

---

# Formación de médicos con base en un currículum por competencias. Respuestas ante la crisis en el campo del trabajo profesional

*Pedro Emiliano Farfán Flores\* y Araceli López Ortega\*\**

## Resumen

El presente artículo es un producto intermedio del proyecto de investigación sobre "Diseño Curricular y Práctica Docente en Medicina" que se realiza en el Departamento de Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, y tiene como propósito dar cuenta de la relación entre el proceso de formación de médicos y las tendencias en el diseño curricular en los últimos años.

En el proyecto general del que se desprende este trabajo se ha utilizado una metodología desde la perspectiva dialéctico crítica, y como opción teórico metodológica la etnografía crítica. Se ha tratado de vincular diversos niveles de análisis: general, particular y específico, procurando mostrar las relaciones entre las escalas macro-micro; asimismo, se utilizaron diversas técnicas de investigación documental y revisión telemática, y se recurrió al método de observación participante en el aula y a entrevistas a informantes clave.

Este artículo inicia con la descripción de las relaciones entre procesos de formación y del trabajo médico desde una perspectiva histórica; posteriormente se aborda la complejidad del campo de la educación médica y sus implicaciones, y se continúa con la reflexión acerca de los ejes principales de algunas propuestas curriculares; por último se señalan algunas tendencias que en los últimos años se pueden advertir en el diseño de un currículum por competencias.

**Palabras Clave:** diseño curricular, práctica docente, formación de médicos.

\* Profesor Investigador Titular de Tiempo Completo, del Departamento de Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.

\*\* Profesor Docente Titular de Tiempo Completo del Departamento de Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.

## Abstract

*The present article is an intermediate product gives the project gives investigation on "Design Curricular and Educational Practice in Medicine" that is carried out in the Department of Public Health the University Center gives Sciences gives the Health gives the University gives Guadalajara, and has as purpose to give it counts gives the relationship among the process gives formation gives medical and the tendencies in the curricular design in the last years.*

*In the general project gives the one that comes off this work there is been using a methodology from the perspective dialectical critic, using as methodological theoretical option the critical ethnography. It has been gives to link sundries levels gives analysis: general, matter and specific, and it has been tried to show the relationships among the scales macro-micro; also, diverse techniques were used gives documental investigation and telematic revision, and it was appealed to the method gives participant observation in the classroom and to interviews to informants key.*

*This article begins with the description gives the relationships among processes gives formation and give the medical work from a historical perspective; later on the complexity is approached gives the field gives the medical education and its implications, and continues with the reflection to near the main axes gives some curricular proposals; lastly some tendencies are pointed out that can be noticed in the design in the last years gives a curricula for competitions.*

**Key words:** *desing curricular, educacional practice, formation medical*

Fecha de recepción: 1º de abril de 2005

Fecha de aprobación: 12 de julio de 2005

---

## Introducción

El presente artículo es un producto intermedio del proyecto de investigación sobre "Diseño Curricular y Práctica Docente en Medicina" que se realiza en el Departamento de Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, y tiene como propósito dar cuenta de la relación entre el proceso de formación de médicos y las tendencias en el diseño curricular en los últimos años.

En el proyecto general del que se desprende este trabajo se ha utilizado una metodología desde la perspectiva dialéctica crítica, utilizando como opción teórico metodológica la etnografía crítica. Se ha tratado de vincular diversos niveles de análisis: general, particular y específico, y se ha procurado mostrar las relaciones entre las escalas macro-micro; asimismo, se utilizaron diversas técnicas de investigación documental y revisión telemática, recurriendo al método de observación participante en el aula y entrevistas con informantes clave.

Este artículo inicia con la descripción de las relaciones entre procesos de formación y del trabajo médico desde una perspectiva histórica; posteriormente se aborda la complejidad del campo de la educación médica y sus implicaciones, se continúa con la reflexión acerca de los ejes principales de algunas propuestas curriculares, al final se señalan algunas tendencias que en los últimos años se pueden advertir en el diseño de un currículum por competencias.

