



Editorial

BUSCANDO LA IDENTIDAD EN LA FORMACIÓN MÉDICA: LA CORPAS Y SU CAMINO

Este ensayo pretende exponer la vigencia del pensamiento del doctor Jorge Piñeros Corpas en torno a su proyecto educativo en la Fundación Universitaria Juan N Corpas.



Para ello va a tomar como referente el excelente texto "La educación médica de posgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa", de la doctora Rosa María Borrell, escrito en 2005 y accesible en la dirección:

<http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/coleccionOPS/pub/pub61.pdf>

Como contexto hemos hecho un resumen del primer capítulo titulado "La educación médica en América Latina", excelente revisión de la doctora Borrell, invitando a los lectores a leer el artículo original por la solidez y claridad de sus ideas, reconociendo que nuestra interpretación puede equivocarse. Aun así, bien vale la pena que lo intentemos.

Este ensayo consta de tres partes:

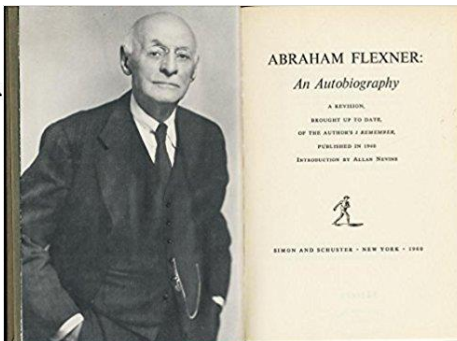
- El resumen de la doctora Borrell.
- La postura del doctor Jorge Piñeros Corpas a través de la interpretación de su texto "El Cirujano Internista".
- Unas propuestas y conclusiones que surgen de quien escribe.



Flexner: el primer gran referente

MEDICAL EDUCATION
IN THE
UNITED STATES AND CANADA
A REPORT TO
THE CARNEGIE FOUNDATION
FOR THE ADVANCEMENT OF TEACHING
BY
ABRAHAM FLEXNER
WITH AN INTRODUCTION BY
HENRY S. PRITCHETT
PRESIDENT OF THE FOUNDATION

<https://elinvestigador.files.wordpress.com/2013/06/flexner-report.jpg>



https://images-na.ssl-images-amazon.com/images/I/13kHqHqHqH._SY569_.jpg

Se dice que la historia es un péndulo que va y vuelve. A comienzos del siglo pasado, Abraham Flexner encontró en EE.UU. una situación muy particular en torno a la enseñanza de la Medicina. Una disparidad inmensa en torno a lo que se enseñaba y un negocio lucrativo privado. Identificó que la formación no solo era dispar sino que los profesionales que surgían eran altamente incompetentes. La doctora Borrell resume estas condiciones de la siguiente forma:

1. Exceso de producción de médicos mal preparados.
2. Exceso de facultades de Medicina más volcadas en el negocio que en la enseñanza.
3. Mala distribución de los médicos egresados (zonas abandonadas).
4. Mal entrenamiento en las prácticas.

Las recomendaciones

Se pueden resumir en dos:

1. La formación médica ha de estar basada en el conocimiento científico.
2. Las facultades han de ser comparadas y acreditadas y, en lo posible, vinculadas a una universidad. Aquellas que no cumplen con esos requisitos, han de ser cerradas.

No duda Flexner en afirmar que la educación médica ha de basarse en los laboratorios, que las prácticas médicas han de hacerse en el hospital y que cada profesor ha de ser un experto en su área.

La concepción de Flexner

No es poca cosa lo que propone el educador Flexner. Enfoca a la Medicina hacia el positivismo (ciencia) y considera que ha de ser enseñada bajo ese rigor. Plantea la ciencia biológica, la necesidad de la forma matemática en su lenguaje, el ejercicio y el análisis. Me atrevo a proponer que ve la Medicina más como ciencia que como arte y cree, que al asumir la ciencia, la posibilidad del beneficio para los pacientes es mayor. Por ende, cree que la educación de los estudiantes ha de estar basada precisamente en darles todas las herramientas para que apliquen el método científico en su ejercicio.

En tal sentido, propone la creación de departamentos donde se aborden determinados conocimientos en forma integral (ciencias básicas y clínicas) y dirige todo el esfuerzo (de seguro por el momento) a tratar a los enfermos, razón por la cual el hospital se convierte en el escenario clave. El clínico que se produzca será el reflejo de la calidad de la facultad. ¿Quién debe enseñar? El que más sepa, con lo cual considera que el especialista es el más idóneo profesor de las clínicas.

Consecuencias de su informe

La inclusión de las "ciencias básicas" en los programas y la unión de los hospitales con las universidades, conllevó, sin duda, el ascenso de la calidad de los profesionales. Se cerraron numerosas facultades por no cumplir con la formación médica que Flexner planteó.



Desde la pedagogía



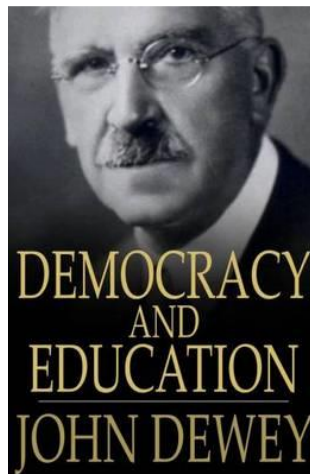
Si bien promueve los laboratorios con insistencia como fuente de confirmación del método científico, resalta como aspectos pedagógicos:

- La necesidad de vivir y demostrar (confirmar) experiencias a través del laboratorio y de las prácticas.
- El ejercicio práctico donde se entrena a través de prácticas guiadas es la columna vertebral de su formación.
- Libros de texto guía como una estrategia de recopilación, ordenamiento y cuestionamiento, que se deben actualizar constantemente. Por así decirlo, promueve la publicación del actuar médico.

Dewey y su pedagógica

En su excelente texto, la doctora Borrell considera que el filósofo John Dewey tiene una gran influencia al proponer el papel del estudiante, donde lo que él quiera aprender es clave y determinante, impulsando el "aprender haciendo". Propone que las personas solo aprenden lo que les parece útil y, por ende, esto ha de usarse en la formación de los médicos (que vean la utilidad de lo que hacen a través de los resultados en sus pacientes). Probablemente este impulso de Dewey se encasilla en esa concepción conocida como la escuela activa[‡]. Proponía:

1. Que se exponga al estudiante ante una situación o problema.
2. Que analice la situación.
3. Que proponga soluciones y que comprenda que está en sus manos el contribuir a resolver el problema.
4. Que pueda comprobar y aplicar su propuesta y vea por él mismo la validez de la misma.



<http://peuma.unblog.fr/files/2012/06/dewey1.jpg>

La administración de la enseñanza: El currículo.

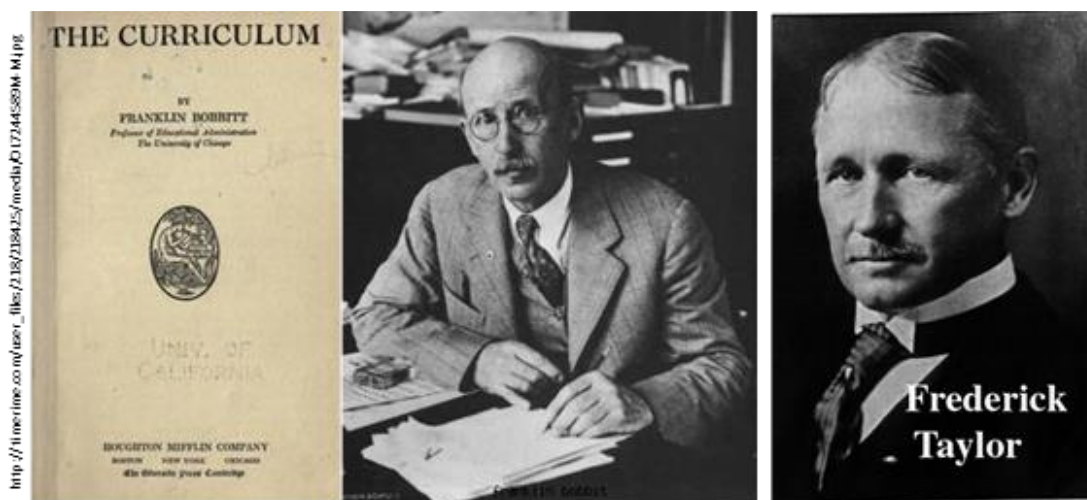
Tipos de Currículo

<https://ahgibamudo.files.wordpress.com/2008/11/curriculo.jpg>

Buscando la sistematización y la replicación, surge con fuerza el currículo como "el conjunto de experiencias planificadas por la escuela para ayudar a los alumnos a conseguir, en el mejor grado, los objetivos de aprendizaje proyectado".

