

CENTRO DE INFORMACION Y DOCUMENTACION
"Dr. JUAN C. GARCIA"
OPS/OMS

TRANSFORMACION CURRICULAR

Amanda Galli

Publicación Nº 8

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
Representación de Argentina, 1988

⑩ Organización Panamericana de la Salud. 1988

⑩ Organización Mundial de la Salud. 1988

Las opiniones expresadas en este trabajo son de la exclusiva responsabilidad de la autora. Se autoriza la reproducción y traducción siempre y cuando se cite la fuente.

Indice

	Página
Introducción	5
Currículum manifiesto y currículum oculto	5
Proceso de aprendizaje y enseñanza	10
Referencias	15

Introducción

En la década de 1970 se publican numerosos trabajos (1-8) referentes a la orientación, contenidos y organización de la enseñanza en las Facultades de Medicina. El objetivo de estos estudios es favorecer la formación de profesionales capaces de resolver con eficiencia y eficacia los problemas de salud de la población.

Con igual propósito, la Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina desarrolla a comienzos de la década del setenta un Programa para la Capacitación Pedagógica de los Docentes de Medicina que pone el acento en la tecnología educacional, donde se incluye la formulación de objetivos educacionales, la selección de estrategias de enseñanza y la elaboración de instrumentos para la evaluación de los aprendizajes.

En 1978 la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud (Alma-Ata, URSS) establece que "uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de la salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de justicia social". Además, recomienda que "los gobiernos emprendan o apoyen actividades de reorientación y capacitación para todas las categorías del personal existente y revisen los programas para el adiestramiento de nuevo personal de salud de la comunidad, que el personal de salud, especialmente los médicos y las enfermeras, reciba una formación social y técnica y esté motivado 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 de personal de salud y al adiestramiento sanitario del personal de otros sectores" (9).

Sin embargo, hoy, a fines de la década de 1980, se puede afirmar que todavía no se ha logrado el cambio curricular profundo que todos los sectores reclaman (10).

Se plantean a continuación algunas consideraciones sobre las condiciones en que se encuentran las instituciones educativas para llevar a cabo esta tarea de formación de profesionales, y los obstáculos con que se enfrentan.

Currículum manifiesto y currículum oculto

La voz latina currículum, que etimológicamente significa carrera o lugar donde se corre, ha sido incorporada a la terminología propia de la educación, y tradicionalmente se la ha identificado con plan de estudios. José Puchi Ferrer (11) menciona las definiciones que siguen.

De acuerdo con Saylor y Alexander (12), "todas las oportunidades de aprendizaje provistas por la escuela(...) para lograr los resultados deseados en situaciones escolares y extraescolares" constituyen el currículum. En el mismo sentido, Doll (13) lo define como la "suma de experiencias vividas por el educando bajo los auspicios y dirección de la escuela". Andrade, Muñoz y Arellano (14), por su parte, sostienen que el currículum está integrado por el "conjunto de: a) actividades formales de aprendizaje que la escuela impone y/o pone a la disposición de sus alumnos en función de determinados objetivos; b) influencias que la estructura de tales actividades y de la institución en general ejercen sobre el alumno y que contribuyen a modelar su comportamiento futuro; c) medios que la escuela utiliza para medir el efecto que sobre el alumno ejercen los factores precedentes".

Se puede afirmar entonces que actualmente se llama currículum el conjunto de experiencias que un alumno vive en el marco de la escuela. Es decir que el colegio ofrece una serie de situaciones, estímulos y modelos que generan en cada estudiante experiencias particulares a las cuales se designa como currículum.

Existen dos tipos de currículum: 1) el formal o manifiesto, que expone a los alumnos a determinadas experiencias: prevé clases, trabajos prácticos y exámenes, y 2) el informal u oculto, que es el conjunto de experiencias y estímulos no previstos ni planificados.

