciados individuales utilizados por los informantes, para luego realizar una especie de integración temática.

3. Finalizados el análisis vertical y horizontal, procedimos a construir un cuadro, como una matriz, por un lado los temas y por el otro los enunciados empleados por los informantes, agrupados por categorías, lo que facilitó la ubicación y precisión de las regularidades en las percepciones de los médicos y médicas en torno a su ejercicio profesional, su relación con la formación recibida y las políticas de salud vigente.

4. Categorización y Teorización de Testimonios.

La categorización, tal como lo señala Galeano (2003), consiste en “juntar, agrupar datos que comparten significados similares” (p.38); es decir clasificar las partes en relación con el todo, describir lo significativo de los relatos. En este sentido, este autor refiere que se trata de:

Clasificar la información por categorías, de acuerdo a criterios temáticos referidos a la búsqueda de significados. Es conceptualizar y codificar, con un término o expresión que sea claro e inequívoco, el contenido de cada unidad temática con el fin de clasificar, contrastar, interpretar, analizar y teorizar. (p.38)

Desde esta agrupación realizamos, una matriz en la cual segmentamos la información, recogida en las entrevistas por temas, identificados a través de frases o párrafos que se relacionan entre si, generando las categorías epistemo-metodológicas, que nos ha permitido, bajo los criterios de ser exhaustivas en el sentido de permitirnos la clasificación de toda la información disponible; darle voz a los informantes, aún existiendo coincidencias y diferencias entre ellos, pero a la vez relacionando sus testimonios para alcanzar los propósitos del estudio. En este sentido fueron identificadas cuatro categorías : **Características del currículo, Desempeño del egresado, Evaluación curricular y Seguimiento de egresados, (categorías descriptivas)**, para ello subrayamos las coincidencias entre los testimonios o relatos de los informantes Clave (docentes) y de los informantes protagonistas (egresados), es decir, la frecuencia en la cual se repiten aunque con expresiones lingüísticas diferentes una misma idea, lo que ha sido denominado por Bertaux (1993) citado en Martínez (1998), como “punto de saturación, donde se explora a fondo un relato, estructurando toda la información, luego se integra a esta estructura la información o segundo relato hasta que las nuevas expresiones no añadan prácticamente nada nuevo” (p.74). Esta agrupación nos permitió el análisis estableciendo comparaciones constantes, que facilitó la identificación de diferentes aspectos relativos a cada categoría, los cuales denominamos subcategorías, esto con el fin de proporcionar mayor significado a la información obtenida. Seguidamente procedimos a escribir resúmenes para describir las informaciones relativas a cada categoría.

A partir de aquí establecimos los criterios para asumir la teorización de los testimonios con base a las técnicas de descripción, contraste y triangulación, definidas por Galeano (2003), como:

La Descripción, es el momento en el cual se presentan los testimonios de los informantes tal cual se producen y sin interpretaciones. El contraste se establece en la disertación entre quien investiga y las bases documentales existentes, sobre el investigador y los informantes y la triangulación que consiste en la confrontación o dialogo entre fuentes (investigador, informantes claves, protagonistas y textos sobre el tema) a partir de la cual se reconoce la heterogeneidad de la condición humana y se reconstruye o legitima el saber de una realidad. (p.42)

Así, iniciamos dicha teorización, en un proceso de triangulación entre los informantes, los documentos y nuestra experiencia, de allí que las frases u oraciones entre comillas y cursivas reproducen explicaciones textuales de los informantes.

Al precisar el primer ordenador o categoría epistemo-metodológica referida a las **Características del currículo** de la Escuela de Medicina, en atención a sus bondades y fortalezas; encontramos coincidencias en más de dos informantes protagonistas, criterio requerido según Galeano (2003), “para adquirir confiabilidad y validez de un testimonio” (p.42); estas coincidencias son: *“es un currículo completo...toma como parte importante las materias de prevención y promoción de la salud”*; *“es un currículo que considera el trabajo comunitario...tiene reforzamiento del eje de salud comunitaria”*; *“esta relacionado con la actividad comunitaria y la pertinencia de los profesionales hacia lo social...hay deseos de formar un profesional que se identifique con la realidad”* *“ha sido modificado de acuerdo a las necesidades sociales y laborales...esta sujeto a los cambios en el tiempo”*; *“permite ser modificado de acuerdo a las necesidades del contexto laboral y social...no es un modelo rígido”*.

Aunque expresados en formas distintas, los testimonios confluyen hacia un mismo significado: existe una visión uniforme del currículo, el cual consideran con características sociales y comunitarias, que permite dar respuestas a las necesidades sociales, tal como lo requiere las políticas de salud que establece: “la necesidad de que la formación del medico supere el viejo paradigma medicalizado y positivista de la salud a fin de que el profesional pueda manejar los objetivos, políticas y reglas de funcionamiento del sistema de salud” (MSDS, 2002. p.121). Estas coincidencias también se encuentran en los informantes clave, cuando manifiestan que el currículo desde su implementación anual ha *“permitido incluir una serie de materias, como en el área de la salud mental”*...; *“tiene una tendencia hacia lo comunitario insertándose en los cambios que se producen en el país”*...; *“el régimen anual generó el parámetro de la integralidad y se cambio un poco hacia la formación de un medico de Atención Primaria en Salud”*

Es muy importante rescatar este planteamiento de la formación de un médico de Atención Primaria en Salud (APS), por cuanto se refiere al primer nivel de contacto del individuo, la familia y la comunidad con el sistema de salud, estrategia que busca según MSDS (2003):

Ampliar la cobertura, elevar la resolutiveidad y la calidad de la oferta de servicios; facilitar el acceso y la integralidad de la atención y estimular la participación ciudadana, movilizar e integrar esfuerzos intersectoriales y transdisciplinarios, reconociendo y actuando de manera transversal en los diferentes niveles de atención tradicionalmente utilizados, estableciéndose, pues, la distinción con el primer nivel de atención definido por el centro de atención ambulatoria. (p.26)

El marco de esta estrategia de atención, desde el mismo momento de su formulación, marcó la pauta para el desarrollo de reformas curriculares en las Escuelas y Facultades de Medicina en América Latina y en Venezuela tuvo un fuerte apoyo hacia lo interno de las universidades. En la Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba” durante la década de los años 90, se dio un importante proceso de transformación que originó un nuevo diseño curricular, a decir de González (2005):

Centrado en formar un profesional de la salud con una visión mucho más integral y acorde con los postulados de Alma Ata. Era necesario un proceso formativo hacia la consecución de un egresado que pudiera insertarse en programas de salud fundamentalmente preventivo-comunitarios, enmarcados dentro de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). Este diseño curricular pautó la incorporación de los estudiantes de medicina al trabajo comunitario desde los inicios de la carrera. Esto posibilitó su inserción en diferentes comunidades y el inicio de una serie de procesos de intervención. (p. 12)

Sin embargo, tal como lo expresa uno de los informantes clave, este nuevo diseño innovador tenía una incoherencia interna *“es decir una confusión entre lo que era la política de prestación de servicio y la política de formación del médico”*, lo que lleva a pensar que el apoyo político desde las instituciones de salud, para ese momento, no era lo suficientemente fuerte para acompañar desde los servicios de salud, la formación de un nuevo profesional, en otras palabras, no se lograron todos los cambios esperados en las instituciones de salud, para acompañar las exigencias que requería este nuevo concepto en la formación del médico. No obstante, en el ámbito regional, como ocurrió en el estado Aragua, surgieron los Núcleos de Atención Primaria, para intentar un nuevo modelo de gestión para la atención en salud, diseñado desde la academia y gerenciado desde el ejecutivo regional, lo cual permitió a la Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba” continuar con la formación de un médico que en forma progresiva iba tomando contacto

con la comunidad a partir del segundo año de la carrera, hasta alcanzar en sexto año una relación más completa en su trabajo comunitario.

En efecto, cuando revisamos la fundamentación teórica que sustenta el diseño curricular de la carrera de medicina, así como la misión y visión que se plantea cumplir y alcanzar, la Universidad de Carabobo, desde la Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba”, encontramos la identificación de ejes y áreas en la estructura curricular que permitan la formación de un médico de Atención Primaria (médico general), que realizará acciones de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento en cada una de las áreas de conocimiento que conforma su plan de estudios. Esta conceptualización que se establece desde el perfil del egresado, va en acuerdo con la estrategia de atención primaria en salud, que orienta el ejercicio de la profesión hacia la atención y vigilancia de los principales problemas de salud de la población, donde se incluyen también actividades de educación, agua potable, saneamiento básico, planificación familiar, inmunizaciones, lucha contra enfermedades endémicas entre otros.

Estos ejes han sido considerados, en atención a los criterios técnicos de la APS, para dar respuesta a la formación del Médico Integral; de allí el eje epidemiológico que plantea una estrategia de enseñanza a desarrollar en las comunidades; el eje de formación clínica a lo largo de toda la carrera pero que enfatiza como relevante, el desarrollo progresivo de destrezas médicas en los primeros años de la carrera en la red ambulatoria y en la comunidad, luego en los dos años siguientes desarrolla sus actividades en los ambulatorios para brindar atención médica según los problemas más frecuentes de las comunidades y un sexto año en ambulatorios y hospitales, que le permite adquirir los conocimientos necesarios para atender aquellas enfermedades menos frecuentes y más complejas presentes en la población. El área de las ciencias de fundamento, para brindar los principios y métodos de la base biológica del proceso salud-enfermedad; el área de formación para la investigación y finalmente el eje complementario para la formación integral que incluye los deportes, la cultura, lo social, ético, legal y político.