Surge como una respuesta para garantizar "una misma" formación o para cumplir con lo que se dice que se hace o para explicar la razón para la cual se forman los médicos.

[‡] https://es.wikipedia.org/wiki/Pedagog%C3%ADa_progresista



Franklin Bobbitt[§] cree que el currículo ha de responder a la sociedad.

Taylor y la administración científica

Esa idea de Flexner de promover lo que él creía que era la calidad se verá reforzada por Bobbitt quien promueve la visión de Taylor en torno a la administración para las universidades con:

1. La necesidad de fijar estándares del "producto final" (del médico que egresa).
2. El seguimiento de pasos para conseguirlo.
3. La promoción de la calidad de los docentes:

- a. Establecer el estándar del docente.
- b. Establecer los requisitos y los pasos para acceder (carrera docente).
- c. Mantener la calidad de los docentes.
4. La promoción del cumplimiento de requisitos (en cada paso) de los estudiantes, los cuales deben ser exigidos por los docentes.

Latinoamérica

Considera la doctora Borrell que la influencia de Flexner llega hacia la década de los 50 y se traduce en:

1. La incorporación de las ciencias básicas en la formación.
2. La formación de docentes especializados.
3. La promoción de la infraestructura biomédica.
4. El fortalecimiento de unidades de apoyo para la formación, en concreto, la incorporación de las bibliotecas médicas.

La doctora Borrell hace notar que esta influencia en momento alguno promueve la visión integral del hombre.

Resultado de esta influencia, es esa organización de currículos basados en problemas de salud relevantes (enfermedades), o basados en entrenamiento, donde el hospital sigue siendo el escenario dominante (donde está la enfermedad).

Cómo se percibe hoy el "Flexnerismo"

Tal vez por el dominio en la búsqueda de esa calidad educativa, donde los sistemas de evaluación y acreditación son dominantes. Un rechazo completo a la mala praxis, un control en la superproducción de médicos y, por ende, al exceso de facultades de Medicina. La doctora Borrell afirma que el positivismo Flexneriano no concibe otra forma de enseñar la Medicina.

[§] https://en.wikipedia.org/wiki/John_Franklin_Bobbitt



Latinoamérica busca su propio modelo



http://www.fundacionjncorpas.com/.../latinoamerica_busca_su_propio_modelo.pdf

Si bien Flexner influye muchísimo en el mundo latinoamericano, es también muy importante reconocer que surgen las adaptaciones de sus posturas e incluso las contra respuestas. En tal sentido, la doctora Borrell resume lo expresado por Andrade (educador médico venezolano) en torno a la educación médica:

- No es posible enseñar la Medicina si no se **seleccionan los alumnos** y se limita su número.
- La preparación previa de los **alumnos es deficiente** y las escuelas de Medicina deben mejorarla con un curso introductorio.
- Es necesario reducir las disertaciones teóricas a **favor de las actividades prácticas**.

- Es necesario **crear departamentos de Medicina preventiva**, los cuales han de dictar cursos a lo largo de toda la carrera.
- Algunos de los cursos del departamento de Medicina preventiva han de ser dictados en **contacto directo con la familia y la comunidad**, esta última debe ser utilizada como un "laboratorio".
- El último año de la carrera debe ser destinado al desarrollo de **"un internado rotatorio de pregrado"**, el cual, de ser posible, debe incluir una pasantía en el medio rural.
- Es necesario enseñar **ciencias sociales y Psicología al comienzo de los estudios** y estas asignaturas han de ser consideradas como "básicas".
- La **coordinación "horizontal y vertical" entre las diversas asignaturas debe ser estimulada, al igual que las actividades "integradoras"**, como las conferencias clínico- patológicas, las grandes sesiones clínicas con participación de diversos especialistas, la enseñanza de la Medicina psicosomática, etc.

Como se observa, surge una tendencia social. Asimismo, surgen una preocupación y una ruta en las facultades, hacia:

- Subir el nivel científico de los egresados.
- Incrementar los conocimientos, las habilidades y las prácticas en su formación.
- Incrementar el conocimiento sobre la prevención y conectar a sus futuros egresados con la salud pública.

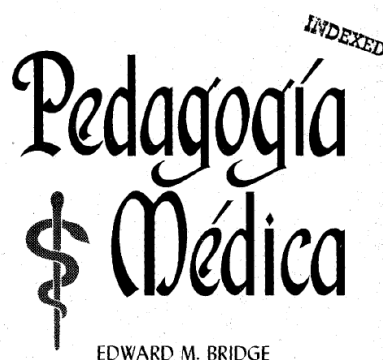
El **cómo hacer** domina la formación, dejando algo de lado el porqué, el cuánto y el para qué.

Bridge

En la OPS surge, hacia la década de los sesenta, una fuerte tendencia hacia la **visión pedagógica**. El texto de pedagogía médica** propone que el docente ha de ser:

1. Un "experto en su especialidad.
2. Un científico en la psicología del aprendizaje (métodos de enseñanza).
3. Un técnico, ideal, líder.
4. Un modelo para sus estudiantes".

Promueve mucho el plan de estudios y los objetivos pedagógicos e insinúa ya las competencias que se espera tengan los egresados.



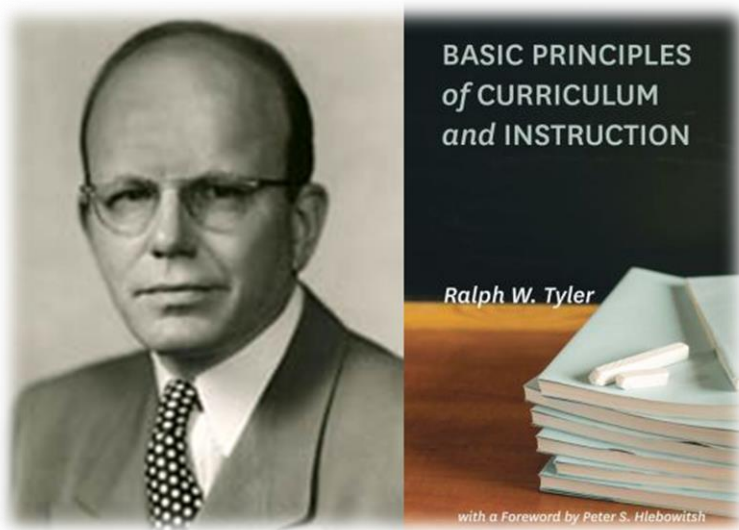
EDWARD M. BRIDGE

** <http://hist.library.paho.org/English/SPUB/40187.pdf>





Tyler y el currículo



https://talkcurriculum.files.wordpress.com/2014/09/ralph_tyler_basic_principles.jpg

En su obra, "Principios básicos del currículum y la instrucción"^{††} Tyler propone la preparación de un documento justificado y sustentado donde aparezcan:

- Los fines de la escuela.
- Las experiencias educativas.
- La organización de las experiencias.
- La comprobación de los objetivos.

Ciertamente él propone una coherencia del documento que refleje el proceso de enseñanza. Propone metas y evaluación por parte de docentes y que los objetivos propuestos sean accesibles.

Se le acusó de ser demasiado "represivo" al ser tan específico, pero, probablemente, a lo que nos invitaba era a ser realistas.

El momento de los educadores

Comprendiendo la necesidad de cómo llegarle al estudiante, a finales de la década de los años 1960 y comienzos de la década de los años 1970, un fuerte movimiento de los educadores médicos invade las facultades de Medicina. Se empieza a diferenciar al docente del especialista, creyendo importante que el profesor, así como debe tener habilidades profesionales, es importante que tenga habilidades pedagógicas.

RAMON GANZARAIN, GUILLERMO GIL y KETTY GRASS

Relaciones humanas y el proceso de enseñar-aprender en la escuela de medicina

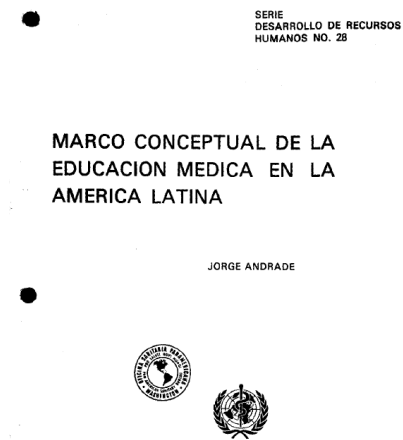
El profesor, al ser colocado en la situación del estudiante que pasa por un proceso activo de aprendizaje, reconoce, por una experiencia vivida, los factores que, en las relaciones humanas, pueden fortalecer o debilitar el proceso de enseñar-aprender.