El currículum informal no figura en ningún plan de estudios y se vincula sobre todo con el desarrollo de actitudes, valores e ideologías; no implica cursos ni exámenes y por su intermedio se transmite una cultura particular a través de procesos de identificación. Los modelos de identificación son aquellos comportamientos personales reconocidos socialmente. En el caso de la educación médica, el reconocimiento social significativo es el que se verifica entre los médicos, grupo social al cual el alumno desea incorporarse. Mediante este proceso de socialización el alumno adoptará progresivamente las pautas de comportamiento y los valores dominantes en el grupo médico. Llegará así a "pertener" a dicho sector social.

Se trata de un proceso casi imperceptible, concomitante con el aprendizaje formal de las "materias", a través del cual se incorpora la cultura médica, se identifican los atributos que otorgan prestigio social, y se adquiere una escala de valores.

Así, por ejemplo, en el hospital, viendo y escuchando a sus profesores fuera de las actividades formales, el alumno advierte que ser especialista da prestigio, y que determinadas especialidades gozan -entre los médicos y en la población en general- de mayor reconocimiento. Asimismo, comienza a adoptar muchos otros valores y criterios: que la "buena medicina" es la que se practica en la sala, con pacientes hospitalizados; que la atención de pacientes ambulatorios no resulta gratificante y que los consultorios externos se identifican como la "Siberia" del hospital; que la tarea más importante del médico es llegar al diagnóstico, develar el misterio, y que la solución del problema del paciente escapa en cierta medida a su responsabilidad dado que en ella intervienen factores muy diversos, incluso la "falta de colaboración" del enfermo; que los pacientes crónicos son "aburri-

dos", y que la tarea médica consiste esencialmente en el manejo de las situaciones agudas.

Resulta interesante observar que, en las Escuelas de Medicina, esta manera de caracterizar y valorizar el trabajo médico se pone de manifiesto en los criterios que se utilizan para la selección por concurso de los profesores. En efecto, en la evaluación de los antecedentes, habitualmente se adjudica mayor reconocimiento o puntaje a los cursos de especialización, a la práctica profesional en un servicio hospitalario de alta complejidad y a las investigaciones clínicas que al trabajo en centros periféricos y a las investigaciones socioepidemiológicas.

El estudiante de medicina, mientras aprende Semiología y Clínica, en su contacto con enfermos hospitalizados también adquiere experiencia respecto de las relaciones sociales. Así, advierte que la relación entre el médico y el enfermo y sus familiares es asimétrica: el enfermo, en función de su necesidad de ayuda, se "entrega" al médico y este, poseedor del conocimiento, toma las decisiones, indica y prescribe. Si el paciente desea curarse debe obedecer (15). Una relación asimétrica se caracteriza justamente por este rasgo: uno de los términos de la relación se somete al otro. La relación simétrica, en cambio, es aquella en la cual ambos términos se influyen mutuamente y son interdependientes.

Con frecuencia los estudiantes de medicina incorporan este modelo de comportamiento social y lo repiten o transfieren a la relación con otras personas que integran el equipo de salud.

Observando a sus profesores, el estudiante aprende también acerca de las condiciones de trabajo médico. Sabe que el modelo de práctica profesional deseado es el liberal, caracterizado por la regulación de los honorarios por el profesional mismo y por acto médico; que la categoría de trabajador asalariado en relación de dependencia institucional es desvalorizada pero, inevitablemente, las condiciones de organización del sistema de salud conducen hacia esa modalidad. Así, los jóvenes se gradúan añorando un modelo de práctica en extinción. Trabajar en la seguridad social es vivido como una desgracia ineludible, e igualmente inevitable será la mala calidad de las prestaciones médicas en dicho contexto. Generalmente, la atención médica de calidad se asocia con la práctica liberal.