En este sentido vemos como se reconoce desde los informantes las características básicas del currículo, dándole un significado amplio y dinámico que rompe con las barreras de la Escuela para establecer una interacción constante con la sociedad y lograr su misión, y es que la adopción del Modelo de Control y Ajuste Permanente reúne, según Castro

Pereira (1982) “las características de ser verificable, dado que presenta una planificación detallada y con criterios explícitos, sistemático, continuo y flexible ya que es susceptible de sufrir todos y cada uno de los ajustes necesarios y a cualquier nivel, de acuerdo a los resultados que va obteniendo, en la búsqueda de la pertinencia social” (p.36), permitía hacer cambios y reorientar la visión eminentemente biologicista y centrada en la enfermedad que se tenía de los estudios de medicina.

Por ello es que, los informantes protagonistas reconocen que este modelo, permite flexibilizar la práctica profesional, ya que ***“puede ajustarse a la época... y los nuevos profesionales deben adecuarse a los nuevos marcos sociales del país”***; ***“el egresado debe amoldarse a las necesidades que plantea la demanda social”***; ***“permite ir haciendo cambios a medida que las necesidades se hacen cambiantes”***. Estos testimonios van más allá de las metas y objetivos del currículo, reflejan sus efectos principales, que son los resultados que busca el diseño adoptado por la institución. Más, sin embargo, estamos conscientes que la caracterización del currículo que han realizado los egresados, depende no sólo del recuerdo de su época de estudiantes, sino también de aquello que ha planteado Posner (2005): “de lo que pueden hacer con su conocimiento y del apoyo general para la Escuela generado por el currículo”(p.280), de allí que resulta difícil determinar resultados del currículo a largo plazo, porque están condicionados a lo que el egresado recuerda y pueda expresar; no obstante, esta concepción de poder realizar ajustes al currículo le da fortalezas y lo ubica en una perspectiva constructivista, del cual deriva su ventaja según lo expresa Posner, “en el énfasis que coloca en el dominio , la comprensión y el efecto positivo, producto que los estudiantes ven en la relación del contenido del currículo con sus propios pensamientos y actividades” (p.227); por tanto acentúan en la necesidad de responder a la demanda social, para lo cual insisten en la necesidad de desarrollar habilidades y destrezas para resolver problemas de salud.

En los estudios de medicina es necesario resaltar que el aprendizaje es esencialmente activo, tal como lo expresa Magaña (2008):

Cada nueva información es asimilada y depositada en una red de conocimientos y experiencias que existe previamente en el sujeto, como resultado podemos decir que el aprendizaje no es ni pasivo ni objetivo, por el contrario es un proceso subjetivo que cada persona va modificando constantemente a la luz de sus experiencias. (p.7)

Entendemos entonces que el aprendizaje, particularmente en los estudios de medicina, no es un sencillo asunto de transmisión y acumulación de conocimientos sino un proceso activo por parte del estudiante que integra, restaura e interpreta; es decir, construye conocimientos partiendo de su experiencia previa y por tanto asume el papel fundamental en su propio proceso de formación. Esto quiere decir que las experiencias deben adquirirse en escenarios reales para lograr la transferencia de lo teórico (espacio universitario) a lo práctico, en este caso referido a las comunidades.

En efecto, al plantearse la pertinencia social del pensum de estudios de la Escuela de Medicina a los informantes protagonistas, se encuentran coincidencias entre ellos cuando expresan que: *“Si las actividades comunitarias le dan pertinencia”*; *“Si tiene pertinencia social...he observado que los egresados de la Escuela de La Morita, sobre todo los egresados del régimen anual tienen muchísima pertinencia al trabajo que se quiere”*; *“Si tiene pertinencia social, pero siento que debería ser ampliado de manera mas general hacia las comunidades mas necesitadas...”*; *“Si aunque en la actualidad se esta haciendo mayor hincapié en el área preventiva”*; *“Si”*. Observamos que si bien es cierto que reconocen la pertinencia social que tiene el currículo, también expresan la necesidad de revisarlo, compromiso que tiene la institución con los sectores sociales y no solamente con el sector laboral. Tal como lo plantea Lanz (2004): “La reivindicación de los saberes comunitarios para facilitar el dialogo y la participación ciudadana en el proceso educativo” (p.2). Es decir, la respuesta a las necesidades sociales debe construirse desde los espacios comunitarios y a partir del inicio de la formación del medico con una noción de integralidad donde se incluye lo cognitivo, lo cultural y lo afectivo, valores que deben estar presentes como estrategias de aprendizaje que permitan alcanzar las competencias requeridas para desempeñar la misión propia del perfil de salida diseñado.

De allí que el concepto de pertinencia sea dinámico y se vincula con el deber ser de las instituciones, es decir la imagen que debe proyectar hacia la sociedad, pero también debe ser una imagen que responda o que este ligado a los objetivos, necesidades y carencias de esa sociedad donde esta inserta. Por tanto no es tarea fácil valorar la pertinencia social, en tanto compromiso activo con la solución de problemas concretos, no se reduce a reconocer a través del indicador de productividad el número de egresados, sino encontrar puntos de equilibrio entre las necesidades de la sociedad en su conjunto y las del individuo como ser

humano, dentro de un contexto histórico, social y cultural. En este sentido, el documento de Trabajo preparado por la UNESCO, agrega: “que ser pertinente es estar en contacto con las políticas, con el mundo del trabajo, con los demás niveles del sistema educativo, con los estudiantes y profesores, siempre y en todas partes” (citado por Tünnermann, 2000. p. 185).

En cuanto a la segunda categoría, referente al **Desempeño del egresado**, encontramos coincidencias entre los informantes protagonistas que si bien son expresadas de manera diferente, llevan a tener una misma visión: *“el diseño curricular vigente permite un buen desempeño del egresado...”*; *“egresan médicos cónsonos con las necesidades del campo de trabajo...”*; *“El diseño curricular va hacer que el perfil del egresado se adaptara o no al mundo laboral”*; *“permite una buena ejercitación del egresado”*; *“tienen un buen desempeño laboral”*.

En estas expresiones podemos observar el convencimiento que tienen los informantes protagonistas sobre el buen desempeño de los egresados de la Escuela de Medicina; aún cuando tienden a comparar el currículo anterior o semestral con el currículo anual, para expresar las fortalezas que tiene este último, como son la inclusión de ejes y asignaturas en el área comunitaria y en la promoción de la salud, que están propiciando oportunidades para obtener un saber más plural y disciplinario que le da al egresado nuevas competencias para la comprensión de la comunidad. También han expresado que hay características propias del egresado que pudieran establecer diferencias en el desempeño, y otra es según el régimen de estudios mediante el cual se haya formado, semestral o anual. Entre las primeras surge la edad, ya que el egresado del régimen anual es más joven y en cuanto a la sensibilidad expresan que los médicos formados por el régimen anual, *“pudiera sentirse mas preparado para el trabajo comunitario, para las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Más sin embargo hay egresados del régimen semestral con mucha sensibilidad y mística de trabajo a pesar de no haber recibido las herramientas, pero tienen disposición a aprender”*; *“el egresado del régimen anual tiene mayor interés en la investigación porque fue parte de su formación, mientras que el de régimen semestral no realizó tesis de grado ni había motivación por la investigación ya que no estaba en el currículo”*; *el régimen anual permite al estudiante tener contacto con el paciente y con su docente, mejorando su formación”*; *Se ve una mejor*

consolidación y desempeño del egresado del régimen anual en relación al semestral”;
“el régimen anual permite trabajar mas y mejor con los contenidos programáticos”

Por otra parte los testimonios de los informantes clave parecen coincidir entre ellos y a su vez con los informantes protagonistas; en efecto observamos la permanente comparación con el régimen semestral, como punto de partida para ofrecer una opinión sobre el currículo anual vigente, esto lo podemos evidenciar cuando manifiestan: ***“Las dimensiones del currículo vigente le permite al médico comprender la necesidad de referir a los servicios de salud mental, durante su ejercicio asistencial”;*** ***“Los egresados de nuestra escuela, con el currículo vigente...son los que actualmente están dirigiendo...los servicios de salud en Aragua”;*** ***“La adopción del Modelo de Control y Ajuste Permanente para el currículo de la Escuela de Medicina, como requerimiento para el proceso de formación de un profesional en salud, dicto pauta...”.***

Estos testimonios, verifican la superación de lo que había planteado la Universidad de Carabobo(1990), como debilidad en la formación del médico, en el currículo de la Escuela con el régimen semestral;

Desde estudiante, en la Escuela de medicina, nuestro futuro profesional percibe un divorcio entre lo que se aprende en la universidad y la realidad social del país. Esto hace mas evidente, cuando llega al hospital y ve con gran decepción, que la atención médica proporcionada en los establecimientos dispensadores de salud a la población no es la adecuada.
(p.49)

Para ese momento, era evidente la presencia de una debilidad en el ejercicio del egresado, su formación desvinculada de la realidad. No obstante, el currículo vigente, pareciera estar adecuado a las necesidades planteadas por el sector salud, sin perder el norte de revisar periódicamente sus contenidos para ir ajustando el perfil profesional, lo cual es permitido por el Modelo adoptado de Control y Ajuste Permanente. Este aspecto ha sido expresado por los informantes clave, cuando asienten que: ***“...Como universidad debemos conservar la misma calidad clínica, pero fortalecer más el área comunitaria, que en estos momentos nuestro país requiere...”;*** ***“la resistencia natural al cambio por parte de los docentes para generar una orientación al médico en atención primaria en salud y no a un preespecialista”***