En la OPS una visión de relaciones humanas surge con fuerza. La creación de "laboratorios de relaciones humanas" en torno al proceso de aprendizaje hace una presentación intensa en el medio latinoamericano. Empieza a gestarse una visión diferencial de Latinoamérica y EE.UU. y surge el concepto de formar al médico que el país necesita... crear un currículo de acuerdo con las necesidades del país toma fuerza. Las visiones para promover el aprendizaje individual cobran vigencia a través de la flexibilidad curricular. El *core curriculum*, que promueve enseñar lo esencial para todos y permitir la flexibilidad a través de lo individual, hace su presentación.

^{††} http://www.terras.edu.ar/biblioteca/1/CRRM_Tyler_Unidad_1.pdf



Mucho hablar, poco cambiar



https://s3.amazonaws.com/s3.timetoast.com/public/uploads/photos/6917562/jorgecarreraandrade_grande.jpg?1477686330

A pesar de todos estos movimientos, Andrade (un experto educador médico)**, cree que la mayoría de las escuelas de Medicina latinoamericanas están caracterizadas por:

1. Profesores que solo quieren que los estudiantes repitan lo que ellos enseñan.
2. No se ven estudiantes que aprendan por sí mismos o que vayan a su velocidad e insistan en lo que más le gusta (que tanto se plantea como ideal).

En lo que sí coinciden muchos educadores es en la fuerza de la motivación de los estudiantes y la repetición de acciones para asimilar comportamientos (el que es "bueno", es dedicado a los pacientes y estudia mucho).

Una queja desde entonces

Muchos profesores dicen que los estudiantes que reciben no saben nada de lo que han visto previamente y que, de una u otra manera, tales estudiantes se dedicaron a pasar los exámenes del momento más no a aprender.

Los planes de estudio

Las facultades latinoamericanas se ven influenciadas por la necesidad de identificar los objetivos educacionales, de crear un currículo dinámico (maleable) y de la revisión permanente de los mismos. Eso va a generar un ambiente de reformas curriculares como reflejo de la búsqueda de ser coherentes. La doctora Borrell dice en su excelente capítulo que surgen como tendencias en las facultades médicas:

- La tendencia de "diseño-implementación-evaluación".
- La necesidad de estar analizando el momento de la sociedad para poder modificar las tendencias del proceso educativo.
- La necesidad de profundizar acerca de cómo aprende el ser humano para disponer de los métodos a través de los cuales garantizar el aprendizaje del estudiante.
- El análisis de lo que se debe saber (qué conocimientos son necesarios).

** <http://hist.library.paho.org/Spanish/DRH/13191.pdf>



Pero... (ayer como si fuera hoy)

JUAN CESAR GARCIA

Características generales de la educación médica en la América Latina

Los problemas de la educación médica en la América Latina son de tal naturaleza que no pueden ser resueltos satisfactoriamente sin tomar en cuenta el sistema educacional preuniversitario, el sistema de atención médica y la formación del resto del personal que integra el equipo médico. En consecuencia, la planificación de los recursos humanos debe constituir parte importante de los planes nacionales de salud y reflejar el esfuerzo coordinado de todas las instituciones que tengan que ver con la formación y la utilización del personal de salud.

Revisiones efectuadas por Juan Cesar García, educador médico de Argentina (hacia la década de los setenta) ponen de manifiesto que:

1. Existen dificultades en las actividades de enseñanza de muchas facultades.
2. No se enseña Medicina preventiva o bajo el contexto social del país.
3. La relación de enseñanza es por completo vertical y distanciada (relación docente-alumno).
4. Los docentes no están preparados, salvo en sus aspectos técnicos.
5. La preparación de los estudiantes que ingresan es deficiente.

Lo que observó fue que a los estudiantes se les pusieron más materias y se les incrementó el tiempo de prácticas.

Afirmaba el doctor García que el hacer que los estudiantes vieran la relación de la enfermedad con las condiciones sociales no era la norma (y, de hecho, no se hacía).

Propone...

Considera que es clave hacer ver a los estudiantes el cómo la situación social está íntimamente relacionada con el proceso de salud y enfermedad y, por ende, se debe incluir esa formación "social" en la formación.

A manera de ejemplo, el doctor García afirmaba acerca del estudiante: *Aprende muy bien las medidas para evitar la enfermedad, tanto a nivel colectivo como individual, pero desconoce por qué estas medidas algunas veces no se aplican a determinados grupos y por qué, cuando se hace, no se logran los efectos esperados*".

El profesor de Medicina



<http://footage.framepool.com/shoting/qf596130195-estudiante-de-medicina-discurso-profesor-apuntar.jpg>

Decía el doctor García que:

1. El profesor debería dedicarse por completo a la enseñanza.
2. El profesor debía combinar la práctica clínica (donde enseñaba) con la investigación (donde enseñaba). Agregaba que debería investigar sobre lo que veía en su práctica.

Como se observa, propone **integrar** docencia e investigación. De hecho, no estaba de acuerdo en que existe un tiempo para enseñar, otro para asistir pacientes y otro para investigar. Justo para evitar la segmentación, proponía a ese docente de tiempo y dedicación exclusiva, y ahí la libertad y la autonomía eran la fuerza para impulsar el aprendizaje a través de la relación que se establece entre profesor y alumno.

Contra los departamentos

El doctor Juan César García planteó que los departamentos generan ambientes de competencia que, más que unir, lo que hacen es desintegrar, al promover la lucha por el poder. Más bien hablaba de cátedras integradas, a través de las cuales compartían docentes y estudiantes.

Decía que, "si bien un sistema de cátedra también se basa en una disciplina y sus unidades tienen una gran autonomía, la cátedra está, por lo menos integrada en una profesión o carrera. La substitución de este sistema por el departamental ha resquebrajado la unidad en la carrera o profesión y acentuado la orientación hacia la disciplina o la especialidad".

Lo que ha marcado la educación médica latinoamericana

Afirman Andrade y García que la educación médica latinoamericana:

1. Ha estado sujeta a la forma y el dominio de la práctica médica de cada país (un ejemplo es la influencia que las sociedades científicas ejercen, en particular, en torno a la apertura de nuevos programas, por ejemplo del posgrado).
2. Ha estado sometida a la influencia del modelo dominante norteamericano (un ejemplo es que actualmente uno de los máximos anhelos de los estudiantes es poder especializarse en EE.UU.).
3. Se ha desarrollado con un modelo profesor-alumno vertical (no se ven muchos ejemplos de modelos participativos o de construcción conjunta entre alumno y profesor).
4. Su práctica se basa en lo "escrito" afuera (las pautas o manejos vienen de fuera de los países latinoamericanos).
5. Está "departamentalizada" (casi todas las facultades tienen este modelo administrativo y de trabajo).
6. Tiene un dominio del hospital como campo de práctica (vivimos el "hospitalocentrismo").

Necesidad de ver distinto



Una vez más en Norteamérica (Conferencia sobre Enseñanza de Medicina Preventiva y Social, realizada en Colorado Springs, en 1952), surgen movimientos que ponen de manifiesto esa separación entre enfermedad y prevención y que afirman que ello es nocivo y perjudicial para las personas, y para el sistema. Promueven integrar antes que "separar" y consideran que los departamentos son un reflejo de fragmentación que va en contra de la integración.

Nosotros...

Latinoamérica escoge un camino intermedio donde promueve:

1. Organizar a las escuelas de Medicina por departamentos.
2. Crear el departamento de Medicina Preventiva.
3. Coordinar horizontal y verticalmente la enseñanza de las diversas asignaturas.
4. Incrementar el número de profesores de tiempo completo y con dedicación exclusiva.
5. Establecer el internado hospitalario de un año de duración como requisito para la obtención del grado de médico.
6. Adoptar sistemas de limitación de matrícula (cupos) y de selección de los candidatos a ser admitidos en las escuelas.

Si bien los departamentos permiten integrar algunas cátedras, resulta evidente que fracciona esa visión integral; por ejemplo, será (y es) difícil integrar al departamento de Medicina Preventiva con el de Clínica o con el de Básicas.



La tendencia latinoamericana

Resalta la doctora Borrell que la influencia administrativa surge y la forma de organizar la enseñanza se convierte en una prioridad, así como los procesos y el establecimiento de metas que sirvan de indicadores. Pero, a la larga, no ocurren cambios de fondo del modelo Flexneriano.

El momento de la educación médica



Un hecho muy significativo fue el surgimiento de la *Revista Educación Médica y Salud* por parte de la OPS. En ella se publicaron numerosas y distintas experiencias en torno a la pedagogía y sobre la comunidad como escenario de práctica. Los recursos humanos y su preparación tuvieron particular interés. La introducción de las ciencias sociales en salud cada vez se fue reforzando.

