

**Reorientación de la Educación Médica en la Universidad de Manizales, Adaptada a las  
Necesidades del Entorno**

ELSA VICTORIA ESTRADA MEJIA

KEYLER SARALITH DÍAZ RODRIGUEZ

LUIS MIGUEL DELGADO ARIAS

FABIO MAURICIO SANCHEZ CANO

JAIRO CRUZ

**Universidad de Manizales**

**Maestría en Educación Docencia**

**Manizales, Marzo de 2017**

**Reorientación de la Educación Médica en la Universidad de Manizales, Adaptada a las  
Necesidades del Entorno**

Integrantes

ELSA VICTORIA ESTRADA MEJIA

KEYLER SARALITH DÍAZ RODRIGUEZ

LUIS MIGUEL DELGADO ARIAS

FABIO MAURICIO SANCHEZ CANO

JAIRO CRUZ

Doctor JHON JAIRO BOTELLO JAIMES

Asesor

**Universidad de Manizales**

**Maestría en Educación Docencia**

**Manizales, Marzo de 2017**

## **Dedicatoria**

A nuestras familias que se desprendieron de nosotros para que tuviésemos el tiempo necesario para culminar este proyecto.

## **Agradecimientos**

Al Doctor Jhon Jairo Botello Jaimes por su compromiso incondicional y a todas aquellas personas que nos acompañaron en los grupos focales cuyos aportes fueron esenciales para este proyecto.

## Tabla de Contenido

	<b>Pag.</b>
Introducción	14
Capítulo I: Referente Conceptual Planteamiento del problema	18
Contexto Problemático	19
Globalización y economía neoliberal	19
Competencias y competitividad.	21
Situaciones emergentes.	23
Análisis Situacional de la Temática del Problema.	24
Pregunta de Investigación	31
Justificación.	31
Objetivo general.	35
Objetivos Específicos	35
Población Objeto de Estudio	36
Identificación de la población objeto de estudio.	36
Contexto de Referencia.	39
Ley 100 de 1993. Esta crea el Sistema General de la Seguridad Social Integral.	40
Ley General de Educación (Ley 115).	41
Plan de Acción Mundial para la Salud de Trabajadores (OMS, 2007).	43

Plan Decenal de Salud Pública, 2013.	43
Salud Ambiental	45
Metas para el abordaje diferencial en Salud.	51
Plan Nacional de desarrollo 2014 a 2018 ( Ley 1753 DE 2015).	53
El Acuerdo por lo Superior 2034. Propuesta de Política Pública para la excelencia de la educación superior en Colombia en el escenario de la paz. Consejo para la Educación Superior en Colombia (CESU).	54
Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Sistema General del Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia. Marco de referencia nacional y mundial.	55
Proyecto Tuning Europa y Tuning América Latina en lo relativo a la formación Medicina.	57
Académicos – las más importantes	60
Académicos – las menos importantes	60
Graduados – las más importantes	61
Graduados – las menos importantes	61
Estudiantes – las más importantes	61
Estudiantes – las menos importantes	62

Empleadores – las más importantes	62
Empleadores – las menos importantes	63
Necesidades emergentes.	63
<i>La formación del médico en Atención Primaria en Salud (APS.</i>	63
<i>Salud Mental.</i>	64
<i>Discapacidad</i>	67
Capítulo II: Referente Teórico	69
Reflexiones Históricas	69
Escenarios Contemporáneos	72
Proyecto Tuning Europa y América Latina.	72
<i>Escenario demográfico.</i>	72
<i>Escenario ambiental.</i>	72
<i>Escenario socio político y económico</i>	73
<i>Escenario tecnológico.</i>	73
<i>Escenarios de investigación y educación</i>	74
<i>Escenario de salud</i>	75

Universidad de Antioquia	77
Universidad del Rosario	80
Universidad de Buenos Aires.	81
<i>Escenario demográfico</i>	82
<i>Escenario socio político y económico</i>	83
<i>Escenario tecnológico</i>	83
<i>Escenario de investigación y educación</i>	84
<i>Escenario de salud</i>	84
Capítulo III: Referente Metodológico	88
Enfoque investigativo	88
Método	88
Técnicas	90
Técnica de los grupos focales	90
Medios o instrumentos	92
Procedimiento	93
Capítulo IV: Análisis Estructural de la Información	95
Categorías Empíricas	95
Perfil profesional	97
Perfil ocupacional.	99
Categorías Emergentes	103

Procesos educativos en medicina.	103
Aprendizaje.	105
Currículo.	107
Didáctica.	110
Enseñanza.	112
Formación médica.	114
Universidad.	117
Capacidades.	120
Conclusiones	133
Referencias Bibliográficas	135

## Lista de Gráficos

**pag.**

<i>Figura 1:</i> Categoría empírica 1	101
<i>Figura 2:</i> Categoría empírica 2	102
<i>Figura 3:</i> Categoría emergente. Procesos Educativos En Medicina	104
<i>Figura 4:</i> Categoría emergente. Aprendizaje	106
<i>Figura 5:</i> Categoría emergente. Currículo	109
<i>Figura 6:</i> Categoría emergente. Didáctica	111
<i>Figura 7:</i> Categoría emergente. Enseñanza	113
<i>Figura 8:</i> Categoría emergente. Formación Médica	116
<i>Figura 9:</i> Categoría emergente. Universidad	119
<i>Figura 10:</i> Categoría emergente. Capacidades	122

**Lista de Esquemas**

	<b>pag.</b>
<i>Esquema 1: Asociaciones Catoriales Interna</i>	124
<i>Esquema 2: Síntesis Conceptual integradora</i>	128

## Resumen

La presente investigación determinó las necesidades formativas del programa de medicina de la Universidad de Manizales, teniendo en cuenta el contexto, el entorno de formación y la futura vida profesional de los egresados, lo cual condujo a la elaboración del perfil profesional y ocupacional. Para tal efecto se realizó un estudio exploratorio, diagnóstico y descriptivo ( trayecto) bajo el enfoque empírico analítico, lo cual a partir de preguntas que fueran validadas con expertos y utilizadas en grupos focales en los cuales participaron directivos universitarios, docentes expertos, académicos, egresados, pacientes y empleadores del campo de la salud. Los datos y la información obtenida fueron analizados estructuralmente a través de la técnica cualitativa Atlas Ti, la cual permitió la obtención de categorías emergentes que fueran descritas a través de redes semánticas. Esta fue la base para la contrastación cualitativa categorial, empírica y emergente que llevó a la síntesis conceptual teórica de las necesidades formativas y de la descripción de los perfiles esperados.

**Palabras clave:** Perfil profesional y ocupacional, necesidades de formación en medicina, competencias en medicina

**Abstract.**

The present investigation determined the training needs of the medical program of the University of Manizales, taking into account the context, the training environment and the future professional life of the graduates, which led to the elaboration of the professional and occupational profile. For that purpose, an exploratory, diagnostic and descriptive study (path) was carried out under the empirical analytic approach, based on questions that were validated with experts and used in focus groups in which university directors, expert teachers, academics, graduates, Patients and employers in the field of health. The data and the information obtained were analyzed structurally through the qualitative Atlas Ti technique, which allowed the emergence of emergent categories that were described through semantic networks. This was the basis for the categorical, empirical and emergent qualitative contrast that led to the theoretical conceptual synthesis of the training needs and the description of the expected profiles.

**Key Word:** Professional and occupational profile, medical training needs, medical competencies

## Introducción

El análisis crítico y la transformación en la formación médica en Colombia, sigue siendo un asunto de primer orden en el Sistema Educativo Universitario. No es gratuito que esta profesión siga siendo considerada de un gran estatus y reconocimiento en los diferentes círculos académicos, profesionales y sociales. Así y todo, los procesos educativos y formativos de los médicos no pueden estar a espaldas de las realidades actuales, de los contextos contemporáneos y de las diferentes necesidades que han determinado las nuevas condiciones de orden legal, político, económico y cultural. En esta investigación se plantea, no sólo la necesidad de confrontar la formación médica con el contexto, sino de construir y de de-construir nuevas perspectivas reales y concretas que nos permitan conocer a ciencia cierta, quien es el médico que el país necesita.

En este orden de ideas, existen diversos mecanismos que nos pueden aproximar o poner en contacto directo, no sólo con las necesidades formativas, sino con aquellos desempeños profesionales que atiendan de manera concreta y real lo que la salud necesita en el momento actual y en los próximos años. Aparece aquí entonces un elemento sustancial, al cual no sólo se debe enfrentar la formación médica, sino todos los profesionales y las profesiones de nuestro país, se trata de la obsolescencia<sup>1</sup> profesional. En este caso, no es necesario hacer búsquedas detalladas y realizar grandes procesos investigativos para reconocer que las profesiones caen con

---

<sup>1</sup> Obsolescencia: es la cualidad de obsoleto de un objeto, la cual surgirá a partir no de su mal funcionamiento sino porque su utilidad se ha vuelto insuficiente o superada por otro objeto que de alguna manera lo reemplaza...  
<http://www.definicionabc.com/general/obsolescencia.php>

gran facilidad en lo obsolescencia, en virtud de las transformaciones que vienen ocurriendo a partir de la globalización, la economía neoliberal y la economía de mercado, a la cual estamos sometidos en este momento. La formación médica y el ejercicio de la profesión médica no escapan a las circunstancias que el mundo está planteando.

También vale la pena profundizar sobre la relación que se establece o se podría establecer entre la educación médica, los procesos formativos en medicina y las necesidades del contexto. No quiere decir que una vez determinadas las necesidades reales en la formación, estas vayan a operar de manera contundente transformando con ello el ejercicio de la profesión. Lo que nos está anunciando lo dicho con anterioridad, es que existe convicción en que las necesidades del contexto son unas, los procesos formativos son otros y el ejercicio de la profesión médica termina siendo otro bien diferente. Para realizar un acercamiento que permita subsanar esta contradicción, se ha propuesto que los perfiles ocupacionales y profesionales, permitan determinar con claridad que es lo que se busca en los procesos formativos e igualmente que es lo que se quiere obtener en el desempeño y en la actuación del ejercicio médico. No olvidar que en medio de las tres tensiones mencionadas con anterioridad, existe otro elemento que vale la pena analizarlo con cuidado y por qué no a profundidad, se trata del curriculum en medicina.

De lo anterior también se deduce otro elemento que entra en juego y que supedita, no sólo los procesos educativos, sino la efectividad en la formación de los médicos. Se trata de la praxis pedagógica y de los procesos educativos dentro y fuera del aula. Como se trata de una praxis estamos haciendo mención a una relación estrecha e inseparable entre la teoría y la práctica. En este sentido, es tradición en los procesos educativos en la formación médica que primero vaya la teoría y luego la práctica y que a partir de lo anterior, primero vaya la práctica y esta sea soportada con la teoría. Con esto nos damos cuenta también de algo que es frecuente en la praxis

pedagógica médica cotidiana, y es que en todo actuar médico exista un soporte científico y teórico de ello. Con lo cual, siempre se ha defendido la idea que todo estudiante de medicina y todo profesional médico, debe tener o debe permanecer en permanente actualización so pena de caer en prácticas médicas de obsolescencia.

En la presente investigación la relación categorial y su permanente tensión entre educación médica, formación, praxis pedagógica y curriculum, se resolvió a través de la definición de los perfiles ocupacionales y profesionales de los futuros médicos. Esta solución es un acercamiento a una manera concreta de hacer las cosas y a su vez, es la determinación de un norte claro y preciso, el cual debe generar y derivar prácticas de organización curricular y de carácter pedagógico que muestren que lo que se necesita en la formación de los futuros profesionales de la medicina, es un cambio que demuestre que si existen necesidades que resolver en la formación de los futuros médicos de nuestro país. Para nuestro caso, hacemos referencia a los futuros egresados médicos de la Universidad de Manizales, lo cual nos da a entender que de manera real, existe una institución comprometida con el vínculo necesario con las realidades y el contexto, local, regional y nacional.

Finalmente, vale la pena decir que la presente investigación, nace de las dificultades que se vienen presentando en los diferentes programas profesionales de formación médica, relacionados concretamente con la duración y la perspectiva de formación general. Sigue siendo de primer orden, en las diferentes investigaciones el papel que debe cumplir en médico general como aquel profesional integral que debe atender e intervenir los procesos de salud y enfermedad, desde la perspectiva de los cuidados paliativos, promoción, prevención, atención y rehabilitación. De lo anteriormente planteado, da cuenta la insistencia en las competencias específicas planteadas por Tuning Europa y Tuning América Latina. Estas perspectivas nos han puesto a pensar en que la

situación actual del mundo y de las regiones en concreto, han originado nuevas enfermedades y por ende nuevos modos de intervención.

Bajo esta perspectiva, se reconocen trabajos que buscan conectar la realidad con la formación y las organizaciones curriculares universitarias. Se puede notar esto en los trabajos realizados en la Universidad de Antioquia, en la cual se procura una tendencia integracionista de corte humanista y una dinámica curricular de carácter flexible que permita superar la educación vertical. Esto está ratificado por la Sociedad Médica Española, la cual entre el periodo de 1990 y 2004, pudo detectar los problemas en la enseñanza en sus escuelas de medicina, lo cual no dista de la perspectiva formativa en nuestro país. En este mismo sentido, la Reforma Curricular de la Universidad de Chile, que fuera centrada en la determinación de las competencias y nuevas capacidades, pudo generar una perspectiva acorde con aprendizajes para la vida y lo mismo que aprendizajes significativos que representarán la solución de problemas y el valor agregado en desempeños efectivos en los futuros médicos. La Universidad de Buenos Aires, centro sus esfuerzos en su programa de medicina, definiendo la necesidad de un cambio sociocultural en la formación, al igual que en las prácticas científicas, coherentes con las prácticas educativas curriculares, lo cual representa la idea convencional de la científicidad en la formación de los futuros médicos.

En conclusión, la presente investigación pretende determinar las necesidades en formación médica en contexto, dando cuenta de las tendencias contemporáneas en formación y de las particularidades propias de la Universidad de Manizales. En este orden de ideas, la escuela de medicina, ha reflexionado sobre el quehacer formativo, al igual que en el quehacer profesional en medicina, con la preocupación de generar prácticas curriculares y pedagógicas coherentes y flexibles con las necesidades cambiantes del mundo contemporáneo.

## Capítulo I: Referente Conceptual

### Planteamiento del problema.

Existe una aparente desconexión entre la formación médica y el contexto en el cual el profesional de la medicina se desempeña. Si este planteamiento es correcto, debemos decir que la desconexión entre ambos escenarios afecta y problematiza, no sólo asuntos relacionados con el ejercicio profesional, sino con la atención en salud que se le brinda a la población, con lo cual nos damos cuenta que el problema es real y que los niveles de afectación y problematización rebasan, no sólo las posibilidades de formación, sino de desempeño. No es secreto para todos que la Ley 100<sup>2</sup> generó un impacto profundo en las relaciones existentes entre la formación médica, el desempeño profesional y la efectividad requerida en atención de la salud a la población colombiana. De otro lado, las expectativas de carácter académico, científico, social y económico, se transformaron notablemente en los médicos de nuestro país.

En esta investigación el foco de atención no es la Ley 100 del año 1993, sino la problematización generada por la desconexión que existe entre el contexto real de la sociedad y de las comunidades y la formación médica. Dicha problematización genera dificultades de

---

<sup>2</sup> Ley 100: La Ley 100 de 1993 crea el Sistema General de la Seguridad Social Integral, que tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y de la comunidad para obtener la calidad de vida, acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que le afecten. Este sistema está formado por el conjunto de las entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, y por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios. El aspecto sustancial de este Sistema General de Seguridad Social Integral consiste en la eliminación del monopolio del Estado en la prestación de los servicios de la Seguridad Social, y el establecimiento de un sistema competitivo, que permita una mayor equidad, eficiencia y calidad, dando participación al sector privado. Ello implica que cada ciudadano puede elegir voluntariamente la entidad que le preste la atención médica o la que gestione sus aportes para pensiones. <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-424575>

diferente orden, las cuales se visualizan de otras maneras dejando como claro que no hay una utilidad pertinente y efectiva en la prestación de los servicios de salud. La problematización genera múltiples dificultades alternas que no son otra cosa que, la desconexión entre el mundo real y los procesos formativos, de allí que se vean implicadas acciones curriculares, planes formativos, transformación en los procesos académicos y ante todo, la generación o constitución de un camino de conexión directa entre la vida universitaria formativa de los futuros médicos y el contexto real de actuación que esto implica.

### **Contexto Problemático**

En el momento actual, los escenarios de desarrollo de diferente orden se han visto afectados notablemente por múltiples circunstancias que han llevado a que las relaciones sociales, los procesos económicos, las dinámicas productivas, la vida en sociedad y las expresiones culturales se vean notablemente modificadas. Es claro que cuando la dinámica del mundo económico se modifica, el resto de escenarios se ven afectados directa o indirectamente. Lo importante en este caso, es que los seres humanos, quienes somos los que generamos dichas afectaciones somos los que finalmente terminamos afectados. En este sentido, vienen ocurriendo en el mundo y en nuestro país cambios importantes, los cuales son objeto de problematización. Veamos algunos de ellos:

#### **Globalización y economía neoliberal**

La actual globalización es el fenómeno mediante el cual, las diferentes naciones del mundo se han interpenetrado en sus mercados, sociedades y economías, generando una masiva

movilización en sus comercios y en sus productos manufactureros y culturales. Es un fenómeno transnacional de profundas implicaciones en la estructura económica de las naciones, en el cual se pone por encima de los intereses particulares, intereses mundiales, especialmente de aquellas empresas multinacionales. Este fenómeno ha generado una excesiva competitividad entre los pueblos y las empresas, mostrando con ello, la ley del más fuerte. A decir de Soros (2002).++

La globalización, tal y como está definida aquí, es un fenómeno relativamente reciente muy diferente de lo que podía ser este fenómeno hace 50 o incluso 25 años. Al final de la Segunda Guerra Mundial la mayoría de los países controlaba de manera estricta las transacciones internacionales de capitales. Las instituciones de Bretton Woods, el Fondo Monetario Internacional (F.M.I) y el Banco Mundial, fueron diseñadas para facilitar el comercio y la inversión internacional en un momento en el que la fluidez de capitales privados estaba muy restringida. Gradualmente fue suprimiéndose el control sobre los movimientos de capital y, bajo el ímpetu de las crisis del petróleo de 1973, los mercados financieros en el exterior se expandieron rápidamente. Una década más tarde, bajo los mandatos de Ronald Reagan y Margaret Thatcher, se aceleraron los movimientos internacionales de capitales, pero no fue hasta principios de la década de 1990, después del derrumbamiento del imperio soviético, que los mercados financieros se hicieron realmente globales. (p.20).

En este orden de ideas, la globalización se ha convertido en una época tenebrosa determinada esencialmente por factores de orden capitalista, en los cuales ha primado la apertura de fronteras, la economía de mercado, la libre inversión, la nacionalización de los estados, el libre flujo de capital y los grandes éxodos humanos, hacia aquellos lugares donde los grandes capitales se han podido concentrar. Si bien es cierto, la globalización trajo consigo el fenómeno económico neoliberal, este a su vez generó unas nuevas dinámicas humanas y sociales que han afectado sustancialmente nuestras formas de vivir. En este orden de ideas, también cambiaron

nuestro estilo de vida, nuestros hábitos, las costumbres y por ende nuestra salud. De aquí nos podríamos atrever a decir que la globalización y la economía neoliberal<sup>3</sup>, trajo consigo nuevas enfermedades.

### **Competencias y competitividad.**

Si bien es cierto la globalización nos puso a vivir diferente y por ende a generar nuevas alternativas de producción, esto nos ha llevado a que las expectativas de vida se hayan modificado. Es así como, los sistemas productivos se han transformado en mecanismos notablemente competitivos, de esto se deduce que el ser humano se vio abocado a transformar nuevas capacidades en nuevos desempeños. La actuación humana se convirtió en una manera efectiva de hacer las cosas, donde la economía del tiempo y el espacio se ha visto amenazada por la efectividad en la productividad; esto no dice también que con menos hay que hacer más. Para hacer referencia a competitividad y competencias, valdría la pena tener presente que el papel económico de los estados, se ha transformado notablemente. “La globalización – esto es, la mayor integración entre los países del mundo como consecuencia de la reducción en los costos de transportes y comunicaciones, por un lado, y de la supresión de las barreras artificiales por otro , que tan recientemente se había saludado como el comienzo de un mundo nuevo, también parecía verse con malos ojos” (Stiglitz, 2003, p. 12). Con lo cual nos damos cuenta que la competitividad está de lado de los principios Lamarckianos y Darwinianos, donde la ley del más fuerte, la selección natural y la adaptación son el común denominador. Esto lo podemos asimilar a la idea que es competitivo aquel que logre sobrevivir en condiciones tenebrosas y amenazantes:

---

<sup>3</sup> Economía Neoliberal: El neoliberalismo es una forma de liberalismo económico que considera a la economía de mercado como el bien máspreciado. El interés de la economía libre de mercado es el de regular con el poder del mercado y la competencia, ante todo a los monopolios. El derecho a la competencia es esencial para el funcionamiento de la economía de mercado. <http://www.lateinamerika-studien.at/content/wirtschaft/ipoesp/ipoesp-1503.html>

sálvese quien pueda. Mientras que el concepto competencia está referido al despliegue óptimo y efectivo de las capacidades humanas. En este orden de ideas, una competencia es la capacidad o el conjunto de capacidades que despliegan los seres humanos para poderse adaptar, sobrevivir, competir y saber hacer algo importante con lo que tiene.

Si asociamos la globalización y la economía neoliberal a la competitividad y las competencias humanas, nos damos cuenta que la economía y la transformación de los estados, han llevado a los seres humanos a ser más competitivos y a desplegar otras capacidades que los hagan más competentes. Si las condiciones humanas al igual que los sistemas productivos se han modificado, los seres humanos han tenido que ponerse el límite de su capacidad de adaptación y de transformación generando con ello, nuevas formas de vida. En conclusión, la vida de muchos seres humanos se ha visto notablemente afectada y por consiguiente menguada.

Finalmente se debe tener en cuenta, como ya se ha insistido, que el mundo cambio y las condiciones de vida también lo hicieron. Lo que resta por afectarse de manera directa y coherente, son los sistemas educativos encargados de responder de forma coherente a las amenazas que va brindado o generando el mundo actual. Los estados, las naciones y los gobiernos, han constituido sus sistemas educativos en baluarte de transformación humana, que le propicie los mecanismos de adaptación y de transformación con miras a dar respuestas a lo que se ha venido demandando, que ya está transformado, o que es necesario modificar. No escapa a la vista de todos que el sistema educativo colombiano, a todo nivel, se ha visto amenazado por las nuevas condiciones de la economía multinacional, una nueva idea de progreso y la constitución de una sociedad abierta.

### **Situaciones emergentes.**

Toda época trae su afán. Resulta problemática que cada época plantee nuevas condiciones de vida a todos los habitantes de la sociedad, a las cuales los sistemas educativos deben responder de manera efectiva. En nuestro caso, las condiciones han cambiado sustancialmente por lo que hemos venido pensando que debemos diseñar, planear y ejecutar cambios estructurales en los procesos formativos y por ende en las estructuras curriculares profesionales. Existe, como ya se mencionó, una fuerte preocupación en los nuevos paradigmas de formación médica, dadas las demandas, como se señaló con anterioridad de la globalización y de la economía de mercado, las cuales se han convertido en situaciones emergentes, producto de los diferentes acontecimientos que estos han generado.

Una vez que el capitalismo centro su atención en la sociedad de consumo y puso a este como el centro de gravedad de su valor económico, no sólo se empezó a consumir productos de primera necesidad y suntuarios, sino que se aumentaron los niveles, promedios y cantidades de alimentos que no eran necesarios. Esto tuvo un efecto notable en el estado de salud de los habitantes, de allí que estamos viviendo un momento histórico sin precedentes en las enfermedades propias y agregadas a los hábitos alimenticios. De otro lado, emergieron nuevas dinámicas humanas determinadas por la trashumancia a nivel mundial, a lo cual no escapa nuestra región, lo que trajo con ello la presencia de nuevas enfermedades. A esto se agrega el efecto generado por las diferentes guerras en el mundo y la muestra con más de 50 años, lo cual ha generado desplazamientos de grandes comunidades a los centros urbanos, propiciando con ello, nuevas condiciones en el hábitat y en los habitantes. Situaciones ante las cuales se deben generar nuevas condiciones de vida y por consiguiente de la salud.

También es problemático desde el punto de vista emergente, las nuevas consciencias que existen hoy, dadas las condiciones informativas y comunicativas propias de las redes sociales y de los medios virtuales emergentes que nos han puesto en la visibilidad y ante todo, en la corresponsabilidad que tenemos todos los ciudadanos para con la diversidad y las necesidades de inclusión de todos los seres humanos. Este es un contexto problemático ante el cual, todos debemos responder generando nuevas condiciones formativas y nuevas oportunidades para el desempeño profesional y ocupacional en la medicina.

### **Análisis Situacional de la Temática del Problema.**

La temática en cuestión, está centrada fundamentalmente en la formación médica. En este sentido, compromete de manera directa los procesos educativos, las estructuras curriculares y el quehacer docente en las escuelas de medicina de la Latinoamérica, nuestro contexto amplio y de Colombia, nuestro contexto nacional, al igual que lo que sucede en las escuelas de medicina de nuestra región. Ninguno de los escenarios escapa a la reflexión de la temática en cuestión. Es así como tanto en Latinoamérica como en nuestro país la discusión sobre la temática, sigue siendo de primer orden. En este orden de ideas (Hanne, 2013) expresa:

El médico general egresado de las universidades de Latinoamérica es un profesional integral con formación científica, ética y humanística. Entiende el proceso salud-enfermedad desde los determinantes de salud y ejecuta acciones de promoción, prevención, atención, rehabilitación y cuidado paliativo a individuos y comunidades en los niveles y en los ámbitos que requiera el país, en concordancia con el perfil epidemiológico y la evidencia científica disponible. Participa efectivamente en el sistema de salud y la sociedad en la búsqueda de la calidad de la atención. (pg.5).