En 1933, en la Academia de Medicina de Nueva York, Henry Sigerist (16) decía: "el modelo ideal médico varía considerablemente, en los diferentes períodos de la historia, de acuerdo con la estructura de la sociedad en cada época y su concepción general del mundo(...) Desde la fundación de las universidades el médico pasa a ser un hombre estudioso, un doctor, y así ha sido desde entonces. En la Edad Media cristiana las profesiones eran consideradas una vocación, una misión divina que importaba obligaciones definidas hacia Dios y nuestros semejantes. El ascenso del capitalismo trajo una concepción diferente. Se da gran relieve a los aspectos económicos y la profesión pasa más y más a ser un medio de ganarse la vida(...) El médico del siglo XIX era miembro de una profesión liberal altamente respetada. Se tenía en alta estima la educación académica y se premiaba a sus poseedores con grandes privilegios sociales(...) Esos tiempos se fueron. El mundo ha cambiado y la profesión médica está atravesando ahora por una de sus mayo-

res revoluciones de la historia. No es una revolución de la medicina sino de los servicios médicos(...) Bien puede ser que muchos de nosotros no nos hayamos compenetrado de cuán rápidamente está cambiando el mundo(...) La salud y la enfermedad ya no son considerados asuntos privados de cada persona(...) La sociedad se siente más y más responsable del bienestar de todos sus miembros(...) Puede o no gustarnos esta evolución pero no podemos contrariarla(...); la posición del médico en la sociedad no es jamás determinada por el médico mismo, sino por la sociedad que sirve. Podemos oponernos al progreso, podemos retardarlo pero nunca podremos detenerlo".

Ferreira (17), cincuenta años después, dice: "En cuanto a la evolución de la práctica de la medicina se observan ya importantes cambios que tenderán a hacerse más evidentes en un futuro mediano y entrañan una profunda transformación social del médico y de sus condiciones de trabajo. El número de profesionales que trabajan en consultorios propios está en declive, mientras que aumenta la cantidad de los que perciben sueldo como empleados de empresas particulares o funcionarios de los servicios del gobierno".

Con el propósito de reorientar la educación médica, las Escuelas de Medicina incorporan en el currículum formal una asignatura más: Medicina Preventiva y Social. Sin embargo, después de varios años se comprueba que no se han logrado los cambios deseados, probablemente porque se trata de un conocimiento teórico que no guarda correlato alguno con la práctica médica. Los alumnos perciben la confrontación entre "culturas" diferentes.

En la mayoría de las Escuelas de Medicina, los modelos de una práctica profesional más vinculada con la salud colectiva y la solución de los problemas concretos de la enfermedad que con la develación de los misterios biomédicos, aún resulta una propuesta "foránea" para el grupo médico tradicional con el cual los estudiantes interactúan el noventa por ciento de su tiempo en el transcurso de su carrera.

Por todo lo expuesto, cambiar el currículum en el sentido señalado en Alma-Ata no consiste simplemente en elaborar un plan de estudios que contemple más o menos horas para Ciencias Sociales o para Salud Integral a expensas de Radiología o Neurología; tampoco se logra adoptando nuevos métodos de enseñanza. Se trata, en definitiva, de un proceso de transformación del medio en que se ubica al estudiante. Cabe preguntarse si el hospital y su particular cultura constituyen el ámbito más adecuado para el crecimiento y desarrollo del futuro médico general, cuya función es cuidar la salud de la comunidad.

El verdadero cambio curricular se producirá cuando se establezca una relación coherente entre el perfil del graduado y los servicios en los cuales se ubica a los estudiantes para sus prácticas. En este sentido, la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires ha establecido que el graduado debe cumplir con los siguientes requisitos (18):

- esté sensibilizado y dispuesto al bien común,
- enfoque en forma integral al ser humano, al que asiste considerando sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales,
- sea capaz de asistir al hombre sano revalorizando su acción en lo que respecta a la medicina preventiva y primaria,

-participe activamente en la acción educadora de la sociedad a cuyos integrantes debe concientizar sobre sus responsabilidades y deberes en el cuidado de su propia salud.