La pedagogía

Dice la doctora Borrell: "Encontramos preocupación por los métodos y técnicas de enseñanza y los diversos "métodos" que podrían ser útiles al aprendizaje de los alumnos y a la buena relación entre docentes y alumnos tales como:

- a. La conferencia.
- b. El pequeño grupo de discusión.
- c. El diálogo socrático en cursos numerosos.
- d. La visita conjunta del profesor y el alumno al domicilio del paciente.
- e. La observación continuada de la familia por un equipo.
- f. La dramatización, la entrevista al paciente y la grabación".

Las clases magistrales son severamente cuestionadas por su pobre capacidad de permitir la práctica y los métodos de evaluación son sometidos a una revisión.

La fuerza del profesor

Mucha de la pedagogía se basa en la fuerza del docente que debía convertirse en:

1. Un modelo de actitudes y valores.
2. Un administrador de los recursos docentes.
3. Un productor de materiales didácticos.

Así se procura aprovechar el mantener el anhelo previo de ser médicos que tanto existía, y ha existido, en torno a la Medicina (profesión más solicitada en las estudiantes que dejan la secundaria), y sostenerlo una vez se egrese.



La tecnología en la educación

Se promueve el uso y aplicación de la tecnología educativa, entendida como la intención de tomar como punto de partida el desarrollo de conocimientos como elemento básico para las acciones de investigación, adiestramiento docente y preparación de material instructivo.

Se redefine el currículo

1. Se convierte en piedra angular de la organización de las facultades y se entiende como:

"La trama **de relaciones** que se establecen entre las **diversas partes** que integran el currículum y los criterios de definición y **ordenación** de estas últimas, recomendando que cualquier modelo curricular adoptado, deberá:

- 1.1. Tener una base teórica **coherente**.

- 1.2. *Estar fundamentado en principios pedagógicos válidos.*

2. *Su estructura, así como la naturaleza de las experiencias educativas que lo integran y la metodología utilizada en su desarrollo, han de corresponderse con los postulados teóricos y los principios sobre los cuales se sustenta, y responder a los objetivos de la escuela".*

Una tendencia teórica de entonces...



<http://www.osalde.org/website/sites/default/files/styles/large/public/field/image/Determinantes-sociales-de-la-salud.jpg>

Las facultades entraron en una paradoja ya que la educación médica fue tomada por médicos que concebían lo social y promovían:

1. Un temprano contacto de los estudiantes con las realidades sociales de las personas (sus pacientes) y que concibieran cómo solucionarlas.
2. Integrar el aprendizaje. Planteaban: "Supone, por tanto, que el aprendizaje se lleva a cabo a través del análisis y resolución de problemas directamente ligados a la actividad profesional y no a través de disciplinas".
3. Seleccionar a los profesores.

La paradoja estaba en que, a pesar de estas propuestas, la fuerza de la enseñanza se hacía en los hospitales y a través de los especialistas, con lo que mucho de lo propuesto se deformaba de maneras muy particulares.



Preparando la visión de la APS

Estrategias dentro del sistema sanitario: Atención Primaria de Salud (1978)

- OMS: Salud Para todos en 2000
- Declaración de ALMA ATA (1978): APS



Dr. Halfdan T. Mahler, Director General OMS 1973-1988



Javier Segura del Pozo, octubre 2012

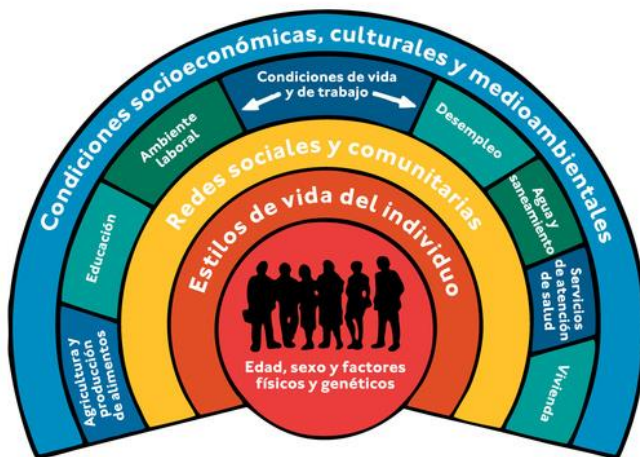
Halfdan Mahler, director de la OMS, plantea que a pesar de todas estas disposiciones, la Medicina en el mundo:

- Está más para su ejercicio profesional que para ofrecerle salud a la población.
- Que no se compromete (al menos en la forma esperada) con los problemas de la comunidad

La propuesta de entonces

Reconociendo una disociación entre el diseño de la educación médica y la preparación práctica, la idea de poner en contacto a los estudiantes con la comunidad través de diseños familiares entra con fuerza como una clara influencia que enfrenta el modelo convencional de preparación hacia la profesionalización. Surge entonces un enfrentamiento contra ese modelo Flexneriano y dominante.

La propuesta de esa “Medicina diferente”



http://www.mancia.org/foro/attachments/articulos/21653d1406576924-determinantes-sociales-salud-cuadros_condicionantes_512.jpg

La plantea muy bien Julio César García al proponer:

- Que lo social forma parte integral de la preparación del médico.
- Que se debe enfrentar a los estudiantes a esas realidades sociales que influyen en la salud y que, con base en eso, se deben proponer soluciones viables.

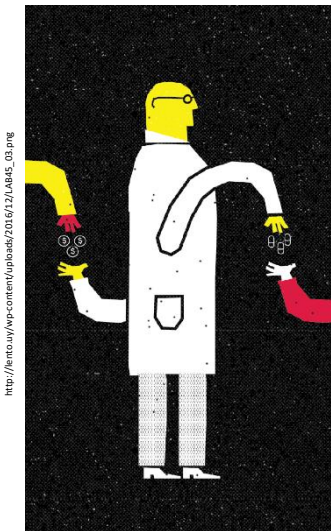
Esto se traduce en la apertura de numerosos escenarios de práctica en la comunidad. Sin embargo, esta visión no se integra con la de “atención de enfermos” en los hospitales, creando una división que perdura, incluso, hasta el día de hoy.



Una realidad

Si bien la influencia de lo social y su fuerza hacen “explosión” en la educación médica latinoamericana, se ha de reconocer que no ha podido mezclarse de forma apropiada con la visión biológica y dominante de la enfermedad (que tiende necesariamente hacia la especialidad).

De hecho



La década de los años 1980 llega con una fuerza nueva en el mundo de la salud. Entra con toda la fuerza la industria farmacéutica y su tendencia de “ventas” antes que salud y se toma buena parte de la educación médica continuada. Las nuevas tecnologías buscan la forma de imponerse, dejando de lado por completo lo social y haciendo de la enfermedad su mayor escenario. La clase médica se ve dominada por la especialización.

Esto va determinar la mayor disociación entre esa visión biológica y la social y entre buena parte de las facultades latinoamericanas y los gremios profesionales de esos países.

Resultado en la formación

El reduccionismo se toma la realidad de la formación de los futuros médicos:

- La fragmentación se vuelve la presentación dominante.
- Lo curativo es la aplicación médica que predomina.
- Lo básico se separa de lo clínico.
- Lo hospitalario se separa de lo comunitario.
- El médico es la figura dominante en la salud.



La necesaria colisión

Esta visión real se enfrenta contra la surgida en el seno de las discusiones del “médico que el país necesita” que los educadores médicos conciben. Por así decirlo, surge la colisión entre la clara concepción de cómo debería ser y la realidad de cómo es.



La madurez de la Atención Primaria en Salud (APS)

La APS, que demostró sus virtudes a través de evidencia, se convierte en un faro en el mundo y la educación no será una excepción. Cree y propone que:

1. El estudiante debe conocer y vincularse a los problemas de la sociedad en su campo, proponiendo soluciones.
2. A los estudiantes se les debe preparar para ejercer en el país.
3. La educación continuada ha de estar presente durante toda la vida.
4. La salud de la comunidad se puede, y se debe, enseñar en la comunidad y ha de ser tan importante como la enseñanza de la curación en los hospitales.

En pedagogía

Se debe cambiar esa visión dominante en la cual el alumno hace lo que ve que hace su profesor y pasar a que él se convierta en un gestor de soluciones. Para ello, debe:

1. Aprender a aprender solo.
2. Transformar la evaluación memorística en una analítica.
3. Saber buscar evidencia que respalde lo que piensa.

Paradójicamente

Tal vez como resultado de las transformaciones que se dan en los servicios de salud, se observa una disociación entre estos y las facultades del área de salud, lo que incluso determina una crisis en los escenarios de la naciente Medicina social y de la ya dominante Medicina hospitalaria.

La mayor incoherencia

Si coherencia es ese vínculo entre la realidad de un país y la preparación de sus futuros profesionales, es válido decir que la última década ha sido particularmente incoherente pues los servicios de salud han estado por completo alejados de las facultades. La entrega de los mismos a sectores privados, dio como resultado la imposición de un modelo fraccionado y distante de la población, donde la aplicación de esa Medicina integradora no encontró de dónde asirse.