Como se puede observar, la distancia entre los ideales y las acciones concretas en materia de formación, no distan. Es así como se insiste en el pensamiento de Hanne 2013 que:

La carrera de Medicina dura, en la mayoría de los países, 6-7 años; 5 en algunas Facultades de Panamá y 8 en El Salvador, Honduras y Uruguay, y en ciertos países se requiere el Servicio Social Obligatorio (generalmente de 1 año de duración) para la titulación, y en otros para el ejercicio profesional como médico general o para el acceso al posgrado. (p. 2, 3).

De manera concreta, en el Proyecto Tuning Europa y luego Tuning América Latina, se han podido visibilizar, no sólo las características de nuestra región Latinoamericana, sino un lenguaje común y unas expectativas concretas en materia formativa. Debemos observar que las competencias específicas acordadas en el proyecto Tuning Medicina fueron las siguientes:

- ❖ Lleva a cabo la práctica clínica.
- ❖ Provee atención médica de urgencia.
- ❖ Se comunica en su ejercicio profesional.
- ❖ Usa la evidencia en la práctica clínica.
- ❖ Usa la información y sus tecnologías efectivamente en un contexto médico.
- ❖ Aplica los principios éticos y legales en la práctica de la medicina.
- ❖ Trabaja efectivamente en los sistemas de salud.
- ❖ Entiende el proceso salud-enfermedad desde los determinantes de salud.

También se observa la existencia de un metaperfil reformulado que se acordó en el

Proyecto Tuning Medicina (2013) el cual es el siguiente:

“El médico general egresado de las universidades de Latinoamérica es un profesional integral con formación científica, ética y humanística. Entiende el proceso salud-enfermedad desde los determinantes de salud y ejecuta acciones de promoción, prevención, atención, rehabilitación y cuidado paliativo a individuos y comunidades en los niveles y en los ámbitos que requiera el país; en concordancia con el perfil epidemiológico y la evidencia científica disponible. Participa efectivamente en el sistema de salud y la sociedad en la búsqueda de la calidad de la atención.”  
(p. 21)

Lo anteriormente dicho, está expresando el espíritu integrador e integrativo de la formación, al igual que la necesidad de mantener una perspectiva ética y humanista en el desempeño del profesional de la medicina. Sin temor a equivocarnos, podemos decir que en Colombia, esta idea igualmente se mantiene, pese a las exigencias propias del mercado, de las lecturas que se hacen de la Ley 110 de 1993 y de la deformación que se ha venido presentando en la concepción de la profesión, de algunos médicos y especialistas.

El referente más importante que tenemos en Colombia con respecto a la reflexión, el análisis crítico y la fuerza común que ha procurado trazar políticas y vigilar que las escuelas de medicina estén acordes con nuestras necesidades, ha sido la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME). Desde allí, por más de 40 años, se ha insistido en que la base para un buen desempeño de la profesión médica está en una buena formación profesional en las escuelas de medicina. Es así como en el tiempo presente, la insistencia está centrada en los nuevos desempeños y capacidades: “Es por lo tanto claro que el tema de la capacidad resolutive de los médicos se debe abordar tanto desde la formación como desde el campo laboral. (p.7). De esta

misma forma, se insiste en que la formación debe estar acorde con:

“Los procesos de formación son permanente revisados no así los modelos de atención en salud.

Las Escuelas tienen el deber de transformar el currículo acorde con las necesidades del entorno por competencias y evaluación. Esta formación, sin embargo se ve influenciado por los modelos de docencia servicio, en los cuales los docentes, en muchas situaciones, resultan circunstanciales (accidentales?) por tener un contrato de servicios con una institución que recibe estudiantes.

(ASCOFAME, 2016, p.8)

Producto de la reflexión, como se ha venido presentado, para la Asociación, es importante que existan algunos acuerdos mínimos que puedan ser tomados en cuenta como los referentes para la construcción de estrategias educativas formativas y la definición de la estructura y la dinámica de los currículos para la formación médica en Colombia. En este orden de ideas, se han plantado, las siguientes competencias esenciales comunes:

1. Mantener una relación adecuada con el paciente, la familia y la comunidad, así como con los demás miembros del equipo de salud bajo estrictos criterios éticos, humanísticos y de profesionalismo.
2. Promover condiciones de salud adecuadas a la población, el individuo y la familia, en términos de calidad, oportunidad, eficacia
3. Propiciar acciones que permitan prevenir la aparición de alteraciones de salud prevalentes en nuestro medio.
4. Establecer diagnósticos sobre condiciones de salud prevalentes; y sospecha diagnóstica de las menos frecuentes, de situaciones que amenacen la vida o que requieran manejo en un nivel de atención de mayor complejidad

5. Brindar tratamiento adecuado a condiciones de salud prevalentes no complicadas y tratamiento inicial y estabilización a situaciones agudas y crónicas complicadas, y remitir a las redes de atención del sistema.
6. Tratar al paciente crónico no complicado.
7. Procurar condiciones de rehabilitación física, mental y social de los pacientes en su nivel de atención.
8. Conocer y trabajar en función de los aportes interdisciplinarios en cooperación con los demás miembros del equipo de salud con los más altos estándares de profesionalismo.
9. Administrar de manera idónea los recursos que le sean encomendados y los propios del sistema sanitario teniendo en cuenta siempre el beneficio del paciente.
10. Participar en el mejoramiento continuo de la atención del sistema sanitario y procurar la calidad, oportunidad, eficacia y eficiencia en la administración del mismo.
11. Conocer y respetar los aspectos médico legales que rigen su práctica
12. profesional.

Para que los ideales se puedan convertir en asuntos reales, en materia de formación, en nuestra cultura educativa se acude a los procesos educativos y más concretamente a las organizaciones curriculares. Razón por la cual, en esta investigación, los ideales, no sólo están centrados en las necesidades de formación médica en contexto, sino también en establecer una conexión entre la formación y el contexto; lo cual se deberá ver reflejado en la capacitación de los docentes y en la transformación curricular.

Villegas y otros reportan el proceso de renovación curricular llevado a cabo en el Programa de Medicina de la Universidad de Antioquia entre los años 2000 y 2005, cuyo propósito hace énfasis en evolucionar de “una concepción tradicional y tecnológica del currículo a una tendencia

integracionista, centrada en el estudiante, flexible, enfocada en los procesos cognitivos y en lograr la formación de un médico capaz de darles respuesta a las necesidades sociales locales y globales” A partir de este propósito, avanzan en proponer e implementar estrategias como el aprendizaje basado en problemas y otras alternativas pedagógicas coherentes con la propuesta curricular, lo cual demanda profundas transformaciones en el quehacer profesoral. Los autores fundamentan la transformación de las prácticas pedagógicas desde la concepción histórica de los profesores del programa, caracterizada por que el maestro era aquel protagonista “que transmitía conocimientos en forma paternalista a los alumnos que los asimilaban pasivamente”. A partir del constructivismo cimientan una nueva perspectiva del proceso de enseñanza-aprendizaje, en el cual el estudiante se dimensiona como un actor protagonista. (p. 7).

En este sentido, la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM), la Asociación Catalana d’Educació Mèdica (ACEM), la Sociedad de Educación Médica de Euskadi (SEMDE) y la Sociedad Aragonesa de Educación Médica (SADEM) reportan que después de hacer un análisis del período 1990-2004, se mantiene una serie de problemas en la enseñanza de sus escuelas, que se sintetizan en doce puntos. Entre los puntos que se relacionan directamente con las prácticas pedagógicas están: la subvaloración docente, la impartición de excesivos e irrelevantes contenidos, la orientación de la enseñanza a dar información (centrada en el profesor y no dirigida al hábito del aprendizaje autónomo); las prácticas pedagógicas son poco activas y se sustentan en la clase magistral, la evaluación está centrada en la valoración de contenidos y existe carencia de recurso humano cualificado así como de materiales para introducir cambios reales. Los autores asumen que el currículum contiene “las estrategias pedagógicas utilizadas por los profesores, los contenidos y los objetivos de aprendizaje, las experiencias educativas, el contexto educativo, la evaluación, los estilos y ritmos de aprendizaje, la programación de tareas y el programa y resultados del aprendizaje”. Por todo lo anterior, con relación a este proyecto de

investigación, se puede afirmar que los procesos de renovación curricular en programas de formación profesional en Ciencias de la Salud impactan las prácticas pedagógicas de los profesores; además, factores como los descritos posibilitan o inviabilizan la apropiación de los principios del proceso en cuanto a las prácticas de los maestros. (Daza, 2010, p77).

De igual forma, Herskovic hace referencia a la Reforma Curricular de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, cuyo currículo actual se fundamenta en metodologías encaminadas a desarrollar competencias, nuevas capacidades y procesos de autoevaluación permanente con el propósito de que los estudiantes desarrollen habilidades para aprender de por vida. Esto significó cambios físicos en la Facultad, como la implementación de una nueva biblioteca, la modernización y dotación de laboratorios, el mejoramiento y la modernización de auditorios. En general, los autores coinciden en que las propuestas de los cambios curriculares no plantean problemas sino retos y desafíos pedagógicos, que ahora se fundamentan en el aprendizaje significativo, lo que exige de los maestros un compromiso para transformar su actividad profesoral y el desarrollo de habilidades para proponer efectivamente el uso de tecnologías informáticas de la comunicación. La Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, una vez finalizó su proceso de actualización curricular, concluye que un cambio estructural conlleva una transformación sociocultural muy profunda y, por ende, la innovación en las prácticas pedagógicas de los profesores. Las prácticas educativas deben tener un espíritu científico coherente con el enfoque curricular, de tal forma que promueva la discusión, la argumentación y la proposición; por ello, la evaluación se constituye en un proceso que da cuenta de la transformación de las prácticas educativas de los profesores. (Daza 2010, p. 82).

## **Pregunta de Investigación**

¿Qué capacidades, se deben enseñar al médico egresado durante su formación médica, para que atiendan las nuevas condiciones (necesidades) actuales del contexto económico, social, cultural e institucional de la salud en nuestra región y que a su vez permita la formulación de un perfil profesional y ocupacional?

Para resolver esta interrogante se realizó un estudio exploratorio. En la escuela de medicina no se ha realizado un estudio o no se ha investigado a fondo: La información que se tiene en el momento es de formación médica en general y no en nuestro medio. Se requiere identificar variables que permitan realizar propuestas que permitirán hacer investigaciones posteriores – como el Plan Medicina 2030. Para que esto nos conduzca a una reflexión curricular del programa de medicina de la Universidad de Manizales, contrastando las diferentes teorías con los diferentes actores del sistema de salud colombiano y si es necesario orientar los lineamientos que permitan la transformación curricular planteando un modelo acorde a las necesidades contextualizadas, no sólo locales, sino nacionales y Latinoamericanas.

## **Justificación.**

En esta investigación que pretende establecer una conexión directa entre la formación médica y las demandas del contexto en tiempo real y presente, procura afectar de manera directa los mecanismos que las instituciones de educación superior han establecido con miras a la planificación de los procesos educativos, de la organización curricular y de la praxis pedagógica universitaria. El debate sobre las nuevas profesiones no se ha dejado esperar y muestra de ello, ha sido el proyecto Tuning Europa, América Latina, Asia, África y Norte América, mediante el cual las organizaciones universitarias han sido fuertemente presionadas para una transformación

de un viejo orden curricular y educativo, hacia un nuevo orden más efectivo, en función de su competitividad y nuevas competencias. “Unas pocas almas vigorosas de la sociedad se liberan tranquilamente de ese cómodo pero decadente viejo orden. Pero para la mayoría, se trata de una perspectiva inquietante y alarmante – al menos hasta que nuestros ojos se abran a las nuevas posibilidades que remplazan a las viejas verdades”(King y Robinson, 2004, p.7).

En Tuning América Latina (2007) se plantea: En una sociedad cambiante, donde las demandas tienden a hallarse en constante reformulación, esas competencias y destrezas genéricas son de gran importancia. La elección de una enseñanza basada en el concepto de competencia, como punto de referencia dinámico y perfectible, puede aportar muchas ventajas a la educación”. (p.37). De ello se concluye, que el trabajo que busca conectar la formación médica con el contexto permitirá saldar, al menos en este momento histórico, la distancia que existe entre estas dos grandes variables. El aporte en la conexión, según Tuning América Latina, nos permite focalizarnos en los siguientes puntos, los cuales justifican la presencia de este proyecto de investigación:

- a. Identificar perfiles profesionales y académicos de las titulaciones y programas de estudio como es el caso de nuestra escuela de medicina.
- b. Desarrollar un nuevo paradigma de educación, primordialmente centrada en el estudiante y en la necesidad de encauzarse hacia la gestión del conocimiento.
- c. Responder a las demandas crecientes de una sociedad de aprendizaje permanente y de una mayor flexibilidad en la organización del aprendizaje.
- d. Contribuir a la búsqueda de mayores niveles de empleabilidad y ciudadanía
- e. Propiciar un impulso para la construcción y consolidación del espacio América Latina, el Caribe y la Unión Europea en la Educación Superior.

- f. Tomar en consideración los acuerdos firmados en la última conferencia Iberoamericana de Educación
- g. Estimular acuerdos para la definición de un lenguaje común, que facilite el intercambio y el diálogo entre los diferentes grupos interesados.

Lo anterior, nos lleva a pensar que el enfoque de las competencias, centrado en las capacidades y en el estudiante y no tanto en el docente, nos permitirá mejores posibilidades para la utilización y transformación del conocimiento en saberes. “La tendencia hacia una sociedad del aprendizaje ha sido aceptada ampliamente y se halla consolidada desde hace algún tiempo. Algunos elementos que definen este cambio de paradigma son una educación centrada en el estudiante, el cambiante papel del educador, una nueva definición de objetivos, el cambio en el enfoque de las actividades educativas y en la organización y los resultados del aprendizaje”·  
Tuning América latina, 2007, p.40.

Debemos reconocer que los cambios suscitados en la Unión Europea, en la Organización Mundial del Comercio, en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en el Banco Interamericano de Desarrollo y en el Banco Mundial, nos han puesto a pensar distinto el quehacer profesional y las profesiones, a lo cual, no escapa la profesión médica. “Las actuales tendencias en la educación superior mundial, y en especial la Declaración de Bolonia<sup>4</sup> (1999), estimulan al cambio y la innovación, promoviéndose una formación basada

---

<sup>4</sup> Declaración de Bolonia: La declaración realizada el 25 de mayo de 1998 en la Sorbona, hacía hincapié en el papel central de las Universidades en el desarrollo de las dimensiones culturales Europeas. En ella se resaltaba la creación del Área Europea de Educación Superior como vía clave para promocionar la movilidad de los ciudadanos y la capacidad de obtención de empleo y el desarrollo general del Continente.  
[http://uvsalud.univalle.edu.co/pdf/plan\\_desarrollo/declaracion\\_educacion\\_superior\\_sorbona.pdf](http://uvsalud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/declaracion_educacion_superior_sorbona.pdf)

en competencias (genéricas y específicas), centrada en el estudiante, con una integración de las ciencias básicas y la clínica y con una mayor incorporación de competencias del área de las humanidades. (Hanne, 2013, p. 20). En este orden de ideas, debemos insistir en que la formación médica se ha visto profundamente afectada por los cambios en los diferentes escenarios multilaterales. Es así como: En la actualidad el cambio de paradigma hacia un enfoque integral en salud ha obligado a construir un perfil de un médico que no sólo se ocupe de cuidar la enfermedad (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos) sino, sobre todo, de prevenir su aparición y de promover estilos individuales y colectivos de vida saludable, dentro de un contexto ético del ejercicio profesional”.

La relevancia social es fundamental para el diseño de los perfiles. Sin lugar a dudas, el análisis de la relación entre la universidad y la sociedad está en el centro del tema de la pertinencia de la educación superior. Tuning tiene como objetivo identificar y atender las necesidades del sector productivo, de la economía, de la sociedad en su conjunto, y de las necesidades de cada alumno dentro de un área particular de estudio, mediada por los contextos sociales y culturales específicos. Sin embargo, las respuestas de las instituciones de educación superior, no han sido lo suficientemente efectivas, como para plantear que la necesidad y los escenarios problémicos han sido intervenidos. No cabe duda que el diagnóstico y la determinación de las necesidades formativas de los médicos en Colombia en atención a las condiciones reales del contexto, son definitivas para la modificación de las estructuras curriculares, los escenarios formativos y las prácticas educativas. Los perfiles profesionales y ocupacionales de los médicos deben estar focalizados precisamente en lo que el pacto de Bolonia y el proyecto Tuning América Latina han planteado como una necesidad ineludible y de

---

inmediata intervención. Esta es una necesidad real, pertinente, útil, factible y coherente que permite justificar la presencia de este proyecto de investigación.

Insistir en el contexto, no es otra cosa que atender las necesidades y demandas del mundo real y concreto. El ejercicio profesional del médico, se encuentra afectado directamente por dichas demandas y es así como en tiempo real, el contexto le exige a este profesional, algunos desempeños actualizados a las condiciones y a situaciones o circunstancias para las cuales debe estar preparado. Esto ratifica que el contexto es cambiante y que los escenarios en los cuales los profesionales de esta área se desempeñan, también lo son. El contexto es diverso, complejo, cambiante, dinámico y dialéctico; y esto es precisamente lo que se espera, no solo de los desempeños médicos, sino de los procesos formativos que se imparten en los diferentes programas profesionales de la medicina.

### **Objetivo general.**

Determinar las necesidades en formación médica, con miras a la formulación de un perfil profesional y ocupacional del médico egresado de la Universidad de Manizales, en el contexto de la formación actual.

### **Objetivos específicos:**

- ❖ Determinar los diferentes escenarios que configuran el contexto de la formación médica, de los procesos pedagógicos y de la organización curricular en el programa de Medicina de la Universidad de Manizales.

- ❖ Caracterizar las necesidades desde las diferentes perspectivas de contexto con miras a la formulación de un Perfil del Egresado del Programa de Medicina de la Universidad de Manizales.
- ❖ Interpretar las necesidades de grupos focales para constituir el Perfil del Egresado del Programa de Medicina de la Universidad de Manizales.
- ❖ Identificar los componentes que constituirían el Perfil del Egresado del Programa de Medicina de la Universidad de Manizales de acuerdo a los diferentes grupos focales y conforme a las necesidades del contexto.

## **Población Objeto de Estudio**

### **Identificación de la población objeto de estudio.**

- a) Unidad de análisis. La determinación de las necesidades de la formación médica en la Universidad de Manizales, se convierte en el punto de referencia para una intervención específica y concreta en la institución, como también para el sistema educativo colombiano. El análisis tiene sentido en tanto permite extender las posibilidades de investigación a los diferentes programas de medicina de la región y del país. De ello se concluye que la unidad de análisis es la formación médica en general.
- b) Unidad de trabajo: orientada hacia los conceptos, percepciones y necesidades formuladas por los diferentes actores del sistema de salud colombiano y en concreto la ciudad de la ciudad de Manizales. De igual forma, el aporte se centrará en los contratantes, estudiantes, directivos y docentes sobre la formación y ejercicio médico, lo cual permitirá impactar el plan de estudios y el currículum del programa de medicina de la Universidad de Manizales.

De manera particular, la intervención se realizó al programa de medicina de la Universidad de Manizales, en lo atinente a la parte formativa, curricular, educativa, pedagógica y al plan de estudios, como ya se mencionó. El programa de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Manizales inicio sus labores en 1999. Desde entonces pretende formar médicos que se constituyan en líderes éticos comprometidos con la sociedad y con nuestra época, profesionales que tengan actitud humanística y desarrollen habilidades para interpretar los problemas del sector, en la preservación de la salud, la promoción y prevención de las enfermedades comunes a nuestro medio.

Para una mejor comprensión de la unidad de trabajo, que participara en la presente investigación, es necesario precisar la composición de esta, veamos:

- ❖ Directivos de la Universidad
  - ❖ Docentes y coordinadores de Áreas del programa de medicina de la Universidad de Manizales
  - ❖ Egresados del programa de medicina de la Universidad de Manizales (Egresados recientes y con más de 5 años de experiencia)
  - ❖ Estudiantes del programa de medicina
  - ❖ Representantes de Pacientes
  - ❖ Gerentes y Directores de las Instituciones Prestadoras de Salud y de las Entidades Promotoras de Salud (o aseguradoras)
  - ❖ Instituciones pares (Programas de Medicina de Colombia)
- c) Objeto de estudio: la formación de los estudiantes (futuros egresados) del programa de medicina de la Universidad de Manizales, en torno a las capacidades y en el contexto actual.

d) Categorías de Análisis (categorías empíricas): para la presente investigación y tomando en consideración el objeto de estudio, el objetivo general, la pregunta de investigación y la unidad de análisis y de trabajo, se puede concluir que la categoría central que ha sido determinada empíricamente se trata de la formación médica. En este sentido también es importante decir que dicha formación, está pretendida fundamentalmente por la constitución y el desarrollo de capacidades. En este orden de ideas, vale la pena decir lo siguiente:

La formación, que implica un trabajo del ser humano sobre él mismo, sobre sus representaciones y sus conductas, viene a evocarse como el advenimiento ineludible de un orden de cosas. No ya como una acción de la que convendría apropiarse, apropiándose además de sus objetivos, sus modalidades y los medios en función de las intenciones y los deseos, sino más bien como una ley natural que debe satisfacerse para lograr ser reconocido profesional y socialmente. Lejos de limitarse a lo profesional, la formación invade todos los dominios: uno se forma en múltiples actividades de esparcimiento, uno se forma como consumidor, como inquilino, como padre, como compañero sexual. Uno se forma en todos los niveles de responsabilidad y hacer posible de forma permanente, desde la primera infancia hasta la última etapa de la tercera edad. Ferry, 1991, p.45.

Con respecto a las capacidades, como categoría empírica de análisis, es importante decir que esta implica el potencial y la posibilidad de dominio cognitivo que deben adquirir los estudiantes en formación y que deben poseer los profesionales en el ejercicio médico. A este respecto, vale la pena centrar la mirada en la siguiente postura:

El enfoque de las capacidades, puede definirse provisionalmente como una aproximación particular a la evaluación de la calidad de vida y a la teorización sobre la justicia social

básica. En él se sostiene que la pregunta clave que cabe hacerse cuando se comparan sociedades y se evalúan conforme a su dignidad o a su justicia básica es: ¿Qué es capaz de hacer y ser de ser cada persona? Dicho de otro modo, el enfoque concibe cada persona, como un fin en sí mismo y no se pregunta solamente por el bienestar total o medio, sino también por la oportunidades disponibles para cada ser humano. (Nussbaum, 2012, p.38).

### **Contexto de Referencia.**

En coherencia con lo planteado, vale la pena decir que a medida que los escenarios de contexto se han modificado, el Estado Colombiano y los diferentes gobiernos, han intentado ponerse al tanto y a tono con lo que sucede. Es así como, el país planteó una nueva constitución política en el año 1991, la cual no solo respondía a los escenarios particulares de las condiciones políticas de ese momento, sino a la apertura económica que se venía consolidando en el gobierno del presidente Cesar Gaviria (1990- 1994). A partir de este hito, la estructura del Estado se ha venido modificando y es así como en el año 1993, se formula una nueva Ley para el Sistema de Salud Colombiano, estamos hablando de la Ley 100. Posteriormente se formuló la Ley General de Educación, Ley 115 de año 1994, con la cual se pretendió poner a tono el Sistema Educativo Colombiano con las nuevas condiciones de la Constitución y los escenarios de contexto que en ese momento demandaban dicha transformación. Sucesivamente se vinieron presentando de manera simultánea en el mundo, apuestas que permitieron pensar la educación, la productividad y la salud desde diferentes perspectivas. Se promulga el Plan Mundial para la salud de los trabajadores formulado por la OMS 2007, el Plan Decenal de Salud Pública 2013 y con ello

aparecen prescripciones para la educación superior para los próximos 25 años, e igualmente disposiciones para la atención primaria en salud, salud mental y discapacidad.

En este orden de ideas, vale la pena profundizar sobre aquellos elementos que de manera contundente transformaron, no solo las políticas en materia de salud, sino las prácticas en atención en salud y en la formación de los futuros profesionales en este campo. Es importante resaltar que los escenarios de la globalización, economía neoliberal y economía global, resultaron ser más fuertes que las posibilidades y capacidades del sistema económico, de la salud y de la educación en Colombia. No cabe duda alguna que el efecto de los fenómenos internacionales permeó las diferentes maneras y concepciones en la salud y en la atención que venía practicando. De igual manera, la formación de todos los profesionales se vio permeada también por las diferentes políticas educativas que emergieron desde el mercado común europeo y la unión europea. Veamos algunos de ellos:

**Ley 100 de 1993. Esta crea el Sistema General de la Seguridad Social Integral.**

Tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y de la comunidad para obtener buena calidad vida, acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que le afecten. En este orden de ideas, la formación médica debe permitir que los futuros egresados de cualquier programa de medicina del país comprendan y estén formados para entender y actuar en consecuencia. Igualmente, este sistema está formado por el conjunto de las entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, y por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios. El aspecto sustancial de este Sistema General de Seguridad Social Integral consiste en la eliminación del monopolio del Estado en la prestación de los servicios de la

Seguridad Social, y el establecimiento de un sistema competitivo, que permita una mayor equidad, eficiencia y calidad, dando participación al sector privado. Ello implica que cada ciudadano puede elegir voluntariamente la entidad que le preste la atención médica o la que gestione sus aportes para pensiones.

### **Ley General de Educación (Ley 115).**

El escenario legislativo, mediante el cual se establecen las diferentes normas y requerimientos en materia educativa a todo nivel, es la Ley 115. De igual manera, debemos entender que el marco de referencia de esta Ley, es la Constitución Política de Colombia, la que desde 1991, trazó el camino para los derechos y los deberes y todo aquello que le permitiera al país estar a tono con lo que sucedía en el mundo e igualmente con base en las condiciones internas. Es así como, de conformidad con el artículo 67 de dicha constitución, la educación se desarrollará atendiendo a los siguientes fines:

- ❖ El pleno desarrollo de la personalidad sin más limitaciones que las que le imponen los derechos de los demás y el orden jurídico, dentro de un proceso de formación integral, física, psíquica, intelectual, moral, espiritual, social, afectiva, ética, cívica y demás valores humanos.
- ❖ La formación en el respeto a la vida y a los demás derechos humanos, a la paz, a los principios democráticos, de convivencia, pluralismo, justicia, solidaridad y equidad, así como en el ejercicio de la tolerancia y de la libertad.
- ❖ La formación para facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación.