-se encuentre entrenado en el ejercicio de su actividad dentro de un equipo de profesionales de la salud así como para integrar equipos interdisciplinarios, en su acción de cuidado de la salud comunitaria.

-esté capacitado para el manejo de situaciones asistenciales comunes o reversibles y para realizar interconsultas ante situaciones complejas o de alto riesgo.

-desarrolle una actitud positiva permanente para la incorporación sistemática de nuevos conocimientos científicos y técnicos.

-posea la capacidad de resolver problemas prácticos en las especialidades fundamentales de las ciencias médicas.

-esté capacitado en el manejo de la metodología científica y desarrolle una actitud positiva hacia la investigación básica y clínica."

Para desarrollar las actitudes y valores mencionados resulta ineludible brindar a los estudiantes experiencias pertinentes; habrá que "sumergirlos" en instituciones y grupos humanos que adhieran a dichas prácticas. Se necesitan entonces nuevos servicios de salud para formar nuevos profesionales.

Ferreira (19) sostiene que "el proceso educativo en sí no ha logrado producir, a través de la formación profesional, una transformación de las prácticas de salud y especialmente de la atención médica. Por el contrario, se ha observado una influencia a la inversa: la estructura de la práctica médica representa el factor hegemónico que ha determinado, en cada contexto, el patrón que reproduce la educación médica", y señala la conveniencia de que "los reajustes que sean necesarios en el proceso de educación médica puedan ser previstos y puestos en práctica en forma paralela con la implantación de los cambios en la práctica médica".

La implementación del nuevo plan de estudios en la Universidad de Buenos Aires constituye un ejemplo práctico de las afirmaciones de Ferreira. En el currículum formal de 1986 se establece la enseñanza integrada de las especialidades que anteriormente constituían asignaturas independientes. Se propone enseñar Dermatología, Infecciosas, Neurología, Tisiopneumología y Nutrición en forma integrada como Medicina II. En este plan, Medicina I corresponde a Semiología y Medicina III a Clínica Quirúrgica. Al programar las actividades de enseñanza-aprendizaje en el ámbito hospitalario al que concurren los estudiantes (nótese que la Facultad de Medicina trabaja asociada con 43 hospitales), resulta virtualmente imposible superar el hecho de que la práctica en dichos hospitales es la atención del paciente en servicios separados por especialidades. Los profesionales que enseñan a los alumnos cumplen tareas en servicios especializados. De manera que la enseñanza de la medicina integral se convierte en una formulación teórica; lo que los alumnos viven cotidianamente es la segmentación de la atención médica. Esta realidad plantea la necesidad de pensar otros espacios para la formación del médico general, en su etapa de pregrado.

El currículum deberá contemplar, de modo coherente y articulado, la

formación de pre y posgrado en estrecha relación con la red de servicios según niveles de complejidad.

No puede pensarse la modificación de la educación médica sin una concomitante transformación de los servicios. Cuando la atención ambulatoria en los centros de salud obtenga la calidad que la población se merece, se encontrarán los recursos humanos -los modelos de identificación- adecuados para la formación del médico general.

En síntesis, es indudable que los cambios curriculares que solo modifican la carga horaria de las asignaturas tradicionales o que incorporan contenidos de ciencias sociales como una asignatura más, no logran transformar el perfil profesional del graduado en el sentido que reclama la estrategia de la atención primaria de salud.

Las Facultades de Medicina y los Servicios de Salud deben trabajar en forma conjunta en la búsqueda de la integración docente asistencial, teniendo presente que los estudiantes aprenden y reproducen la práctica profesional de sus docentes.

Proceso de aprendizaje y enseñanza

En el proceso de diseño curricular se define el perfil del graduado en función del modelo del producto deseado. Dicho perfil expresa valores compartidos, al menos en teoría, y por lo general no plantea discrepancias. En cambio, cuando se avanza en las definiciones y se toman decisiones acerca de qué y cómo enseñar, suelen suscitarse desacuerdos. La pregunta que se plantea es quién toma estas decisiones y basándose en qué información.