El reflejo curricular

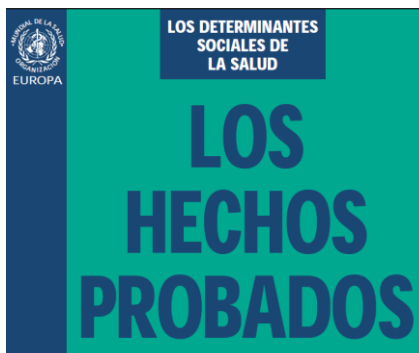
Hoy se puede ver esto en los currículos de la mayoría de las facultades de Medicina, donde:

1. Existe una desvinculación entre los servicios de salud y las facultades.
2. Las facultades no responden a las necesidades del país (tal vez lo hacen aquellas que tienen posgrados en salud pública) pero bien "separados" de las facultades médicas.
3. Menos de un 10 % hace currículos integradores.
4. El 80 % tienen una visión "individual".
5. Menos del 15 % da importancia a la APS.

La realidad dominante es que el aprendizaje se centra en la enfermedad, se hace fraccionado y eso se traduce en una franca incapacidad de integrar o de vincular enfoques nuevos. Si bien muchas facultades han introducido a las ciencias sociales, lo han hecho de una forma aislada, lo cual no permite ver todo su potencial. ¡Integrar no es fácil!



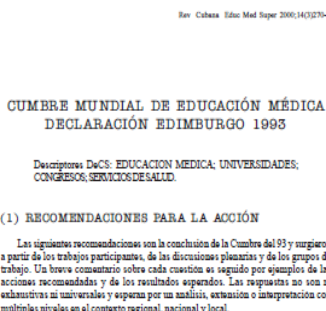
Cómo no entender como la pobreza influye en la enfermedad



Claro que así es... Eso, o la falta de oportunidades, o el estrés laboral o la mala alimentación, o la falta de afecto, influyen muchísimo no en una, sino en todas las enfermedades. ¿Cuánto? Sin atrevernos a ponderar, dejémoslo como mucho. Pero, y a pesar de lo obvio, no es fácil enseñarlo y aplicarlo, es decir, ponerlo de relieve o manifiesto. Y, no es fácil, porque lo que podemos hacer para modificar esos factores a favor de los pacientes no se hace precisamente prescribiendo uno o dos medicamentos. Se necesita un nuevo enfoque que va más allá de la sola prescripción farmacológica, la cual por cierto ha sido la intervención dominante del actuar médico.

Aquellos que trabajamos con estudiantes vemos cómo la enfermedad nos domina, máxime en los hospitales y cómo saber quiénes son, o cómo viven los pacientes, no es tan importante como saber qué tienen o las dosis de los medicamentos utilizados o la identificación de las pruebas diagnósticas. El asunto es que, en tanto el docente y el escenario sean del hospital, iese será lo dominante! Y, de hecho, es hasta obvio porque quien está allí (el paciente) está justamente para que le resuelvan el problema biológico. Por decirlo de alguna forma, el compromiso con la enfermedad resulta muy evidente pero no el compromiso con la sociedad.

Lo que debemos hacer



La doctora Borrell plantea que ha llegado el momento de generar un nuevo paradigma. Así se reconoció en aquella Conferencia Internacional de Educación Médica de Edimburgo⁹⁸. Nos dice la doctora Borrell que se debe:

1. Diseñar un modelo científico, biomédico y social. Este modelo debe propender por la calidad y el humanismo.
2. Proponer nuevos campos de práctica, donde se promuevan nuevos valores.
3. Proponer el bienestar de la población como el máximo objetivo.

4. Proponer el análisis de la realidad como el método de desarrollo de los programas.
5. Integrar la acción docente con la asistencial y la investigativa y, de esa manera, contribuir a modificar realidades.
6. Ofrecer a la comunidad el conocimiento de la universidad y dejar de "usarla" solo para fines académicos. Es decir, convertir dicho conocimiento en una forma de justicia social.
7. Superar el enfrentamiento entre generalista y especialistas, pasando a una visión de complemento.

⁹⁸ <http://files.sld.cu/sccs/files/2010/04/1-edimburgo-1988.pdf>

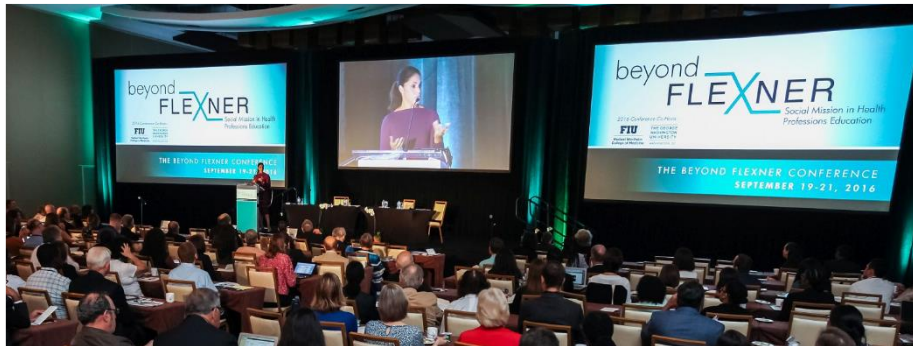
Posturas para pensar

Resulta evidente el llamado a integrar la formación médica con la sociedad, lo que a su vez producirá, al menos dos enfoques, que la doctora Borrell expone como:

“Las propuestas de reforma se centran en el trabajo de los profesores, reconociendo que el nuevo currículo requiere un cambio de pautas de previsiones escolares”. Por otro lado, “la mano de obra no solo ha de ser entrenada sino también

motivada”... “El nuevo interés por la motivación revela una característica particular del actual ambiente de reforma”... “La visión de los años sesenta de que la ciencia contribuiría a la igualdad social se ha transformado; hoy día, la mejora de la educación ha de llevarse a cabo a través de la eficiencia social que lleva a la excelencia vinculada con las fuerzas del mercado”.

En contraposición de Flexner



La nueva propuesta epistemológica reconoce que los factores económicos y políticos influyen muchísimo en los procesos de salud y enfermedad. Impulsa para penetrar en las comunidades (y no solo en los centros médicos). Promueve la ruptura del hospital como único escenario de formación. Parte del reconocimiento que la sola intervención médica no

determina por sí misma el anhelo del bienestar que tanto se enuncia.

Promueve la búsqueda de articulación entre el proceso educativo y la práctica y la integración docencia-servicio. Combate la fragmentación a través de la conformación de módulos o bloques.

Surgen currículos basados en la comunidad

Buscan proponer la inclusión de estudiantes de forma rápida en la comunidad y generar respuestas grupales a los problemas encontrados. La Universidad de MacMaster aporta el razonamiento basado en búsqueda de soluciones, donde a partir de los problemas encontrados, impulsa el análisis, enseñando a plantear preguntas, desarrollar hipótesis y proponer soluciones, todo en grupo.

Menciona la doctora Borrell que en Brasil surgen experiencias donde incluso se hacen como alianzas políticas entre universidad y sectores de la sociedad, buscando promover cambios que repercutan en la población.

Entonces, ¿qué se quiere de un estudiante?



Se quiere que:

- Pueda procesar la información que ve en sus prácticas.
- Sepa resolver problemas.
- Quiera aprender.
- Sea capaz de generar nuevas ideas.
- Sea capaz de autoevaluarse.
- Genere mecanismos para “aprender a aprender”.



Y, ¿cómo se puede conseguir eso?

Proponen que se debe:

- Profundizar en la enseñanza de la complejidad, con el fin de identificar que, habitualmente, son numerosos los factores que intervienen en los problemas.
- Identificar las crisis o desestabilizaciones como oportunidades para cambios y la construcción de caminos de renovación.

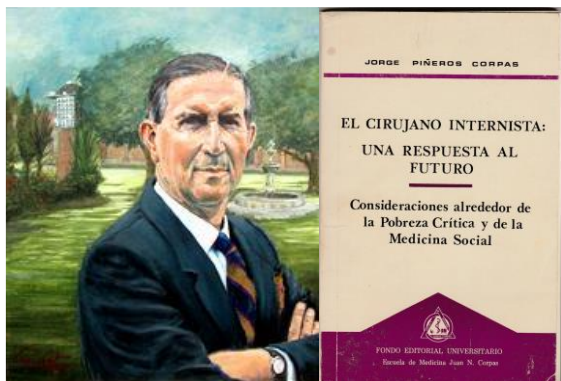
- Empezar proyectos con la visión de problemas objetivos, que buscan transformar formas de hacer, y esto lleva a la posibilidad de crear un grupo con esa intención.
- Usar la realidad (escenarios) como sitio donde se va trabajar y a evaluar la modificación.
- Asegurar que exista relevancia en lo que se quiere abordar

Mejorar la condición del ejercicio médico



Una de las finalidades de la educación médica ha de ser propender por el mejoramiento de la profesión y su misión social. En ello, los docentes son claves y sus propuestas educativas deben reflejarlo. Las universidades, por ende, deben estimular este aspecto.