- ❖ La formación en el respeto a la autoridad legítima y a la ley, a la cultura nacional, a la historia colombiana y a los símbolos patrios.
- ❖ La adquisición y generación de los conocimientos científicos y técnicos más avanzados, humanísticos, históricos, sociales, geográficos y estéticos, mediante la apropiación de hábitos intelectuales adecuados para el desarrollo del saber.
- ❖ El estudio y la comprensión crítica de la cultura nacional y de la diversidad étnica y cultural del país, como fundamento de la unidad nacional y de su identidad.
- ❖ El acceso al conocimiento, la ciencia, la técnica y demás bienes y valores de la cultura, el fomento de la investigación y el estímulo a la creación artística en sus diferentes manifestaciones.
- ❖ La creación y fomento de una conciencia de la soberanía nacional y para la práctica de la solidaridad y la integración con el mundo, en especial con Latinoamérica y el Caribe.
- ❖ El desarrollo de la capacidad crítica, reflexiva y analítica que fortalezca el avance científico y tecnológico nacional, orientado con prioridad al mejoramiento cultural y de la calidad de la vida de la población, a la participación en la búsqueda de alternativas de solución a los problemas y al progreso social y económico del país.
- ❖ La adquisición de una conciencia para la conservación, protección y mejoramiento del medio ambiente, de la calidad de la vida, del uso racional de los recursos naturales, de la prevención de desastres, dentro de una cultura ecológica y del riesgo y la defensa del patrimonio cultural de la Nación.
- ❖ La formación en la práctica del trabajo, mediante los conocimientos técnicos y habilidades, así como en la valoración del mismo como fundamento del desarrollo individual y social.
- ❖ La formación para la promoción y preservación de la salud y la higiene, la prevención

integral de problemas socialmente relevantes, la educación física, la recreación, el deporte y la utilización adecuada del tiempo libre.

- ❖ La promoción en la persona y en la sociedad de la capacidad para crear, investigar, adoptar la tecnología que se requiere en los procesos de desarrollo del país y le permita al educando ingresar al sector productivo.

### **Plan de Acción Mundial para la Salud de Trabajadores (OMS, 2007).**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), vale la pena tener en cuenta 5 acciones fundamentales que permitan no sólo actuar, sino formar al profesional médico que servirá como dinámica de trabajo para atender y promover la salud en este. Veamos cada uno de ellos:

- ❖ Elaborar y aplicar instrumentos normativos sobre salud de los trabajadores
- ❖ Proteger y promover la salud en el lugar de trabajo
- ❖ Mejorar el funcionamiento de los servicios de salud ocupacional y el acceso a los mismos
- ❖ Proporcionar datos probatorios para fundamentar las medidas y las prácticas
- ❖ Integrar la salud de los trabajadores en otras políticas

### **Plan Decenal de Salud Pública, 2013.**

El Plan Decenal de Salud Pública, plantea fundamentalmente tres objetivos, los cuales han sido desarrollados en dimensiones y en componentes para una mejor comprensión y por ende para el desarrollo de una pedagogía, que permite no sólo entenderlos sino aplicarlos. Veamos los

siguientes objetivos, los cuales son prioridad en procura de lograr niveles óptimos en la salud del país:

- a. Alcanzar mayor equidad en salud
- b. Mejorar las condiciones de vida y salud de la población
- c. Cero tolerancia con la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad evitable.

En este sentido, debemos tener en cuenta que la salud pública es un asunto prioritario no sólo de la sociedad, sino del Estado con lo cual se hace necesario y pertinente, crear una cultura en torno a ella y generar acciones educativas que permitan su efectividad. Las dimensiones prioritarias del Plan son:

- ❖ Salud Ambiental
- ❖ Vida Saludable y condiciones no transmisibles
- ❖ Convivencia social y salud mental
- ❖ Seguridad Alimentaria y Nutricional
- ❖ Derechos y sexualidad
- ❖ Vida saludable libre de enfermedades transmisibles
- ❖ Salud Pública en emergencias y desastres.

En el contexto de la presente investigación, vale la pena profundizar en cada una de las anteriores dimensiones, teniendo en cuenta que cada una de estas a su vez plantea unos objetivos, componentes y estrategias.

**Salud Ambiental.** Los objetivos para esta dimensión son los siguientes:

- a) Promover la salud de las poblaciones que, por sus condiciones sociales, son vulnerables a procesos ambientales, mediante la modificación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales, fortaleciendo la gestión intersectorial, la participación comunitaria y social en el nivel local, regional, nacional e internacional.
- b) Promover el Desarrollo Sostenible a través de tecnologías y modelos de producción limpia y consumo responsable.
- c) Priorizar la respuesta a las necesidades de poblaciones vulnerables, con enfoque diferencial
- d) Contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de la población colombiana mediante la prevención, vigilancia y control sanitario de los riesgos ambientales, que puedan afectar negativamente el estado de bienestar y salud.

Los componentes de la presente dimensión son los siguientes:

- a) Hábitat saludable
- b) Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales
- c) Protección de la salud en los trabajadores

Para el cumplimiento de las dimensiones, y los componentes, vale la pena tener en cuenta que existen estrategias de carácter pedagógico y en general de mecanismos que favorecen la capacitación, no sólo de los médicos en formación, sino de los profesionales de la medicina que se desempeñan en esta profesión. Dentro de las estrategias para tal fin poder ver las siguientes:

- a) Atención Primaria en Salud - Atención Primaria en Salud Ambiental: busca definir la participación e intervención conjunta de los niveles territoriales con competencias en salud ambiental, en la implementación de APS, posicionando la gestión intersectorial, la participación social y la intervención de los determinantes sanitarios y ambientales, para el cumplimiento de los objetivos y metas de la dimensión.
- b) Educación en Salud Ambiental: comprende los procesos dinámicos de participación social desarrollados conjuntamente entre los organismos del Estado y la sociedad civil, dirigidos a informar, educar y comunicar con el objetivo de promover cambios conductuales, estilos de vida y hábitos de consumo, modelos de producción limpia y sostenible, ejercicio responsable del derecho a gozar de un ambiente sano, teniendo en cuenta las necesidades específicas del individuo, familia, comunidad en los entornos donde viven, estudian, trabajan e interactúan

La segunda dimensión es Vida Saludable y condiciones no transmisibles cuyos objetivos son:

- a) Elevar, promover e implementar como prioridad en las políticas de todos los sectores y entornos, una agenda intersectorial para la promoción de la salud, el control de las enfermedades no transmisibles (ENT) y las alteraciones de la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa, como parte de la lucha contra la pobreza y el desarrollo socioeconómico.
- b) Favorecer de manera progresiva y sostenida la reducción a la exposición a los factores de riesgo modificables en todas las etapas del transcurso de vida.
- c) Crear condiciones y capacidad de gestión de los servicios, para mejorar la accesibilidad, atención integral e integrada de las enfermedades no transmisibles (ENT) y las alteraciones de la

salud bucal, visual y auditiva, reduciendo brechas en la morbilidad, mortalidad, discapacidad, eventos evitables y en los factores de riesgo modificables.

d) Fortalecer la capacidad del país para gestionar y desarrollar la vigilancia, monitoreo social y económico de las políticas y las intervenciones de salud pública en coherencia con el marco global y regional para ENT incluidas las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva y sus determinantes sociales de la salud.

e) Apoyar y fomentar el desarrollo de capacidades nacionales y territoriales para la investigación en materia de promoción de la salud, prevención y control de las ENT incluidas las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva y sus determinantes sociales de la salud.

Ahora bien, los componentes de esta dimensión son los siguientes:

a) Modos, condiciones y estilos de vida saludables

b) Condiciones crónicas prevalentes

c) Protección de la salud en los trabajadores

Dentro de las estrategias que pueden permitir el desarrollo de los objetivos y los componentes de esta dimensión, se encuentra la participación social activa, para la construcción, monitoreo y evaluación de procesos que permitan a la población incrementar el control sobre su salud y bienestar; tener incidencia política y ejercer el control social, para la promoción de la salud, la afectación de los determinantes sociales y el control de las enfermedades no transmisibles, incluida la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa.

La tercera dimensión del Plan es la convivencia social y salud mental. Los objetivos son los siguientes:

- a) Contribuir al desarrollo de oportunidades y capacidades de la población que permitan el disfrute de la vida y el despliegue de las potencialidades individuales y colectivas para el fortalecimiento de la salud mental, la convivencia y el desarrollo humano y social
- b) Contribuir a la gestión integral de los riesgos asociados a la salud mental y la convivencia social y disminuir el impacto de la carga de enfermedad generada por los eventos, problemas y trastornos mentales y las distintas formas de violencia.

Sus componentes son los siguientes:

- a) Promoción de la salud mental y la convivencia
- b) Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y las diferentes formas de la violencia

Con respecto a la cuarta dimensión, denominada Seguridad Alimentaria y Nutricional, podemos decir que su objetivo central es el siguiente:

- a) Propender por la Seguridad Alimentaria y Nutricional de la población colombiana a través de la implementación, seguimiento y evaluación de las acciones intersectoriales con el fin de asegurar la salud de las personas y el derecho de los consumidores

Los componentes de esta dimensión son los siguientes:

- a) Disponibilidad y acceso a los alimentos.
- b) Consumo y aprovechamiento biológico.

c) Inocuidad y calidad de los alimentos.

La quinta dimensión corresponde a derechos y sexualidad. Es importante decir que el objetivo que le corresponde a esta dimensión es el siguiente:

- a) Garantizar las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que inciden en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas, grupos y comunidades en el marco de los enfoques de género y diferencial, asegurando reducir las condiciones de vulnerabilidad y brindando atención integral de las personas.

Los componentes de esta dimensión son los siguientes:

- a) Promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos y la equidad de género.
- b) Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos.

La sexta dimensión tiene que ver con vida saludable libre de enfermedades transmisibles y cuyo objetivo es:

- a) Garantizar y materializar el derecho de la población colombiana a vivir libre de enfermedades transmisibles en todas las etapas del ciclo de vida y en los territorios cotidianos, con enfoque diferencial y de equidad mediante la transformación positiva de situaciones y condiciones endémicas, epidémicas, emergentes, reemergentes y desatendidas para favorecer el desarrollo humano, social y sostenible.
- b) Reducir de manera progresiva y sostenida la exposición a condiciones y factores de riesgo, y propender por la accesibilidad, integralidad, continuidad, vínculo y sostenibilidad de la

atención de las contingencias y daños producidos por las enfermedades transmisibles.

- c) Crear condiciones y capacidades en el sector y otros sectores, organizaciones, instituciones, servicios de salud y la comunidad para la gestión de planes, programas y proyectos que reduzcan las exposiciones y vulnerabilidades diferenciales de la población a las enfermedades transmisibles.

Los componentes de esta dimensión son los siguientes:

- a) Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas
- b) Enfermedades inmunoprevenibles
- c) Enfermedades Endemo-epidémicas

La séptima dimensión corresponde a Salud Pública en emergencias y desastres. El objetivo de esta es el siguiente:

- a) Promover la gestión del riesgo de desastres como práctica sistemática a fin de garantizar la protección de las personas, colectividades y el ambiente, para enfrentar y manejar situaciones de emergencia o de desastres de origen natural o antrópico, así como para adelantar la recuperación, aportando a la seguridad sanitaria, al desarrollo y al mejoramiento de las condiciones de la población.

Los componentes de esta dimensión, son los siguientes:

- a) Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres
- b) Respuesta en salud ante situaciones de emergencias y desastres

Las Estrategias pertinentes para el abordaje diferencial de esta categoría son los siguientes:

- a) Articulación de políticas y procesos diferenciales territoriales y poblacionales para la acción transectorial
- b) Desarrollo humano con perspectiva de derechos
- c) Modelos de atención con enfoque diferencial

### **Metas para el abordaje diferencial en Salud.**

La Salud Pública del país, deberá ser abordada en perspectiva, en tal sentido nos debe permitir entender que existirán intervenciones a través de un modelo que permita anticiparse a las condiciones futuras, al igual que a las transformaciones que se vienen dando en el país. En este orden de ideas, es importante decir lo siguiente:

1. En 2021, Colombia cuenta con un modelo de atención y prestación de servicios en salud con adecuación en el ciclo de vida, género, etno-cultural, y en las necesidades diferenciales de la población con discapacidad y víctima del conflicto.
2. En 2021, Colombia ha aumentado la disponibilidad de información y evidencia sobre la atención diferencial de las personas y colectivos
3. En 2021, Colombia ha desarrollado modelos de educación y comunicación en salud en el tema de conductas saludables con enfoque diferencial.
4. En 2021, Colombia consolida la participación social en salud a través de redes de organizaciones sociales que influyen de manera positiva en las políticas públicas orientadas a

intervenir, los determinantes sociales de la salud. Dentro de las responsabilidades de los actores intersectoriales y transectoriales están:

- ❖ Definir, orientar y articular en el marco de sus competencias, la participación de los sectores y actores intersectoriales y transectoriales, en la formulación, seguimiento y evaluación del El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP)
- ❖ Definir, promover y propiciar los espacios de participación y articulación intersectorial y transectorial para negociar las intervenciones de mayor impacto en el PDSP.
- ❖ Definir y diseñar agendas comunes, normas conjuntas, estrategias y acciones desde sus competencias para promover la salud en todas las políticas intersectoriales, transectoriales y comunitarias.
- ❖ Proponer y participar de manera coordinada en el seguimiento a las acciones para el manejo de determinantes en salud.

En este orden de ideas, la perspectiva y prospectiva diferencial, propone comprometer la responsabilidad de la comunidad de la siguiente manera:

- ❖ Participar y articular los procesos de movilización y participación social del Plan Territorial de Salud.
- ❖ Realizar acciones dirigidas a la construcción o generación de las condiciones, capacidades y medios para que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto, exijan a las autoridades responsables modificar los determinantes sociales de su salud.
- ❖ Realizar acciones para consolidar una cultura saludable, basada en valores, creencias,

actitudes y relaciones que permitan desarrollar autonomía individual y colectiva.

- ❖ Participar y articularse con las direcciones territoriales en los procesos de seguimiento, evaluación y control social del Plan Territorial de Salud.

### **Plan Nacional de desarrollo 2014 a 2018 ( Ley 1753 DE 2015)<sup>5</sup>.**

Como es bien sabido, el Plan Nacional de Desarrollo 2014 a 2018, cuyo eslogan es “Todos por un nuevo País” corresponde a la plataforma estratégica formulada por el actual gobierno del presidente Juan Manuel Santos Calderón, con la cual pretende cerrar el segundo periodo de gobierno. Los Pilares del Plan Nacional de Desarrollo son los siguientes:

1. Paz. El Plan refleja la voluntad política del Gobierno para construir una paz sostenible y duradera, bajo un enfoque de goce efectivo de derechos.
2. Equidad. El Plan contempla una visión de desarrollo humano integral en una sociedad con oportunidades para todos.
3. Educación. El Plan asume la educación como el más poderoso instrumento de igualdad social y crecimiento económico en el largo plazo, con una visión orientada a cerrar brechas en acceso y calidad al sistema educativo, entre individuos, grupos poblacionales y entre regiones, acercando al país a altos estándares internacionales y logrando la igualdad de oportunidades

---

<sup>5</sup> El Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”, que se expide por medio de la presente ley, tiene como objetivo construir una Colombia en paz, equitativa y educada, en armonía con los propósitos del Gobierno nacional, con las mejores prácticas y estándares internacionales, y con la visión de planificación, de largo plazo prevista por los objetivos de desarrollo sostenible.  
[http://www.mincit.gov.co/loader.php?lServicio=Documentos&lFuncion=verPdf&id=78676&name=Ley\\_1753\\_de\\_2015.pdf&prefijo=file](http://www.mincit.gov.co/loader.php?lServicio=Documentos&lFuncion=verPdf&id=78676&name=Ley_1753_de_2015.pdf&prefijo=file)

para todos los ciudadanos.

El Plan Nacional de Desarrollo que viene siendo gestionado por Planeación Nacional, pretende generar una serie de políticas y estrategias que articulen el proceso de paz con la visión de desarrollo humano integral en torno a la equidad y constituyendo como motor de trabajo y acercamiento la educación. En el contexto de la presente investigación, es importante decir que la educación superior es el nivel del sistema que permite enfrentar y responder a su vez, a las actuales necesidades y oportunidades que se han generado en el país. Es de anotar que la reforma tributaria de finales del año 2016, pretende generar las condiciones económicas para que dicho plan nacional de desarrollo pueda cerrar la brecha con los diferentes retos donde el eje central, como ya se menciono, es la educación a todo nivel. En atención a lo anterior, la formación médica, no sólo debe dar respuestas educativas, sino que a través de la formación y el desempeño profesional, se debe atender a la equidad, al enfoque diferencial y a la salud pública en general.

**El Acuerdo por lo Superior 2034. Propuesta de Política Pública para la excelencia de la educación superior en Colombia en el escenario de la paz. Consejo para la Educación Superior en Colombia (CESU).**

La propuesta de una política pública para la excelencia de la Educación Superior en Colombia en el escenario actual de los acuerdos de paz y del postconflicto, constituye la consolidación de una nueva cultura del diálogo como característica propia de nuestro sistema de educación superior: la de un país consciente de que toda su educación superior debe re-pensarse permanentemente; que la realidad social es causa y consecuencia de lo que es su educación superior; que el gran diálogo nacional es connatural a los procesos académicos, técnicos y políticos, y que debe continuar; que la última palabra en política pública de educación superior no está dada; que siempre debemos

buscar nuevos interlocutores; que incluso luego de debatidas, se deben revisar nuevamente las hipótesis ya planteadas y asumir proactivamente nuevos argumentos; y que sólo el compromiso de todos los actores sociales podrá garantizar que, efectivamente, la educación superior sea una de las principales alternativas para transformar positivamente la vida de las personas y para crecer como Nación.

### **Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia. Marco de referencia nacional y mundial.**

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948. Según el 50° Consejo Directivo 63.<sup>A</sup> Sesión Del Comité Regional en *Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de septiembre del 2011 se estableció que para alcanzar las metas de la Estrategia y Plan de acción propuesta, es indispensable:*

- ❖ Fomentar y facilitar la colaboración horizontal entre los países de la Región
- ❖ Intercambiar experiencias, recursos regionales y lecciones aprendidas
- ❖ Determinar los aspectos legales pertinentes
- ❖ Determinar la interoperabilidad y el cumplimiento de estándares publicados entre sistemas tecnológicos

- ❖ Formular normas tecnológicas y metodológicas destinadas al intercambio de datos anónimos e información y conocimientos
  
- ❖ Promover el intercambio, el acceso y el uso de la información basada en pruebas científicas por medio de las bibliotecas virtuales de salud (BVS)
  
- ❖ Promover la colaboración interinstitucional, tanto a nivel estructural como de gestión.

En el Artículo 65 de la ley. Política de atención integral en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), dentro del marco de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud, así como las demás leyes vigentes, definirá la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones.

Para la definición de la política integral en salud se integrarán los siguientes enfoques: 1) atención primaria en salud (APS); 2) salud familiar y comunitaria, 3) articulación de las actividades individuales y colectivas y 4) enfoque poblacional y diferencial. Dicha atención tendrá en cuenta los componentes relativos a las rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, las rutas de atención específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo del talento humano, en el marco de la Ley 1164 de 2007, articulación de las intervenciones individuales y colectivas, el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación.

Como lo sustenta el parágrafo 2 del artículo 1753 DE 2015 (Plan de desarrollo nacional 2014 a 2018) para la definición de la política de atención integral, el Ministerio de Salud y Protección Social garantizará una amplia participación de todos los grupos de interés del sector salud: usuarios, prestadores, aseguradores, academia, asociaciones científicas, entes territoriales, entre otros.

### **Proyecto Tuning Europa y Tuning América Latina en lo relativo a la formación Medicina.**

Una manera importante de referencia lo que está sucediendo en materia de educación superior en el mundo, lo permitió el Proyecto Tuning en toda su extensión. Al respecto es importante decir que, Tuning abrió un camino importante en las conversaciones entre los diferentes actores comprometidos con la educación, llevándonos a comprender que hay asuntos en común que negociar y consensuar para que la educación en el más alto nivel de los sistemas sea pertinente, coherente y factible. En este orden de ideas, los debates se realizaron con el liderazgo de la Unión Europea con una perspectiva dialógica e incluyente en materia de profesiones, disciplinas y competencias. A esto no escapó la profesión médica y por ende la formación de los futuros profesionales en el este campo. En este sentido:

El proyecto Tuninig América Latina surge en un contexto de intensa reflexión sobre educación superior, tanto a nivel regional como internacional. Hasta finales de 2004, Tuning había sido una experiencia exclusiva de Europa, un logro de más de 175 universidades europeas, que desde el año 2001 llevan a adelante un intenso trabajo en pos de la creación del espacio europeo de educación superior como respuesta al desafío planteado por la Declaración de Bolonia. (Tuning America Latina, 2007, p.11)

Al respecto y a decir de (Hanne, 2007) de acuerdo a los retos planteados por Tuning América Latina y en concreto Tuning Medicina, se logró consensuar, un perfil de egreso común, incluyendo las competencias genéricas y específicas, visualizando estrategias de enseñanza-aprendizaje como de evaluación concordante con un currículum por competencias. De igual forma, se logró consensuar un perfil mínimo común en términos de competencia y en contenidos, ha facilitado a algunas universidades el plantear una innovación curricular de acuerdo a las necesidades del país. Los principales desafíos están relacionados con:

- ❖ El enseñar lo necesario para formar el perfil de egreso declarado.
- ❖ Flexibilizar la relación presencial / no presencial.
- ❖ Proteger el tiempo para una formación general.

En el análisis de Tuning Medicina se observa que es común una actitud paternalista en términos de hacer realidad una enseñanza basada en el estudiante. Por otro lado, se plantea que los profesionales de la salud siempre han trabajado con el concepto de competencias, lo que facilita el arraigo de la necesidad de planificar el aprendizaje y evaluación de las mismas. El proyecto también ha reconocido que el concepto de crédito ligado a la carga de trabajo real (medida) es clave como herramienta de calidad para que los programas de estudio aseguren condiciones óptimas de aprendizaje.

Para realizar el análisis de lo que implica la medición que nos permite estimar el volumen de trabajo de los estudiantes es importante considerar algunas características de la carrera, como son:

- ❖ Una duración promedio de 7 años (rango entre 6 y 8, dado fundamentalmente por características y duración del internado).

- ❖ Perfil de egreso bastantes similares en el mundo.
- ❖ Existe una percepción de una carga no presencial en términos de estudios aparentemente bastante alta, este es un aspecto, que debe ser objetivado, con medición de carga académica.
- ❖ Tener un % de actividades prácticas alto, especialmente en el contexto clínico.
- ❖ Finalizan con internados de uno a dos años que corresponden a prácticas clínicas supervisadas, en el que el estudiante asume el rol como futuro profesional, por lo tanto un horario de por lo menos 44 horas semanales, más los turnos que varían en frecuencia dependiendo del país y de universidad. En el caso de otros países, como los Europeos o algunos latinoamericanos esta práctica se realiza después de egresar, la cual es requisito para ejercer o postular a posgrados.

Como lo recomienda Tuning Medicina, la titulación se define como una combinación de fuerzas en torno a cuatro polos:

- ❖ Las necesidades de la región (desde lo local hasta el contexto inter- nacional).
- ❖ El meta-perfil del área.
- ❖ La consideración de las tendencias futuras de la profesión y de la sociedad.
- ❖ La misión específica de la universidad.

En la metodología asumida por Tuning, vale la pena resaltar el enfoque sobre las tendencias en las necesidades de formación formulada por los diferentes actores, tales como los académicos graduados, estudiantes y empleadores. Dichas tendencias se configuraron en el

contexto de las capacidades, ante lo cual es importante decir que una capacidad, es la posibilidad y el potencial que tienen las personas para ejecutar una labor, trabajo o profesión. En este sentido, en el Proyecto Tuning America Latina y en el caso concreto de la medicina, se pudo observar que hay una serie de capacidades focalizadas como las más importantes y las menos importantes para cada uno de los actores ya mencionados. Esta metodología utilizada para la interpretación de los resultados, favorece de manera significativa la perspectiva de focalización de las capacidades más importantes y las menos importantes. A continuación se muestran los resultados de dicho análisis realizado. (Proyecto Tuning America Latina, 2007, p.26)

#### **Académicos – las más importantes**

- ❖ Capacidad para proveer soporte vital avanzado
- ❖ Capacidad para realizar un electrocardiograma
- ❖ Capacidad para administrar y gestionar los distintos sistemas de salud de la población
- ❖ Capacidad para realizar toracentesis, paracentesis y punción lumbar
- ❖ Capacidad para realizar cuidados de ostomías
- ❖ Capacidad para realizar punción suprapúbica

#### **Académicos – las menos importantes**

- ❖ Capacidad para evaluar signos vitales
- ❖ Capacidad para redactar la historia clínica
- ❖ Capacidad para realizar el diagnóstico sindromático y formular hipótesis diagnósticas teniendo en cuenta, los datos anamnésticos, los hallazgos del examen físico y las enfermedades prevalentes.
- ❖ Capacidad para reconocer, evaluar y categorizar las emergencias médicas.