Lo tradicional es que la decisión acerca de lo que debe saber un médico sea cuestión de los investigadores que tienen el mayor conocimiento en la materia. La sumatoria de estas decisiones aisladas constituye el plan de estudios tradicional de las Escuelas de Medicina.

Este procedimiento se apoya en los siguientes supuestos:

- la libertad académica del profesor universitario es absoluta;
- el conocimiento tiene un valor en sí mismo y por su intermedio se accede a la verdad;
- el aprendizaje es un proceso de acumulación de información, y las facultades mentales -percepción, memoria, atención- se desarrollan con la ejercitación (particularmente de ciertas disciplinas).

Actualmente se relativiza el concepto de libertad académica, ya que existe consenso en el sentido de que esta debe ejercerse teniendo en cuenta objetivos generales compartidos. El Plan de Estudios y los contenidos de los programas deben ser producto de una tarea colaborativa realizada en el marco de la comprensión de que la formación de los recursos humanos es un componente del desarrollo de los servicios de salud. De modo que la decisión acerca de qué enseñar no solo depende del buen saber y entender del profesor, sino que este debe seleccionar y organizar los contenidos de la enseñanza en función de las actividades profesionales que el graduado tiene que llevar a cabo en los distintos niveles de la red de servicios.

La actitud enciclopedista, que expresa una concepción del conocimiento como un fin en sí mismo y que atribuye mayor reconocimiento al que más información acumula, ha sido reemplazada en la sociedad actual por una actitud más pragmática que considera el conocimiento como una herramienta para la solución de los problemas, es decir que se valora el saber científico en la medida en que posibilita la transformación de la realidad. La adopción de este criterio en la elaboración de los programas de enseñanza demanda una estrecha vinculación con las políticas nacionales de salud y con el correspondiente desarrollo de los servicios.

En el Informe a la 37 Asamblea Mundial de la Salud (20) se afirma: "La evaluación crítica de los planes de estudios de los diversos programas de ciencias de la salud constituye una tarea fundamental, de dimensiones aterradoras. Los intentos de reestructurar los planes de estudios conforme a las metas nacionales y a las prioridades en materia de desarrollo chocan con frecuencia con la oposición desconfiada del personal docente, que defiende la tradición en nombre de la 'libertad académica'. Esa desconfianza puede eliminarse haciendo que las universidades participen en la formulación de los principios fundamentales del desarrollo nacional. Los intentos de reorientar el desarrollo de los planes de estudios, de aplicar procedimientos interdisciplinarios y de ordenar los objetivos académicos para relacionarlos más estrechamente con el medio social, requieren una especial capacidad de adaptación y de comprensión". Algunas de las recomendaciones efectuadas a las Universidades son las siguientes:

"-reestructurar el plan de estudios académicos para que sea posible relacionar, en forma congruente, una amplia base de conocimientos fundamentales con los problemas contemporáneos y para superar con este fin la fragmentación de las disciplinas, por ejemplo, encontrar arbitrios para que la salud, las ciencias sociales, la educación, la ingeniería, los estudios del medio ambiente y la agricultura se puedan vincular más eficazmente entre sí(...)

-modificar su actitud frente a las exigencias igualitarias de la sociedad contemporánea e identificarse con los problemas críticos de la ignorancia, la pobreza, el padecimiento, la incapacidad y la enfermedad" (20).

A juzgar por su práctica docente, la mayoría de los profesores universitarios piensa que el aprendizaje es un proceso de almacenamiento, que los conocimientos se van ubicando unos al lado de otros y conservan su propia identidad, como los libros en una biblioteca.

Sin embargo, la mente no es una computadora que "guarda" en su memoria gran cantidad de datos y los entrega cuando alguien los reclama. El conocimiento se construye como un tejido en el que es posible incorporar un hilo nuevo siempre y cuando se enlace con los anteriores que, a su vez, son reorganizados por aquel.