También los informantes protagonistas plantean las debilidades en términos que van directamente a tomar como centro del currículo al estudiante cuando manifiestan: *“Debería ser mejorado las estrategias de las materias sobre prevención y promoción para que tengan mayor aceptación a nivel estudiantil”*; *la integración de los docentes con las asignaturas que están dictando*; *“la falta de continuidad del perfil del egresado desde el área básica y el área clínica donde hay divergencias de su concepción social a una concepción netamente clínica”*. Desde el punto de vista educativo, al percibir la realidad que expresan los informantes, y la plasmada en el documento del diseño curricular, en la Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba”, se pueden evidenciar dos orientaciones que se contraponen y a la vez se complementan, una de ellas que se dirige hacia el enfoque de medicina integral y la otra promovida por los especialistas del área clínica; las visiones biopsicosociales integradoras y las biologicistas que aíslan los órganos y las partes del cuerpo; las concepciones amplias posmodernistas transdisciplinarias y las reduccionistas que aceptan esta separación del cuerpo en partes para profundizar en su estudio. El problema se presenta cuando pasamos al enfoque que lleva a la especialización según lo expresa Espig: “trae como consecuencia que los egresados saben que deben ejercer la medicina de modo integral, pero no lo aplican, porque se le da poco peso durante su formación” (p.142). En otras palabras, estas posiciones mantienen el debate de la formación del profesional de la medicina quienes tienen la responsabilidad de atender la salud y la calidad de vida de seres humanos.

La superación de estas debilidades pasa por comprender que el currículo es un proceso flexible, complejo y sitúa todo conocimiento o información en una relación con el medio cultural, social y político. De allí que el CNC (2002) refiere que: “Es el grado en el cual el currículo da respuesta a las necesidades del entorno local, regional y nacional en el cual proyecta su ámbito de acción, soluciona problemas sociales relacionado con comunidades organizadas o no”. (p. 69), que es lo que le confiere pertinencia social, entendida ésta según la UNESCO (1998), como la adecuación entre lo que la sociedad espera de sus instituciones y lo que estas hacen. Así mismo, es coincidente la tendencia de los informantes clave y los protagonistas al comparar el currículo vigente con el anterior del régimen semestral, entendiendo que con ello se ha dado un cambio paradigmático dando apertura para la formación de un profesional con miras a una educación en salud pública,

tal como lo ha venido planteando la Organización Mundial de la Salud (2001), al señalar que:

La salud pública necesita de los conocimientos que proveen diversas disciplinas articuladas en función de su objeto. De aquí que esa articulación del conocimiento se de en función de su uso o practica en una dimensión interdisciplinaria y multidisciplinaria como esencia epistemológica de la salud publica. (p.7)

Esta cita destaca que los pensa de los diseños curriculares de las carreras relacionadas con la salud, requieren de la confluencia de diferentes disciplinas que no sólo enriquezcan los conocimientos de los profesionales de la salud sino que los conviertan en actores sociales de participación para la salud comunitaria.

Esto podría explicar la concepción aparentemente constructivista del diseño curricular vigente, que contempla la necesidad de formar al futuro profesional, en un proceso histórico y social y por tanto en relación con las políticas de salud, fortaleciendo los espacios formativos y superando las aulas universitarias para incorporarlo a la comunidad en distintos momentos, con lo cual marca su diferencia con el programa de formación de Medicina Integral Comunitaria, que a pesar de estar diseñado para dar respuesta, mediante la estrategia de la Misión Barrio Adentro, a la política de salud, establece que:

El eje integrador es la atención integral de la persona, la familia, la comunidad y el ambiente y su escenario formativo es el Consultorio Popular de Barrio Adentro... su objetivo, es que las y los licenciados del programa adquieran competencias diagnósticas y terapéuticas, para que sean capaces de brindar atención médica integral a través de acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la persona, la familia, la comunidad y el ambiente. (OPS, 2006 p.74)

Es decir se mantiene un espacio de formación que lleva al ejercicio de la clínica en una red extrainstitucional, porque aún y cuando facilita la atención de problemas comunes de salud y de fácil solución, sigue promoviendo la afluencia de pacientes hacia los hospitales. El planteamiento que surge inmediatamente es el establecimiento de un modelo de Atención Integral frente a lo que entendemos por Atención Primaria en Salud.

La orientación del Modelo de Atención Integral, según lo expresa Contreras (2007), esta inmerso en un paradigma que implica “reorganizar el trabajo, la red asistencial existente y los procesos administrativos y de gestión manteniendo la necesidad de una formación integral del médico” (p.32) y en esta perspectiva, es por lo que creemos que los ejes y áreas

que incluye el currículo de la Escuela de Medicina se mantienen vigentes. No obstante, debemos destacar que este nuevo Modelo de Atención Integral, no es más que una estrategia para ejecutar las políticas de salud con un enfoque de populismo liberal donde destaca un liderazgo político, con un proceso de movilización socio-político que lleva, a decir de Mackinnom y Petrone (1999), “al desarrollo de un proyecto económico que utiliza métodos redistributivos o clientelares para conseguir apoyo popular” (citado por Contreras, 2007 p.40). En otras palabras, se argumenta dicho modelo expresando que los médicos, médicas y profesionales del área, no están interesados en vivir y atender a las comunidades excluidas, con lo cual se justifica esta masificación y la operatividad con personal y métodos cubanos.

No obstante, al comparar la organización de los planes de estudio de la carrera de medicina que tiene la Escuela “Dr. Witremundo Torrealba” con el que ofrece el programa de Medicina Integral Comunitaria, encontramos diferencias pero también similitudes, entre estas últimas las relacionadas con: la duración de seis años de carrera, la conformación de los ciclos formativos: básico, preclínico, clínico y el profesionalizante, y al conjunto de asignaturas o unidades curriculares. Entre las diferencias se encuentra básicamente el énfasis que coloca este último programa en la formación política que reciben los estudiantes. Por tanto, probablemente habría que evaluar los procesos referidos a las estrategias metodológicas que utilizan los facilitadores y docentes en ambos programas, que acompañan al estudiante para construir el conocimiento necesario que le permita alcanzar las características señaladas en el perfil profesional del egresado.

El perfil del nuevo médico debe seguir orientado hacia una formación integral, haciendo énfasis en la práctica preventiva y en la acción comunitaria, fortaleciendo los aspectos éticos, sobre la base de reconocer la necesidad de incorporar a las comunidades en los procesos de gestión y control, lo que implica cambios en la estructura sanitaria y en la reestructuración de los niveles de atención.

En consecuencia, creemos necesario resaltar, que la claridad del diseño es el punto central para la formación del médico y el proceso de planificación debe iniciarse por la más amplia cooperación académica. De allí, que la interrelación de las ciencias básicas con las clínicas no se logra si no se da una buena integración de los docentes y se establece un ambiente de consultas y respeto recíproco sobre las distintas áreas de conocimiento.

Es aquí que nuestra experiencia nos permite expresar, que las características del currículo y su pertinencia social de la Escuela en estudio, depende en gran parte de la cooperación de los actores que participan en el proceso enseñanza-aprendizaje, vale decir: la academia, con sus alumnos y docentes; la comunidad para expresar sus ideas (saberes compartidos); los servicios de salud, y finalmente dentro de la academia, el reconocimiento de nuestra estructura matricial, horizontal y no vertical, que le confiere fortalezas y facilita que los departamentos puedan cooperar y no competir; de un equipo de diseño curricular colegiado pero flexible, que permita dejar atrás la herencia flexneriana donde los departamentos, dominaban el currículo de pregrado.

En este sentido, Venturelli (2003), apunta que:

Los bosquejos curriculares que permiten el uso integrado de las disciplinas básicas con elementos crecientes de clínica, seguidos por un segundo y tercer año en el que las ciencias se organizan en torno a sistemas e integrando las perspectivas biológicas, psicológicas y socioeconómicas en torno a ellos, son un modelo flexible que pueden permitir un avance armónico y una progresión controlada. (p. 22)

Esta cita nos permite expresar que la universidad debe ir de la mano con los servicios de salud, de manera tal que se establezcan los lugares de atención primaria donde los estudiantes puedan ir adquiriendo la formación profesional adecuada a la atención de la salud de las comunidades. En la Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba” se ha ido avanzando en esta vía, sin embargo es necesario plantearse un proceso de evaluación permanente de sus resultados pasados y recientes en materia de educación, porque se mantiene, aunque con menos fuerza la presencia del docente como centro del proceso educativo, cuando la tendencia actual es a centrar el currículo en el estudiante e integrar los contenidos en forma vertical y horizontal e integrar las ciencias básicas entre sí y con las clínicas.