## I. Procesos de formación y trabajo médico

La formación de los profesionales y su relación con el trabajo<sup>1</sup>, específicamente de los médicos, constituye un reflejo del vínculo entre educación y sociedad. La educación médica (en este caso el currículum y la práctica docente de los formadores) se encuentra definida no sólo por los conocimientos y actitudes de quienes diseñan el currículum o enseñan en los salones de clase, el hospital o los centros de salud comunitarios, sino también por la estructura socioeconómica, por el contexto sociohistórico de la Universidad, así como por aspectos políticos y culturales, entre otros. Dicho de otra manera, el currículum y la práctica educativa y docente en la carrera de medicina, se

<sup>1</sup> Se entiende por trabajo médico el quehacer capacitado y específico, en este caso en el campo de la medicina, que le determina, a quien lo ejerce, un rol dentro de la estructura social en una sociedad determinada, donde puede reproducir o transformar la división social de dicho trabajo.

encuentran definidas tanto por factores externos como internos.

El período histórico que toca vivir presenta una complejidad y una movilidad crecientes. Hemos sido testigos de la primera guerra del siglo XXI en la que EE.UU. deja huella de su poderío militar en Irak. En este marco, algunos colegas recibieron un correo el miércoles 26 de marzo de 2003, a la 1:00 hrs de la mañana, enviado por médicos que se encuentran en Bagdad. Por medio de ese comunicado, lanzaron un desesperado llamado a favor de la vida: "Hay sólo una manera de prevenir la matanza inminente y el desastre humanitario: detengan el adelanto de las tropas americanas y vuelvan a llamar a Bush y su ejército". En su papel de médicos manifestaron sus deseos de priorizar la prevención en medicina —la prevención de la muerte, la enfermedad y la injusticia— y lanzaron una apelación urgente a colegas y a la comunidad internacional: "Salgan todos para detener la agresión americana."

Los modelos en los que hasta hoy se había sustentado el desarrollo en México y el resto de países latinoamericanos, han entrado en crisis. No obstante, se debe señalar que las manifestaciones de los fenómenos que se están presenciando son consecuencia de las circunstancias que fijan sus raíces sobre todo en el periodo de los años cincuenta y finales de la década de los sesenta, cuando se hicieron perceptibles las secuelas de la Segunda Guerra Mundial.

Al menos durante cincuenta años, en Latinoamérica resultó más sencillo copiar los modelos educativos y de salud de países desarrollados, con una realidad distinta a la nuestra, que impulsar alternativas propias al contexto en el que habitamos. Hoy valdría la pena preguntarse, si haber adoptado estas políticas no postergó el desarrollo y propició la enorme dependencia, cuyas consecuencias apenas se comienzan a vislumbrar.

Modernidad y crisis interactúan tanto en el contexto internacional como en el nacional, pero estos fenómenos vinculados estrechamente a las transformaciones de la llamada tercera revolución científico-tecnológica no afectan de la misma manera a los países industrializados, que a los denominados "en vías de desarrollo".

Las crisis actuales del capitalismo se reflejan en distintos planos: en la economía: inflación y desempleo crónicos; en la política: el cuestionamiento a la función del Estado y al concepto de democracia, y en la cultura se toma la ciencia y la tecnología como ideología, esto en el terreno de las ciencias naturales ha cobrado vigencia con nuevos vuelos del positivismo y neopositivismo, y en las ciencias sociales ha hecho surgir el

neofuncionalismo o "refuncionalismo". Ante estas crisis se generan diversas propuestas de modernización.

La actual propuesta modernizadora en México, ha alcanzado al ámbito cultural y con él, al terreno educativo y de salud, y de manera especial ha afectado al espacio de la Universidad. Una de las propuestas que contempla esta avanzada modernizadora es la denominada formación por competencias, que desde el paradigma hegemónico en nuestros países, representa la nueva tecnología educativa a manera de teoría pedagógico-didáctica.