El aprendizaje implica procesos de asimilación y acomodación. Por la asimilación, el sujeto incorpora los datos del medio, y a través de la acomodación sus estructuras cognitivas se modifican y reorganizan. Sostiene

Piaget (21) que la estructuración de la inteligencia se produce de modo progresivo y depende del medio social en el cual el sujeto se encuentra inmerso.

En los planes de estudios actuales aún subyace la teoría de las Facultades o Psicología de la Disciplina Mental, tendencia precientífica que postula la ejercitación de la mente como necesaria para la formación del sujeto (21). De acuerdo con esta teoría, la práctica de ciertas disciplinas estimula y desarrolla una función. Por ejemplo, aprender matemáticas, ser capaz de resolver ecuaciones, desarrolla el pensamiento lógico; aprender de memoria cualquier cosa, una poesía o una serie de números sin significado alguno, desarrolla la memoria.

Lo cierto es que una persona no organiza mejor su trabajo después de tomar un curso formal de lógica o de matemáticas. Recitar las tablas de multiplicar de memoria puede ser un desafío para la mente pero es muy distinto resolver una situación concreta en la que se debe utilizar esa operación, por ejemplo, calcular la dosis de un medicamento de acuerdo con el grado de deshidratación del paciente. Saber las tablas de multiplicar significa contar con una herramienta, pero ese conocimiento no garantiza su aplicación correcta y oportuna.

La motivación desempeña un papel fundamental en el aprendizaje. Cuando una persona desarrolla un estado de tensión a raíz de necesidades no satisfechas se dice que se siente motivada (23). Enfrentar problemas, intentar solucionarlos, buscar la información pertinente y obtener satisfacción personal al resolverlos parecen ser los mecanismos que generan un aprendizaje duradero. Advertir el porqué y el para qué del esfuerzo que requiere el aprendizaje, lo garantiza. Es más importante que el profesor acompañe al alumno en su aprendizaje a que se concentre excesivamente en el asunto que va a enseñar. La enseñanza debe ser considerada como el producto resultante de una relación personal entre el profesor y el alumno, en la que el primero facilita el aprendizaje del segundo.

En esencia, el aprendizaje se produce según las experiencias personales del sujeto. La expresión "experiencia de aprendizaje" no se identifica con el contenido del curso ni con las actividades que desarrolla el profesor, sino que se refiere a la interacción entre el sujeto y las condiciones externas del medio ante las cuales reacciona. El desafío para el educador es crear situaciones estimulantes que promuevan el pensamiento. Tyler (24) advierte que el término "pensamiento" tiene distintas connotaciones pero, en general, representa la asociación de dos o más ideas. En el pensamiento lógico intervienen como factores preponderantes las hipótesis, las premisas y las conclusiones. Cuando los alumnos enfrentan problemas existe la posibilidad de que ensayen diversos tipos de pensamiento.

El estudiante aprende cuando recorre los pasos esenciales de la resolución de un problema; cuando él lo hace. Se ha demostrado la posibilidad de que los estudiantes adquieran la información al mismo tiempo que aprenden a resolver problemas.

Ciertos aprendizajes se logran por la incorporación de conocimientos y otros por la forma en que se aprende, y por dónde y con quién se aprende. En general, los objetivos más valorados, los que se identifican como "forma-

ción" (actitudes, compromiso, responsabilidad) se desarrollan por identificación con modelos sociales y por experiencia práctica. Se adquiere responsabilidad si se tienen oportunidades de trabajar en forma independiente; si se busca la información en lugar de aceptarla pasivamente; si se puede integrar un grupo de trabajo y compartir y confrontar información; si es posible interactuar tolerando las discrepancias.