Nosotros en la Fundación Universitaria Juan N Corpas



El doctor Jorge Piñeros Corpas, nuestro fundador, creó esta facultad precisamente en contravía con la posición dominante del momento (postura Flexneriana). Sé que no es fácil plantear el pensamiento de él de forma imparcial ya que mis opiniones están sujetas al sesgo de mi recuerdo. Por eso me basaré en el texto que él dejó, en donde, en buena medida, recopila su postura y la que nuestra universidad ha asumido. Surgió como respuesta al rechazo del Ministerio de Educación de entonces hacia el programa de posgrado del Cirujano

Internista, denominación que cambió en 1993 por la especialización en Medicina Familiar Integral. Él declara abiertamente que la facultad tiene una misión y razón eminentemente sociales. Que su razón fundamental son las comunidades marginadas de Colombia. De una vez plantea el uso de la flora medicinal como una respuesta de intervención para la comunidad, en contraposición al dominio de medicamentos de síntesis química traídos por la industria farmacéutica.



Un médico integral

Sostenía que lo que el país necesita (1988) es un médico INTEGRAL, en íntimo contacto con la persona y su familia y distante de la tecnología de última generación, que no está al alcance de la mayoría de la población. Fundó la Corpas para producir médicos generales, sosteniendo que el país necesitaba formar muchos para que así pudieran llegar a

todos los rincones de Colombia. El asunto es que concluyó que en los seis años de formación no era fácil producirlos, así que promovió un programa de posgrado al que denominó el Cirujano Internista, a través del cual pretendía concluir con la adquisición de ese profesional para ejercer en Colombia.

Las competencias

Las concibe como el ser capaz de atender, operar, recibir partos, atender adultos, niños y maternas y, además, con conocimiento suficiente para ofrecer medicinas alternativas, como contra respuesta al dominio de las inmensas farmacéuticas y su medicación de síntesis química y, por cierto, más costosa.

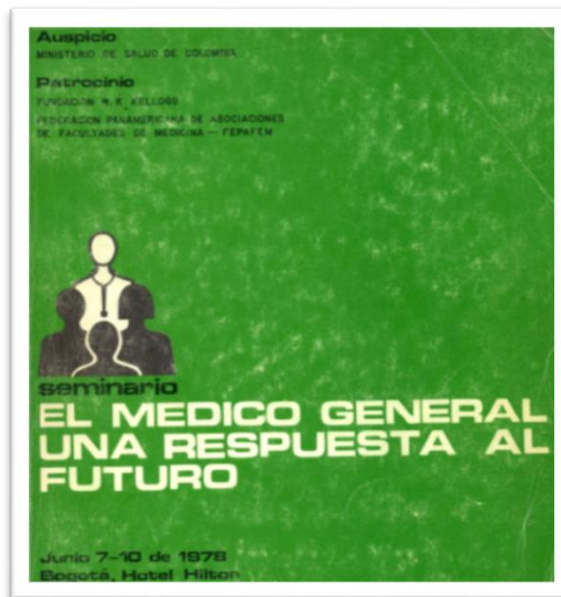
probablemente la visión que el doctor Piñeros propuso está dirigida hacia la atención de enfermos. Además, el uso de tecnología de punta solo estaba al alcance de una minoría. No era infrecuente ver cómo muchísimas familias, cuando un miembro enfermaba, lo vendían todo para ofrecerle los recursos para tratar de salvarlo.

Para el momento (décadas de los años 1970 y 1980), una gran parte de la población no tenía acceso al médico, de ahí

¿Cómo formarlo?

Habla de hacerlo en programas continuos (concentrados) de cinco años de posgrado con el fin de formarlo adicionalmente como un docente o, a través de programas semipresenciales en sus sitios de trabajo, los cuales deberían durar mucho más para cumplir con la formación que se pretendía.

El ocaso del médico general



Planteaba el doctor Piñeros que, ya desde entonces, el perfil del médico general estaba desacreditado, que su papel estaba siendo arrollado por la Medicina de la especialidad, pero sostenía que la función del médico general era vital para el país y que, a través de este, era la única forma de atender a los colombianos. La razón, es que tan solo una mínima parte de la población podría sufragar los costos de la atención que la especialidad exige, la cual y por principio, derrocha recursos. Por ende, la clave estaba en capacitar más a esos médicos generales, de ahí que todos deberían acceder a este programa (por los mecanismos que sean) y que era deber de las facultades diseñar la forma de hacerlo. La razón es que veía una discriminación franca contra el médico general, tanto laboral como salarial. De ahí que el programa debería permitir el acceso de todos los generalistas.

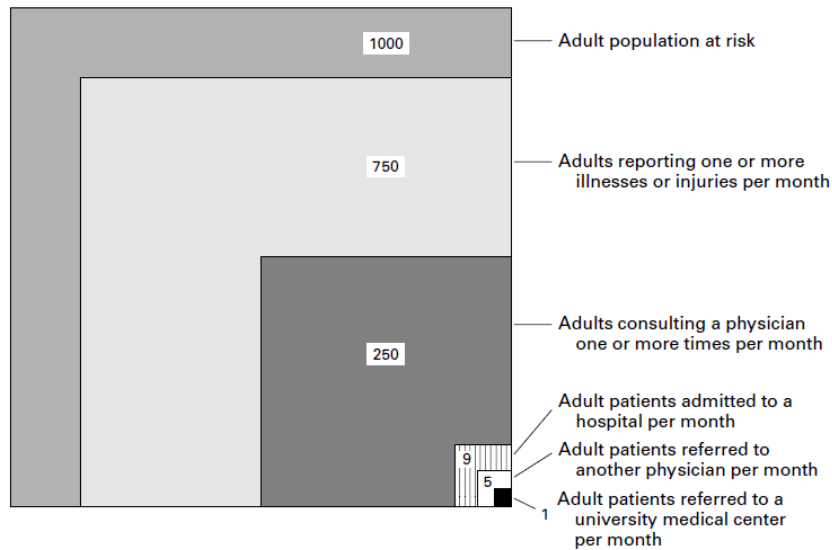


Figure 1. Monthly Prevalence Estimates of Illness in the Community and the Roles of Physicians, Hospitals, and University Medical Centers in the Provision of Medical Care.

Data are for persons 16 years of age and older. Reprinted from the 1961 report by White et al.¹

Sostenía que, si bien la Medicina hospitalaria podía ser campo de la especialidad (aunque también la concebía como un escenario donde el Cirujano Internista podía tener un papel preponderante), la más frecuente Medicina de la consulta era el campo del médico general; allí el escenario está dominado por problemas sin precisión, donde el conocer al ser humano cobra inmenso valor porque solo a través de ese conocimiento se podría llegar a ofrecerle alternativas al

sufrimiento de esa persona y, esas atenciones en la población, son y pueden ser y estar en la competencia y dentro de las habilidades del médico general, siendo lo único necesario su buena preparación. Sin embargo, y dado que reconoce que la realidad es que se censura al médico general, entonces ha de prepararse a través del programa del Cirujano Internista que, como premisa, debe permitir el acceso de todos los generalistas.

¡Ojo!: Lo psicosocial



<http://3.bp.blogspot.com/-VIDSh3Y-UMI/VVvHta2u1AA/AAAAAAAAAFB/US9j4IQMVA/s1600/salud-mental-10-oct-salud-mental.jpg>

Comprendiendo la integralidad del ser humano, propone una muy alta capacitación en salud mental y en las técnicas de abordaje de problemas; en tal sentido, invitándonos a explorar enfoques distintos tales como, en su momento, la sofrología y las terapias grupales. Su postura era tan contundente que creó un servicio de salud mental a través del cual pretendía que todos los estudiantes aprendieran las bases de la evaluación mental y pudieran, si fuera necesario, hacer manejos de lo más frecuente de la enfermedad mental. En el posgrado que diseñó, insertó una rotación de seis meses mediante la cual nos hizo comprender el mundo de nuestros pacientes.

El objetivo

El resultado de la formación del Cirujano Internista ha de ser la capacidad de enfrentarse al 80 % de los problemas en salud, dejando el 20 % restante para la especialidad.

¡Cuidado!

Alertaba que las sociedades científicas persiguen más sus intereses particulares que los del país. De ahí que fortalecer al médico general era imperativo. Él apoyó en su momento al Colegio Colombiano de Médicos Generales a través del doctor Manuel Fernández Arenas, quien lo impulsó durante algún tiempo.