Cuando pasamos a la tercera categoría identificada, referida a la **Evaluación curricular**, encontramos las siguientes coincidencias entre los informantes protagonistas: *“Si es necesaria la constante evaluación para perfeccionarlo”*; *Bueno definitivamente creo que si, porque el profesional tiene que adaptarse a las exigencias de la sociedad y las políticas de salud*”; *“ Si, porque de esta manera se podrían detectar las debilidades en el ámbito médico de ese profesional”*; *“Si,...se deben evaluar los resultados que*

representan el impacto, para ver si es positivo o negativo”; “Si, ya que así se determinan el perfil del egresado y permite corregir fallas en el diseño curricular”; “Si, porque estamos formando un profesional que en la práctica parece no esta formado en lo social”. Estos testimonios son un punto de interés para la Escuela, los protagonistas están de acuerdo en la necesidad de evaluar el currículo de la carrera, y es que este es uno de los temas que permanentemente es motivo de debate en las instituciones de educación superior en búsqueda de verificar el cumplimiento de su papel en la sociedad.

Particularmente en Venezuela, desde los años noventa, se ha venido revalorizando la evaluación para apoyar la reorientación de los procesos de formación de profesionales, con el propósito de ir acortando las distancias entre las instituciones, los servicios de salud y la población; prueba de ello es que los informantes clave, coinciden con los protagonistas en la necesidad de evaluar el currículo para verificar su impacto en la práctica profesional, cuando hacen énfasis en que todavía existen debilidades y algunas fallas en el currículo vigente, expresando que: *“considero necesario evaluar el currículo, en virtud que se requiere adaptarlo a las nuevas políticas y exigencias del sector salud, con prácticas comunitarias no tendentes a las súper especializaciones”; “Una de las debilidades del currículo, es que cuando el egresado se inserta en la realidad donde le toca trabajar, no le es fácil aplicar, desde lo que aprendió, las políticas del actual sistema”; “ el currículo vigente todavía sigue teniendo algunas fallas....están relacionadas con la resistencia de algunos docentes al cambio, para generar una orientación al médico en atención primaria en salud y no a un profesional pre-especialista;... la repetición de contenidos, que deben ser corregidos”*.

Los informantes clave dejan ver, su apertura a la evaluación del currículo, y reconocen que las debilidades son multifactoriales, uno de esos factores es la incorporación de los egresados a espacios de desempeño profesional a los cuales no han tenido acceso, entre ellos los denominados Consultorios Populares y los Centros de Diagnostico Integral (CDI), que son escenarios creados para el programa de Barrio Adentro específicamente, donde realizan actividades de curación y rehabilitación profesionales extranjeros, donde coordinan la formación de médicos integrales comunitarios, que están incluidos en el sistema paralelo de salud y educación que ha implementado el gobierno nacional.

Así mismo llama la atención, que uno de los informantes clave refiere que existe todavía *“resistencia natural al cambio por parte de los docentes para generar una orientación al médico en atención primaria en salud”*, sin embargo uno de los logros que plantea el currículo es la ruptura con la tradición flexneriana para la adquisición del conocimiento y ratifica la necesidad de incorporar mayor cantidad de contenidos relacionados con la Salud Pública, para alcanzar las funciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión en salud, con el objeto de mejorar la eficiencia en el desempeño del egresado.

Es necesario acotar, que muchos de los docentes médicos ejercen su actividad pedagógica basados principalmente como experto del área clínica y aunque consideran que algunos roles dentro de la práctica docente son importantes, no los aplican en el ejercicio diario, tal como lo plantean Castilla y López (2007): “el saber disciplinario es el corazón de su enfoque pedagógico, practicándose la docencia mas por intuición y tradición que por conocimiento de los mecanismos inherentes a la misma” (p.112). Es decir, existen roles que tienen mas relación con la experticia médica que con la docencia para lograr aprendizajes; esto implica que la institución tiene que dar una mirada hacia la capacitación permanente y formación educativa del docente médico, lo cual mejorará los procesos de enseñanza aprendizaje de la ciencia médica, social y poblacional que contempla el currículo ya que los profesores deben tener una visión global de la profesión y no sólo los requerimientos de sus especialidades sean éstas clínicas y no clínicas.

Por tanto, la evaluación curricular es un proceso que debe estar presente en forma permanente en las instituciones educativas, para poder avanzar en el cambio, apoyando las iniciativas que se van multiplicando, y no postergar la necesidad de revisar y criticar la necesidad de formar los profesionales que requieren nuestras comunidades y que lleve nuestros procesos educativos a responder en estos tiempos de postmodernidad.

Al referirnos a la cuarta categoría u ordenador epistemológico que hemos identificado, como **Seguimiento de egresados**, encontramos en los testimonios las siguientes coincidencias entre los informantes protagonistas: *“Creo que se esta empezando a mostrar interés en el tema”*; *“No creo, no tengo información sobre ello”*; *“No hay mecanismos implementados por parte de la Universidad”*; *“Por ahora, creo que no”*; *No, no creo”*.

Estas coincidencias reflejan el desconocimiento que tienen sobre la existencia de un sistema de seguimiento de egresados en la Escuela de Medicina; sin embargo también coinciden en aceptar que es un requerimiento de la institución cuando expresan que: *“Si lo creo conveniente”*; *“Absolutamente, creo que sí”*; *“Si me parece apropiado”*; *“Es totalmente necesario, para medir el impacto y evaluar el diseño curricular”*; *“Si, claro que sí”*; *“Si por supuesto”*.

En esta categoría coincidimos con estas expresiones y es que en los momentos actuales, los sistemas de seguimiento de egresados, conocidos también como observatorios, son espacios donde se conjugan de forma dinámica y complementaria las actividades de orden estadístico, político, analítico, formativo y participativo de una institución, para garantizar el uso de la información necesaria no sólo para el diseño de políticas institucionales sino también para el cumplimiento de las políticas públicas, en nuestro caso de salud y educación, del Estado Venezolano.

Los informantes protagonistas refieren que: *“Sería como crear una especie de fundación u organización de todos los egresados....permitiría establecer una estrategia para obtener información sobre los cargos que ejercen o han ejercido y cual ha sido su desempeño”*; *“Sería muy interesante conocer las necesidades en materia de educación que tienen los egresados”*; *“Sería muy bueno realizar encuestas anuales para celebrar años de graduados...despertando el espíritu universitario”*; *“Se puede hacer algo a través del Colegio de Médicos”: Sería interesante para hacer encuentros e intercambios cada cierto tiempo”*; *“Sería bueno para la universidad, tener conocimiento donde están sus egresados”*

Los observatorios, están fundamentados en valores fundamentales que permiten a las instituciones verificar su misión y razón de ser dentro del país, entre ellas: Objetividad, Oportunidad, Pertinencia y Transparencia; en otras palabras, se trata de analizar la información producto de sus funciones, para generar espacios multidisciplinarios que permitan la reflexión crítica y colectiva sobre las condiciones necesarias y las responsabilidades sociales e institucionales para construir y garantizar la formación, en nuestro caso, profesionales de la medicina, que respondan a las necesidades sociales.

En este sentido, diversos foros internacionales y nacionales han planteado la necesidad de innovar la formación de profesionales de la salud, porque los cambios están produciendo inquietudes en las instituciones y en los entes gubernamentales responsables del diseño e implementación de las políticas, para dar respuestas a las demandas de la población. Pero también hay preocupación en estas mismas instancias, sobre los titulados y en ejercicio, ya que las encuestas hechas entre egresados demuestran que la base científica, así como muchas destrezas que se requieren para el médico moderno, no han sido alcanzadas.

Las Facultades de Medicina en países como Chile, México, Colombia y Venezuela entre otras, sin duda han estado hablando de innovaciones curriculares en los últimos diez años, destacando la necesidad en el egresado, de hacer énfasis en el desarrollo de pensamiento crítico, científico y capaz de reconocer la realidad para contribuir con la sociedad que los ha formado. En esta perspectiva, es evidente que se deben considerar nuevas formas para la enseñanza y el aprendizaje ya que el conocimiento pertinente se modifica sustancialmente, los estudiosos hablan de menos de diez años, con una tendencia actual progresiva para reducir los tiempos; en este sentido, la currícula deben ser rediseñados y contemplar procesos continuos de actualización donde se incorporen los egresados, donde las evaluaciones de los que estudian establezcan el alcance de competencias efectivas más para el debido ejercicio que para obtener certificados dentro de las nociones de escolaridad. La interactividad en sus diversas formas y posibilidades para facilitar un aprendizaje dinámico y relevante que permite también una mayor individualización. Se trata de atender al principio relacional que menciona Casas Armengol (2000):

Para transformar nuestra casa de estudios es necesario sustituir la concepción de un campus auto contenido y aislado, por una institución interrelacionada y cooperativo, mediante modernas redes que amplíen significativamente su campo de acción y le permitan incorporar cursos, investigaciones y recursos de otras instituciones nacionales e internacionales. (p. 95)

Estas transformaciones de la casa de estudios permitirán dar respuestas a la demanda de contextos de aprendizajes donde los estudiantes puedan interactuar con el material disponible, estudiar en colaboración con otros estudiantes, tomar cursos simultáneos en diversas instituciones o escuelas de la misma universidad y atender a la creciente demanda matricular.

Consideramos que son nuestros egresados los mejores críticos para ver desde lo externo nuestra actividad interna, pero también para ofrecerles nuevas oportunidades de estudio para su crecimiento profesional. De allí que se evidencia la necesidad de promover la organización de un observatorio para seguimiento de egresados lo que permitirá evaluar en forma permanente el cumplimiento de políticas para el cambio y el desarrollo de la institución, específicamente de la Escuela de Medicina, en atención al principio de pertinencia y compromiso social.