- ❖ Capacidad para respetar los derechos del paciente, del equipo de salud y de la comunidad

### **Graduados – las más importantes**

- ❖ Capacidad para realizar canalización venosa
- ❖ Capacidad para reconocer y gestionar los recursos para la atención en salud
- ❖ Capacidad para identificar los factores ambientales (contaminación, clima, desnutrición del ecosistema)
- ❖ Capacidad para administrar y gestionar los distintos sistemas de salud de la población
- ❖ Capacidad para realizar cuidados de ostomías
- ❖ Capacidad para realizar punción suprapúbica

### **Graduados – las menos importantes**

- ❖ Capacidad para evaluar signos vitales
- ❖ Capacidad para redactar la historia clínica
- ❖ Capacidad para realizar el diagnóstico sindromático y formular hipótesis diagnósticas teniendo en cuenta, los datos anamnésticos, los hallazgos del examen físico y las enfermedades prevalentes.
- ❖ Capacidad para indicar y realizar los tratamientos médicos correspondientes.
- ❖ Capacidad para reconocer, evaluar y categorizar las emergencias médicas.

### **Estudiantes – las más importantes**

- ❖ Capacidad para reconocer y gestionar los recursos para la atención en salud
- ❖ Capacidad para aplicar el análisis estadístico de los datos
- ❖ Capacidad para identificar los factores ambientales (contaminación, clima, desnutrición del

ecosistema)

- ❖ Capacidad para administrar y gestionar los distintos sistemas de salud de la población
- ❖ Capacidad para realizar cuidados de ostomías
- ❖ Capacidad para realizar punción suprapúbica

### **Estudiantes – las menos importantes**

- ❖ Capacidad para evaluar signos vitales
- ❖ Capacidad para redactar la historia clínica
- ❖ Capacidad para realizar el diagnóstico sindromático y formular hipótesis diagnósticas teniendo en cuenta, los datos anamnésticos, los hallazgos del examen físico y las enfermedades prevalentes.
- ❖ Capacidad para manejar la fase inicial de la emergencia médica
- ❖ Capacidad para resolver soporte vital básico y reanimación cardio-cerebro pulmonar.
- ❖ Capacidad para indicar y realizar los tratamientos médicos correspondientes.

### **Empleadores – las más importantes**

- ❖ Capacidad para realizar un electrocardiograma
- ❖ Capacidad para administrar y gestionar los distintos sistemas de salud de la población
- ❖ Capacidad para colocar sondas
- ❖ Capacidad para realizar toracentesis, paracentesis y punción lumbar
- ❖ Capacidad para realizar cuidados de ostomías
- ❖ Capacidad para realizar punción suprapúbica

### **Empleadores – las menos importantes**

- ❖ Capacidad para indicar y realizar los tratamientos médicos correspondientes.
- ❖ Capacidad para evaluar signos vitales
- ❖ Capacidad para realizar el diagnóstico sindromático y formular hipótesis diagnósticas teniendo en cuenta, los datos anamnésticos, los hallazgos del examen físico y las enfermedades prevalentes.
- ❖ Capacidad para comunicarse de manera eficaz oralmente, por escrito y en forma no verbal teniendo en cuenta la diversidad y las limitaciones que pueden dificultar la comunicación con: los pacientes, la familia, y el equipo de salud y la comunidad.
- ❖ Capacidad para respetar los derechos del paciente, del equipo de salud y de la comunidad

### **Necesidades emergentes.**

Como se ha podido observar a lo largo del presente capítulo, las necesidades de formación médica, han puesto la mirada en diferentes escenarios y en múltiples capacidades que demandan una formación integral. De manera insistente se ha venido haciendo referencia a la necesidad de formar y crear una cultura médica en torno a la atención primaria en salud, a poner la mirada en la salud mental y a constituir un compromiso importante con las discapacidades. En este orden de ideas, podríamos expresar lo siguiente.

### ***La formación del médico en Atención Primaria en Salud (APS)<sup>6</sup>.***

En forma explícita o no, todos los perfiles de egresados, referidos por las universidades

---

<sup>6</sup> APS: El sistema de APS en línea es un sistema de información que apoya en los procesos relacionados con la estrategia de atención primaria en salud, unificando e integrando el trabajo de campo de las diferentes Empresas Sociales del Estado y demás actores que participan en el desarrollo de la estrategia y facilita a la Secretaría Distrital de Salud ejercer su labor de rectoría sobre los prestadores involucrados.

estudiadas, proponen formar un médico general con habilidades aplicables a la atención primaria. De éstas se destacan las relacionadas al trabajo comunitario, las actividades de promoción y prevención de la salud tanto a nivel colectivo como individual sin descartar la asistencia basada en la mejor evidencia disponible. (Borrel, 2008, p.33).

Los cambios en el desarrollo curricular producidos en los últimos años, impulsados por la necesidad de adecuar el perfil del egresado que se pretende formar y su adaptación a la realidad social. Las nuevas propuestas curriculares se orientan por competencias en contraste con el clásico diseño orientado por contenido de conocimientos. Para ello se ha avanzado en incorporar contenidos que en la mayoría de los casos no estaban presentes en los programas de estudios y que son necesarios para formar un profesional orientado a la APS. En esta línea se incluyen las bases epidemiológicas y sociales de los determinantes de la salud, las herramientas de la salud pública y la bioética.

La forma en que estos contenidos han sido incorporados es variable. En muchos casos llevó al replanteamiento global del currículo y a la búsqueda de modelos integrales, borrando las fronteras disciplinares. En otros casos, con el agregado de nuevos cursos o modificación de los existentes. Se observó una tendencia a considerar la necesidad de ejes de APS que atraviesen todo el esquema curricular. (Borrell, 2008, p. 40)

### ***Salud Mental.***

La salud mental es parte integral de la salud y el bienestar, tal como refleja la definición de salud que figura en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, como ya lo habíamos planteado. La salud mental, como otros aspectos de la

salud, puede verse afectada por una serie de factores socioeconómicos (descritos más adelante) que tienen que abordarse mediante estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento y recuperación que impliquen a todo el gobierno. (OMS, 2013. p.9)

La visión del plan de salud mental (OMS, 2013) es un mundo en el que se valore, fomente y proteja la salud mental, se prevengan los trastornos mentales, y las personas afectadas por ellos puedan ejercer la totalidad de sus derechos humanos y acceder de forma oportuna a una atención de salud y social de gran calidad y culturalmente adaptada, que estimule la recuperación, todo ello con el fin de lograr el mayor nivel posible de salud y la plena participación en la sociedad y en el ámbito laboral, sin estigmatizaciones ni discriminaciones y su finalidad es fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proporcionar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales.

En este sentido debemos decir, que dicha política, formula los siguientes objetivos:

1. Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental.

Meta mundial: los países habrán elaborado o actualizado sus políticas/planes de salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos (para el año 2020).

Meta mundial: los países habrán elaborado o actualizado sus legislaciones sobre salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos (para el año 2020).

2. Proporcionar en el ámbito comunitario, servicios de asistencia social y de salud mental

completos, integrados y con capacidad de respuesta;

Meta mundial: la cobertura de servicios para los trastornos mentales graves habrá aumentado

3. Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental;

Meta mundial: los países tendrán en funcionamiento como mínimo dos programas multisectoriales nacionales de promoción y prevención en materia de salud mental (para el año 2020).

Meta mundial: se habrá reducido la tasa de suicidios en los países (para el año 2020).

4. fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

Meta mundial: los países calcularán y notificarán sistemáticamente cada dos años al menos un conjunto básico de indicadores de salud mental por medio de su sistema nacional de información sanitaria y social (para el año 2020).

De otro lado, el plan de acción de salud mental (OMS, 2013) se basa en seis principios y enfoques transversales:

1. Cobertura sanitaria universal: independientemente de la edad, sexo, estatus socioeconómico, raza, etnia u orientación sexual, y de acuerdo con el principio de equidad, las personas con trastornos mentales deberán poder acceder, sin riesgo de empobrecimiento, a servicios de salud y sociales esenciales que les permitan recuperarse y gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr.

2. Derechos humanos: las estrategias, acciones e intervenciones terapéuticas, profilácticas y de promoción en materia de salud mental deben ajustarse a la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y a otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.
3. Práctica basada en evidencias: las estrategias e intervenciones terapéuticas, profilácticas y de promoción en materia de salud mental tienen que basarse en pruebas científicas y/o en prácticas óptimas, teniendo en cuenta consideraciones de carácter cultural.
4. Enfoque que abarque la totalidad del ciclo vital: las políticas, planes y servicios de salud mental han de tener en cuenta las necesidades sanitarias y sociales en todas las etapas del ciclo vital: lactancia, infancia, adolescencia, edad adulta y ancianidad.
5. Enfoque multisectorial: la respuesta integral y coordinada con respecto a la salud mental requiere alianzas con múltiples sectores públicos, tales como los de la salud, educación, empleo, justicia, vivienda, social y otros, así como con el sector privado, según proceda en función de la situación del país.

Emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales: las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales deben emanciparse y participar en la promoción, las políticas, la planificación, la legislación, la prestación de servicios, el seguimiento, la investigación y la evaluación en materia de salud mental.

### ***Discapacidad***

La 67ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución por la que ratificaba el Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: mejor salud para todas las personas con discapacidad. El Plan de acción dará un impulso considerable a los esfuerzos

de la OMS y los gobiernos por mejorar la calidad de vida de mil millones de personas con discapacidad de todo el mundo. Es de anotar que el Plan de acción, cuya elaboración se había solicitado un año antes en la 66ª Asamblea Mundial de la Salud, se basa en las recomendaciones contenidas en el World report on disability (Informe mundial sobre la discapacidad) elaborado por la OMS y el Banco Mundial: Este está en consonancia con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Se elaboró en consulta con los Estados Miembros, organizaciones de las Naciones Unidas y asociados nacionales e internacionales, en particular organizaciones de personas con discapacidad.

En este sentido, se ha planteado un plan de acción con tres objetivos a desarrollar:

- ❖ Eliminar obstáculos y mejorar el acceso a los servicios y programas de salud
- ❖ Reforzar y ampliar los servicios de rehabilitación, habilitación, tecnología auxiliar, asistencia y apoyo, así como la rehabilitación de ámbito comunitario;
- ❖ Mejorar la obtención de datos pertinentes e internacionalmente comparables sobre discapacidad y potenciar la investigación sobre la discapacidad y los servicios conexos.

## Capítulo II: Referente Teórico

### Reflexiones Históricas:

Desde el punto de vista histórico serían múltiples los planteamientos que valdrían la pena reflexionar y tener en cuenta, dada la importancia que ha representado en la humanidad, no sólo el ejercicio de la profesión médica sino de la formación de los médicos. En la Edad Media para la medicina clínica, y en el siglo XVIII para la quirúrgica, se presenta un cambio que perdura hasta nuestra época, presentándose una separación de la educación y el trabajo médico (y del trabajo manual y el intelectual). Esto lleva a que el discípulo se convierta en un estudiante sin una explícita intervención en la problemática de salud volviéndose una experiencia pedagógica individual sin mayor impacto directo en la prestación de servicios de salud, debido a que formación y trabajo son realidades muy distintas. (Villegas, 2013). Como se puede notar, sigue permaneciendo la preocupación por la distancia que se ha creado entre la formación y la aplicación en el quehacer profesional. Esta es precisamente la reflexión a la que nos invita la presente investigación.

En este orden de ideas, a lo largo de los grandes hitos de la humanidad se han venido presentando múltiples intervenciones y cambios significativos en las maneras de enfrentar la formación y el quehacer médico profesional. Es así como, la formación de los profesionales de Ciencias de la Salud ha presentado varios cambios de acuerdo a las realidades (Universitaria vs Profesional). En el siglo XVIII la Revolución Francesa ocasiona una reforma hospitalaria y una nueva pedagogía médica, en la que el hospital se convierte en espacio-escuela pasando al aprendizaje a la cabecera del paciente. Un dominio en el cual la verdad (un solo lenguaje) se

enseña por sí misma y la mirada del estudiante residente o el de más trayectoria, se convierte el hospital (Sitio de atención de los pacientes) en una escuela. Villegas (2013).

Desde principios del siglo XX, la medicina latinoamericana ha estado influenciada por el modelo Flexeriano,<sup>7</sup> con tres métodos de enseñanza médica y que en la actualidad se realizan en la formación médica: La conferencia didáctica (Aprendizaje basado en problemas), la lección demostrativa (Simulación clínica y la reflexión propuesta por Kolb) y el ejercicio práctico (Aprendizaje al lado del paciente). Botello (2016). En este orden de ideas, vale la pena decir que la idea se ha venido centrando en una organización curricular y educativa lineal con pretensiones de efectividad. Este modelo desde la teoría funciona pero en la realidad demuestra dificultades, dado que permanece la distancia entre la práctica y la teoría e igualmente entre el ejercicio de la profesión y las acciones formativas.

La educación médica es la adquisición y desarrollo de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes en las diferentes etapas de formación de los médicos generales y especialistas. (IV coloquio de metodología de investigación, referenciando a Sánchez (2015)). Lo anterior nos plantea de manera clara y contundente, la necesidad de diferenciar con precisión las 4 categorías del aprendizaje, con lo cual podríamos entender mejor lo que sucede cuando se enseña algo. La dificultad radica fundamentalmente en el exceso tributo brindado al conocimiento, con lo cual se puso en segundo plano las habilidades, las destrezas y las actitudes. Esta es la razón por la cual la competencia resolutive y la formación de los médicos en Colombia

---

<sup>7</sup> Abraham Flexner. Reconocido pedagogo norteamericano que en 1910 publicó un informe sobre la educación médica Norteamericana con el que se iniciaron cambios radicales en ese país y posteriormente en la educación médica Colombiana”. Los cambios influenciados por el modelo norteamericano de educación médica se empezaron a notar en la Facultad de Medicina hacia el año 1948 con la llegada de la primera misión y hacia el año 1952 la reforma en la estructura del pensum se vio reflejada en el inicio de las cátedras de las llamadas ciencias básicas. <https://sites.google.com/site/historiadelaacademiamedicina/Home/flexner-y-su-modelo-flexneriano>

está seriamente cuestionada, por lo que debemos realizar análisis permanentes no solo en el diseño curricular sino en los medios para lograr un aprendizaje significativo que impacte en la población. (Botello, 2016 referenciando a Escobar, 2016)

En este sentido se podría afirmar, que en la actualidad hay un círculo problemático, en donde el médico no tiene donde hacer sus prácticas y no tiene un aprendizaje significativo, los pacientes exigen médicos con experiencia y que no practiquen con ellos colocando sus vidas en peligro, los empleadores exigen médicos más capacitados pero en muchas ocasiones no permiten las prácticas en sus instituciones por la presión ejercida por sus pacientes y los organismos de control no intervienen en acercar el sistema de salud al educativo lo que lleva nuevamente a que los médicos salgan sin la experiencia de las generaciones anteriores. Botello (2016).

Algunas conclusiones de los avances de los análisis realizados hasta el momento es el metaperfil del médico propuesto en el proyecto Tuning de Medicina para América Latina: “El médico general egresado de las universidades de Latinoamérica es un profesional integral con formación científica, ética, humanística y con responsabilidad social. Posee habilidades básicas en una segunda lengua y gestiona su formación continua. Entiende el proceso salud enfermedad desde los determinantes de salud y ejecuta acciones de promoción, prevención, atención, rehabilitación y cuidado paliativo al individuo, la familia y la comunidad, desde su diversidad cultural, en los niveles y ámbitos de atención nacional e internacional, en concordancia con el perfil epidemiológico y la evidencia científica disponible. Trabaja en equipo, participa efectivamente en el sistema de salud, acorde con el marco legal vigente, a través de la comunicación con el paciente, su familia, el equipo de salud y la sociedad en la búsqueda de la calidad de la atención” (Botello, 2016 referenciando a Hanne, 2013).

En este orden de ideas, también encontramos que los procesos de formación son permanente revisados no así los modelos de atención en salud. Las Escuelas tienen el deber de transformar el currículo acorde con las necesidades del entorno por competencias y evaluación. Esta formación, sin embargo se ve influenciado por los modelos de docencia servicio, en los cuales los docentes, en muchas situaciones, resultan circunstanciales por tener un contrato de servicios con una institución que recibe estudiantes” (Botello, 2016 referenciando a Escobar, 2016)

## **Escenarios Contemporáneos**

### **Proyecto Tuning Europa y América Latina.**

Ya hemos comentado sobre la importancia del proyecto Tuning y en este orden de ideas, vale la pena referir los datos aportados por Hanne (2013) en el proyecto. Veamos algunos aspectos a tener en cuenta:

#### ***Escenario demográfico.***

Se prevé inversión de la pirámide poblacional, con una población adulta mayor cada vez más numerosa, útil, productiva, con capacidad de aprender y seguir aprendiendo, que participa en las decisiones sociales. Se conjetura un periodo inicial de sobrepoblación por el aumento en la expectativa de vida y posteriormente disminución de las tasas de natalidad.

#### ***Escenario ambiental.***

Persiste un modelo económico consumista y utilitarista que depreda el entorno que lo rodea, que no respeta los intereses de las futuras generaciones, con profundización de las

problemáticas ambientales como son: el calentamiento global, la desertificación, el déficit de agua y la contaminación. Estos hechos amenazan la supervivencia del ser humano y de otras especies en la tierra. Por otra parte, los cambios climáticos llevarán al surgimiento de enfermedades tropicales en sitios donde habitualmente no existen.

### ***Escenario socio político y económico***

Existirá un aumento en el número de asentamientos subnormales, zonas de miseria o favelas, urbanos y periurbanos, y profundización de los fenómenos migratorios de jóvenes del sector rural al urbano en búsqueda de mejores oportunidades, debido a la excesiva centralización gubernamental de las soluciones sociales y por la pauperización del sector agropecuario, en parte debido a las políticas económicas que favorecen las importaciones y desprotegen la seguridad alimentaria en América Latina. La migración también se dará desde los países pobres hacia los países más ricos.

Es probable una reevaluación de los idiomas y de las fronteras de los mismos; el individuo que sólo pueda comunicarse en un idioma será considerado analfabeto y todo aquel que quiera tener una oportunidad tendrá que hablar varios idiomas, pronosticándose que uno de ellos deberá ser el mandarín.

### ***Escenario tecnológico***

La sociedad cada vez se apoyará y dependerá más de la tecnología de diverso tipo. La tecnología, a través de la generación de bienes, la mayoría superfluos e innecesarios en el contexto de la sociedad de consumo, expande cada vez más el ámbito de su poder, desentendiéndose de sus efectos sociales y medioambientales, bajo el pretexto de su neutralidad.

El reto para la ciencia que produce bienes y servicios tecnológicos será el cumplir su obligación ética, vincularse nuevamente a la cultura y liberarse de las metas que le fija el mercado. Los retos estarán en el uso correcto de estas tecnologías, las cuales deben ser respetuosas con el medio ambiente y la salud humana (tecnologías limpias) y con costos que las hagan accesibles a la mayoría de la población (especialmente en el área de la salud). Por otra parte, el rápido recambio tecnológico generará tensiones respecto a la velocidad con la que la legislación responda, generando problemas en el acceso y en el control.

El vertiginoso desarrollo tecnológico impactará en todos los ámbitos vitales del ser humano. Es difícil prever qué desarrollos específicos se darán, pero probablemente se orienten a facilitar la vida cotidiana, así como a algunas labores manuales e intelectuales del hombre. Algunas actividades humanas desaparecerán y serán reemplazadas cada vez más por tecnología orientada a reducir los costos y las posibilidades de error, así como a incrementar la velocidad de producción.

Se prevé un fortalecimiento tal de los ambientes virtuales y la velocidad de comunicación que para gran parte de las actividades laborales no sería necesario transportarse fuera del hogar o de la ciudad de origen. Esto cambiaría sustancialmente la forma en que las ciudades funcionarían y el estilo de vida del ser humano dentro de las mismas. Por supuesto que esta virtualización tendría también como consecuencia la deshumanización de gran parte de las actividades, por la falta de contacto directo y personal entre seres humanos (al menos a nivel laboral).

### ***Escenarios de investigación y educación***

La actividad científica continuará en expansión y se llegará a ésta más por las oportunidades que brinda que por una auténtica vocación; para la mayoría de los que se hacen

llamar investigadores el hacer ciencia continuará siendo un trabajo, un *medio* de vida. Ellos contribuirán ciertamente al progreso científico-tecnológico, y también a la sub-sub-especialización, llegando a la paradoja de la ciencia en soledad en un mundo globalizado.

La Universidad necesita transformarse en el espacio en el que se dé el dialogo entre estudiantes y cuerpo académico del que emerja una idea renovada de universidad que alimente el ansia de plenitud y felicidad. Porque de no ser así su razón de ser le será impuesta desde afuera y habrá perdido su esencia, al convertirse en instituciones intervenidas.

El hombre ha alcanzado un punto en la evolución en el cual sabemos mucho porque acumulamos información, pero comprendemos poco. El conocer ha aumentado en forma exponencial. Pero estamos empezando a sospechar que eso podría no ser suficiente. El *saber* es sólo una ruta. La otra, la menos transitada, es la del *entendimiento*. Con respecto a la educación médica más allá de las transformaciones que deberá tener acorde con los adelantos científicos y tecnológicos, requerirá transformar sus esfuerzos en la formación humanística de sus estudiantes, en la motivación en el desarrollo de capacidad para la comprensión y para el comportamiento autónomo, en armonía con las necesidades del entorno en el que ejecutará su profesión. Los grados de maestría y doctorado en medicina tienen que reorientarse al desarrollo de aspectos que enriquezcan y complementen el acto profesional del médico.

### ***Escenario de salud***

El ejercicio de la profesión médica ha sufrido radicales transformaciones en las últimas décadas, originadas por la confluencia de diversas tensiones, dentro de las cuales se destacan cambios en: los modelos de relación del Estado y el ciudadano, en lo que respecta a la protección de la salud (socialización de la medicina y medicalización de la sociedad), los sistemas de salud

(emergencia del paradigma económico, con el aumento creciente de los costos de la salud y la escasez de recursos, ante necesidades ilimitadas de los pacientes), la relación médico paciente (gobernada por el principio de autonomía y con la intermediación de un tercero pagador, con los efectos en la responsabilidad ética y jurídica que esto implica) y la acelerada producción de conocimiento. Paralelamente, se observan cuestionamientos del contrato de la profesión médica con la sociedad, debido entre otros hechos a la deshumanización y tecnificación en la atención de los pacientes<sup>1</sup> y al inadecuado manejo de los conflictos de interés en la relación agente principal (evidente en la relación con la industria farmacéutica y en el manejo de los eventos adversos).

La salud será redefinida como el estado óptimo de realización y bienestar, dentro del marco de la existencia de disfunción y discapacidad. Todos van a tratar de disfrutar su vida a pesar de llevar su enfermedad. El portar un diagnóstico clínico va a ser menos importante que aprender a vivir con ello. En la práctica médica, asistiremos a un incremento en el auto diagnóstico y a cambios en la susceptibilidad a las enfermedades, el estilo de vida, estilos de vida saludables y cuidado de la salud.

Emergerán nuevas formas de ejercicio de la medicina: de precisión, molecular, regenerativa, reparativa, de replazo. Se reestructuraran las Políticas de Salud Pública basadas en la salud familiar, con sistemas sanitarios organizados en red, con altos niveles de resolución y capacidad de referencia inmediata, la incorporación de los principios de segunda opinión, telemedicina, consulta virtual. Se requerirá de una mayor relación del empleo en salud con las buenas prácticas profesionales, con políticas nacionales de salud y con la capacidad de los gobiernos de establecer sistemas integrados de carácter nacional.

Será fundamental el entrenamiento en áreas de tecnología e informática, orientado a incorporar nuevas herramientas en el ejercicio clínico rutinario destinadas a obtener mayores beneficios y menores molestias para los pacientes. Aparecerán nuevos problemas derivados de la despersonalización y deshumanización de la medicina, y será necesario reflexionar profundamente sobre el quehacer de la medicina frente a los nuevos problemas que enfrentará la sociedad en términos de salud-enfermedad.

Aumentará el uso de servicios de salud bajo la modalidad de turismo médico, en la que se combinen costo y calidad. En educación médica se requerirá en las distintas carreras el establecimiento de sistemas de créditos y currículos flexibles que permitan o abran espacio para la especialización temprana y la movilidad global. Entre los países habrá pugna por captar recursos especializados, lo que conllevará una fuerte presión en materia de regulación de títulos y requerimientos de calidad para su entrega, así como a la mejora de los parámetros de formación, como un todo.

### **Universidad de Antioquia**

Desde el año 2000 la Facultad de Medicina de la universidad de Antioquia, desarrolla una transformación curricular que parte del modelo anterior a este año, que estaba concebido en un ámbito de una formación asignaturista, se reconocía la influencia inicial de la Medicina Francesa con un desarrollo particular de la parte clínica y de la semiología, posteriormente las misiones norteamericanas influyen en el diseño curricular además reconociendo los aportes del enfoque de Flexner y el impulso de las ciencias básicas y de la biología como causa fundamental del proceso que conduce a la enfermedad.

Este enfoque tradicional se consolida sobre la base del conocimiento fragmentado, disciplinar, con dogmatismo científico y tecnológico, apoyado en principios conductistas y positivistas; un elemento trascendente es que entran en juego los escenarios de práctica clínica hospitalaria, pero de otro lado se reconoce la necesidad de articular las ciencias básicas con las clínicas. En dicha universidad a finales del siglo XX se gesta un movimiento de renovación curricular porque se determina la necesidad de mejoramiento. Los principios esbozados en dicha renovación fueron la interdisciplinariedad, la flexibilidad y apertura curriculares, la pertinencia y un nuevo modelo pedagógico enmarcados en un proceso de formación integral, preparando los nuevos médicos en los campos de la promoción de la salud, de la prevención de la enfermedad, en el tratamiento y la rehabilitación, dimensionando estos campos transcurricularmente, partiendo de las fases del ciclo vital humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez, estos a su vez inmersos en un ciclo de fundamentación y un ciclo de profundización. (Villegas, 2007, p. 430)

De otro lado desde el punto de vista en referencia a las dificultades reportadas en el desarrollo de este proceso, en un trabajo realizado por el grupo de investigación Edusalud evaluando la transformación curricular se encuentra que la promoción y la prevención de la enfermedad, son más teoría que práctica, ya que algunos especialistas no saben integrarlo en su trabajo docente, y en otra perspectiva los docentes en muchas ocasiones se oponían a la transformación misma con resistencia al cambio que también se da en los estudiantes y que los sitios de práctica muchas veces están restringidos a los ámbitos hospitalarios sin lograr desarrollar los campos de promoción y prevención.