Medicina Social

El doctor Piñeros la define como aquella "que se ejerce sobre vastos sectores de la población de una manera aproximadamente igualitaria, es decir, sin que influya la capacidad de pago". Sabe que debemos hacer una conciliación entre la tecnología y una Medicina financiable y realista de la situación del país. En tal sentido, concibe a las medicinas alternativas, o la flora medicinal como posibilidades de desarrollo, dado el acceso a ellas de la

mayoría de la población, siempre y cuando los costos sean accesibles.

Proponía que es aquella que le puede llegar a todos los colombianos, con la máxima calidad posible. Depende de las facultades que forman el recurso humano y del Estado que debe dar las condiciones para ejercerla. Las facultades deben hacer todo lo posible para promover y estimular el deseo de ser Cirujanos Internistas.

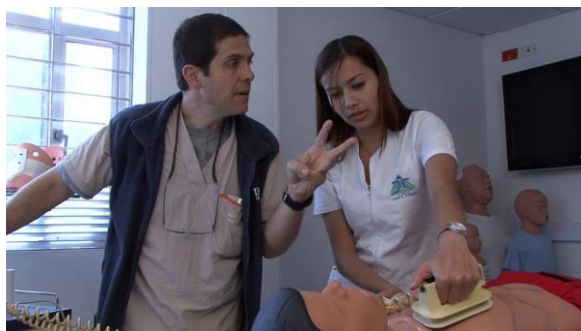
El docente de la Medicina

Lo concebía como un Cirujano Internista. Un profesional que, con su ejemplo, les muestre a los estudiantes la habilidad del desempeño en diversas áreas. Ello para contrarrestar la formación a cargo de los especialistas convencionales, que le imponían a través de su ejercicio esa mirada fraccionada y altamente tecnificada de su práctica. Al respecto, decía que en tanto la educación médica esté en manos de la especialidad "el alumno ya termina convencido de que no será nada ni nadie en Medicina si no logra una especialización". Es más, asimismo, hacia ver que los pacientes reclaman también la atención de ese especialista.



<http://gallery.tinyletterapp.com/ec0015afb6a150033f6246df2bae5e0a200595/images/5aab7a9f-5a6f-485a-aa62-2d9477abafab.jpg>

¿Qué es una buena preparación?



https://i.vimeocdn.com/video/292616664_1280x720.jpg

Sostenía el doctor Piñeros que es justamente prepararlos a través del posgrado de Cirujano Internista, entendido como un médico general que luego de sus seis años de estudio, continúa con un plan de desarrollo académico armónico, a través del cual se prepara en todas las áreas claves por su prevalencia y se adiestra para enfrentarlas. Insistía el doctor Piñeros en capacitarlo en terapias alternativas, plantas medicinales y psicoterapia grupal, preparación que se debería mantener y que debía demostrar la capacidad de resolver el 80 % de los problemas a los que se enfrentara.

¿Cómo prepararlo?

Sostenía que bajo dos modelos. Uno concentrado y convencional; otro en su sitio de trabajo. En ambos ha de cumplir con lo mismo y deberá acreditarse debidamente. La única diferencia la establece el tiempo, siendo evidente que para esa capacitación en sus sitios de trabajo, se tomará más tiempo en cumplir con los créditos (él los denominaba ULAS).



Para ello

El conocimiento que se pretende profundizar en las denominadas básicas, debe redirigirse a las clínicas, a la comunicación con el paciente, a entender las causas, los mecanismos y a la prevención.

El pregrado debe formar un excelente semiólogo y debe ser ejercitado a través del análisis de casos con el fin de desarrollar un pensamiento ordenado. Debe comprender que su raciocinio ha de estar lo más cerca posible de la realidad para evitar el derroche de la tecnología, que por sus costos, nos aleja de esa Medicina igualitaria.

Debe ser entrenado en esos diagnósticos "menores" donde la precisión diagnóstica es secundaria a la comprensión de la

vida del ser humano, que por cierto constituyen la mayoría de la casuística del nivel primario.

Debe ser capaz de resolver, a través de procedimientos quirúrgicos sencillos, problemas de sus pacientes, así como ser un ayudante quirúrgico hábil que pueda acompañar a sus pacientes en tal condición.

Ha de ser un investigador de las terapias alternativas y es su deber experimentar la posibilidad de resolver a través de dichas terapias problemas de su paciente, partiendo del acceso a las mismas.

Transformar a los médicos generales en cirujanos internistas

Proponía como alternativa para promover la calidad de la Medicina, el transformar a la inmensidad de médicos generales en cirujanos internistas mediante proyectos semipresenciales permitiéndoles ejercer en sus sitios de trabajo.

La investigación

Ha de ser pragmática y utilitaria. El mejor ejemplo es la indagación de plantas medicinales, donde se ponga al alcance del público el uso de las mismas con el fin de enfrentar tantos y tan variados problemas de salud que ciertamente no se resuelven con la química farmacéutica. Parte de que esta investigación en momento alguno debe limitar el acceso a través de licencias de exclusividad. La homeopatía debe ser investigada y su uso ha de ser motivo de indagación.

La Corpas hoy



Tomado de revista ECO Diciembre del 2016

Han pasado casi 50 años desde el surgimiento de la Corpas. Nace en esa década de los años 1970, poco antes de que Alma Ata marcara la historia con un camino a seguir.



No a la postura de Flexner

Creo que es justo decir que el pensamiento del doctor Piñeros estuvo en contra del Flexneriano. No en su búsqueda de la calidad, sí en torno a esa visión de departamentos y tan volcada a la Medicina científica, la cual promueve ese enfoque hacia la tecnología y en la cual, los que más saben de esto o aquello (especialistas y subespecialistas) son los llamados a enseñar. No creía en la profundidad e insistencia de las ciencias básicas en el pregrado; más bien creía que el contacto temprano con la problemática en salud de las personas era la clave motivacional del futuro médico.

Tampoco creía mucho en los currículos, de hecho durante su dirección, el programa de Medicina fue más o menos estático. No creo que haya pensado mucho en la necesidad de incluir las ciencias sociales, pero sí sostenía que el esfuerzo de la Medicina debía estar destinado a ayudar a la inmensa mayoría de la población, la cual por ser pobre, estaba hasta ese momento imposibilitada de acceder al servicio médico. Por eso creó la Corpas y estuvo de acuerdo en que se abrieran más facultades.

Nosotros, en nuestro nuevo currículo, hemos puesto las básicas (contrario al pensamiento del doctor Piñeros). Aún veo difícil que la bioquímica cobre relevancia clínica o que las fórmulas farmacológicas sean imperativas para el ejercicio médico. Aún hoy, no sé si es necesario hacerlo con la insistencia que hoy se hace. Él siempre insistió en unos conceptos básicos que permitiesen entender y en el contacto con la realidad a través de los pacientes. Todo esto sumado a una mayor insistencia en lectura crítica, al uso de números y a un mayor contacto con las personas es, para mí, lo clave de esos primeros semestres o de lo que denominamos básicas. Comparto que debemos fortalecer la demostración científica, pero, asimismo, el análisis de la realidad donde la enfermedad se impone y las razones sociales. Por eso creo que son claves esos escenarios comunitarios. Creo que las antropologías o las ecologías han de estar inmersas en las prácticas y allí verlas de forma aplicada. Pero, el reto está en cómo integrarlas y hacer que nuestro estudiante las vea como parte esencial de la Medicina.

De la selección de los estudiantes



Si bien cuando surge la Corpas, por sus costos (a pesar de ser la más económica de las privadas) determina que población de estrato cuatro en adelante sea la que puede estudiar, el doctor Piñeros vislumbró que en algún momento la Corpas pudiera tener unos costos que les permitieran a personas de las condiciones más humildes estudiar. Según recuerdo él decía: "Ellos, de seguro cuando terminen sus estudios, podrán ayudar a cambiar parte de las realidades en que viven los más humildes. De hecho, nos decía que soñaba con tener unos desarrollos económicos en otras áreas y con

esas ganancias, subsidiar y así ser la facultad más accesible de Colombia. Hoy eso lo plantean esas concepciones que están tomando el camino "social" como razón fundamental, antes que el biomédico^{***}. Lo anterior implica, de hacerlo hoy, la necesidad de construir programas de "compensación" reconociendo que los admitidos llegarán con deficiencias, partiendo de que sus centros de secundaria no son de la calidad que se espera^{†††}, pero casi con la certeza hipotética de que volverán a sus comunidades cuando concluyan.