Tradicionalmente se ha sostenido que en el nivel de educación superior la única condición necesaria para promover y orientar el aprendizaje de los alumnos, es decir, para enseñar, es el dominio de la asignatura. Por eso se afirma con frecuencia que los investigadores son los docentes por excelencia en la universidad. Hoy se reconoce que además del dominio de la asignatura y de la investigación científica en su especialidad, un profesor universitario debe investigar sobre la tarea docente, vale decir que debe conocer científicamente los procesos mentales y emocionales individuales y colectivos que involucra la situación de enseñanza-aprendizaje de la medicina.

Hasta el momento los profesores de las escuelas de medicina han tenido escasa conciencia respecto a la necesidad de formarse como educadores y de constituirse en investigadores sobre procesos educativos. Este es un campo específico que espera ser desarrollado. La evolución del conocimiento científico y la disponibilidad de tecnologías educacionales reclaman que la docencia universitaria supere el modelo artesanal-empírico en la formación de médicos. Las dificultades para transformar la enseñanza de la medicina, para incorporar tecnologías y recursos de instrucción disponibles se origina más en la incapacidad de superar este modelo artesanal que en la carencia de medios económicos para obtener dichos recursos. Los médicos, al igual que otros profesionales, cuando desarrollan tareas docentes en la universidad se limitan a reproducir sus propias experiencias. Con cierta frecuencia se escucha decir "cuando yo era estudiante..." como fundamentación cierta y válida para justificar una decisión.

La Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, como una estrategia de apoyo al cambio curricular, decidió ofrecer a sus profesores un Curso de Formación Docente Pedagógica que se está llevando a cabo en el presente año con 2.437 inscriptos. Dicho curso se programó y se desarrolla con una modalidad de Educación a Distancia, con el propósito de ofrecer a los docentes una experiencia de aprendizaje diferente de las convencionales en la Universidad de Buenos Aires. La propuesta mencionada exige una participación activa en grupos de trabajo y dedicación al estudio individual con materiales de lectura especialmente diseñados.

Este programa demanda que los participantes y el coordinador pedagógico asuman un rol diferente al tradicional de alumno y profesor. Esta circunstancia ha generado, en determinado porcentaje de los participantes, un alto grado de resistencia a abandonar el comportamiento tradicional de "asistir a clase y tomar apuntes". También se ha podido advertir que los planteos acerca de la necesidad de formarse científicamente como educadores universitarios provocan comportamientos de rechazo y agresión.

Estas reacciones tal vez podrían ser interpretadas como indicadores de la magnitud del esfuerzo necesario para producir una transformación cu-

ricular. Felizmente, esta experiencia también está demostrando que el cambio es posible ya que son muchos los docentes que participan de manera activa y elaboran trabajos que revelan la asimilación de nuevos conceptos y la transformación -acomodación- de su forma de pensar, es decir, de sus estructuras cognitivas.

En síntesis, el cambio curricular es un proceso de transformación de la institución y lo fundamental es la reconversión de los recursos humanos docentes. Se caracteriza la "práctica profesional" como una cultura, con sus normas y valores. Se debe exponer al estudiante a un medio coherente con los principios y valores expresados en los Objetivos de la Escuela. El cambio curricular es imposible si se pretende realizarlo disociado de los servicios de salud.

Hay que tomar resoluciones sobre qué enseñar, quién debe decidir y con base en qué criterios. Para realizar un cambio deben revisarse los principios sobre el proceso de aprendizaje que fundamentan las decisiones curriculares y redefinir la función de la Universidad.

Algunos objetivos educacionales se logran a través del cómo se aprenden las disciplinas en los cursos formales. Para el logro de objetivos de "formación" no hay cursos ni bibliografía sino práctica. Se deben aplicar estrategias tales como el autoaprendizaje, el estudio independiente y el trabajo en grupos.

Finalmente, para lograr una transformación del cuerpo docente de las Escuelas de Medicina, los profesores mismos deben participar activamente en una experiencia pedagógica que les permita experimentar estrategias docentes no convencionales y asumir su rol de educadores además del de profesionales y/o investigadores.