Además este grupo con un enfoque crítico y una mirada histórica se acercan a un modelo propio de evaluación en el que se plantean verificar el grado de cumplimiento del currículo propuesto, un currículo que consideran que está en construcción y en desarrollo, ellos partieron

de la construcción de unos documentos marcos que fueron diseñados desde lo epistemológico, desde lo filosófico y lo pedagógico, también se valoró la pertinencia social y académica del programa de Medicina de dicha Universidad. Se plantearon entre otras cosas la necesidad de ampliar el enfoque terapéutico y de trascender lo farmacológico considerando por ejemplo el manejo alternativo e inclusión de la botánica.

En ese trabajo se esboza que tienen un currículo flexible, pertinente y moderno, visto desde lo académico, desde lo pedagógico y lo administrativo, que ellos dividen en macrocurrículo, el cual es visto desde una formación integral y el microcurrículo, éste último con menor desarrollo en un marco de internacionalización que favorece la movilización de los estudiantes. Consideran que el currículo desde los intereses de las disciplinas debe dar respuesta a la complejización de la ciencia con relaciones de complementariedad. Se enmarca el currículo en lo interdisciplinar, cognitivista y problémico con retos y oportunidades a la práctica docente. Se enfocan la formación desde componentes nucleares: ciencias sociales y humanas y desde áreas de conocimiento: salud y sociedad o comunicaciones.

Ellos consideran que los campos de conocimiento son permeados por procesos de docencia, investigación, extensión y proyección social. En sus horizontes se busca una pertinencia científica, social y formativa, pero además también se plantean favorecer la interdisciplinariedad, los procesos de inducción y re-inducción. Se parte de nociones de integralidad en el sentido de un ser humano individual, actor social, con historia, como un ser biológico, con capacidades, con habilidades comunicativas, un sujeto de aprendizajes y desarrollo cultural para construir una serie de dimensiones: material, subjetiva y social, el objetivo de estudio del currículo son los aspectos de promoción, prevención, atención y rehabilitación, reconociendo que falta camino en el desarrollo de la investigación formativa.

En el desarrollo de ese trabajo elaboran una triada que está constituida por: currículo, pedagogía, didáctica y además surgen áreas y núcleos problémicos.

Pretenden en el médico el desarrollo de un pensamiento reflexivo, crítico, analítico y propositivo, el proceso de enseñar y aprender está enmarcado en estrategias activas y problemas, en la medicina se establecen contextos globales y locales con escenarios, clínicos, quirúrgicos y comunitarios. Elaboran un plan de mejoramiento enmarcado en selección, organización, distribución, articulación y proyección de la cultura académica en los ritmos de enseñar y aprender, competencias, perfiles pedagógicos, didácticos y curriculares.

Finalmente, Identifican aspectos que se consideran amenazas en el modelo como son: el desarrollo de un sistema de salud mercantilista alimentado por las industrias tecnomédicas y farmacológicas, otro aspecto es que en muchas ocasiones el médico general está formado por especialistas que posiblemente no lo acercarán al nivel de complejidad en el cual ejercerá, se requiere capacitar a los docentes en metodologías didácticas, también en investigación formativa, dificultades en garantizar la pertinencia social. Díaz, (2014)

### **Universidad del Rosario**

(Daza, 2010) aludiendo a Domínguez y González, quienes resaltan que la prolongada vigencia de un currículo es condición suficiente para analizar su pertinencia de desarrollo. Además, afirman que es fundamental que las transformaciones curriculares se propongan en función de principios científicamente fundamentados, con base en los desarrollos nacionales y mundiales de la educación superior en general, la educación disciplinaria en particular, las necesidades sociales, los escenarios laborales de los egresados, en coherencia con una necesidad de urgente satisfacción. Bajo esta perspectiva, López y otros plantean que la educación superior

“viene siendo desafiada a romper paradigmas que la colocan en una dirección de una formación con pertinencia social y coherencia con las directrices curriculares nacionales, o sea con las necesidades de transformación del proceso de formación profesional”. (p.75)

También es importante decir que, en el ejercicio de la revisión bibliográfica, hoy en día varios autores coinciden en afirmar que los procesos de renovación curricular se generan a partir de profundas transformaciones sociales y del conocimiento que impulsa el mundo globalizado; esto compromete a los programas de formación en Ciencias de la Salud de las instituciones de educación superior a profundizar el análisis de los alcances y las implicaciones que acarrearán en materia de formación de capital humano en respuesta a estos requerimientos sociales.

### **Universidad de Buenos Aires.**

En relación con el proceso de implementar la renovación curricular, la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, a través de la Secretaría de Asuntos Académicos, afirma: “Cuando hablamos entonces de cambio curricular podemos referirnos al cambio del diseño curricular, de lo que está escrito, podemos hablar del cambio de lo que es realmente enseñado o podemos hablar de un cambio en ambos”. Esta afirmación resalta distintas dimensiones de los procesos de renovación curricular: una podría orientar cambios solo a lo que está escrito, otra podría lograr cambios únicamente en lo que se enseña, y una más alcanzaría transformaciones tanto en lo escrito como en lo que se enseña.

Lograr cambios tanto en la propuesta curricular como en lo que se enseña es un proceso que compromete a toda la comunidad académica de una institución educativa, pues va más allá de una orientación o un lineamiento, proceso que demanda transformaciones en todas las áreas y las acciones de la vida institucional. En contraste, cuando la renovación curricular se focaliza en

una dimensión específica que no impacta objetivamente el conjunto de la organización, sus procesos, acciones y metas, generar y poner en marcha este proceso no generaría mayor preocupación. De Camilloni resalta la importancia de llevar a la práctica el trabajo de renovación curricular, pues es allí donde llegan a materializarse “las consideraciones prácticas [que] están en el centro de cualquier reflexión curricular”. (Díaz, 2010, p.75).

Así, entonces, es deseable que la renovación curricular se haga evidente en los procesos de enseñanza-aprendizaje. El currículo documentado aguanta todo, desde proyectos de escaso impacto hasta aquellos de gran envergadura que demandan transformaciones; por tanto, más allá de los cambios en la estructura organizativa y operativa y las modificaciones en los planes de estudio, es fundamental la innovación en las estrategias de enseñanza y de evaluación. La coherencia articulada de todos los componentes de un currículo y su apropiación por parte de los miembros de la comunidad académica asegura el éxito del proceso de renovación (Díaz, 2010, p.75).

### ***Escenario demográfico***

El aumento de la población adulta mayor tendrá un impacto en las estrategias de formación en pregrado y postgrado de las profesiones de salud, en especial en el de la medicina. La magnitud de las problemáticas de este segmento de la población excede el ámbito de la competencia de especialistas como los geriatras y los gerontólogos, y constituye un problema mundial, que requerirá mayor capacidad de los médicos generales y enfermeros, así como del resto del personal de salud.

### ***Escenario socio político y económico***

En relación con los asentamientos caracterizados por la miseria y el fenómeno de las migraciones externas e internas se requerirá reenfocar las acciones preventivas en salud en materia de delincuencia, deserción escolar y violencia doméstica. La salud mental cobrará un auge imperativo en su enfoque preventivo, así como el rol de los salubristas debido a su capacidad de impacto positivo sobre las condiciones de la salud poblacional y de las comunidades.

Los fenómenos de violencia requerirán cambios en las redes de atención traumatológica y de urgencias; así como para la atención de las secuelas, la rehabilitación y la reinserción laboral. De igual forma los infectólogos, la red de médicos consultores internistas y médicos de familia, requerirán entrenamiento específico para la detección de enfermedades re-emergentes, tanto las asociadas con los fenómenos de globalización y migraciones como las originadas en la resistencia a los antimicrobianos. Enfermedades como el HIV y otras, se prevé que en las próximas décadas sean de común manejo de los médicos generales.

### ***Escenario tecnológico***

Serán necesarios profesionales capaces de desarrollar tecnologías limpias, amigables con el medio ambiente pero también que a bajo costo generen beneficio, sean seguras y fáciles de usar. Dada la democratización del conocimiento y la avalancha de información con diferencias respecto a la evidencia científica en la que están soportadas, se requerirá de epidemiólogos y gestores de la información que puedan interpretar y seleccionar la información útil para la toma de decisiones en salud.

### ***Escenario de investigación y educación***

Es indispensable que los científicos se formen con una sólida base ética, de tal manera que ellos estén disponibles para hacer lo que se debe y no lo que se puede o lo que se quiere. En este deber hacer está contemplada su participación en equipos interdisciplinarios conformados para resolver grandes problemas. En el ámbito de la biomedicina, ellos serán los hombres, puentes que harán posible que los logros de la ciencia se traduzcan en terapia eficiente. Se requerirá de profesionales que sean capaces de entablar un diálogo productivo con otras áreas del conocimiento y que a través del trabajo transdisciplinario encuentren soluciones a los principales problemas que aquejarán a la humanidad, como son los problemas de sobrecalentamiento y contaminación del ambiente, energía limpia, problemas de salud (enfermedades crónicas e infecciosas), alimentación saludable y suficiente, etc. En el ámbito de la salud este será el siglo de la biología y sus profesiones afines, especialmente la genética.

### ***Escenario de salud***

El perfil epidemiológico que se prevé requiere de profesionales capaces de intervenir las secuelas relacionadas con las enfermedades crónicas y con las lesiones generadas por los fenómenos de la violencia y los accidentes. En este orden de ideas las profesiones y especialidades relacionadas con la rehabilitación (física y mental) jugarán un papel relevante. Los médicos deberán ser parte de equipos multidisciplinarios que incluyan todos los profesionales y tecnólogos de la salud.

Los médicos deberán pensar y actuar en términos de la economía médica, entendida ésta, no solo como una forma de hacer un buen diagnóstico, sino también de indicar una terapéutica asociada con la realidad del paciente y, por consiguiente, que éste pueda cumplir.

Algunas de las capacidades emergentes para el ejercicio de la profesión médica, aunque se resalta entre todas, la capacidad de anticiparse al futuro. Veamos las significativas, a criterio del investigador:

- ❖ Capacidad para adaptarse e intervenir en el proceso salud enfermedad durante la transición epidemiológica y tecnológica, desde su entendimiento como un fenómeno social, histórico y cultural, lo que requerirá conocimientos no solo en aspectos de las ciencias biológicas y exactas sino en las ciencias humanas y sociales, es decir de humanidades como la antropología, la ética, la sociología, la historia, el derecho, la filosofía, la psicología, la comunicación, etc.
- ❖ Capacidad para actuar acorde con la evidencia científica, lo que implica procesos de educación continua a lo largo de la vida, manejo de TICS y análisis del nivel de evidencia de las publicaciones.
- ❖ Capacidades éticas relacionadas con una ética ciudadana y una profesional. La primera implica el respeto al medio ambiente y un pensamiento responsable con las futuras generaciones. Desde lo profesional se requerirá de eficiencia, autocontrol, autonomía y altruismo.
- ❖ Capacidad para comunicarse y trabajar en equipo. Esto incluye la capacidad de dominar otras lenguas diferentes a la nativa.
- ❖ Capacidad de pensamiento crítico.
- ❖ Capacidad de comprender los fundamentos de la física, las matemáticas, la informática y

la biología molecular. Capacidad para entender los mecanismos moleculares de las enfermedades y la forma de intervenirlos.

- ❖ Capacidad para integrar los conocimientos básicos, clínicos, de comunicación y éticos.
- ❖ Capacidad de interactuar en el marco de la relación médico paciente con personas cada vez más informadas, autónomas y conocedoras de sus derechos.
- ❖ Capacidad de respetar las diferencias personales y culturales.
- ❖ Capacidad para entender la dimensión pública de la salud de las poblaciones, que le permita intervenir aspectos relacionados con la violencia y el abuso de sustancias psicoactivas. Debe ser capaz de hacer análisis epidemiológicos que le permitan orientar las intervenciones en el proceso salud enfermedad.
- ❖ Capacidad de intervenir en los problemas de salud colectiva e individual que se requieran y también poderse manejar con alta especialidad en sus respectivas ramas.
- ❖ Capacidad para actuar en grandes catástrofes.
- ❖ Capacidad para gestionar la calidad de la atención desde la interpretación de los resultados de la atención y el uso eficiente de los recursos de salud.
- ❖ Capacidad para gestionar y direccionar la movilidad de los pacientes y de los ciudadanos sanos a lo largo del sistema.
- ❖ Capacidad de liderazgo (en la sociedad, en las comunidades y dentro del sector salud) y de coordinación e interacción en espacios multisectoriales.

- ❖ Capacidad de evaluar y seleccionar tecnología costo efectiva.
  
- ❖ Capacidad de interactuar en el ámbito político y conocimiento de la política pública de salud.

### Capítulo III: Referente Metodológico

#### Enfoque investigativo

La manera de enfrentar la presente investigación se realizó desde la perspectiva Empírico Analítica con base en los postulados de la teoría crítica de la Escuela de Frankfurt. En este sentido, un enfoque es la mirada, postura y focalización que transversa el hacer las cosas, comprender las situaciones y dar cuenta de las comprensiones y posturas conceptuales y teóricas que corresponden a un fenómeno. En este caso, el enfoque Empírico Analítico permitió tomar una postura deductiva frente al fenómeno en cuestión, realizar descripciones, precisar conceptos y proponer comprensiones en torno a teorías pre-existentes. En esta perspectiva se pretende el dominio del fenómeno a investigar con la idea de ejercer control sobre las diferentes variantes posibles que lo puedan afectar.

#### Método

Un método es una manera general de intervenir una situación, fenómeno o problema. El presente estudio de carácter exploratorio, diagnóstico y descriptivo (Trayecto), permitió determinar las necesidades formativas planteadas conforme al objetivo de la presente investigación: Determinar las necesidades en formación médica, con miras a la formulación de un perfil profesional y ocupacional del médico egresado de la Universidad de Manizales, en el contexto de la formación actual. Se trata de una investigación naturaleza cualitativa, la cual se enmarca dentro de la parametrización propia del positivismo<sup>8</sup>. En este sentido, el método

---

<sup>8</sup> Positivismo: El término positivo hace referencia a lo real, es decir, lo fenoménico dado al sujeto. Lo real se opone a todo tipo de esencialismo, desechando la búsqueda de propiedades ocultas características de los primeros estados. Lo positivo tiene como características el ser útil, cierto, preciso, constructivo y relativo (no relativista) en el sentido de no aceptar ningún absoluto. <http://cibernous.com/autores/comte/teoria/biografia.html>

descriptivo permite dar cuenta del objeto de estudio en sus posibilidades deductivas y que por el énfasis cualitativo dirige la mirada a elementos emergentes e integrativos que le otorga una naturaleza particular a este estudio. En este orden de ideas, el método diagnóstico y descriptivo favorece la determinación de las necesidades planteadas a través de una técnica estructurada como lo es la entrevista predefinida y predeterminada, la cual estructura los interrogantes que serán resueltos a través de la técnica de los grupos focales.

Vale la pena insistir en que el método exploratorio, diagnóstico y descriptivo, es una combinación de carácter metódica, aplicado en la presente investigación permitió caracterizar la información atinente a la población objeto de estudio, dado que su objetivo fundamentalmente pretendía la adquisición de datos objetivos, precisos y sistemáticos que fueran usados para la determinación propia del objetivo de esta. En este sentido, la presencia de categorías previas empíricas, permitieron focalizar las necesidades diagnósticas en los interrogantes discutidos y consensuados en los grupos focales. Dicha metódica, permite una secuenciación de intervenciones, que a la luz de la perspectiva positivista de la ciencia natural y en este caso, de la ciencia social, no pretende el dominio a plenitud del objeto de estudio sino cercanía y proximidad con los datos y por ende con la información pertinente. Esta conexión y proximidad en los 3 pasos de la secuencia se conoce como “Trayecto”. Es preciso decir que no se debe confundir este concepto metódico con el procedimiento de la investigación, el cual pretende mantener un discurrir lógico y lineal en el proceder.

## **Técnicas**

Una técnica es una forma particular de intervenir una situación, fenómeno o problema, con el propósito de obtener información directa y en lo posible precisa y objetiva. En la presente investigación la técnica utilizada corresponde a los grupos focales.

### **Técnica de los grupos focales<sup>9</sup>**

En la actividad de grupos focales realizada en el encuentro de 2015 (Estudiantes, Egresados, docentes y coordinadores), se buscaba determinar las competencias para el médico de la Universidad de Manizales, teniendo en cuenta lo propuesto por instituciones como Ministerio de Salud, Ascofame y por el proyecto Tunning Medicina. Para tal efecto, se abordaron 6 interrogantes los cuales se trabajaron en cada grupo focal. Luego, mediante la técnica de la rejilla se socializó la información de los demás grupos. Se presenta la relatoría de uno de los integrantes de cada grupo focal, las cuales serían el insumo para la discusión, reflexión y acuerdos de base, que permitiera orientar los desarrollos curriculares del programa de medicina de la Universidad de Manizales.

De manera libre y espontánea, los participantes participaron activamente, realizaron sus comentarios y recomendaciones y de forma crítica y concertada se construyen las conclusiones. Estas serían el insumo necesario y esperado, los cuales a la luz de las diferentes posturas consultadas y teorizadas, permitirían definir y nutrir la información esperada.

---

<sup>9</sup> Grupos focales. La técnica de los grupos focales se enmarca dentro de la investigación socio-cualitativa, entendiendo a ésta como proceso de producción de significados que apunta a la indagación e interpretación de fenómenos ocultos a la observación de sentido común.

La intervención en los grupos focales constituidos giró en torno a los siguientes interrogantes:

**Grupo Focal No. 1:** pregunta número 1

¿Qué debe saber hacer bien un médico en su ejercicio profesional?

**Grupo Focal No. 2:** pregunta número 2

¿Cómo debe aprender el estudiante de medicina para adquirir las competencias requeridas en su vida profesional?

**Grupo Focal No. 3:** pregunta número 3

¿Cómo se debe enseñar al estudiante de medicina para que aprenda las competencias requeridas en su vida profesional?

**Grupo Focal No. 4:** pregunta número 4

¿Cuándo se debe enseñar al estudiante de medicina las competencias que requiere aprender?

**Grupo Focal No. 5:** pregunta número 5

¿Cómo nos enteramos que el médico hace bien lo que le corresponde hacer?

**Grupo Focal No. 6:** pregunta número 6

¿Qué características tiene un buen médico?

Es de anotar que, reuniendo en los grupos focales diferentes actores del sistema de salud colombiano y quienes intervienen en la formación del recurso, al igual que otros actores ya mencionados, los datos obtenidos allí y la transformación de estos en información útil y se logró dar forma investigativa y científica a esta, razón por la cual se somete a análisis cualitativo a través del Atlas Ti. Tal y como se comentó con anterioridad, cuando se contrasta con la teoría y las necesidades teóricas para construir las necesidades tanto en tiempo como espacio de la

formación médica, todo adquiere sentido. Los grupos focales, tal y como ya se mencionó en la unidad de trabajo, fueron constituidos por los siguientes actores:

- ❖ Directivos de la Universidad
- ❖ Docentes y coordinadores de Áreas del programa de medicina de la Universidad de Manizales
- ❖ Egresados del programa de medicina de la Universidad de Manizales (Egresados recientes y con más de 5 años de experiencia)
- ❖ Estudiantes del programa de medicina
- ❖ Representantes de Pacientes
- ❖ Gerentes y Directores de las Instituciones Prestadoras de Salud y de las Entidades Promotoras de Salud (o aseguradoras)
- ❖ Instituciones pares (Programas de Medicina de Colombia)

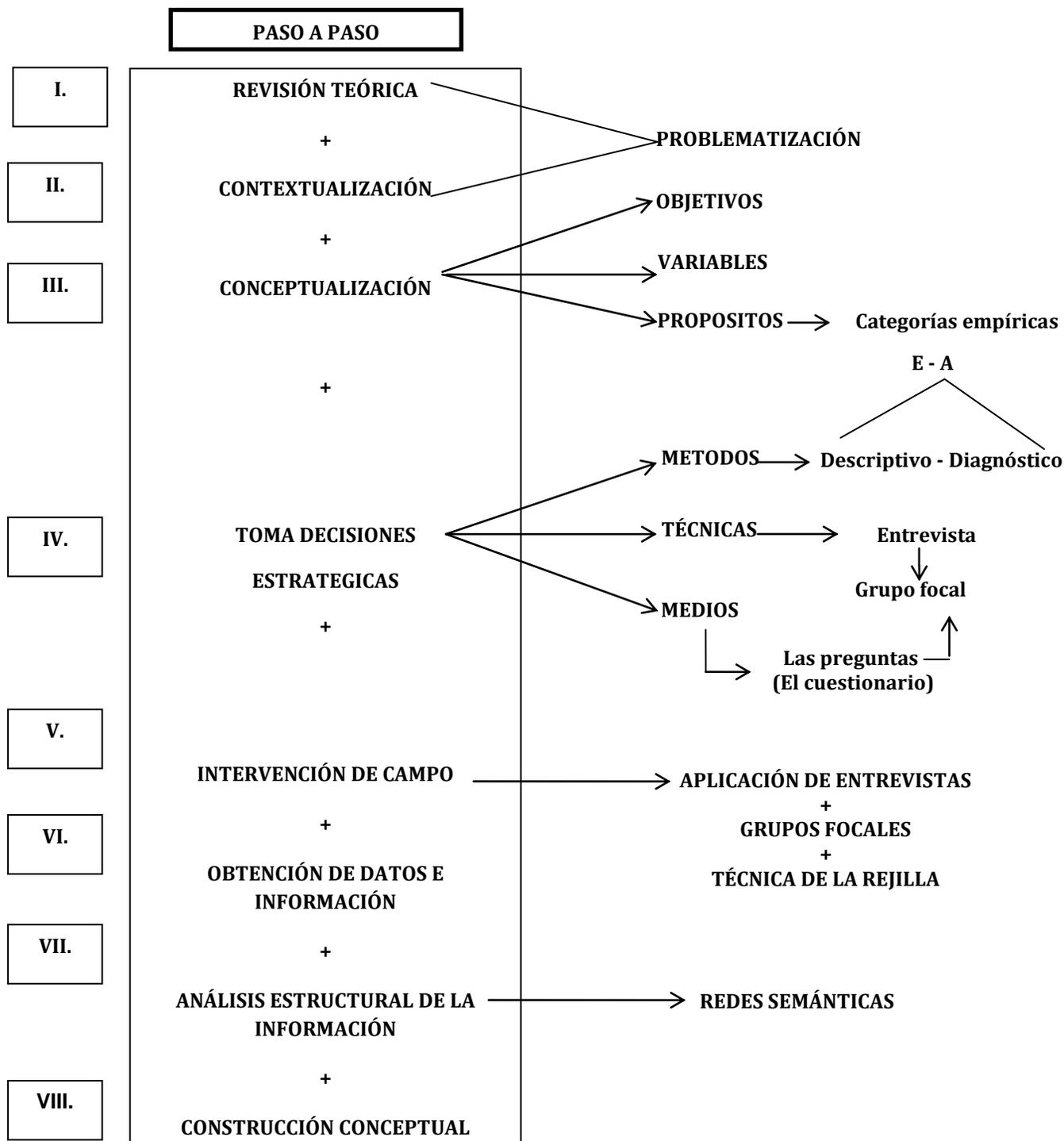
### **Medios o instrumentos**

Un instrumento de investigación es una herramienta de intervención directa, que este caso se aplica a los sujetos que intervienen en ella, con el fin de obtener datos que de manera intencionada se pretendían obtener. Este instrumento constó de 6 interrogantes debidamente validados, previamente por expertos en educación médica. El instrumento, cuestionario de interrogantes, fue el medio para las discusiones de los diferentes grupos focales, como ya se comentó. Se trató entonces de un instrumento utilizado para una medición en particular, lo que no descarta la posibilidad de seguirse utilizando.

**Procedimiento:**

El procedimiento realizado permitió el acercamiento paulatino al objeto de estudio. Este proceso se articuló a la metódica, es decir al trayecto, con el fin de mantener la coherencia en las intervenciones, al igual que llevar una lógica lineal que preservara la búsqueda pretendida en los datos y en la información. La participación voluntaria y decidida de los sujetos designados, se puede observar las diferentes fases del proceso de intervención de esta investigación, ya que no se trató solo de intervención en los grupos focales sino en la posibilidad de generar nuevos encuentros o de propiciar elementos estratégicos y conceptuales con respecto a las necesidades formuladas por los investigadores. A continuación se puede observar, el proceso investigativo efectuado, lo cual se muestra con el ánimo de dar mayor claridad metódica y procesual, veamos los momentos ejecutados:

**Procedimiento:** a continuación, se pueden observar las diferentes fases del proceso de intervención de esta investigación.



## Capítulo IV: Análisis Estructural de la Información

### Categorías Empíricas

El objetivo de la presente investigación fue determinar las necesidades en formación médica, a partir de grupos focales implicados en el proceso de la educación y atención médica, el entorno de la formación y la futura vida profesional, con miras a la formulación de un perfil profesional y ocupacional del médico egresado de la Universidad de Manizales. En este orden de ideas, se pretende determinar, cuales son los elementos necesarios que permitan a los procesos formativos perfilar un médico acorde con las necesidades del contexto, el ejercicio de la profesión médica y las condiciones sociales del momento. Por tal razón, se ha hecho tradición que una buena forma para determinar dicho camino, es trazando perfiles profesionales y ocupacionales que sirvan de ruta o de norte en los procesos educativos.

En la presente investigación, lo anterior se pudo determinar buscando cuáles serían las competencias necesarias y pertinentes para la formación y el futuro desempeño. Se buscó entonces armonizar a través de los grupos focales expertos en educación médica e igualmente expertos en la profesión que dieran cuenta del contexto. El centro de gravedad del diagnóstico estuvo en el campo de las competencias, intentando con ello, no sólo reconocer capacidades, sino saberes. De ello se pudieron determinar algunos saberes específicos y otros generales, e igualmente algunos relacionados con la parte humana y otros con el desempeño específico de la profesión. De lo anterior se obtuvo el siguiente perfil general, el cual posteriormente podrá ser categorizado en perfil profesional y ocupacional respectivamente.