En esta perspectiva, surgirán estrategias que favorecerán en primer lugar la creación de un clima institucional participativo desde la base profesoral que permita el desarrollo de procesos evaluativos que fundamenten la concepción autonómica de la academia y en segundo lugar establecer procesos de incorporación de las comunidades a los espacios universitarios de manera tal, que dentro de los planes curriculares se garantice la formación integral de los futuros profesionales del área de la salud.

De allí que los consensos que se han dado en los últimos años sobre la dirección que debe tomar la educación médica, es hacia un modelo innovador que centre la educación en el estudiante, basada en problemas, integrado, con énfasis en la medicina comunitaria sin excluir la hospitalaria.

CAPÍTULO VII

1. Aproximación a un Sistema de Seguimiento de Egresados en Medicina.

El planteamiento de organizar un Observatorio para la Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba” tiene como propósito apoyar la gestión de esta institución en la formación de médicos y por ende el seguimiento de sus egresados, con el fin de obtener una visión sistémica y una fuerte interacción con todos los actores involucrados en la formación de dichos profesionales. Esta estrategia evaluativa permite conocer la ubicación desempeño y desarrollo profesional de los egresados y posibilita el análisis del grado de adecuación o desfase existente entre la formación recibida y la realidad laboral y social, lo cual facilitaría sustentar el cumplimiento de las políticas educativas en salud para el desarrollo integrado de profesionales que se dirigen a la atención en salud.

1.1 Fundamentación:

La experiencia de estructurar sistemas de seguimiento de egresados en salud, también conocidos como observatorios, data desde el año 1994, cuando surge la idea de fortalecer la función rectora de las autoridades sanitarias de los países de las Américas para mejorar la capacidad de formular políticas en salud. Se trataba de organizar una información referente a los recursos humanos en salud, para buscar soluciones a los problemas derivados de la movilidad profesional, desplazamiento e inquietudes derivadas de la calidad, productividad y acreditación que generan presiones en las áreas de servicio y en las instituciones educativas.

Hay valiosas experiencias a nivel mundial sobre la utilidad de estos sistemas y también en América Latina; países como Colombia, Argentina, Chile, México, República Dominicana, Honduras y Venezuela han estado trabajando en este sentido, para orientar la información sobre el ámbito laboral y académico de los egresados de sus universidades e institutos de educación superior.

Es conocido que la situación actual en materia educativa y las condiciones políticas, demográficas y económicas del país, demandan la participación y la articulación de esfuerzos de todos los actores sociales que directa e indirectamente intervienen en los procesos enseñanza-aprendizajes para valorar a la educación como bien público, lo cual demanda de la sociedad el compromiso con su funcionamiento y progreso, con sus actores y organizaciones, con sus normas y sobre todo con sus resultados, por lo que debe ser parte de la política institucional, el rendimiento de cuentas de la calidad de sus egresados.

Si nos referimos específicamente al personal médico, el indicador que nos permite evaluar la disponibilidad de estos profesionales para satisfacer las demandas de salud de la población, es el resultante del número de médicos por cada 10.000 habitantes. En Venezuela, en la última década, el sector salud se ha visto afectado por el déficit de médicos generales y especialistas en diferentes áreas del conocimiento que ligeramente pueden cubrir la demanda promedio de 18,5 médicos por cada 10.000 habitantes establecida para América Latina, cuando reporta 20 médicos por 10.000 habitantes, dejando vacantes los cargos en hospitales y en la red ambulatoria. (OPS, 2005)

Esta situación nos plantea un desafío, no sólo respecto del número de médicos que egresan anualmente de las diferentes Escuelas de Medicina, sino además su ubicación, distribución y fundamentalmente sobre la calidad de la formación profesional; en este sentido, estas instituciones tienen la gran responsabilidad de graduar profesionales conocedores de la problemática de salud de la población, comprometidos con su solución y capaces de impulsar el cambio del sistema de atención a la salud. Por ello, el sistema de seguimiento de los egresados, constituye una instancia para articular la planificación estratégica y la coyuntura surgida con el déficit evidenciado, para facilitar espacios para la negociación y concertación de los compromisos a ejecutar por estos actores sociales involucrados en la producción social de salud en el ámbito local, regional y nacional.

Por otra parte, es necesario tener presente que la velocidad de la innovación y la difusión de las nuevas tecnologías que modifican las estructuras productivas de los países en general, incluyendo a Venezuela, aunado a las tendencias en la dirección de la demanda de la educación superior, exige a las instituciones formadoras de profesionales particularmente de salud y en ellos los médicos, la estructuración de estrategias para

conocer el impacto de su acción y al mismo tiempo, identificar nuevas exigencias de formación en cada una de estas profesiones. Todo ello con la finalidad de responder a las necesidades que plantean las comunidades, intención que está explícita en la misión de las instituciones de educación superior como la Escuela de Medicina. La estructura que soportaría este nuevo espacio y que representa una novedad tecnológica para la Institución, sería la Coordinación de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC), y estaría diseñado para reinventar y someter a procesos de reingeniería toda la Gestión de la Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba”, donde se integrarían las dependencias de Asuntos Estudiantiles y de Docencia y Desarrollo Curricular, lo que contribuiría para alcanzar el desarrollo institucional en concordancia con su visión.

El equipo de trabajo del Observatorio planteado, tendría como actividad fundamental, dar valor agregado a la información recabada y facilitar, con la construcción de un nuevo conocimiento, la gestión institucional organizada en procesos. Estaría constituido dicho equipo por profesores de diferentes asignaturas y profesionales de la Estadística que permitan la toma de decisiones para evaluar el perfil de los egresados y su impacto en los sectores laborales en concordancia con las políticas de salud.

1.2 Objetivos.

Determinar la ubicación, desempeño y desarrollo profesional de los egresados de la Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba”, a fin de analizar el impacto que produce en el sector salud, para apoyar el diseño y/o reestructuración de su diseño curricular.

Los objetivos específicos del sistema estarían orientados a:

- a) Promover estrategias para facilitar la información a las dependencias universitarias y entes nacionales sobre sus egresados.
- b) Crear registros para su ubicación y desempeño laboral.
- c) Propiciar la evaluación permanente del perfil del egresado y el análisis estratégico de la información que estos provean.
- d) Organizar programas de formación de profesionales: cursos de ampliación, actualización y perfeccionamiento.
- e) Fortalecer los programas de postgrado.
- f) Incorporar a los egresados en actividades de investigación y extensión.

2. El Sistema de Seguimiento de Egresados en Medicina.

El sistema podría contemplar los siguientes **VARIABLES O DIMENSIONES** de observación:

1. **Información Demográfica:** Edad, Sexo, Lugar de Nacimiento, Residencia Actual, Estado Civil, Año de Graduación.
2. **Trayectoria Educativa:** Estudios de Postgrado hasta Postdoctorados (Casa de Estudios donde los realizó, Tiempo de Estudios por Título Obtenido, Financiamiento, Disciplinas, Campo de Estudios).
3. **Empleo:** Estatus Ocupacional (Cargos desempeñados), Tipo de Actividad, Sector de Empleo (Público y/o Privado), Año de Ingreso, Lugar, Situación Actual.
4. **Movilidad geográfica:** Dónde y cuándo realizó el Artículo 8, Desempeño por lugar geográfico.
5. **Producción Intelectual:** Asistencia a Reuniones Científicas (Seminarios, Jornadas Congresos), Publicación de Artículos Científicos, Libros, Capítulo de Libro.
6. **Roles ejercidos:** Gerente, Director de Institución, Jefe de Servicio, Adjunto, Jefe de Departamento, Docente, Investigador, Médico General, Especialista, otros.
7. **Ejercicio Profesional:** Clínica y áreas de Especialización, Comunitaria, Epidemiológica, Salud Pública, otros.

2.1 Un subsistema de **INDICADORES** que podría incluir en principio:

1. Medición del impacto de la formación de la formación de los médicos en el sector salud de la región y en el ámbito nacional
2. Valoración personal del egresado en relación a la formación recibida.

2.2 LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS.

Uno de los programas que implementaría el sistema sería a) un subsistema de Estadística e Investigación, que iniciaría con la organización de una base de datos de egresados partiendo de los últimos 5 a 10 años. Igualmente ir alimentando con información de las próximas cohortes a egresar e integrar y realizar investigaciones sobre los egresados b) Fortalecer la Gestión interinstitucional, con el establecimiento de acuerdos y convenios de colaboración con instituciones de salud y organizaciones gremiales; c) Organizar una red de egresados, que les permita vincular a estos profesionales con los programas académicos conducentes a grado y de educación continua; igualmente con los empleadores y asociaciones de egresados en sus diferentes áreas de conocimiento; d) Mantener un correo abierto, para tener un contacto directo con los egresados y realizar un monitoreo continuo. A través del portal de la Universidad de Carabobo podrían acceder a los servicios que ofrecería el sistema y se lograría una mayor interacción entre los egresados y su casa de estudios.

Entre las acciones a desarrollar a corto y mediano plazo estarían las siguientes:

- a) Crear un Directorio de Egresados, para lo cual se levantaría inicialmente un censo y se prepararían las bases tecnológicas para su seguimiento
- b) Convocar a los egresados para que se organicen como asociación y formen parte del programa de graduados.
- c) Establecer un programa anual de actualización, ampliación y perfeccionamiento en diferentes temas, pudiendo también incluir un intercambio cultural.
- d) Mantener informado a los egresados sobre programas y actividades de investigación donde se puedan insertar desde sus lugares de trabajo.
- e) Crear un Boletín de los egresados que permita divulgar productos de investigación o información sobre desarrollo de reuniones científicas fuera y dentro del país.