La educación médica superior se enfrenta con la necesidad de dar respuesta a grandes retos de principios de siglo: la democratización de la cultura, la ampliación y democracia de la educación; tiene que responder a las transformaciones de la situación de salud (SIDA, SARS, nuevas epidemias de agentes patógenos desconocidos, problemas derivados de situaciones ecológicas desfavorables, nutrición etcétera), también debe colaborar en la organización de los servicios médicos y proponer alternativas a su financiamiento y debe contribuir al desarrollo de modelos de participación de la comunidad e impulsar el desarrollo teórico, científico y técnico del campo médico.

El diseño curricular en medicina, generó variadas opciones y posturas ideológicas desde la década de los setenta, opciones y posturas que fueron desde la defensa de un modelo de formación tradicional de práctica médica basado en un enfoque predominantemente clínico, biológico, hospitalario, individual, hasta uno diametralmente opuesto, que concibe la práctica médica como un proceso social, histórico y sociocultural, ello no implicaba el abandono de la clínica y el aspecto biológico, pero sí dejaba de lado el reconocimiento de otros componentes del estudio del proceso salud/enfermedad, como serían las familias y los procesos sociales estructurales.

## II. La educación médica: complejidad en el campo y relaciones con otros ámbitos de la cultura

En la actualidad los medios masivos de comunicación y la literatura técnica dan cuenta en qué forma la educación, concretamente la médica, se desenvuelve. Las recientes necesidades sociales en salud, las transformaciones en la práctica médica y los productos que la tercera revolución científico-técnica ha traído a la disciplina, son sólo algunos ejemplos.

Las formas tradicionales de formación de médicos están deslazadas, y es preciso ampliar los alcances de la enseñanza de manera congruente, para que la comunidad médica

proporcione respuestas a los fenómenos que arriba hemos mencionado.

Poco se han documentado las prácticas educativa y docente, así como el diseño curricular en relación con aspectos como las necesidades de salud de la población, el sistema nacional de salud, el modelo de práctica médica dominante, la estructura económica y social que impera en el país, la tecnología médica y el capital, así como las tendencias en educación médica nacionales e internacionales. Poco también, se ha investigado la práctica docente en las aulas, así como el proceso histórico del diseño curricular.

El abordaje de la educación médica representa un gran desafío, ya que ésta trata de un tejido de relaciones e interacciones determinado por su historicidad, por su estructura y por las relaciones con otros procesos más amplios. La educación médica es afrontada desde varias teorías, pero a nosotros nos interesa aquella que parte que parten de la perspectiva dialéctica crítica (reproducción-producción-resistencia-vida cotidiana), donde la educación médica es reconocida como una totalidad concreta, compleja, histórica, multidimensional, con diversas relaciones externas e internas que han de ser analizadas, tanto cuantitativa como cualitativamente para entender su correcta dimensión, y asumir al mismo tiempo el compromiso de plantear posibles transformaciones.

Se trata de situar el análisis de la educación médica sin olvidar sus particularidades en cada dimensión (social, institucional y el aula), pasando cuando menos por tres niveles: general, particular y específico, que bien podrían ser estos la estructura socioeconómica, el diseño curricular y los sujetos de la práctica docente, sin dejar de recuperar la dialéctica estructuras-sujetos sociales. Lo anterior está articulado por medio de procesos sociales e históricos amplios y complejos, incluso contradictorios.

## La complejidad en el campo de la educación médica

El campo de la educación médica, en donde se investiga y estudia, entre otras cosas, la relación entre educación y trabajo médico, no se encuentra aislado de la formación socioeconómica en que se localiza, y en él se suelen destacar dos rasgos: a) su relación con otros procesos de la realidad social y especialmente con el trabajo médico y b) la existencia de dos niveles que se vinculan e interactúan estrechamente: la formación de médicos "modo de producir médicos", como le llamó Juan César García (1972), y el orden institucional, tanto de la enseñanza de la medicina como de las instancias prestadoras de los servicios de salud.

En este campo se ha comenzado a reconocer a partir de las evaluaciones y análisis críticos efectuados de manera importante en la década de los ochenta, que han existido esfuerzos incipientes y poco significativos en las prácticas educativas a través de lo que se denomina "investigación educacional en salud".