## Perfil general esperado del médico de la Universidad de Manizales

1. Proactivo
2. Con capacidad de tomar decisiones
3. Con empatía
4. Investigador
5. Con habilidad comunicativa
6. Con capacidad de trabajo en equipo
7. Autoevaluador
8. Con liderazgo
9. Con tolerancia a la frustración
10. Solidario
11. Con capacidad para actualizarse permanentemente
12. Con dedicación y distribución del tiempo
13. Con competencias básicas
14. Cumplidor de tareas
15. Sujeto político
16. Con capacidad de relacionarse con el medio, el contexto y las personas
17. Honesto
18. Con buena redacción y ortografía
19. Con reconocimiento del otro
20. Con capacidad de narrativa
21. Con principio de racionalidad
22. Disciplinado

23. Persuasivo
24. Ético y con valores
25. Con capacidad de autoformarse
26. Con autocontrol
27. Crítico
28. Con capacidad de resolver problemas
29. Con capacidad de análisis y adaptación al contexto
30. Autónomo
31. Ser integral
32. Ser persona y ser humano
33. Con capacidad de intervención en casos prácticos (casos clínicos)
34. Ser docente

### **Perfil profesional.**

El médico como profesional egresado de la Universidad de Manizales, debe poseer todas las competencias generales que fueron nombradas con anterioridad, dado que toda profesión y en especial la profesión médica, atiende fundamentalmente la integralidad del ser. En este caso, se debe tener especial énfasis en las siguientes:

1. Proactivo
2. Con capacidad de tomar decisiones
3. Con empatía
4. Investigador
5. Con habilidad comunicativa

6. Con capacidad de trabajo en equipo
7. Autoevaluador
8. Con liderazgo
9. Con tolerancia a la frustración
10. Solidario
11. Con capacidad para actualizarse permanentemente
12. Con dedicación y distribución del tiempo
13. Sujeto político
14. Con capacidad de relacionarse con el medio, el contexto y las personas
15. Honesto
16. Con buena redacción y ortografía
17. Con reconocimiento del otro
18. Con capacidad de narrativa
19. Disciplinado
20. Persuasivo
21. Ético y con valores
22. Con capacidad de autoformarse
23. Con autocontrol
24. Crítico
25. Con capacidad de resolver problemas
26. Con capacidad de análisis y adaptación al contexto
27. Autónomo
28. Ser integral

29. Ser persona y ser humano

30. Ser docente

### **Perfil ocupacional.**

La profesión médica como ocupación, atiende fundamentalmente a la definición convencional de competencias que nos dice que esta es un saber hacer en contexto. En este marco de referencia, el médico debe saber hacer asuntos específicos relacionados con su profesión y que en las categorías empíricas aparece especificado lo siguiente.

1. Cumplimiento de tareas específicas y asignadas a su labor.
2. Competencias básicas: ser responsable, saber leer, ser puntual, tener capacidad de análisis, interpretar, con cumplimiento en asistencias y con buenas técnicas de estudio.
3. Con principio de racionalidad
4. Actuar en casos prácticos (casos clínicos de manera efectiva): saber educar, saberse retroalimentar y articular la teoría con la práctica

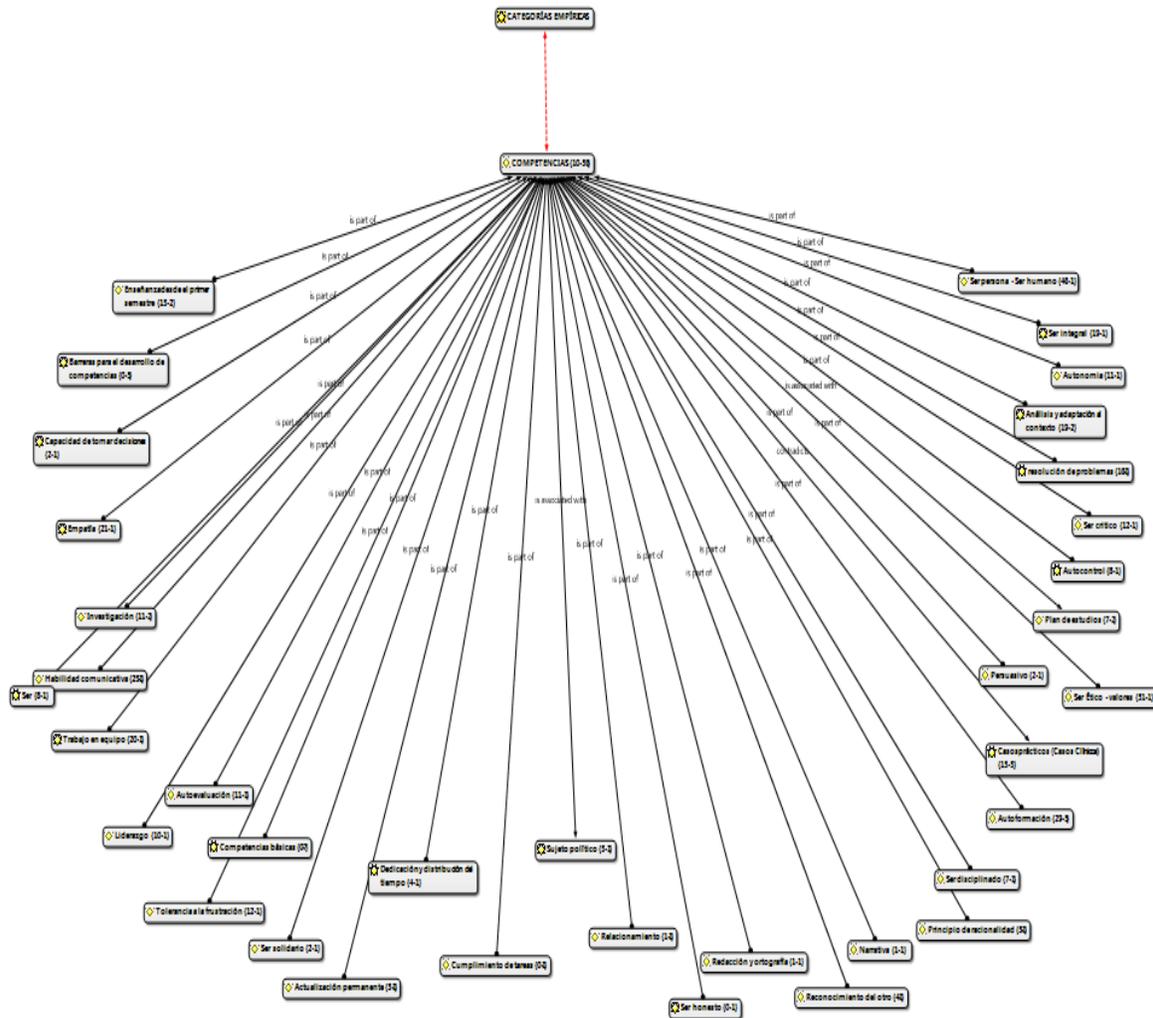
**Nota:** este perfil ocupacional, no está determinado ni planteado de manera independiente al perfil profesional. El concepto de perfil profesional en su extensión subsume el perfil ocupacional, la ocupación no excede ni sobrepasa la profesión. En este caso es importante tener en cuenta que la ocupación orienta las acciones específicas de carácter formativo sobre las cuales se debe hacer énfasis. Como lo observaremos en las categorías emergentes, las 4 competencias planteadas con anterioridad como saberes, también se hacen presentes en las emergencias de los grupos focales. De otro lado, llama la atención que en las categorías empíricas aparecen 5 elementos que no atienden en concreto el asunto de las competencias, pero que muestran algunas tensiones que afectan de manera sustancial el desarrollo de las competencias. Estos aspectos

tensionantes son los siguientes: barreras para el desarrollo de competencias, enseñanza de las competencias desde el primer semestre, el ser, plan de estudios y aumento de las horas prácticas. Como se puede notar estos elementos no intervienen en la determinación de los perfiles antes mencionados, pero si muestran un camino importante que debe ser tenido en cuenta en materia de formación.

En concordancia con lo dicho, vale la pena insistir en que cuando se habla de competencias, teniendo como referencia el saber, el concepto ser está inmerso en dicho saber. Es importante decir que el saber le sucede es al ser, al igual que el conocer y el hacer. Con respecto a las barreras para el desarrollo de las competencias a la institución y al programa, se le debe insistir en mejorar las condiciones planteadas en dicha categoría a saber: limitaciones en la red de salud, habilitación de centros de práctica y mejoramiento de la pedagogía de los docentes. De estos aspectos se insistirá en las categorías emergentes donde con toda claridad emergen las mencionadas necesidades.

Finalmente, se pudo observar que el elemento plan de estudios, sigue apareciendo de manera preponderante, no sólo en los grupos focales, sino en las emergencias, producto del análisis estructural de la información. La razón por la cual permanece en el imaginario, tanto de los estudiantes como de los docentes y empleadores el plan de estudios como la solución a las necesidades formativas es que existe la confusión entre este y el currículo. De otro lado se considera que dicho plan de estudios es la tabla salvadora de las necesidades y de las falencias que puedan existir en los desempeños y por ende en la formación de los médicos. Este asunto debe ser superado por una buena pedagogía, por un sistema de planificación coherente y por estrategias educativas efectivas y vinculadas al quehacer cotidiano de la profesión médica.





**Figura 2: Categoría Empírica 2**

## Categorías Emergentes

Una vez realizada la síntesis estructural de la información y obtenidas las redes semánticas<sup>10</sup>. A través de la intervención con Atlas Ti<sup>11</sup>, se pudo determinar que las categorías emergentes serían las siguientes a saber: procesos educativos en medicina, aprendizaje, currículo, didáctica, enseñanza, formación médica, saber hacer, universidad y capacidades. Es de anotar que la emergencia y las tendencias en el proceso investigativo, no se aparta de la idea central de buscar cuales son las necesidades de formación en la profesión médica en la Universidad de Manizales. En este orden de ideas, vale la pena explicar cada una de estas categorías emergentes en el contexto de la formación médica en un lugar específico, como lo es la Universidad de Manizales.

### **Procesos Educativos en Medicina.**

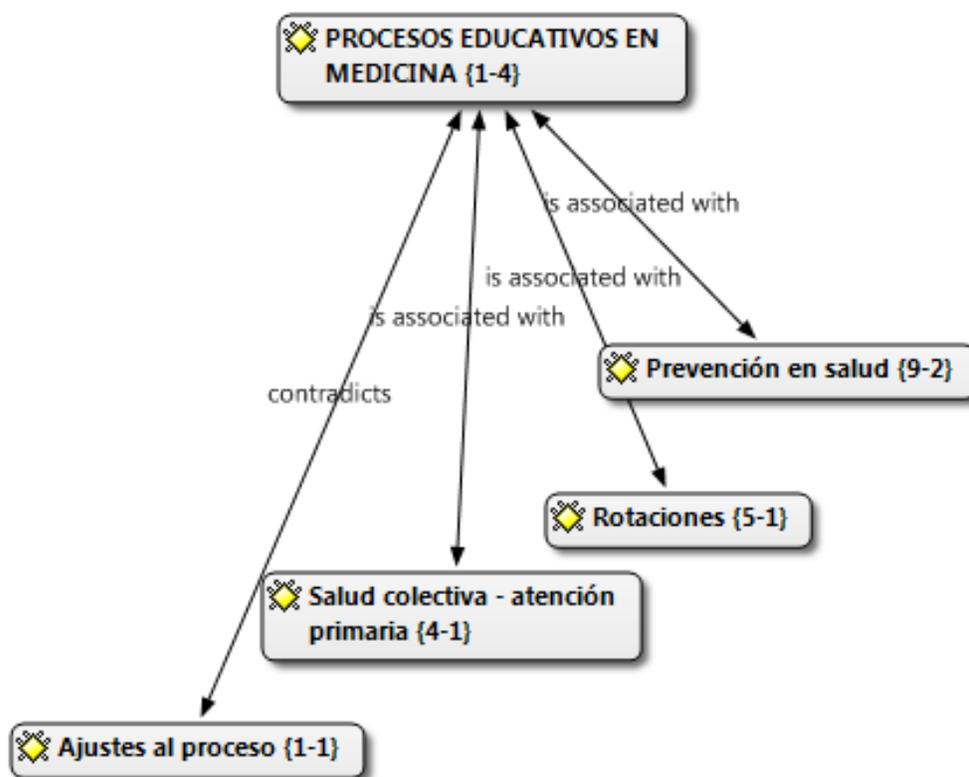
Si bien es cierto, el aprendizaje, currículo, didáctica, enseñanza entre otros son propios de cualquier proceso educativo, la emergencia de la información no lo muestra como tal, es así como es importante decir que los componentes naturales permanecen, pero que la síntesis estructural nos está diciendo que los procesos educativos en cuestión no están estructurados como tal, sino que están asociados con asuntos tales como: prevención en salud, rotaciones, salud colectiva y atención primaria.

---

<sup>10</sup> Red semántica: o esquema de representación en **Red** es una forma de representación de conocimiento lingüístico en la que los conceptos y sus interrelaciones se representan mediante un grafo. En caso de que no existan ciclos, estas redes pueden ser visualizadas como árboles. <https://www.google.com.co/#q=definicion+de+red+semantica>

<sup>11</sup> Atlas Ti: es un potente conjunto de herramientas para el análisis cualitativo de grandes cuerpos de datos textuales, gráficos y de vídeo. La sofisticación de las herramientas le ayuda a organizar, reagrupar y gestionar su material de manera creativa y, al mismo tiempo, sistemática. <https://www.google.com.co/#q=definicion+de+atlas+ti>

Lo que nos dice la síntesis categorial es que todo proceso educativo en medicina, deberá estar asociado con educar a los estudiantes en procesos de prevención, de salud colectiva y de atención primaria. Prevalece la idea de mantener la formación a través de rotaciones que, por tradición en educación médica, son de corta duración. También se evidencia que los procesos educativos en medicina en la emergencia categorial demanda ajustes al proceso como tal, de lo cual hay testimonio en la investigación en el resto de categorías que analizaremos a continuación.

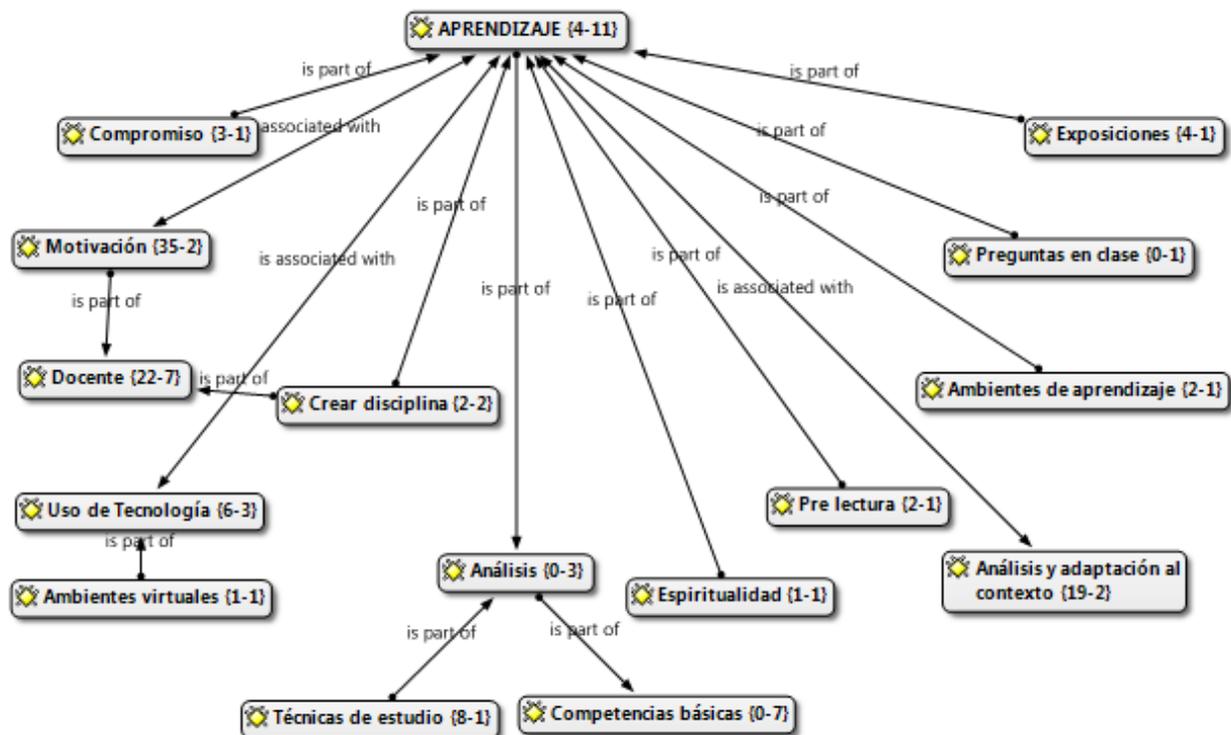


**Figura 3: Categoría Emergente. Procesos Educativos en Medicina**

## **Aprendizaje.**

Esta categoría está asociada con la motivación, el uso de la tecnología, los ambientes virtuales y análisis y adaptación al contexto. Está conformada por el compromiso, la creación de disciplina, la educación en el análisis, la espiritualidad, la pre-lectura, los ambientes de aprendizaje, las preguntas en clase y las exposiciones.

Si observamos los componentes de esta categoría, nos damos cuenta que sigue siendo muy importante el compromiso, la disciplina y la espiritualidad como elementos determinantes en el aprendizaje en los procesos educativos en medicina. Debe quedar claro que, si bien es cierto, el compromiso es un asunto inherente a cada persona, la creación de disciplina que, por tradición formativa en medicina, nace del autoritarismo y del maltrato, ha tenido un efecto directo en la formación. De otro lado los procesos de aprendizaje, están vinculados a generar capacidades de análisis y a tener buenos hábitos de lectura; estos dos componentes no son específicos de la formación médica, sino que hacen parte de todos los procesos educativos y de las competencias básicas que se debe tener para toda profesión. De otro lado los ambientes de aprendizaje, las preguntas en clase y las exposiciones no tienen que ver propiamente con la dinámica interna y natural del aprendizaje, sino con las condiciones que lo pueden favorecer. De todas formas, los dos últimos elementos han sido cuestionados, porque aparentemente si pueden favorecer el aprendizaje, siempre y cuando las condiciones de humanización, así lo permitan, pero está claro que preguntar en clase y realizar exposiciones son elementos restrictivos por los niveles de estrés que esto genera. También vale la pena decir, que las exposiciones no pueden remplazar la responsabilidad que el docente tiene para con los estudiantes.



**Figura 4: Categoría Emergente. Aprendizaje**

### **Currículo.**

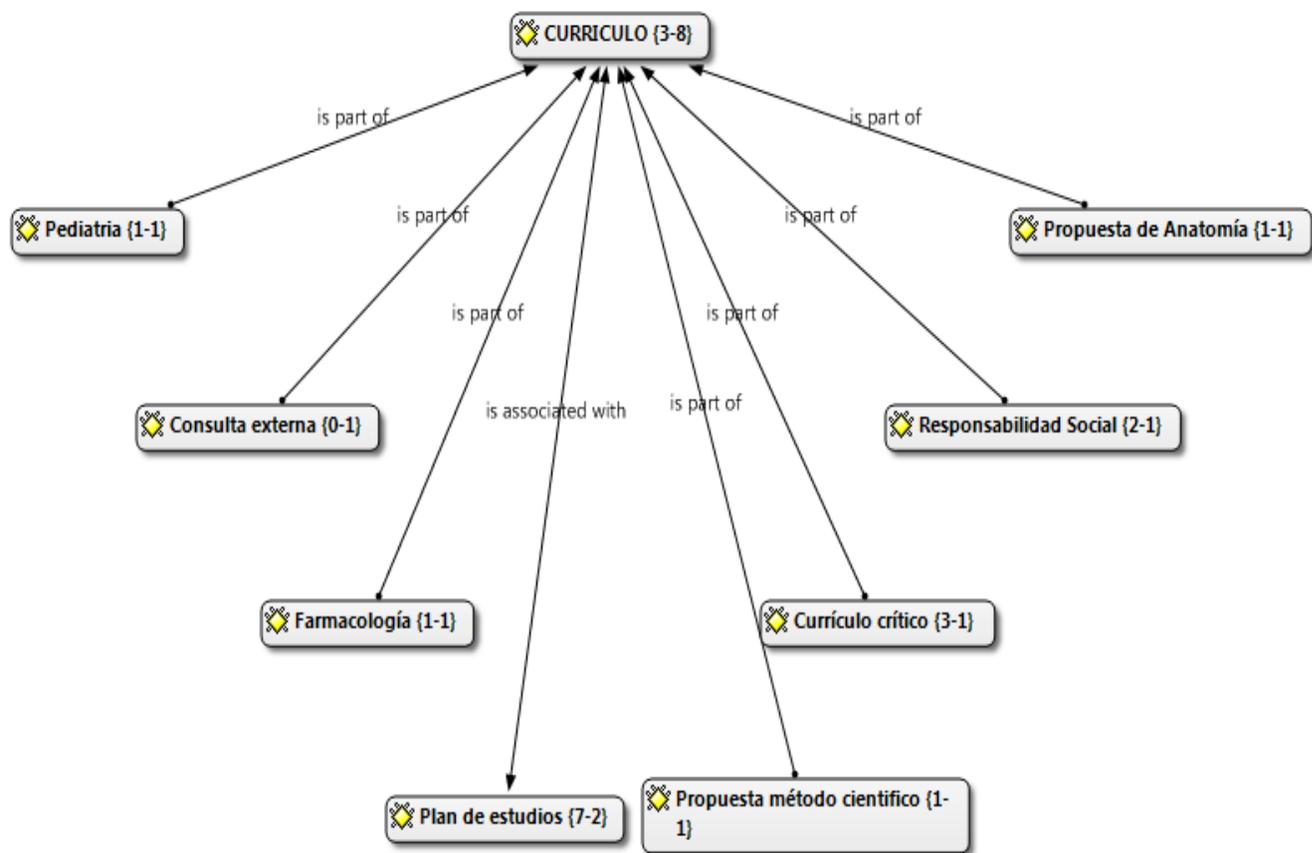
Existe una relación directa entre el concepto de curriculum y el de plan de estudios. No sólo es evidente dicha relación en este proceso investigativo, sino que, en el imaginario de los medios académicos universitarios en todas las profesiones, se ha considerado que curriculum y plan de estudios son equivalentes. De esta falsa idea, se han generado múltiples dificultades y prácticas erróneas en materia curricular, de allí nace la idea que todo debe ser enseñado y todo debe ser aprendido y que entre más se enseñe, más se aprenderá. De lo anteriormente planteado, también nace la idea que existe una relación directa entre el enseñar y el aprender, lo cual es falso y de lo cual quedan múltiples demostraciones.

Esta categoría está compuesta de los siguientes elementos a saber: pediatría, consulta externa, farmacología, método científico, currículo crítico, responsabilidad social y anatomía. De lo anterior se observa que algunos elementos constitutivos de esta categoría se reducen única y exclusivamente a asuntos relativos al plan de estudios. Este es el caso de pediatría, farmacología y anatomía. Si bien es cierto, estos componentes son importantes para el currículo, para el plan de estudios, valdría la pena sopesarlos en materia curricular. Es posible que dichos componentes sean necesarios de reformular en su estructura, dinámica formativa y procesos evaluativos.

Por el contrario, consulta externa, método científico, currículum crítico y responsabilidad social, si son elementos que nos muestran las necesidades de intervención curricular. No queda duda que la consulta externa, es un determinante clave en la formación médica a través de la experiencia. Es aquí donde se puede evidenciar la potencialidad alcanzada en los estudiantes a través de los procesos educativos; lo cual nos dice también que la experiencia directa da cuenta de las competencias esperadas en un médico. Por otro lado, el método científico se ratifica en la esfera curricular como un aspecto de gran poder formativo, dado su parentesco con los

desarrollos académicos propios de las ciencias médicas. La tradición médica, se ha constituido en torno al método científico en las ciencias naturales, lo cual contradice de cierta manera las prácticas médicas como un ejercicio social y comunitario. En este sentido, y en concordancia con lo dicho con anterioridad, la responsabilidad social es un elemento contundente en la conformación de esta categoría. Finalmente, hace parte de esta categoría el curriculum crítico, que más que un componente es una condición de la cual debemos hacer algunas consideraciones:

- ❖ Un curriculum crítico es aquel que se centra fundamentalmente en lo necesario y oportuno.
- ❖ El curriculum crítico decanta al curriculum tradicional de todos aquellos elementos innecesarios o que, siendo importantes no sería necesario enseñarlos.
- ❖ En la medida en que se centra la atención en aquellos asuntos que son indispensables en la formación, existen mejores posibilidades de aprendizaje.
- ❖ El curriculum crítico es aquel que pone de relieve aquellos asuntos problematizantes y problematizadores en la formación médica.