^{***}http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_formacion/acerca_de/GODUE-BORREL-Ideas_principales_de_la_conferencia_Beyond_Flexner_Mision_social_de_la_Educacion_Medica.pdf

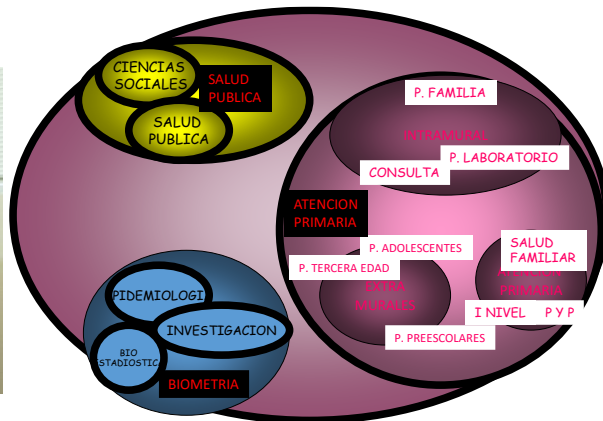
^{†††} Villegas M. Prevalencia de la comprensión lectora en un grupo de estudiantes de Medicina. Carta Comunitaria. 2011; (110): 3-9.



Los departamentos



<https://pbs.twimg.com/media/Cc9YFNHWEAYEmx0.jpg>



No fue el doctor Piñeros partidario de crear departamentos. Él habló de bloques, en los cuales unía algunas cátedras con el fin de “compactar” el conocimiento. Estaba el bloque de los tres primeros años (teórico) y el bloque de prácticas (clínico). Nosotros, en su sucesión (bajo la dirección y visión del maestro Guillermo Restrepo CH) creamos dentro del primer bloque, uno de transición, en el tercer año, que se denominó Comunitario, en donde combinamos la teoría con las

prácticas en comunidad, a través de la construcción del departamento de Medicina Comunitaria, que a la larga lo deberíamos haber denominado bloque de Medicina Comunitaria. Lo cierto es que, con dicho departamento, se abrieron escenarios comunitarios propios e, igualmente, se trajo la Antropología, la cual quedó íntimamente vinculada a nuestro desarrollo.

La pedagogía

El deber de la universidad...

¿CÓMO ENSEÑAR?

1. Lo que le enseña lo puede aplicar.
2. De lo aprendido, ve la utilidad.
3. Puede participar.
4. Percibe al docente como persona justa.
5. La exigencia se puede cumplir.
6. El trato es respetuoso.



Es mi impresión que en ello nuestro fundador no fue muy analítico. Si bien él propuso la creación de un docente especial con su método (docencia corporativa integral), no se detuvo mucho a pensar en el método. Hoy mismo vivimos numerosos desacuerdos en la forma de enseñar para motivar y así incentivar el aprendizaje. Me atrevo a plantear que los docentes nos dividimos en dos grandes grupos, aquellos que creen que el papel del docente es clave para ofrecer al

estudiante, de la forma más motivante, los conocimientos y, aquellos que creen que es el estudiante el clave y, que, si él está motivado por se, el resto es fácil.

La verdad es que, hoy como ayer, esa queja de que los estudiantes, solo se esfuerzan por “pasar” más que por aprender, está tan vigente como hace 75 años.

El docente según el doctor Piñeros Corpas



Supo muy pronto el doctor Piñeros que, en tanto los “especialistas” fueran los docentes, los estudiantes, siguiendo su ejemplo, desearían ser especialistas y, por eso, en la facultad que él había creado, comprendió que debía formar un “nuevo docente”. Anhelaba que ese docente pudiese enseñar “todo” pero, principalmente, que en su práctica, el estudiante lo pudiese ver ejerciendo con dominio ese 80 % de la Medicina aplicada.

Yo creo que esta idea es clave. Nosotros hemos tratado de impulsarla, pero pienso que debemos reforzarla. Promover esa docencia corporativa integral resulta clave para los estudiantes que la reciben, pues más se aprende del ejemplo que de las palabras, al menos eso creo yo.

I TBL is a collection of practices that support one another for powerful instructional effect. This chapter describes the building blocks of team-based learning and the steps necessary to put them into place.

The Essential Elements of Team-Based Learning

Larry K. Michaelsen, Michael Sweet

Team-based learning (TBL) possibly relies on small group interaction more heavily than any other commonly used instructional strategy in postsecondary education (for comparative discussion of different approaches, see Fink, 2004; Johnson, Johnson, and Smith, 2007; Millis and Cottell, 1998). This conclusion is based on three facts. First, with TBL, group work is central to exposing students to and improving their ability to apply course content. Second, with TBL, the vast majority of class time is used for group work. Third, courses taught with TBL typically involve multiple group assignments that are designed to improve learning and promote the development of self-managed learning teams.

This chapter begins with a brief overview of TBL. Next, we discuss the four essential elements of TBL and then walk through the steps required to implement them. Finally, we examine some of the benefits that students, administrators, and faculty can expect from a successful implementation of TBL.

Por supuesto que aprender pedagogía resultará clave para el éxito de estos docentes integrales. Y, en esa pedagogía, combinar la teoría y la práctica e incorporar la investigación pertinente o hacia las poblaciones con las que se trabaja, resulta imperativo.

No a los departamentos, sí a los bloques

Proyecto Lisboa: Estrategias

Del departamento



Reconociendo que los departamentos, si bien integran a sus miembros, se separan de los demás departamentos (incluso compiten), nosotros deberíamos rediseñarnos (volver) bajo el nombre de bloques, a través de los cuales agrupemos cátedras y docentes y trabajemos en equipos. ¿Cómo provocar esas integraciones? Nada mejor se me ocurre que a través de las poblaciones con las que nos comprometamos.

Allí, entre ellos y sus realidades, es que podemos diseñar propuestas que cambien esas realidades y ver la realidad aplicada del conocimiento, el cual casi con seguridad no será de una sola cátedra, será la combinación de esfuerzos. El mejor ejemplo sería implementarlas en nuestros escenarios de práctica comunitaria el APOC (Atención Primaria Orientada a la Comunidad)⁺⁺⁺.

Acabar con el “hospitalocentrismo”



Los escenarios de práctica han de ser idealmente redes integradas^{sss}, a través de las cuales se combine el hospital y todos los escenarios comunitarios^{****}, donde viven las comunidades con las que la universidad se compromete. Nosotros, en la Corpas, para eso contamos con experiencia y nuestros lugares.

⁺⁺⁺ Gofín J, Gofín R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2007; 21(2/3):177-185.

^{sss} Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Organización Panamericana de la Salud 2008

^{****} Campos F et al. Caminos para acercar la formación de profesionales de salud a las necesidades de la atención primaria. Revista brasileira de educação médica. 2001; (25):2.



¿Qué nos hace falta?

CONSTRUIR....

PROGRAMA FAMILIA



SÍMBOLO DE LA FUJNC

Nos falta unirnos sólidamente a esas familias que forman parte de la comunidad donde trabajamos. Es nuestro deber resolver el problema de cómo hacerlo perteneciendo o no a la seguridad social. Una vez más, tenemos experiencia en eso, la cual debemos canalizar; además, hemos de capacitar para construir el programa familia, símbolo de la FUJNC, a través del cual el pre y el posgrado de integren de manera real.

La tecnología de la educación

Quienes conocimos al doctor Piñeros vivimos esa obsesión suya por escribir textos sencillos que le permitieran entender a los estudiantes. Prueba de ello son sus libros, las "conferencias" y demás materiales que producía y, a través de los cuales, nosotros, sus alumnos nos iniciábamos en la

complejidad de la temática, entendiendo lo básico y fundamental. Hoy más que nunca existe esa necesidad de facilitar el entendimiento. Luego será tarea de cada cual darle la profundidad a su saber de acuerdo a su motivación o los requerimientos de sus pacientes.

Hoy como nunca, existen las posibilidades de llevar el conocimiento a cualquier región y la educación virtual se convierte en una magnífica herramienta. Será deber de la Corpas impulsarla y, con ello, hacer real ese sueño del doctor Piñeros que hoy, el Ministerio también sostiene, como es el de formar en los sitios de trabajo^{****}.

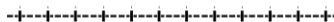


La Corpas: ¡comprometida con la APS!

Sostengo que la razón social de la Medicina que promulgó nuestro fundador hoy se concreta en torno a la APS y que nosotros debemos dirigir nuestro esfuerzo misional hacia dicha estrategia.

Nuestro camino

Propongo que la Fundación Universitaria Juan N. Corpas tiene hoy como nunca la posibilidad de convertirse en un faro y para ello debe organizar un seminario donde pongamos de manifiesto a toda nuestra comunidad el pensamiento del doctor Piñeros y cómo, a partir de ahora, nos trazamos una ruta que nos convierta en líderes en lo que queremos ser... ¡La memoria del doctor Piñeros se lo merece



**** <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Programa-unico-nacional-%20Especializacion-medicina-familiar.pdf>