Se distinguen dos grandes grupos que han representado obstáculos: uno en el que se localizan tendencias a conservar determinadas prácticas, resistencias al análisis crítico, fragmentación o rupturas entre el discurso y la acción, separación entre la docencia y el servicio, prejuicios hacia la investigación en educación, así como mitificación del trabajo investigativo, entre otras; en el otro grupo se localizan los paradigmas que han sostenido este tipo de investigación educacional en salud, y que la mayoría de las veces se han ocupado poco en reflexionar sobre sus supuestos, y han operado más bien reforzando aquello que se quiere cambiar.

### **La complejidad del fenómeno educativo**

El fenómeno de la educación presenta una gran complejidad para su investigación. Uno de los aspectos que es necesario considerar es por ejemplo, la naturaleza del objeto, lo que implica situarnos en la problemática que representa la investigación en el campo de las ciencias sociales, así como el carácter subjetivo que contiene. Se trata, además, de un objeto polisémico, cuyas metodologías se encuentran aún en construcción, y que se enfrenta a un entrecruzamiento de diversas prácticas, saberes e intereses de conocimiento.

La naturaleza social del objeto impone un tratamiento metodológico que supere el traslado mecánico de leyes de la naturaleza biológica, que tan presentes están en el campo de la salud. Requiere de una recuperación de las prácticas, saberes e intereses de los sujetos que intervienen, sujetos que mantienen relaciones con otros, que a su vez constituyen espacios y esquemas de significación; relaciones también con estructuras económicas, políticas, culturales, pedagógicas construidas históricamente que a su vez los condicionan y/o determinan, pero que también pueden estar, y de hecho están modificadas o transformadas por la acción de dichos sujetos.

Estos, entre otros aspectos, determinan el origen de las preguntas que se pueden lanzar a los objetos del campo educativo, y definen la forma de abordarlos y el uso que de los resultados se puede hacer.

### **La complejidad del fenómeno de la salud**

Históricamente ha existido una polémica en cuanto a la naturaleza del fenómeno salud/enfermedad. Aunque aparentemente se ha instalado una visión hegemónica que sostiene que el problema es de naturaleza biológica, se pueden rastrear antecedentes de una visión que sostiene un origen social del mismo (Rosen 1885). Diversos aportes y explicaciones han sido hechos desde la visión biológica, sin embargo, hoy día existe un reconocimiento cada vez mayor del origen social del fenómeno de la salud.

El objeto de trabajo médico es el cuerpo enfermo, pero históricamente no sólo se ha tendido al asunto de curar, sino también al de prevenir y mantener la salud. La finalidad de la medicina, en el fondo ha sido la de erradicar la enfermedad de la tierra. Pero el cuerpo humano no existe solo y por sí mismo, sino en relación con la naturaleza y con los otros.

La complejidad del objeto, aquí no se determina imponiendo una visión u otra, o haciendo una suma de las dos, sino identificando relaciones entre una y otra explicación, relaciones entre niveles en los que se manifiesta dicho fenómeno. La formación de médicos no puede ser vista sólo como aquella en la que se enseña y se aprende lo biológico, es decir, determinada por la práctica médica dominante, sino además con la complejidad del fenómeno educativo. En ambos casos, las transformaciones van más allá de las prácticas de los sujetos descontextualizados histórica y socialmente.

### **La relación entre educación y salud**

La relación educación y salud constituye el espacio de la educación médica, en el que la formación de recursos humanos cobra una importancia tal, que bien vale la pena pensar y problematizar desde el caso concreto que aquí se aborda, dado que dicha relación no se da de manera mecánica, sino a través de diversas mediaciones, como el currículum y la práctica educativa y médica.

La formación de médicos en un fenómeno social, y en el campo de la educación médica se involucran múltiples conceptos, niveles y teorías de disciplinas como la filosofía, la pedagogía, la didáctica, la historia, la administración, la política y la economía, así como disciplinas psicológicas y biológicas, por mencionar algunas.