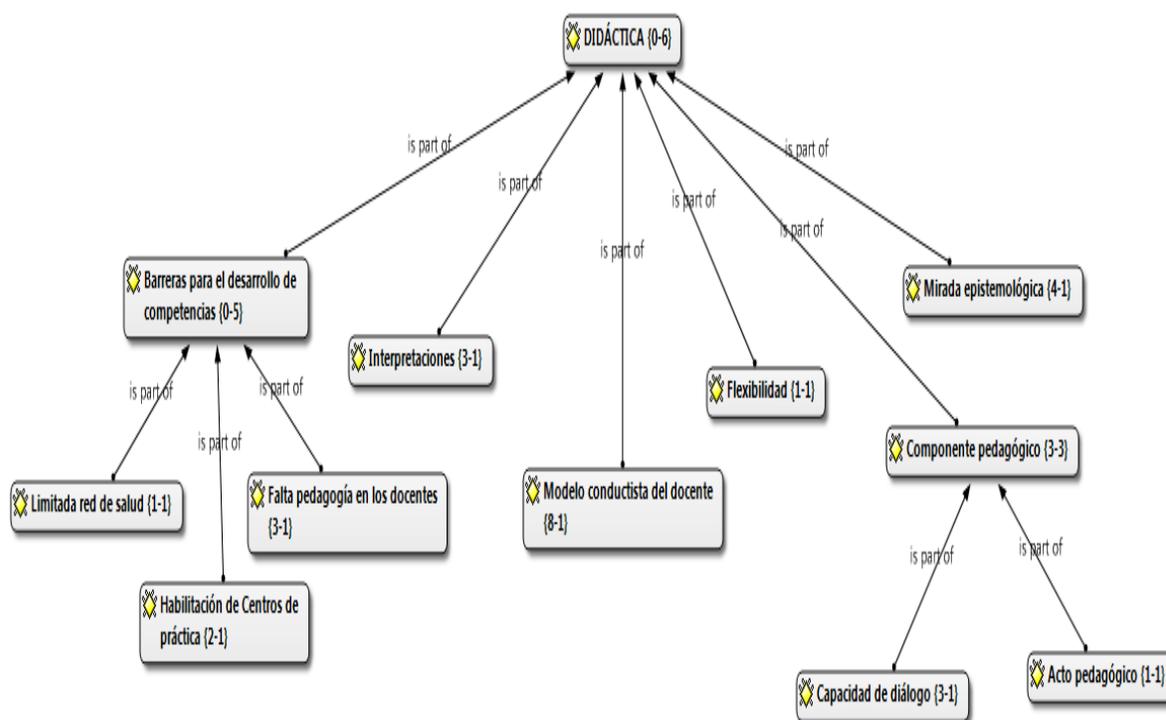
**Figura 5: Categoría Emergente. Currículo**

## **Didáctica.**

Los componentes de esta categoría emergente son los siguientes: barreras para el desarrollo de competencias, interpretaciones, modelo conductista del docente, flexibilidad, componentes pedagógicos y mirada epistemológica. Como se puede notar, algunos de los componentes propios de la categoría dan cuenta de su cualificación, más no de su estructura, lo que nos dice que el fortalecimiento o por el contrario su debilitamiento en este análisis estructural está determinado por un claro desconocimiento de lo que esta categoría significa. En este orden de ideas, podemos decir que las barreras para el desarrollo de competencias, el modelo conductista del docente, la flexibilidad y el componente pedagógico, son componentes que dan cuenta de las características de esta categoría. En este sentido vale la pena decir, que efectivamente la didáctica puede contribuir o, por el contrario, debilitar los procesos formativos. Tal y como se expresa es evidente que la didáctica que se practica en la formación de los estudiantes de medicina en la Universidad de Manizales, no permite o no favorece el desarrollo de las competencias esperadas. Esto concuerda con el modelo conductista que practican los docentes, dado que el diseño instruccional y la tecnología educativa de los años 70, fue agenciada por los programas de medicina en nuestro país, existe una clara concordancia entre las prácticas conductistas, la repetición, la memorización, la instrucción y la replicación de un modelo educativo que se agotó hacia los años 90, pero que como es evidente llegó para quedarse. El otro aspecto que vale la pena analizar es el componente pedagógico que según la categoría está determinado por dos componentes a su vez, la capacidad de diálogo y el acto pedagógico, lo cual ratifica como se puede notar en la barrera para el desarrollo de competencias que la falta de pedagogía de los docentes, es un elemento determinante en este componente de la categoría didáctica. De lo anterior da cuenta el debate que se ha venido generado entre la pedagogía y la

didáctica. A nuestra manera de ver las cosas, la didáctica hace parte de la pedagogía y es la pedagogía un importante determinante en su calidad.

La interpretación, flexibilidad y mirada epistemológica, son tres componentes de la categoría didáctica, en esta investigación que nos dice que, las prácticas en torno a ella se deben modificar en la formación de los médicos. Los procesos formativos deben permitir interpretaciones, deben ser flexibles y deben tener un fundamento epistemológico, dado el vínculo que estos tienen con el método científico y las ciencias naturales. En conclusión, la didáctica debe ser interpretativa, flexible y epistemológica, lo cual se convierte en un aporte importante en esta investigación al tema en cuestión.



**Figura 6: Categoría Emergente. Didáctica**

**Enseñanza.**

Como es bien sabido por todos, en los proceso formativos y educativos intencionados existe un vínculo directo entre el aprendizaje y la enseñanza. En torno al aprendizaje ya habíamos hecho algunos comentarios y vale la pena insistir en que no todo lo que se enseña, se aprende y que la enseñanza es un medio para tal fin; pero ello no quiere decir que la formación dependa única y exclusivamente de lo que se enseña.

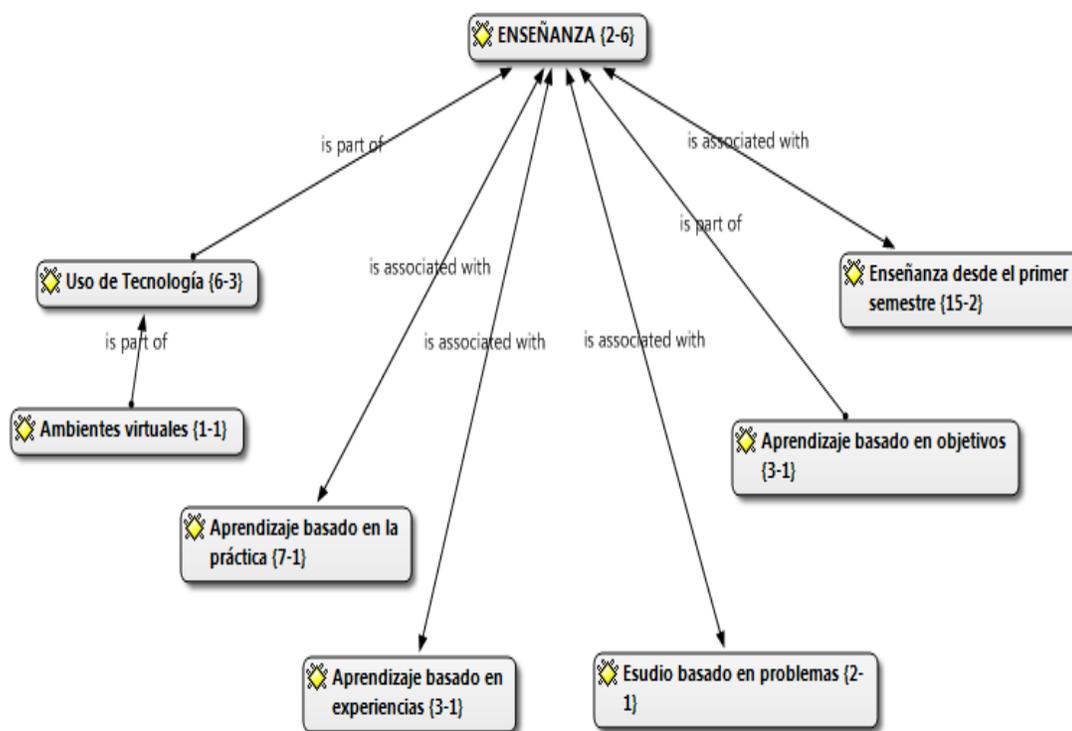
Esta categoría está asociada a 4 aspectos a saber: aprendizaje basado en la práctica, aprendizaje basado en experiencias, estudio basado en problemas y enseñanza problémica desde el primer semestre. De otro lado, esta categoría, sólo está compuesta por dos elementos a saber: uso de tecnología en ambientes virtuales y aprendizaje basado en objetivos.

Con respecto a los elementos asociativos a la categoría, vale le pena decir, que en este sentido hay aportes investigativos importantes que son importantes de resaltar. La enseñanza en medicina en la Universidad de Manizales, debe estar enfocada desde el primer semestre en asuntos prácticos, en experiencias directas y en problemas reales. Nos dice esto, que se plantea la necesidad de un modelo educativo centrado en asuntos reales, en experiencias directas y muy cercanas a la vida cotidiana que se vive en el mundo de la salud. Es decir, no debe existir de ninguna manera una distancia entre lo que se vive y la formación de los futuros médicos.

Con respecto a los dos componentes debemos tener en cuenta que el uso de la tecnología en ambientes virtuales se ha convertido en una estrategia y herramienta de primer orden dadas sus facilidades y posibilidades en los procesos educativos. La dificultad se presenta en que existe una transición generacional en el mundo tecnológico y que la presencia de los nativos digitales, ha generado muy buenas posibilidades en torno al uso tecnológico, pero para los inmigrantes digitales se ha convertido en una dificultad. Es evidente que algunos de nuestros docentes

presentan dificultades en el uso oportuno y educativo de la tecnología digital y de los medios virtuales.

Un componente que contradice lo anteriormente dicho, y el cual debe ser analizado con más detalle, es del aprendizaje basado en objetivos. Este componente puede haber aparecido en esta categoría, más por desconocimiento y convicción que por una postura crítica. La enseñanza y el aprendizaje por objetivos, es una condición sine qua non o indispensable de la tecnología educativa y del diseño instruccional, de los cuales hablábamos con anterioridad. La educación por objetivos no es una educación basada en la práctica, en la experiencia y en los problemas. Son modelos completamente diferentes.



**Figura 7: Categoría Emergente. Enseñanza**

### **Formación médica.**

Esta categoría está asociada a 3 elementos a saber: procesos de selección, formación en otras y creación de empresa. Sus componentes son los siguientes: servicio en IPS, debilidad en la calidad en salud, auditoría clínica, prevención en salud, mayor práctica en la forma de realizar procedimientos, investigación, sistema educativo, simulaciones como herramienta de práctica, hábitos saludables, integración básica clínica y débiles conceptos básicos de administración en salud.

Con respecto a los componentes asociativos, debemos decir que es generalizada la idea de transformar los procesos de selección de los estudiantes que ingresan a la Universidad a estudiar medicina y la selección de aquellos que han ingresado y que se convertirán en futuros médicos. De esto debemos decir, que existe en el imaginario universitario, que si se hace un buen proceso de selección con ello se garantiza que habrá un buen proceso formativo. Esto es una falacia y una trampa en la cual podemos caer fácilmente, dado que la formación es un asunto estrictamente personal y nada, ni nadie garantiza que se va a realizar con los ideales y los imaginarios que tenemos. Un buen proceso de selección genera tranquilidad en tanto, opera la selección natural, pero en términos generales es un proceso excluyente y atentatorio contra las posibilidades que deben existir en una población.

Con respecto a la formación en otras áreas, como en medicina alternativa y en el área administrativa o jurídica, la relación que se evidencia en esta categoría, nos dice que las prácticas médicas no están supeditadas únicamente al campo de la salud y a las áreas clínicas, sino que, dadas las circunstancias en el tiempo presente, las demandas se han diversificado, de ello da cuenta también el otro componente asociativo de la categoría como es la creación de empresa.

Dicho de otra manera, la formación en medicina amplifico sus necesidades con lo cual nos puso a pensar en que un médico hoy, no sólo es un educador preventivo, un clínico, sino un emprendedor y un administrador.

Los componentes categoriales que determinan la formación médica como categoría, los podríamos organizar en cuatro tendencias, las cuales serían las siguientes: plan de estudios, asuntos por resolver, énfasis formativo y contexto formativo. Lo que nos plantea esta categoría en el plan de estudios es que, la mirada debe estar centrada en el servicio, auditoria clínica, prevención en salud, investigación, hábitos saludables e integración básico clínica. Con esto observamos que el plan de estudios del programa de medicina de la Universidad de Manizales, debe estar centrado en los componentes anteriormente mencionados. Con respecto a los asuntos por resolver debemos decir que existen debilidades en la calidad en salud, al igual que en los conceptos básicos en administración en salud, lo cual también puede ser resuelto vía plan de estudios o convertirlos en componentes transversales del ejercicio curricular en la formación médica. De otro lado, debe existir mayor práctica en la forma de realizar procedimientos, incluir simulaciones como herramientas de prácticas, con lo cual, las intervenciones educativas mejorarían sustancialmente los procesos formativos y convertirían el plan de estudios en un componente curricular dinámico. Finalmente, con respecto al contexto formativo, debemos decir que la formación médica depende del enfoque que se le imprima y de las políticas del sistema educativo, al igual que lo que plantea el país en materia de salud. La formación médica hace parte del sistema educativo e igualmente del sistema de salud, con lo cual debemos tener presente que, existe una permanente tensión entre el contexto médico y de la salud y los procesos educativos que se han agenciado por tradición. Lo que es claro en formación médica, es que los



## **Universidad.**

La palabra Universidad no solo es una palabra, sino una institución de origen medieval, lo mismo que un concepto ampliamente difundido. Se considera la Universidad el mayor nivel de la formación en el sistema educativo, de allí que se piense esta en relación con la educación superior y para lo superior. En esta categoría emergente, se vincula a dos conceptos de larga data como lo es el médico ideal y la evaluación cuantitativa. Es precisamente en la Universidad donde se sueña y se formulan los ideales para la formación médica, se trazan perfiles profesionales, disciplinares y ocupacionales que de manera predeterminada permiten pensar dicha formación. También es notorio en la Universidad, encontrar el pensamiento paramétrico y dar cuenta del positivismo, el cual logró sus máximos desarrollos en el campo de las ciencias naturales y que en lo concerniente a la formación médica se ha visto reflejado, no sólo en lo que implica la tecnología educativa, el diseño instruccional y la educación por objetivos, sino en la equivocada manera de cuantificar los desempeños a través de lo que hemos conocido como las notas. Asociar la Universidad como categoría emergente a los conceptos de médico ideal y evaluación cuantitativa, no es otra cosa, que dar cuenta de su amplia tradición formativa en el mundo paramétrico.

Esta categoría, está constituida por los siguientes componentes: cultura organizacional, pensamiento crítico, instituto pedagógico, misión de Universidad, actitud de los directivos, brigadas, cancelación de semestre, discurso de inclusión y diversidad, reglamento universitario, educación diferencial y lineamientos curriculares. Como se puede observar dentro de estos componentes existen dos claras tendencias a saber: asuntos institucionales universitarios y enfoque formativo.

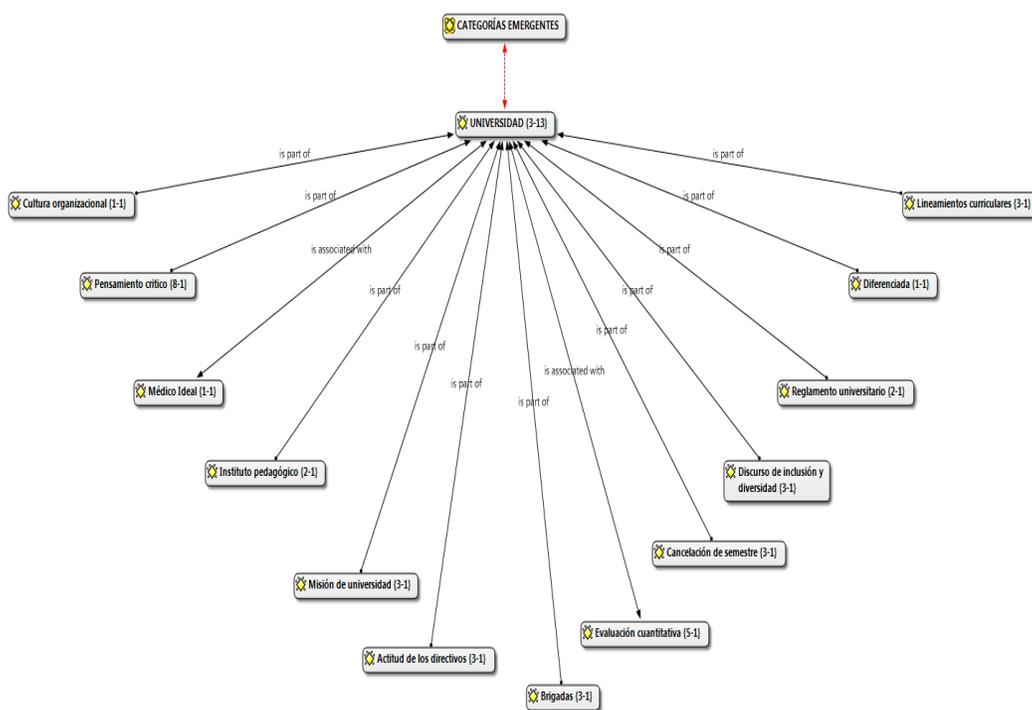
Con respecto a los asuntos institucionales universitarios, se observa que en los últimos años, la Universidad de Manizales se ha constituido en una institución con desarrollos importantes en lo organizacional, curricular, administrativo y financiero. Se observa en la cultura organizacional que esta, está centrada fundamentalmente en un sistema de planificación el cual se ha convertido en el norte para pensar todos aquellos asuntos en el campo educativo y administrativo. Esto nos dice que, la institución tiene claro sus principios, misión, visión y valores organizacionales; lo cual permite tomar decisiones, plantear y replantear acciones de carácter formativo en lo relacionado con la educación médica.

De lo anterior se observa la presencia del instituto pedagógico como aquel componente organizacional que es el que traza los lineamientos y las acciones educativas, curriculares, evaluativas y pedagógicas que la universidad debe tener, las cuales deben permear los procesos educativos en medicina.

Como se mencionó con anterioridad, existe una misión de universidad que traza el camino formativo en todas las facultades y que ha generado una actitud comprometida y responsable en todo lo atinente en los asuntos educativos y administrativos. Esto se observa en las decisiones tempranas y oportunas que se toman frente a decisiones preventivas y algunas de carácter reactivo. Esta es una institución proactiva, lo cual ha hecho que exista un reglamento universitario actualizado con atención a las necesidades contemporáneas; al igual que unos lineamientos curriculares que dan cuenta de aquellos asuntos que el país ha pensado en materia formativa.

Con respecto al enfoque educativo que la institución le imprime a la organización y que afecta la formación médica, es claro que existe consciencia en la formación del pensamiento

crítico, en las intervenciones educativas que permitan la inclusión y la diversidad y a su vez trazar el camino para una educación diferenciada. Lo anterior atiende de manera frontal, las dificultades que se han tenido en la tradición educativa médica, caracterizada por el autoritarismo, la exclusión, la selección natural y la represión. Estos asuntos han sido intervenidos desde lo institucional con algunos resultados importantes que han afectado positivamente, en este momento la formación médica en la Universidad de Manizales.



**Figura 9: Categoría Emergente. Universidad**

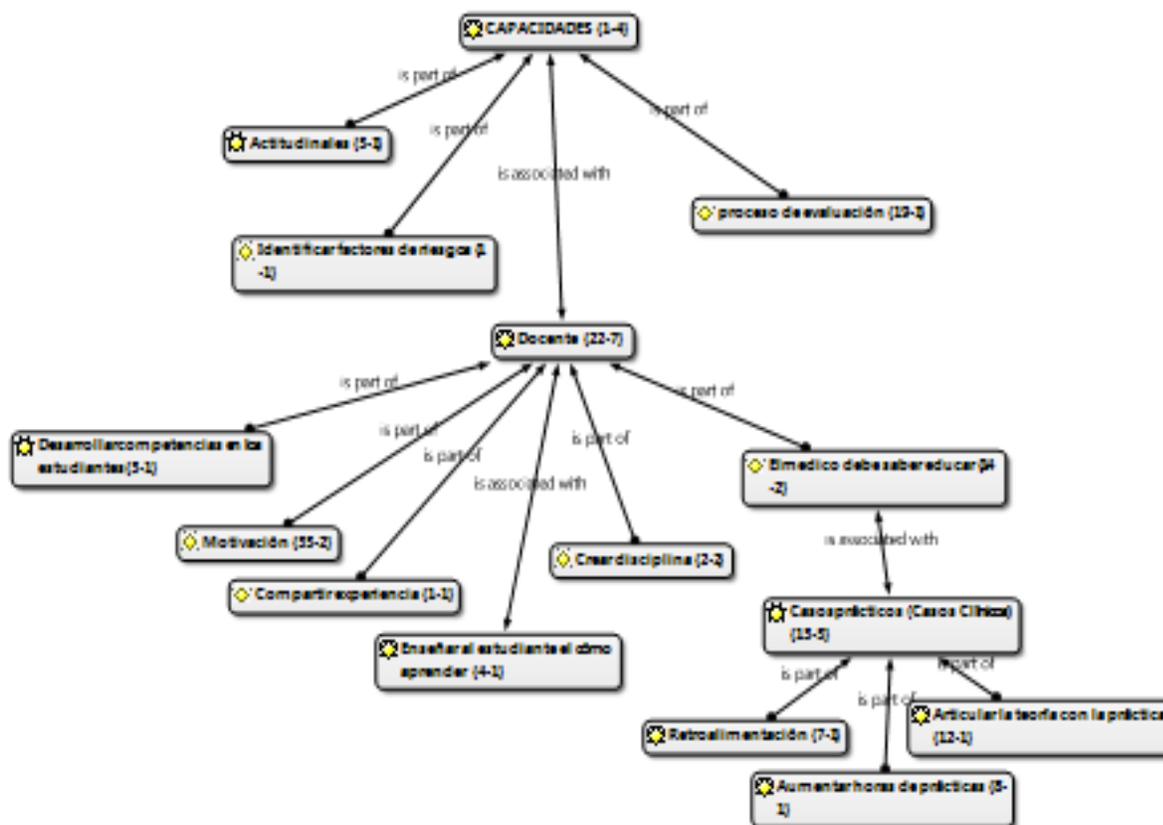
## **Capacidades.**

En el marco de esta investigación, las capacidades como categoría emergente están centradas fundamentalmente en el campo de la docencia, la cual a su vez está asociada a enseñar al estudiante como aprender. Sus componentes son: desarrollo de competencias en los estudiantes, motivación, compartir experiencias, crear disciplina y formar al médico en saber educar. Este último componente está asociado con la educación centrada en casos prácticos (casos clínicos) los cuales deben permitir una retroalimentación permanente en la formación, articulación de la teoría con la práctica y fomentar más actividades formativas de carácter práctico. En la categoría emergente capacidades, como ya se menciona, su relación con la docencia, nos permite tener claridad sobre asuntos que ya se han venido comentando en las otras categorías e igualmente ponen la mirada en que la formación médica depende sustancialmente del papel del docente, lo cual nos dice también que, para los estudiantes de medicina, la imagen positiva o negativa de estos juega un papel muy importante en la formación. El desarrollo de las competencias en los estudiantes al igual que la motivación y la disciplina de estudio, están determinadas por el énfasis que hacen los docentes en dichas conductas y desempeños; se ratifica entonces que el papel del docente es fundamental en la formación. También vale la pena mencionar que el compartir las experiencias profesionales médicas de los docentes a los estudiantes, se convierte en un referente importante en materia de formación, sin embargo se puede convertir, como en efecto ha sucedido en una fuente de antivalores y de construcción de una realidad desdibujada del papel del médico. Cuando la ejemplificación de las experiencias no se hacen en el marco de la formación de un médico general, sino de especialistas y especialidades, lo que se busca en la formación se convierte en deformación.

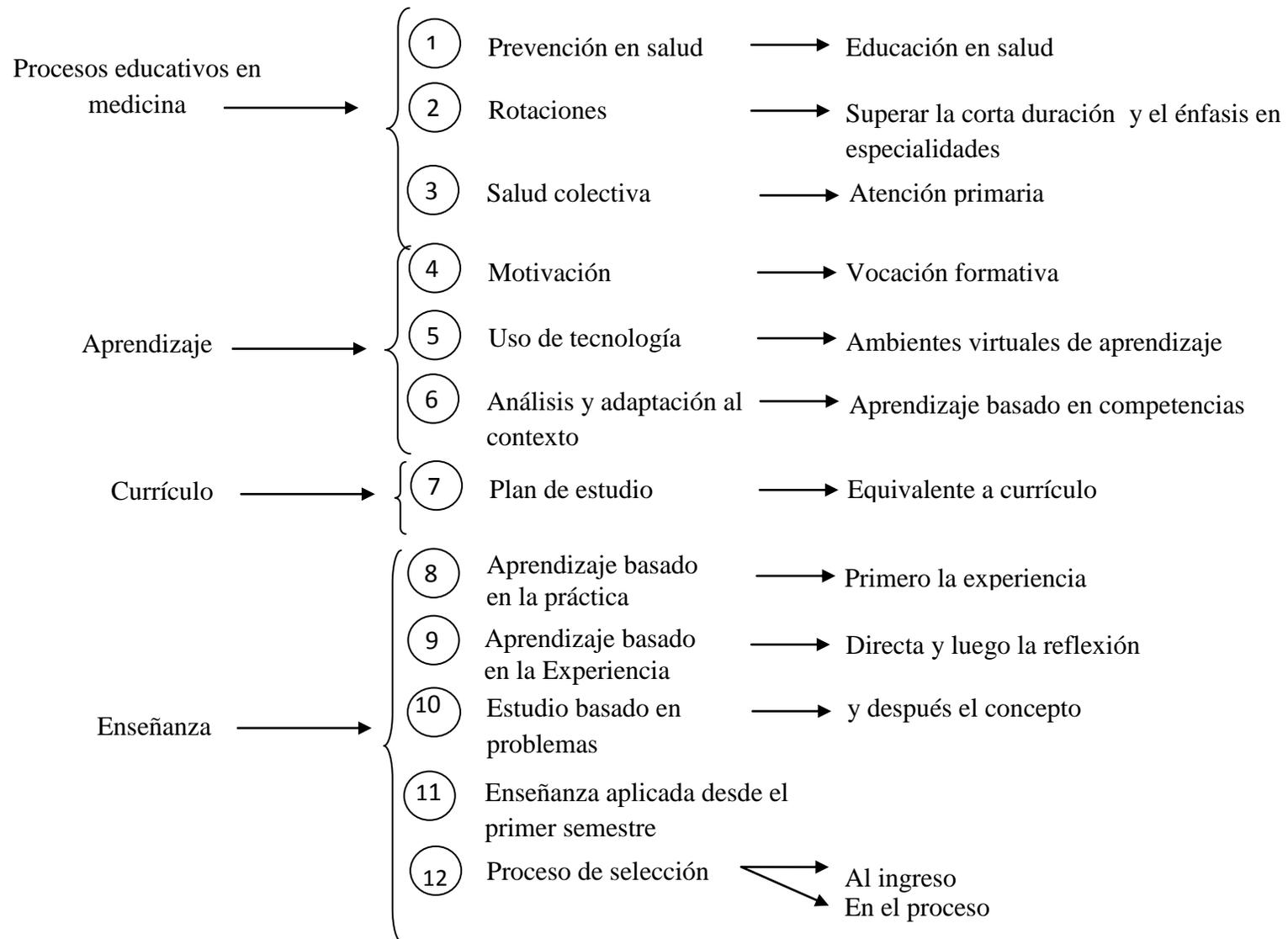
De otro lado, el profesional de la medicina que se dedica a la educación de nuevos profesionales en este campo debe saber enseñar. El desconocimiento de los procesos de aprendizaje en el ser humano, de estrategias educativas, de evaluación de los desempeños, de las pedagogías en medicina y porque no de aspectos relacionados con la didáctica, convierten a los docentes en este campo en discapacitados pedagógicos; lo cual es la causa de las equivocaciones que se cometen en materia formativa, dado que en términos generales un profesional no formado en educación, enseña de la manera como le enseñaron. Si esto es así, se aprenden antivalores, comportamientos no deseados, prácticas pedagógicas equivocadas y acciones violentas que finalmente los estudiantes replican con sus compañeros de semestres inferiores o las asimilan en la práctica médica.