Referencias

- (1) Organización Panamericana de la Salud. Principios básicos para el desarrollo de la educación médica en América Latina y el Caribe. *Educ Med Salud* 10(2), 1976.
- (2) Organización de Cooperación y Desarrollo Económico. Centre for Educational Research and Innovations. Study of Education of the Health Professions in the context of Health Care Systems. París, OCDE-CERI, 1974.
- (3) Lobo, L. C. y Jouval, H. Ensino médico em ambulatorios. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* 29:343-347, 1974.
- (4) Organización Panamericana de la Salud. Enseñanza de la medicina preventiva y social en las escuelas de medicina de la América Latina. *Educ Med Salud* 9(2):211-223, 1975.
- (5) García, J. C. *La educación médica en América Latina*. Publicación Científica de la OPS 255. Washington, D.C., 1972.
- (6) Organización Mundial de la Salud. *Estrategias educativas para las profesiones de la salud*. Cuadernos de Salud Pública de la OMS 61. Ginebra, 1975.
- (7) Vidal, C. Medicina comunitaria: nuevo enfoque de la medicina. *Educ Med Salud* 9(1):11-46, 1975.
- (8) Organización Panamericana de la Salud. Requisitos mínimos para la creación de escuelas de medicina. *Educ Med Salud* 13(3): 259-287, 1979.
- (9) Ferreira, J. R. La necesidad de colaboración efectiva entre la educación médica y el servicio de salud. *Educ Med Salud* 15(2):154-168, 1981.
- (10) Federación Médico Gremial de la Provincia de Córdoba. Secretaría de Asuntos Universitarios. Consejo Asesor de Educación Médica de Córdoba. Reunión Nacional: El médico que la Argentina necesita. Vaquerías, Provincia de Córdoba, Argentina, mayo de 1986.
- (11) Puchi Ferrer, J. *Planeamiento y análisis del currículo médico*. Caracas, Universidad Central de Venezuela, 1980.
- (12) Saylor, J. y Alexander, W. *Planeamiento del currículo en la escuela moderna*. Buenos Aires, Troquel, 1970, pág. 16.

- (13) Doll, R. *El mejoramiento del currículum*. Buenos Aires, El Ateneo, 1970, pág. 17.
- (14) Andrade, J., Muñoz Lagos, S. y Arellano, V. Génesis y uso de los conceptos de política, estrategia y plan en la planificación de la educación superior o universitaria. *Educ Med Salud* 10(1):42-54, 1976.
- (15) Parson, T. *Estructura social y proceso dinámico. El caso de la práctica médica moderna en el sistema social*. Madrid, Revista de Occidente, 1966.
- (16) Sigerist, H. *Historia y sociología de la medicina*. Bogotá, Editora Guadalupe, 1974, págs. 19, 27, 28 y 31.
- (17) Ferreira, J. R. Formación de recursos humanos para la medicina del año 2000. *Educ Med Salud* 17(1):54-68, 1983.
- (18) Universidad de Buenos Aires, Plan de Estudios de la Carrera de Medicina. Resolución (C.S.) 138. Buenos Aires, 1986.
- (19) Ferreira, J. R. La necesidad de colaboración efectiva entre la educación médica y el servicio de salud. *Educ Med Salud* 15(2), 1981.
- (20) Organización Mundial de la Salud. *Función de las Universidades en las estrategias de Salud para Todos*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos 67. Ginebra, OPS/OMS, 1985.
- (21) Piaget, J. *Seis estudios de psicología*. Barcelona, Seix Barral, 1972.
- (22) Díaz Barriga, A. *Didáctica y currículum*. México, Nuevomar, 1987.
- (23) Bigge, M. *Teorías del aprendizaje para maestros*. México, Trillas, 1979, págs. 326-329.
- (24) Tyler, R. *Principios básicos del currículo*. Buenos Aires, Troquel, 1973, págs. 74-77.