### **III. Reflexiones sobre ejes y tendencias en el currículum en medicina**

En los próximos párrafos presentamos una revisión de trabajos desarrollados entre las décadas de los setentas, ochentas y

noventas, que son los periodos de tiempo que principalmente aborda nuestro trabajo.

No obstante que desde la década de los 50 se realizaron esfuerzos tendientes a desarrollar la educación de los médicos (OPS, 1985) en lo que se refiere a la investigación educativa, que incluye el currículum y la práctica docente, los avances han sido escasos. Se han venido realizando estudios en el campo de la educación médica a escala internacional, en América Latina específicamente, fueron patrocinados, durante varios años hasta fines de la década de los ochentas y principios de los noventa, por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

A partir de 1970 se encauza el problema de la formación médica en América Latina con una metodología diferente (estructuralismo) a la que se había venido utilizando (funcionalismo). A la par, Juan Cesar García en 1972, publica bajo el patrocinio de la OPS La educación médica en América Latina.

En los últimos diez años han aparecido diversos trabajos que intentan realizar evaluaciones, análisis críticos y propuestas en esta área médica, sin embargo no se localizan a la fecha trabajos referentes a la práctica docente, aunque sí algunos sobre currículum, en donde éste se entiende como un programa, es decir, desde la perspectiva de la tecnología educativa.

En 1985 el Informe del Grupo de Consulta de Investigación sobre Personal de Salud (OPS, 1985) propuso como área prioritaria para el desarrollo de la educación médica la "investigación del proceso educacional".

Tres años después, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1988) formuló tres criterios generales para la investigación educativa en Salud: 1) el estudio de tendencias en educación permanente que permita construir una base de datos; 2) el desarrollo de investigaciones que contribuyan al desarrollo de una teoría que sustente el proceso educativo, y 3) el desarrollo de modelos de procesos permanentes de educación que utilicen metodologías pedagógicas innovadoras.

En lo que respecta a México, en 1982 se publicó, patrocinado por la OPS y la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina (AMFEM), el libro Estado Actual de la Educación Médica en México, (Hernández, 1983), que presenta un acercamiento al panorama general de la Educación Médica en México.

Si la investigación educativa en el campo de la salud en el país ha sido escasa, y hasta cierto punto pobre en sus resultados,

así lo mostraba una revisión realizada por Theez y colaboradores en los años 1983, 1984 y 1985 en la UNAM. De 583 investigaciones realizadas por 33 dependencias universitarias, 184 (31.5% del total) pertenecían al área de la salud y se llevaban a cabo en 11 dependencias; 40% se efectuaban en la Facultad de Medicina de la UNAM y el 36.4% en la Facultad de Psicología. Por si fuera poco, la mayoría de dichas investigaciones no se han publicado. Otras evidencias se localizan en una revisión de los estados del conocimiento realizados por el COMIE<sup>2</sup>.

No obstante el impulso y el desarrollo y que se han logrado sortear algunas restricciones (y que por supuesto ha tenido retrocesos), en 1989 en la UNAM se aprobó la "Maestría en Educación Médica" (UNAM, 1989) de la cual egresaron varias generaciones.

Por lo que respecta a la Universidad de Guadalajara, lugar donde llevamos a cabo nuestra investigación, el campo de la investigación educativa se abrió formalmente en 1989. En la que era Facultad de Medicina, sólo existen antecedentes relacionados con problemas de metodología de la enseñanza, la integración docencia servicio, la evaluación del proceso enseñanza aprendizaje, y revisión de modificaciones al plan de estudios, esto en una veintena de tesis de grado de Licenciatura, realizadas todas ellas desde metodología propia de las ciencias naturales, por muto propio y sin una sólida formación en ciencias de la educación.

Entre los aspectos importantes del modelo institucional de salud en México, se encuentra el de la discordancia entre la estructura operativa de tipo hospitalario, y la formación de profesionales destinados a participar en la prestación de servicios de salud, ya que se ha demostrado que los estudiantes no egresan con las características del perfil diseñado en el currículum vigente de la carrera de medicina.