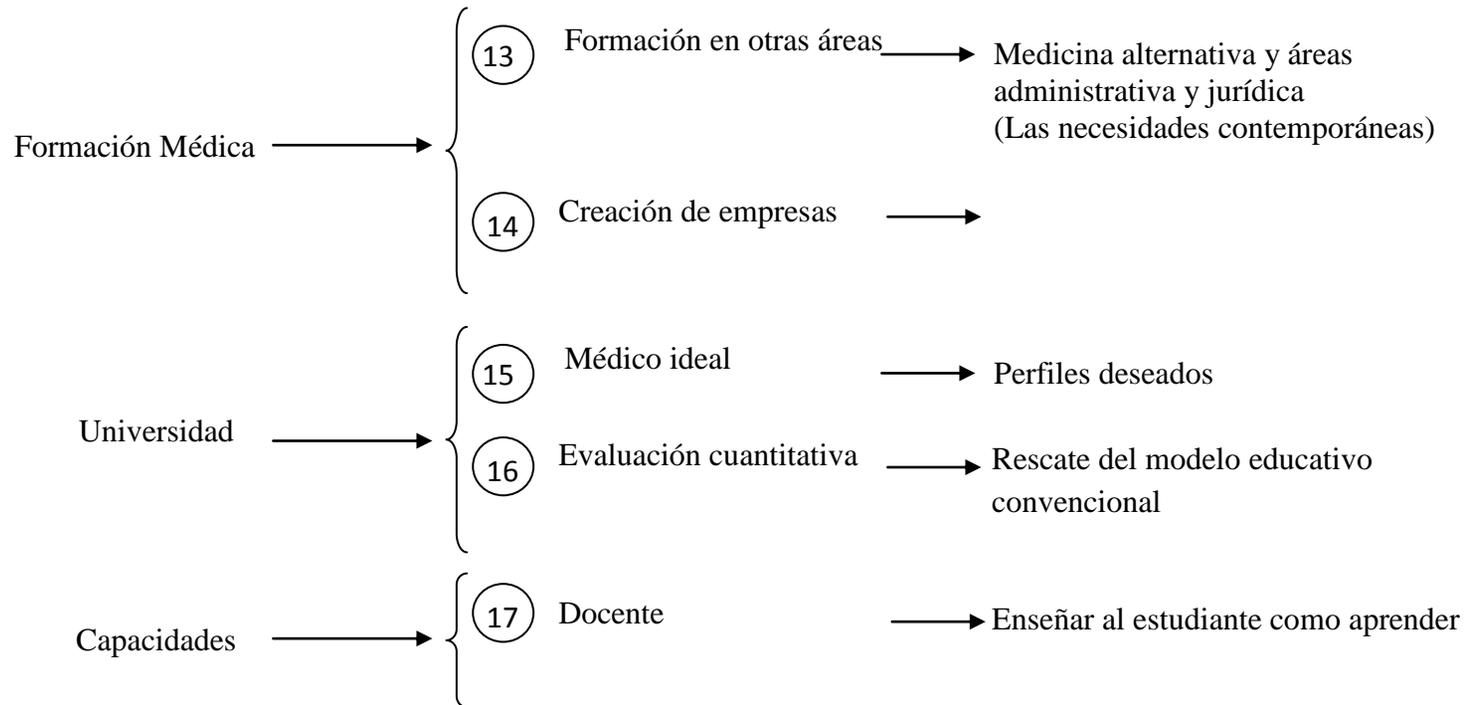
La categoría emergente capacidades, está compuesta fundamentalmente por tres componentes a saber: capacidades actitudinales, identificación de factores de riesgo y procesos de evaluación. Estos componentes son coherentes con lo que se ha podido observar en las categorías emergentes ya explicadas y es que la parte humana, es fundamental en la formación del médico, lo cual se ve reflejado en las actitudes positivas o negativas que estos asumen en su práctica médica. También nos dice la categoría que por tratarse de una profesión con un amplio sentido humanista, las buenas actitudes, no sólo favorecen la formación sino el desempeño profesional. De otro lado, se observa que el identificar factores de riesgo tanto en formación como en el desempeño profesional, es un elemento formativo necesario y sobre el cual existe una tendencia en la profesión médica. Finalmente, el desarrollo de la capacidad denominada proceso de evaluación, tiene que ver con la posibilidad para desarrollar diagnósticos certeros y efectivos, no sólo en el campo clínico y preclínico,

sino en lo preventivo, esto se asocia con el componente factores de riesgo, dado que la buena capacidad clínica de diagnóstico es un elemento fundamental en la profesión.



**Figura 10: Categoría Emergente. Capacidades**





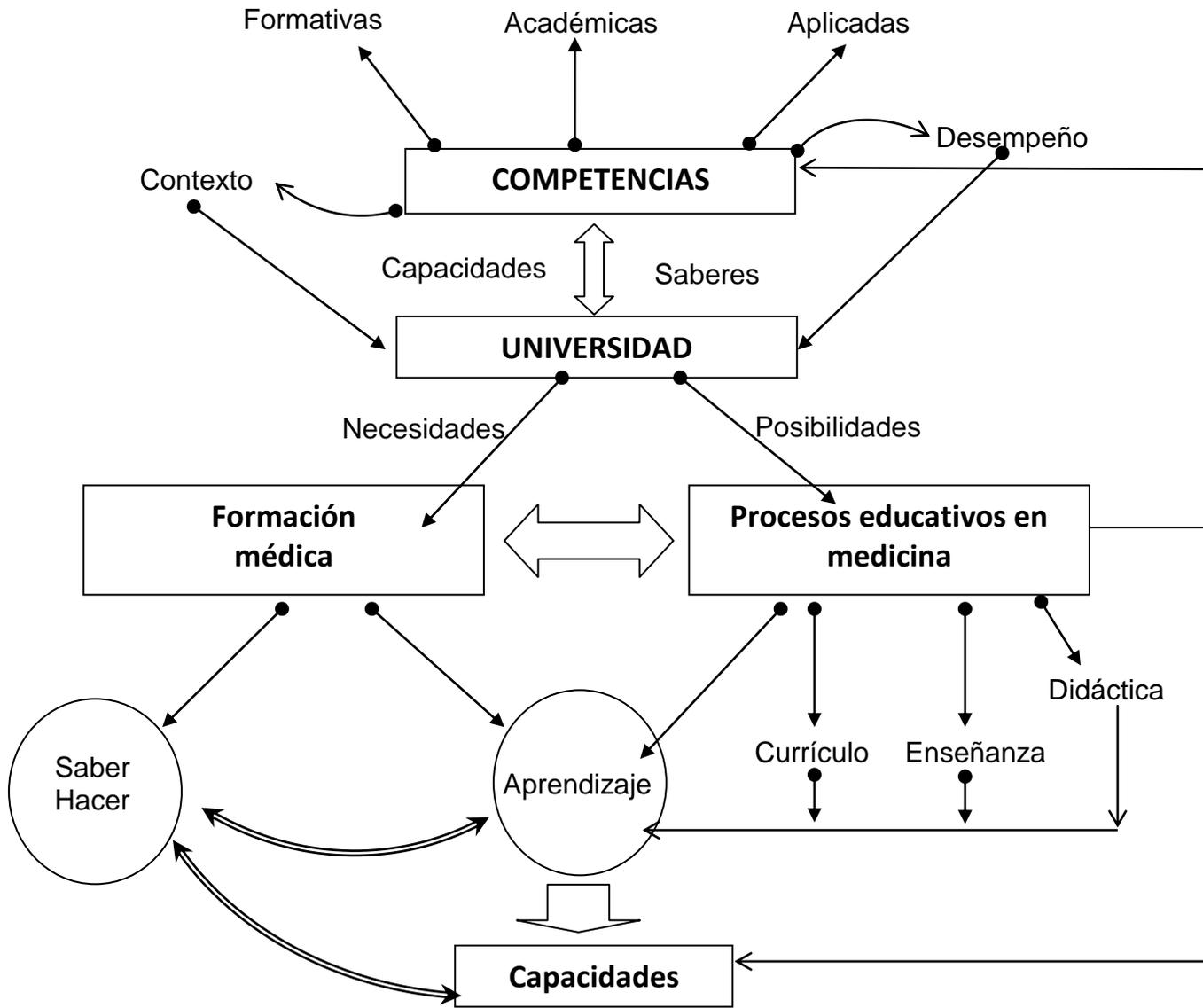
**Esquema 1: Asociaciones Catorce Internas**

Otro aspecto importante para tener presente en la síntesis estructural de la información, mal denominada análisis de la información en este caso, fue haber podido determinar una serie significativa de relaciones, las cuales permitieron mejores acercamientos, no sólo en la comprensión sino en la conceptualización y en la determinación de los perfiles esperados. A este respecto debemos precisar lo siguiente:

- a) Se insiste, como desde hace varias décadas, que los procesos educativos en medicina deben estar centrados en prevención en salud. Esto nos dice que el médico debe estar enfocado, no sólo en la formación general, sino que también debe ser un educador. Esto debido a que la base de la prevención está centrada en la educación del paciente, su familia y comunidad.
- b) Con respecto a los procesos educativos en medicina, especialmente en el campo clínico, es particular la realización de rotaciones cortas, las cuales buscan generar competencias inmediatas en los estudiantes en las diferentes especialidades y campos de desempeño. Es importante decir que dicha costumbre curricular y formativa, contradice la idea que el aprendizaje es un proceso de transformación de profundas implicaciones personales que comprometen el tiempo. El aprendizaje es un proceso de largo aliento.
- c) El aprendizaje es una decisión auténticamente personal. En este sentido implica a la persona en sus profundas aspiraciones, compromisos y motivaciones. De allí que las imposiciones y autoritarismo puede resultar una estrategia de inmediata aplicación y efectividad que, a largo plazo, se desdibuja y pierde su efecto. La motivación es un asunto de profundas implicaciones en el aprendizaje.

- d) El advenimiento de la era tecnológica digital y de los ambientes virtuales de aprendizaje han permeado todos los escenarios formativos, al igual que los laborales. En este orden de ideas, los procesos de aprendizaje son fortalecidos por dichas prácticas.
- e) La distancia que ha existido entre el mundo laboral, la sociedad, las comunidades y el mundo en general con respecto a los procesos de aprendizaje, nos dice que es importante rescatar la contextualización. El tiempo presente, nos dice que existe la globalización, la que está llegando a su fin, y que existirá cierre de fronteras y restricción de mercados. Esto nos debe llevar a pensar diferente, lo que pensamos hoy del contexto y sus implicaciones en la formación médica. El contexto es volátil y cambiante, lo cual implica también la formación.
- f) Uno de los errores en las concepciones formativas en medicina, tiene que ver con que el plan de estudios y el currículo son iguales. De allí que pensemos que todo debe ser enseñado y que lo no se enseña no se aprende y que existe una dependencia absoluta por el plan de estudios en la formación médica. El plan de estudios es la simple cristalización de los ideales formativos del currículo.
- g) Uno de los escenarios más cercanos al contexto son los problemas reales. Un problema es aquello que requiere intervención y en lo posible solución. Esto nos dice que los profesionales de la medicina se encontrarán problemas que enfrentar en su práctica médica y que estos requieren solución o intervención directa o indirecta. En este orden de ideas, la formación debe estar permeada desde el primer semestre por las experiencias directas o al menos simuladas y por prácticas conducentes al aprendizaje inmediato o por lo menos a crearles situaciones que los potencien a futuro corto. Enseñanza en experiencias vitales de aprendizaje

- h) Uno de los aspectos sobre los cuales se insiste en la formación médica, tiene que ver con la selección de los aspirantes a ser médicos. Sobre este asunto se discute en la actualidad, ya que se parte del supuesto para lograr la formación esperada y el desarrollo de las competencias necesarias, se deben poseer determinadas condiciones personales y académicas. La discusión sigue abierta....
- i) Para nadie es secreto que, en el campo de la salud, que la Ley 100 y que todo lo que implica la globalización, puso a pensar y a desempeñar en los profesionales de la salud de maneras bien diferentes a lo acostumbrado. De allí que las Ciencias de la Salud, fueran traspasadas por otros campos como la administración, la econometría, la mercadotecnia y la jurisprudencia; lo cual puso a los profesionales de la medicina en otros desempeños, a los cuales no estaban acostumbrados y mucho menos preparados. Hoy la formación y el desempeño, deben ser contextualizados en lo interdisciplinar y en lo transdisciplinar, es decir, no sólo deben saber de la profesión, sino de otras, igualmente complejas.
- j) En el imaginario de nuestra sociedad, sigue latente y de manera evidente, lo importante que es el médico. Sigue siendo importante su estatus. La sociedad sigue esperando de grandes cosas y excelente desempeño. Existe en el imaginario un ideal de médico, no se esperan malos desempeños y por el contrario, en lo personal y en lo profesional existen las mejores expectativas. Esto ha derivado en una fuerte preocupación, no sólo en los desempeños, sino en la formación. Razón por la cual se plantean perfiles ideales tanto en lo laboral como en lo profesional.



**Esquema 2: Síntesis conceptual integradora**

En el esquema conceptual de la página anterior, se puede observar que, en la relación entre las categorías empíricas y emergentes, se focalizan dos macro-conceptos que vale la pena resaltar, a saber: competencias y universidad.

Para el caso de la presente investigación, debemos clarificar que la formación médica acontece en los escenarios universitarios donde se busca que dicha formación sea el resultado de la identidad institucional donde se procura educación superior y para lo superior. Con esta idea, se constituyó la Universidad en el mundo y para el caso de occidente debemos decir que esta institución logró perfilarse de manera definitiva en los albores del siglo XXII. A partir de este momento la Universidad constituyó de manera progresiva y sin pausa, sus notas y funciones, las cuales permanecen en la actualidad. Sabemos de las notas que, a partir de ellas, la institución crea sus propias diferencias de las demás organizaciones de la sociedad. De allí que dicha institución sólo se parezca a ella a través de la autonomía, científicidad, corporatividad y universalidad. Esto nos dice que, para la formación médica en el escenario universitario, dichos profesionales que egresan de ella deben atender estas mismas notas que la diferencia de otros profesionales como también de otras personas que hacen parte de la sociedad. Por otro lado, la Universidad constituyó las funciones tales como: la investigación, docencia, extensión y servicio; las cuales son el vehículo que permite que la formación esperada se pueda lograr. A esto es a lo que se dedican las universidades como es el caso de la Universidad de Manizales.

Para el caso de la segunda macro-categoría, denominada competencias debemos decir que, si bien es cierto que el concepto se vincula de manera directa con la palabra competitividad, no se está hablando de lo mismo: Como se pudo observar en esta investigación, una competencia puede ser definida como un saber hacer en contexto o como una capacidad en acción demostrada con suficiencia. Está claro que dependiendo del enfoque se planteará la definición y que, a su

vez, también se definen los procesos educativos. La Universidad procura en la formación médica competencias de alto nivel que desde lo académico y lo integrativo se puedan transformar en competencias aplicadas en el quehacer profesional. En este orden de ideas, el contexto, la igual que el desempeño esperado, permean los procesos educativos intentando transformar las competencias formativas, ya establecidas en el estudiante, en competencias académicas y estas a su vez en competencias aplicadas.

De la macro-categoría Universidad, se derivan dos categorías emergentes ya conocidas como son la formación médica y los procesos educativos en medicina. Como se puede notar tanto la una como la otra, sólo ocurre en la vida universitaria a partir de las necesidades formativas y de las posibilidades educativas que tiene la institución y para nuestro caso la Facultad de Salud. Es este escenario en el cual pueden suceder los elementos formativos esperados y que en el tiempo presente están estrictamente relacionados con las competencias como aquel saber hacer en contexto, las cuales ya fueron determinadas como categorías empíricas y que a continuación serán armonizadas con las categorías emergentes. Se espera entonces que el futuro médico que egresa de la Universidad de Manizales, debe saber lo siguiente:

1. Resolver problemas propios de su quehacer profesional
2. Adaptarse al contexto
3. Ser disciplinado, no sólo en su comportamiento, sino en su quehacer personal.
4. Actuar de manera preventiva y ser un educador médico
5. Relacionar la formación básica con las experiencias clínicas y viceversa.
6. Aprender en la práctica.
7. Ser integral, armonizando los aspectos humanos con los profesionales.

Para que lo anterior pueda suceder, se observa la necesidad de ajustar el proceso formativo y la dinámica y estructura curricular del programa de medicina de la Facultad de Salud de la Universidad de Manizales. Dichas modificaciones deben estar centradas en cambios directos en el plan de estudios que modifiquen las siguientes dinámicas:

1. Transformar el modelo conductista repetitivo, mecánico y memorístico en una dinámica centrada en la problematización.
2. Centrar los esfuerzos curriculares y en el plan de estudios del programa en los asuntos estrictamente necesarios que afectan la formación. En este sentido estamos hablando de estructurar y dinamizar un currículo crítico
3. Centrar los procesos educativos y formativos en experiencia reales, casos prácticos, demostraciones y simulaciones cuando sean necesarias.
4. Modificar el plan de estudios del programa acortando la distancia entre las asignaturas básicas y las clínicas y aumentando la duración en las rotaciones convencionales que no dejan procesos de aprendizaje de larga duración.
5. Focalizar el plan de estudio en asunto relacionados, no sólo con los casos clínicos críticos, sino con la prevención y la educación.
6. Integrar la realidad de la salud en la región y en el país como experiencias de vida en la organización del plan de estudios, a través de asignaturas y áreas integradas que den cuenta de las necesidades reales de las personas, las familias y las comunidades.
7. Fomentar el aprendizaje a través de las prácticas directas de la medicina a partir del primer semestre de la formación, guardando las proporciones y posibilidades en la intervención.

Las categorías formación médica y procesos educativos en medicina, convergen en la micro-categoría aprendizaje. Quien aprende algo, no vuelve a ser la misma persona, lo cual nos

dice que para que esto ocurra se requiere de esfuerzos persistentes y focalizados en el objeto a aprender. En la medida en que se aprenden cosas, las capacidades se transforman, dando lugar a nuevos y mejores aprendizajes. Esto nos lleva a pensar que, en concordancia con lo dicho hasta el momento, es importante tener en cuenta que el currículo, las formas de enseñar y las didácticas paramétricas propias de la educación médica, deben estar permeadas por objetos de aprendizaje comunes. Esto nos dice que todos los docentes deben buscar los mismos aprendizajes y las mismas competencias y que desde el mismo ejercicio docente cotidiano, debe hacer identidad formativa. No puede ser que cada docente al igual que cada asignatura lleve un curso independiente de las demás, esto atenta contra la formación integral de los futuros egresados de la Universidad de Manizales

## Conclusiones

Algunas de las conclusiones sugieren afectar directamente el plan de estudios, mientras que otras atienden las perspectivas de formación del futuro médico y los procesos educativos.

Con respecto a la intervención en los procesos educativos se concluye que:

1. La enseñanza de la medicina en la Universidad de Manizales, se espera permita aprendizajes más efectivos a través de las experiencias formativas en medicina tempranas, la problematización permanente y las prácticas directas.
2. Superar la formación “Remitidora” a los especialistas ya que esto afecta negativamente la formación integral del médico generalista. El curriculum y el plan de estudios de la escuela de medicina de la Universidad de Manizales, no puede ser una sumatoria de especializaciones.

Desde la perspectiva del plan de estudios se puede concluir que:

1. El acercamiento de las asignaturas básicas y clínicas favorecerá positivamente el desarrollo de competencias aplicadas.
2. La modificación de las rotaciones pasado de rotaciones cortas a largas, favorecerá sustancialmente los aprendizajes y el desarrollo de competencias aplicadas al campo clínico.
3. Ampliando la perspectiva del plan de estudios al campo curricular, es importante decir que el curriculum de medicina de la Universidad de Manizales, debe ser: flexible, adaptado a las necesidades, evolutivo, que favorezca el desempeño laboral, transversal e interdisciplinar, aplicable y contextualizado.

Con respecto a los procesos educativos, se concluye que:

1. En la relación teoría – práctica, se plantea que no hay mejor teoría que una buena práctica. En este sentido, se concluye que la enseñanza debe estar centrada fundamentalmente en la práctica y las demostraciones.
2. Los procesos educativos deberán ser problematizantes y de temprana intervención experiencial que vinculen rápidamente a los estudiantes al campo laboral de la medicina

Se tornará indispensable la formación de médicos especialistas en atención primaria y médicos de familia, que transformen las estrategias de atención y que puedan obrar como consultores in situ para cada grupo o equipo básico de salud, de tal forma que se pueda afrontar la avalancha de enfermedades crónicas que se avecinará.

## Referencias Bibliográficas

- ASCOFAME. (2016). *Documento posición Pregrado, Especialidades Médicas y Educación Continua. Derivado de las mesas de trabajo de la XXXI Asamblea General Extraordinaria* de ASCOFAME. Bogotá D.C. Editor Ricardo H. Escobar Gaviria. p.7-8.
- Beneitone, P., Esquetini, C., González, J., Marty, M., Siufi, G., y Wagenaar, R., (2007) *Tuning. América Latina. Reflexiones y Perspectivas de la Educación Superior en América Latina*. Bilbao, España. Publicaciones Universidad de Deusto. p.26, 37, 40, 54.
- Borrell, R. M., (2008). *La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud*. (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2). Washington D.C: OPS, ISBN 978 92 75 32938 2. p.33, 40
- Botello, J. J., (2016) Estado del Arte: *La formación en simulación clínica basada en competencias del médico actual con base en el aprendizaje significativo*. Doctorado Educación, Universidad Católica de Manizales.
- Díaz, D., Gueorguieva, M., Arango M. E., Galindo, L., Gómez J., y Rúa, H., (2014). *Evaluación del currículo del Programa de Medicina de la Universidad de Antioquia. Aproximación a un modelo de evaluación Resultados de investigación*. Grupo de investigación EDUSALUD. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia. p. 7 – 17.
- Daza J. (2010). Renovación curricular en programas de ciencias de la salud y su impacto en las prácticas pedagógicas de los profesores. *Revista Ciencias de la Salud. Bogotá (Colombia)* 8 (1): 71-8.

- Ferry, G., (1991). *El trayecto de la formación. Los enseñantes entre la teoría y la práctica*. Barcelona. España. Editorial Paidós. p. 45.
- King, C.W., Robinson, J.W., (2004). Los nuevos profesionales. El seguimiento del Network Marketing como la próxima profesión de relevancia. Argentina. Editorial Time & Money Network Editions. p.7
- Hanne, C. (2013). El Proyecto Tuning Latinoamericano: la experiencia del área de Medicina Departamento de Educación en Ciencias de la Salud (DECSA), Facultad de Medicina, Universidad de Chile. *Revista Hospital Clínico*. Universidad de Chile. 25 (19), 5.
- (Hanne, C. (2013). El Proyecto Tuning Latinoamericano: la experiencia del área de Medicina Departamento de Educación en Ciencias de la Salud (DECSA), Facultad de Medicina, Universidad de Chile. *Revista Hospital Clínico*. Universidad de Chile. 25 (19), 2-3.
- Hanne, C. (2013). El Proyecto Tuning Latinoamericano: la experiencia del área de Medicina Departamento de Educación en Ciencias de la Salud (DECSA), Facultad de Medicina, Universidad de Chile. *Revista Hospital Clínico*. Universidad de Chile. 25 (19), 20, 21
- Nussbaum, M., (2012). *Crear Capacidades. Propuesta para el desarrollo Humano*. Madrid. España. Editorial Paidós. p.38
- OMS (2013). *Plan de Acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra, Suiza, Catalogación por la Biblioteca de la OMS. ISBN 978 92 4 350602 9. p. 9.
- Sánchez, M., et al. (2015). *Educación Médica. Teoría y Práctica*. Capítulo 17: Simulación en la educación médica. Editorial Elsevier.

Stiglitz, J.E. y Greenwald B.C. (2014). *La creación de una sociedad del aprendizaje*. Bogotá.

Ediciones culturales Paidós. p.12

Soros, G.; (2012). *Globalización*. . Bogotá, Colombia. Editorial Planeta. p.20.

Villegas, E., Arango A., y Aguirre C., (2007). La renovación curricular en el programa de

Medicina de la Universidad de Antioquia. *Revista IATREIA*. Vol. 20(4). p.430

Villegas E.M., Higueta, Y., Martínez, L., Henao, D. E y Yepes, C.E., (2013) *Percepción de los*

*egresados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia (2005-2007) sobre su formación en el pregrado*. IATREIA Vol 26(4): 437-446.