La metodología para el desarrollo del sistema, debe ir direccionala por las políticas, prioridades y compromisos de gestión en salud, tanto del sector servicios como de la Institución Universitaria y debe responder a las interrogantes que tengan que ver con la articulación entre las aspiraciones y las demandas mas sentidas de la población frente a los recursos disponibles.

En este sentido, la aproximación del Observatorio que se propone puede tener tres componentes interrelacionados:

1. Armonización de resultados, es decir indicar la elaboración de un conjunto básico de indicadores y gráficos, de aspectos relevantes de la trayectoria de los egresados. Para esto es necesario trabajar en las definiciones de las distintas variables a ser consideradas: Datos personales; Educación; Empleo; Percepción; Movilidad, Ejercicio Profesional, Roles, entre otros.
2. Definición de estándares, para recolección y procesamiento de datos.
3. Diseño de un cuestionario modelo que cubra el conjunto de variables comprendidas en las tablas de resultados.

Este espacio virtual como es el Observatorio, debe tenerse como integrador de saberes, donde se conozca el acceso de la población a los servicios ofrecidos, la calidad, eficiencia y todas las variables que hacen posible operativizar las políticas desde el punto de vista académico y las prioridades en salud.

CONSIDERACIONES FINALES

Toda esta experiencia vivencial y documental nos permite expresar que evidentemente se está dando un cambio en la concepción del médico del siglo XXI, y que la educación médica ha experimentado una profunda transformación en los últimos veinte años tanto en el ámbito nacional como internacional. Todos los componentes del proceso educativo han ido cambiando incluyendo la filosofía y el modelo educativo, el papel del estudiante y del profesor, las estrategias metodológicas y los recursos para el aprendizaje, las formas de producción y difusión del conocimiento, el concepto de evaluación de los aprendizajes, la vinculación de la universidad con la sociedad y el tipo de médico que se debe formar para dar respuestas a las políticas de salud, que orientan hacia las necesidades de la población.

Estas transformaciones apuntan a formar un profesional más cercano a la problemática de salud de los individuos, las familias y las comunidades; con capacidad para adaptarse a los cambios, que parecen ser una constante de la sociedad de este milenio, y que constituye una verdadera revolución en la educación médica. Estos cambios han sido comparados, por los estudiosos de esta ciencia, con aquellos producidos en el año 1910, con la publicación del Informe Flexner.

Dichos cambios responden a las grandes tendencias que caracterizan a esta nueva sociedad, que se resumen en el vertiginoso avance del conocimiento y la tecnología, el desarrollo de las comunicaciones y la tan criticada globalización. Esto ha obligado a que las instituciones formadoras de los profesionales de la medicina, revisen periódicamente sus estrategias de trabajo para egresar un médico que tenga una formación integral comprometido con la promoción y recuperación de la salud, así como la prevención de enfermedades, como ha pretendido, a través de sus planes de estudio, la Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba”.

Por otra parte, para el diseño de los currículos de las carreras de formación de profesionales de la medicina, es indispensable en los tiempos que estamos transitando, primera década del siglo XXI, analizar los elementos culturales del grupo que representan los egresados, en su condición de expertos que están en pleno ejercicio de la profesión, ya que los términos del discurso médico deben adecuarse a la concepción del mundo que

impera en cada contexto y también en las representaciones socioculturales del cuerpo humano que tiene la población.

Igualmente dentro de la concepción de integralidad que se plantea en las políticas de salud, para la formación del médico, es necesario pensar en las siguientes vertientes:

- a) La sólida formación científica, para investigar, diagnosticar y resolver problemas de salud del individuo, su familia y la comunidad de manera efectiva e innovadora;
- b) Preparación en liderazgo y técnicas de trabajo en equipos inter y transdisciplinarios;
- c) Comprensión de la organización, financiamiento y prestación de cuidados a la salud; y
- d) Tener una concepción integral del hombre y por ende de su salud, incluyendo los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y ambientales.

En la Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba”, se ha dado un proceso dinámico hacia lo interno de la Institución que, según los informantes, ha llevado a contar con un diseño curricular de la carrera de medicina que se ha ido adaptando a las necesidades sociales de la población, respondiendo a las directrices de las políticas de salud vigentes en el país.

La información obtenida sobre nuestras interrogantes nos permite acotar que la pertinencia social del plan de estudios de la carrera de medicina, como concepto dinámico en concordancia con la población a la que debe dar respuesta, es una característica reconocida por los informantes, no obstante; consideramos imperante puntualizar la importancia que le dan a su revisión permanente, lo cual nos lleva a pensar en la necesidad de ir evaluando dichas respuestas en atención a las políticas de salud, que tiene implícito no sólo deberes y derechos de los profesionales sino también de dicha población, en tanto expresa el concepto de participación social. Sin embargo, ¿cómo podemos evidenciar esa pertinencia? Las variaciones de los indicadores de salud podría ser una vía, pero es evidente la confluencia de otros factores para llevar adelante esa tarea que tiene el médico como es procurar salud. Por ello la discusión sobre la justicia de la igualdad, de la equidad y de lo moral es un tema pendiente que tiene la academia ya que debe darse en espacios donde el hecho ocurre, es decir en espacios comunitarios, fuera del aula y de la sala hospitalaria, para romper con el viejo concepto de que el docente debe tener todas las respuestas ante cualquier problema que se presente o que sean planteados por los estudiantes.

Estas reflexiones colectivas para la búsqueda creativa de soluciones a las problemáticas que enfrenta el egresado en su ejercicio profesional, deben construirse durante su formación, sobre la base de experiencias reales y acuerdos discutidos y analizados entre los departamentos clínicos y del área básica no sólo en el espacio académico sino también en aquellos donde están ubicados los prestadores de servicios, los gremiales y los comunitarios.

Queremos destacar, el reconocimiento que hacen los informantes sobre los grandes logros alcanzados por sus egresados y por su destacado desempeño que los ha llevado a participar en el diseño de políticas de salud y a liderizar procesos de cambio en los programas de salud que actualmente ofrecen las autoridades regionales. Así mismo es necesario resaltar que el perfil real parece ir en acuerdo con el perfil del egresado y que las funciones definidas en el diseño curricular parecen cumplirse a cabalidad a través de sus diferentes tareas; no obstante, la evaluación debe estar presente en forma permanente.

En términos generales los informantes opinan que el currículo vigente ha permitido ir formando al médico según la Estrategia de Atención Primaria en Salud, que considera el trabajo comunitario, evolución que lo ha ido diferenciando del sistema semestral, con el cual se inició la Escuela.

Por otra parte se plantea en el plan curricular vigente, el mejoramiento de las estrategias metodológicas que utilizan los docentes para el desarrollo de los contenidos de asignaturas básicas como Anatomía y Fisiología pero también de Farmacología y Administración Sanitaria. Enfatizan los informantes en la necesidad de revisar la incorporación temprana del estudiante a las prácticas comunitarias. Estas debilidades pudieran ser superadas si se pone en ejecución el diseño homologado de las Escuelas de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud.

En todo caso, si la Escuela decide llevar a cabo una transformación como la que se plantea en el contexto mundial sobre el estándar basado en competencias, es necesario que genere su propio modelo curricular, tomando como referencia los modelos innovadores, pero adecuado al contexto de la institución y de la sociedad que tiene como área de influencia. En este sentido, la Escuela y la Carrera de Medicina tienen que seguir garantizando que el médico y la médica egresados de la Institución, puedan desempeñarse con absoluta solvencia en el primer nivel de atención.

Por tanto la flexibilidad y el dinamismo como características del plan de estudio, exigen un permanente seguimiento por parte de los organismos con capacidad de decisión, Consejos de Escuela y de Facultad, quienes deben impulsar la auto evaluación participativa que incluya todos los sectores relacionados con el proceso enseñanza-aprendizaje, para garantizar la calidad de su egresado.

Un sistema de seguimiento puede ser una vía para obtener la información necesaria y ajustada a la realidad de la población a la cual tiene que prestar sus servicios; por tanto, las estadísticas de la institución deben estar actualizadas para tomar decisiones políticas y mantener la motivación entre los egresados no sólo para seguir en contacto con su casa de estudios y propiciar encuentros que permitan la crítica constructiva de la academia, sino también que facilite el análisis de las tendencias actuales y futuras para atender las prioridades del país.

Todo ello nos lleva a considerar, tal como lo habíamos planteado en capítulos anteriores, que la información de los egresados como vínculo entre la academia y la sociedad, facilitará el apoyo a la formulación de políticas educativas y de salud, y establecer acuerdos intersectoriales y transdisciplinarios, que permitan la contribución para crear una sociedad en la que se generen mayores márgenes de igualdad sin desigualdades ni exclusiones, una sociedad democrática donde haya una verdadera participación.

Este sistema de seguimiento de egresados en Medicina, actualmente constituye un elemento de gran importancia para los procesos de gestión de las instituciones formadoras de médicos, sobre todo en estos tiempos en los cuales estamos viviendo una situación de déficit de estos profesionales en la red ambulatoria y en los hospitales, por problemas multifactoriales que están relacionados, principalmente, con las condiciones laborales y de infraestructura, entre otros; a pesar de no estar explícitamente señalados en las políticas de salud, pero que obligan a la academia a diseñar estrategias para el manejo de información sobre sus egresados. Las tendencias de fondo que justifican el interés por estudiar sus trayectorias, están ligadas a su contribución con el avance y la difusión del conocimiento y más específicamente al papel que juegan en el sector salud, en las universidades y en los organismos de investigación.