En términos generales, se puede observar que en la carrera de medicina la investigación educativa no ha existido de manera sistematizada y permanente. Algunas tesis de grado han realizado estudios parciales, aislados, sin integración al problema general de la educación superior; se han hecho con base en encuestas de opinión sin emplear, en la mayoría de los casos, el análisis de documentos pertinentes a la problemática educativa, es decir, en todos estos trabajos hay una ausencia de teoría.

<sup>2</sup> Es el Consejo Mexicano de Investigación Educativa. Y nos referimos a la colección de libros sobre el estado del conocimiento de 10 áreas del conocimiento educativo, principalmente los referidos a currículum y procesos de enseñanza-aprendizaje en el campo de la salud; colección que se conoce con el nombre de "La Investigación Educativa en los ochenta perspectivas para los noventa"

En los años noventa se han hecho esfuerzos aislados por organismos nacionales e internacionales, como la Organización Panamericana de la Salud, la Unión de Universidades de América Latina, la Federación de Escuelas y Facultades de Medicina y, en el caso de México, por la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina, casi todas ellas han hecho declaraciones con la intención de apoyar procesos de acreditación y certificación, y se han pronunciado a favor de la formación por competencias.<sup>3</sup>

La Organización Panamericana de la Salud, que a través de un sólido grupo de trabajo y de la revista "Educación Médica y Salud" había venido sosteniendo algunas pautas consensuadas y abogaba por una coherencia teórica en el campo de la educación médica, a finales de los ochentas y principios de los noventas abandonó casi por completo su trabajo y desapareció la revista. Desde entonces puede advertirse una desarticulación teórica y una diáspora de discursos, sin embargo, se ha mantenido y ha cobrado vigencia su postura sobre la formación por competencias.

#### **IV. Tendencias curriculares por competencias. Respuestas ante la crisis en el campo del trabajo profesional en medicina**

Existen nuevas tendencias curriculares para ser aplicadas en el terreno en la educación médica, entre ellas las propuestas de currículum por competencias que proponen que la educación debe plantearse de manera diferente. Se advierte de inmediato –aunque se reconoce que es necesario ahondar más en el tema– que esta es una respuesta inmediatista para responder de manera más o menos rápida, a la refuncionalización del capitalismo tardío que se ve en la necesidad de dar respuesta a la sociedad del conocimiento.

Se pueden identificar cuando menos tres grandes paradigmas en las propuestas curriculares por competencias: 1) el paradigma neoconductista, que busca fragmentar el hacer en conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes, y que va de lo general a lo particular, que en este modelo se conoce como competencias genéricas y específicas. 2) el paradigma tecnocrático, ampliamente utilizado en la capacitación de trabajadores de empresas, en el que se trata nuevamente de desarticular o fragmentar el hacer del trabajador, en cada una de las actividades y acciones que más rutinariamente realiza; y 3) un paradigma que trata de irse construyendo desde una visión integradora y que busca

<sup>3</sup> Para mayores evidencias basta con entrar a las páginas web de estos organismos y consultar sus discursos, sus mecanismos de acreditación y certificación y algunos de los documentos que ofrecen como consulta.

concebir la formación como una totalidad compleja, que no sólo pretende integrar conocimientos, habilidades y destrezas sino al hombre mismo y su contexto histórico social (Reynaga, 2002).

Un argumento que aparece para validar, sobre todo en las propuestas de los dos primeros paradigmas, tiene que ver con la posibilidad de alcanzar una educación centrada en el estudiante, como una novedad (lo que ha sido una forma casi permanente de formación de los médicos a lo largo de su historia); otro argumento tiene que ver con la denominada flexibilidad, como posibilidad de que los estudiantes desarrollen destrezas fuera de lo que les puede ofrecer el programa establecido, lo que da la impresión de que sólo es una manera de soslayar las presiones estudiantiles y de ser una forma de desactivar la fuerza que las generaciones pueden tener si están juntas y así acabar con la posibilidad de construir proyectos de organización.