Finalmente creemos conveniente enfatizar en la modalidad de investigación cualitativa utilizada, que mediante una intersección de métodos nos permitió acceder a la dimensión verbal del fenómeno estudiado. La investigación-acción como forma de indagación hermenéutica nos permitió actuar no sólo como observador participante sino como activo agente en el estudio y atender a este ethnos que fue el grupo de médicos entrevistados. Sus resultados pueden ser traducidos a la práctica y servir de estímulo para respaldar investigaciones basadas en el profesor en ejercicio y en el egresado de la institución, e igualmente constituirse en un insumo esencial para la revisión del currículo vigente de la carrera de medicina, que se desarrolla en la Escuela de Medicina “Dr. Witremundo Torrealba”. Asimismo las categorías descriptivas con que iniciamos el estudio pueden seguir reelaborándose para ir progresando en la formación del médico de los tiempos actuales que vive el país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, S. (1997). Investigación Antropológica para una nueva cultura de la salud. *Espacio Abierto. Cuadernos Venezolanos de Sociología*. 6 (2), 259-281.
- Acevedo, D. y Castrillo, M. (1983). *Desarrollo Histórico del Currículo de la Escuela de Medicina de la Universidad de Carabobo*. Trabajo de Ascenso. Facultad de Ciencias de la Salud. Núcleo Aragua.
- Albornoz, O. (2006). *La Universidad Latinoamericana entre Davos y Porto Alegre: error de origen, error de proceso*. Caracas: Editorial CEC, SA.
- Canquiz, L. y Inciarte, A. (2006). *Desarrollo de Perfiles Académico-Profesionales basados en Competencias*. Comisión Central de Currículo de la Universidad del Zulia. Taller Instruccional y Currículo por Competencias [Documento]. Valencia.
- Córdova, Y.; Colmenares, L. y Sánchez, M. (1999). *La salud en un nuevo proyecto de país*. Caracas: [Documento].
- Capra, F. (1981). *El punto Cardinal. Ciencia, Sociedad y Cultura Naciente*. Buenos Aires: Editorial Estaciones.
- Carquéz, F. y León, J. (1995). *La Crisis Sanitario-Asistencial Venezolana*. Valencia: Ediciones de la Universidad de Carabobo.
- Casas Armengol, M. (2000). Reestructuración de la Universidad Venezolana en la Encrucijada. *Revista Educación Superior y Sociedad*. 11 (1 y 2), 77-98.
- Castilla Luna, M. y López de Meza, C. (2007). Los Roles del Docente en la Educación Médica. *Revista Educación y Educadores*. 10 (1), 106-113
- Castro Pereira, M. (1982). *Modelo de Control y Ajuste Permanente del Currículo*. Maracay: Talleres Gráficos del IUPEMAR.
- Castro Pereira, M. (1992). *Diseño Curricular y Evaluación Curricular*. Maracay: Talleres Gráficos del IUPEMAR.
- Comisión Nacional de Currículo. (2002) Lineamientos para abordar la transformación en la Educación Superior. Escenarios Curriculares. *Agenda Académica*. 8 (1), 64-86.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. *Gaceta Oficial Extraordinaria de la República Bolivariana de Venezuela N° 5453* del 24 de Marzo del 2000.

- Contreras Vásquez, M. (2007). *Estudio Comparativo: Perfil del Médico Egresado de la Universidad de Carabobo Núcleo Aragua y el Perfil requerido ante la nueva Institucionalidad Pública*. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Maestría de Educación Superior. Maracay:[Documento].
- Córdova, Y.; Colmenares, L. y Sánchez, M. (1999). La salud en un nuevo proyecto de país. Caracas: [Documento].
- Davini, M. C. (1989). *Enfoques, Problemas y Perspectivas en la Educación Permanente de los Recursos Humanos en Salud*. Oficina Sanitaria Panamericana. Washington: [Documento].
- D'Elia, Y., (Coord.); De Negri, A.; Huggins Castañeda, M.; Vega, M. y Bazo, M. (2002). *Estrategia de Promoción de la Calidad de Vida. La Construcción de Políticas públicas por la Calidad de Vida desde una Perspectiva de Derecho y Equidad*. Caracas: Ministerio de Salud y Desarrollo Social. [Documento de Trabajo].
- Esenfeld, S. (1979). *Ayudar a Ser*. Colección Universitaria y Postsecundaria. Caracas: Fedes.
- Espig B., H. (2007). *Estrategia de Enseñanza Aprendizaje desde una Perspectiva Integral para el Ejercicio Profesional de la Medicina*. Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico. Colección Tesis Doctoral. Valencia: Universidad de Carabobo.
- Federación Médica Venezolana. *Código de Deontología Médica*. LXXVI Asamblea de la Federación Médica Venezolana. Caracas 20 de Marzo de 1985.
- Feo Istúriz, O. (2003). *Repensando la Salud. Propuestas para salir de la Crisis. Análisis de la Experiencia Venezolana*. Valencia: Ediciones de la Universidad de Carabobo.
- Fernández, A. (2004). *Universidad y Currículo en Venezuela: Hacia el Tercer Milenio*. Centro de Estudios de Postgrado, Facultad de Humanidades y Educación, 1ª Edición. Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- Galeano, M. (2003). *Diseños de Proyectos en la Investigación Cualitativa*. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT.
- Galli, A. y De Gregorio, M. J. (2006). Competencias adquiridas en la Carrera de Medicina. Comparación entre Egresados de dos universidades, una pública y otra privada. *Revista Educación Médica*. 9 (1). Versión Impresa. [Consulta: 05 Diciembre del 2006].
- González, F. (1996). *El éxito de la Política Económica de Venezuela, 1989-1993. ¿Una Realidad, un Espejismo o una Paradoja?* Compilación de Ensayos. Caracas: Fondo Editorial Tropykos. FACES-UCV.

- González, M. C. (2005). *El Discurso Médico. Representaciones Sociales*. Laboratorio de Investigación sobre Procesos Sociales y Condiciones de Vida. LINSOC. Valencia: Universidad de Carabobo.
- Humberto de Espínola, B. (2000). *La Educación médica y los Cambios en el Sector Salud*. Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Nordeste. Comunicaciones Científicas y Tecnológicas. Argentina.
- Humberto de Espínola, B.; Melis, I. G. y González, M. A. (2002). *Los Graduados de Medicina y el Ejercicio de la Profesión Médica*. Disponible en: www.unne.edu.ar/web/cyt/2003/comunicaciones/01-sociales/s-043.pdf. [Consulta: 30 de Julio de 2007].
- H. de Espínola, B.; Melis, I. G. y González, M. A. (2003). *La Formación de Competencias Clínicas según los Graduados de Medicina de la UNNE*. Disponible en: www1.unne.edu.ar/cyt/2003/comunicaciones/01-sociales/ooo-s-indice [Consulta: 30 de Julio de 2007].
- Instituto para la Educación Médica Internacional IIME, (2003). Requisitos Globales Mínimos Esenciales en Educación Médica. *Rev. Educación Médica* Suplemento 2 (6).
- Lanz, R. (2004). *La Misión Sucre y la Municipalización de la Universidad*. Ministerio de Educación Superior.[Folleto]. Caracas: Fundación Misión Sucre.
- Ley Orgánica de Salud. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela* N° 36579 del 11 de Noviembre de 1998.
- Ley de Educación Superior. (2005). Proyecto de Ley-Ultima Discusión. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela.[Documento]. Caracas
- Ley de Universidades. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela* N° 1429, Extraordinario del 08 de Septiembre de 1970.
- Ley de Ejercicio de la Medicina. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela* N° 3002, Extraordinario del 23 de Agosto de 1982.
- Magaña, L. (Comp.) (2008). *Curso de Enseñanza de la Salud Pública por Competencia*. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca: [Documento].
- Manual de Instrumentos y Recomendaciones sobre el Seguimiento de egresados*. Proyecto Gradua2/Asociación Columbus 2006. Edición del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey y colaboración del Grupo Noriega editores. [Libro en Línea] Disponible: <http://www.gradua2.org.mx/docs/monterrey>. [Consulta: 2006, Marzo 16]
- Martínez, M. (1991). *La Investigación Cualitativa Etnográfica en Educación. Manual Teórico-Práctico*. Texto. México: Editorial Trillas.

- Martínez, M. (1998). *La Investigación Cualitativa Etnográfica en Educación. Manual Teórico-Práctico*. Texto. 3ª. Edición. México: Editorial Trillas.
- Méndez Fraustro, C. J. y Pérez Pulido, I. (2005). *Estudio de Egresados 2003*. Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Los Altos, Jalisco. [Versión Electrónica] México. Disponible: <http://www.cualtosudg.mx/investigacion/publicaciones/seguimiento%20%de%20egresados%20200320cualtos.pdf> [Consulta: 2006, julio15].
- Moya de S., M. Z. y Bauce, G. J. (2005). *Desempeño Profesional de un Grupo de Egresados de la Escuela de Nutrición y dietética, Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Periodo 1981-2001*. Revista de la Facultad de Medicina. [online]. 2005, Volumen 28 N°1. [Citado 05 de Octubre 2006], p.89-93. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php>.
- Organización Panamericana de la Salud (2006). *Barrio Adentro: Derecho a la Salud e inclusión social en Venezuela*. Caracas: Autor.
- Oficina Sanitaria Panamericana/Organización Mundial de la Salud. (S/F). *Observatorio de Recursos Humanos en Salud en las Américas 1999-2004. Lecciones Aprendidas y Expectativas para el Futuro*. En: Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Brasil. *Estudios y Análisis*. Volumen 2.
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud*. [Documento]: Autor.
- Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud-Perú. (2005). Documento en Línea. <http://www.idereh.gob.pe/observatorio/introducción.htm>. [Consulta: Noviembre 16, 2006.]
- París, A. (2006). El 85% de nuestros egresados saben ejercer la Medicina. VITAE. Academia Biomédica Digital. Entrevista. Disponible en: <http://caibco.ucv.ve/caibco/CAIBCO/vitae/vitaetrece/Entrevista/ArchivosHTML/entrev...> [Consulta: Julio 25, 2006].
- Ponce de León, M. E. (2004). Tendencias actuales en la enseñanza de la Medicina. Estrategias del Aprendizaje en Medicina. *Gaceta Médica de México*. 140 (3), 305-306.
- Posner, G. (2005). *Análisis del Currículo*. México: Editorial McGraw-Hill. Interamericana.
- Puchi F., J. A. (1980). *Planeaciones y análisis del currículo médico*. Caracas: Ediciones de la Universidad Central de Venezuela.
- Piñon, J. F. (1998). *La Educación como Herramienta Estratégica*. Boletín 45. Proyecto Principal de Educación. UNESCO.

- Ramos, S. J. (2006). Algunas Reflexiones Críticas a los Valores de la Cultura Médica. *Revista Educación en Valores*. 1(5), 65-85.
- Red Latinoamericana de Información y Documentación en Educación (REDUC). Disponible en: <http://www.reduc.cl/raes.msf/vwraesssearch>. Consulta: Marzo 28, 2006.
- Revello, W. (1989). *La Reforma Sanitaria Integral en Venezuela. Una Política Social para la Afirmación de la Democracia*. Caracas: Comisión para la Reforma del Estado (COPRE), Editores. (8), 99-129.
- Rigoli, F. (S/F). *Los Observatorios de Recursos Humanos en América Latina. Documento*. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. OPS/OMS-Washington.
- Rivero Mendoza, C. I. (2006). *La Otra Pobreza: El Proceso de Empobrecimiento. Un Modelo de Tesis Doctoral*. 1ª. Edición. Valencia: Publicaciones Degal, C. A.
- Riveros, L. (2003). *La Universidad en el Siglo XXI*. Revista Chilena de Administración Pública. Años 2003-2004.2 (6), 7-20.
- Rodríguez, M. (2000). *El Método Interdisciplinario*. Centro de Investigaciones y Desarrollo Científico. Bogota, Colombia.
- Rodríguez, S. (2005). *Seguimiento de Egresados*. Discurso para el Acto Inaugural del Taller *Centroamericano* para definir los Términos de Referencia de los Estudios de Graduados. Panamá. Disponible: www.utp.ac.pa/secciones/pdf/seguimiento%20egresadosenero2005pdf [Consulta: 2006, Marzo 18]
- Rodríguez Ochoa, G. (1999 a). *Atención Integral. Conceptualización, Normas y Procedimientos*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Caracas.
- Rodríguez Ochoa, G. (1999 b). *Lineamientos Político- Estratégicos en Salud*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Caracas
- Rodríguez Ochoa, G.; Fariñas W.; Osorio Granado A. R.; y Ladera, E. (2000). *La Revolución Social en la V Republica. La Política Social de Venezuela*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Cumbre Mundial de Desarrollo Social. Junio, 2000. Ginebra, Suiza.
- Rojas, I.; Mijares de Méndez, M. y Casamayor, C. (1996). *Rediseño del Currículo de la Escuela de Medicina "Witremundo Torrealba"*. Universidad de Carabobo-Núcleo Aragua: Perfil del Egresado. [Documento]. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Medicina-Núcleo Aragua. Universidad de Carabobo.

- Rojo Pérez, N. (1999). Pertinencia Social de los Programas Académicos del Perfil Gerencial en el Sector Salud. *Revista Cubana de Educación Médica*. Suplemento 13 (1):70-79.
- Rogers, C. (1986). *Libertad y Creatividad en la Educación*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Romero, A. (2003). *Análisis de las Experiencias Curriculares de Diseño y Rediseños de Perfiles en la Escuela de Bioanálisis Aragua-Valencia, en el Marco de los Requisitos de la Modernización*. Trabajo de Grado para optar al Título de Magíster en Educación Superior. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Maracay.
- Romero González, A.; Hernández Rojas, M.; Hernández Rojas, M.; Graterol, M. y Márquez Sulbaran, M. (2005). Aportes para formar un individuo Integral en la Educación Superior Venezolana. *Fermentum*, 15 (44), 439-448
- Romero Medina, A. (1987). *La Crisis de la Salud y de la Enfermedad en Venezuela*. Mérida: Editorial Venezolana.
- Roscheke, M. A. (2006). *Evaluación en Procesos de Educación Permanente y Capacitación en Salud. Experiencias y Lecciones*. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud N° 45. Organización Panamericana de la Salud, 2006. Washington.
- Rovere, M. (1993). *Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 96. OPS/OMS Washington.
- Salcedo, H. (1999). *Perfeccionamiento Integral y Evaluación del Profesorado Universitario*. Trabajo Presentado en el 1er. Encuentro Iberoamericano de Perfeccionamiento Integral del Profesor Universitario. Caracas: Universidad Central de Venezuela. [Documento].
- Sánchez L. y González J. (2006). *Estilos de Vida y Participación Comunitaria. La Calidad de Vida como Finalidad*. Ministerio de Salud. Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” 1° Edición, Maracay.
- Segura, M. (2005). *Competencias Personales del Docente*. *Revista Ciencias de la Educación*. 2 (26),171-192.].
- Sosa, G. (2006). *Un Médico Más Cercano al Hombre y a la Salud. La Formación para la Praxis desde una Perspectiva Socio crítica*. Valencia: Clemente Editores, C. A.
- Toro, A. y Marcano, L. (2006). Calidad y Educación Superior Venezolana. *Revista Ciencias de la Educación*. 1(27), 217-236.
- Tünnermann, C. (1998). *Transformación de la Educación Superior. Retos y Perspectivas*. Heredia: EUNA.

- Tünnermann, C. (2000). Pertinencia Social y Principios Básicos para orientar el diseño de Políticas de Educación Superior. *Revista Educación Superior y Sociedad*, 11 (1 y 2), 181-196.
- UNESCO (1998). Declaración Mundial sobre Educación Superior en el Siglo XXI: Visión y Acción. Marco de Acción Prioritaria para el Cambio y el Desarrollo de la Educación Superior. [Documento]: Autor.
- Universidad Autónoma de Chiapas. (2003). Estudio de Egresados de la Facultad de Medicina Humana. Disponible en: www.facmed.unach.mx/index.php?option=com_content&task= [Consulta: Octubre 5, 2006].
- Universidad de Carabobo (1990). *Currículo de la Escuela de Medicina. Escuela de Medicina "Dr. Witremundo Torrealba"*. Facultad de Ciencias de la Salud, Núcleo Aragua. Maracay: Autor.
- Universidad de Carabobo (2002). Guía Informativa de la Escuela de Medicina. Comisión Curricular de la Facultad de Ciencias de la Salud. Valencia: Autor.
- Universidad de Carabobo (2004). *Manual de Organización de la Facultad de Ciencias de la Salud*. [Versión Electrónica]. Valencia: Autor.
- Universidad de Carabobo (2006). Reglamento General de Desarrollo Curricular. *Gaceta Extraordinaria III Trimestre del año 2006. Consejo Universitario N° 217 de fecha 14-06-2006* Valencia: Autor.
- Venezuela. Ministerio de Educación Cultura y Deportes. *Políticas y Estrategias para el Desarrollo de la Educación Superior en Venezuela. 2000-2006*. [Folleto]. Caracas: Autor..
- Venezuela. Ministerio de Educación Superior. *Propuesta para la Discusión de la Ley de Educación Superior*. Caracas, 30 de Abril del 2003. [Documento]. Caracas: Autor
- Venezuela. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (1992). *Políticas de Salud en Venezuela*. [Folleto]. Caracas: Autor.
- Venezuela. Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2002). *Plan Estratégico Social. El Desarrollo de un Pensamiento Estratégico en las Políticas Públicas por la Calidad de Vida y Salud. Dirección de Planificación y Presupuesto*. [Documento Base]. Caracas: Autor.
- Venezuela. Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2003). *Redes de Atención del Sistema Público Nacional de Salud en el marco de las Redes de Promoción de Calidad de Vida*. [Documento Base]. Caracas: Autor.

Venturelli, J. (2003). *Educación Médica. Nuevos Enfoques, Metas y Métodos*. Serie PALTEX, Salud y Sociedad 2000 N° 8. Organización Panamericana de la Salud, Washington.

Villarroel, C. (1990). *La Universidad y su Productividad Académica. Crítica y Perspectiva*. Caracas: Edición Dolvia.

Villarroel, C. (2003). *Sistema de Evaluación y Acreditación de las Universidades (SEA)*. Estudio para IESALC-UNESCO. Caracas, Marzo 2003.