En algunos casos la flexibilidad ha sido entendida de tal modo que ahora en lugar de ir a la comunidad o tener el contacto inmediato con el paciente, lo tienen de manera virtual en la comodidad –o incomodidad– del hogar, y sin preocuparse por los horarios de trabajo.

La idea de trabajar en equipo, que siempre ha sido una idea y una forma de trabajo en este campo, hoy se presenta también como una novedad, pero en general, las estructuras en las aulas no han cambiado, no obstante sí lo están haciendo las exigencias sociales, y los ámbitos de trabajo obligan a que no sea de otro modo, a pesar de eso las consecuencias organizacionales, éticas y de contraloría tienen su propio peso, y eso no se enseña en el aula, se aprende en el camino y en la interacción con los otros.

Otras observaciones empíricas nos han permitido identificar:

- Escasa formación docente en y para el modelo por competencias (se busca más el papel que acredita que aprehender y llevar a la práctica principios de estos modelos.
- Los alumnos no entienden bien a bien qué son, para qué sirven y cómo aprender bajo estos modelos
- Los modelos curriculares como discurso, el currículum real y vivido sigue siendo un currículum oculto
- Continúan las clases discursivas y cargadas de tiempo aula

- Escasa vinculación y existencia de campos (escenarios) para la práctica

- Evaluaciones departamentales o de memorización y opción múltiple

- Pocos modelos de docentes y alumnos a seguir

- Excesiva dependencia de textos y nuevas tecnología para la docencia en el aula.

- Poca formación para los nuevos hábitos y prácticas de estudio que estos modelos demandan

- Poca vinculación con los sectores productivo, de servicios y con la comunidad

- Declaraciones en los programas de objetivos conductuales más que exposición de estrategias docentes para impulsar las competencias.

La educación basada en competencias requiere de una nueva orientación educativa que dé respuesta a las necesidades del contexto actual; el concepto de competencia<sup>4</sup>, tal y como se entiende en la educación, resulta de las nuevas teorías de cognición (inteligencias múltiples) y básicamente significa saberes de ejecución.

En 1998 la UNESCO expresó en el marco de la Conferencia Mundial sobre la Educación Superior, que es necesario propiciar el aprendizaje permanente y la construcción de competencias adecuadas para contribuir al desarrollo cultural, social y económico de la sociedad. Asimismo, manifestó que las principales tareas de la educación superior han estado, y seguirán estando ligadas a cuatro de sus funciones principales:

- Generación de nuevos conocimientos (las funciones de la investigación).

- El entrenamiento de personas altamente calificadas (la función de la educación).

- Proporcionar servicios a la sociedad (la función social).

- La función ética (que implica la crítica social).

---

<sup>4</sup> Disponer de los conocimientos, destrezas y aptitudes necesarias para ejercer una profesión, que puede resolver los problemas de forma autónoma, flexible y que está capacitado para colaborar en su entorno profesional y en la organización del trabajo.

La educación basada en competencias, lejos de ser una educación atomizada, de corte conductual y fragmentada, tiene ventajas que inciden significativamente en diferentes áreas del proceso educativo, por lo que abre perspectivas más dinámicas, integrales y críticas.

La educación basada en competencias se centra en la necesidad, estilos de aprendizaje y potencialidades individuales, pero también colectivas para que los alumnos y docentes lleguen a manejar con maestría las destrezas y habilidades señaladas desde el campo laboral.

### A manera de cierre y apertura

En otras palabras, una competencia en educación es un conjunto de comportamientos sociales, afectivos y habilidades cognoscitivas, psicológicas, sensoriales y motoras que permiten llevar a cabo adecuadamente una profesión en uno o varios trabajos.

Así las competencias se acercan a la idea de aprendizaje total, en la que se lleva a cabo un triple reconocimiento:

1. Reconocer el valor de lo que se construye.
2. Reconocer los procesos a través de los cuales se ha realizado tal construcción (metacognición).
3. Reconocerse como la persona que ha construido al lado de otros, siempre de otros. Supone que aún el estar en soledad leyendo un libro, es un acto social, un acto donde el otro está presente.

La construcción de competencias no puede realizarse de manera aislada, sino que tiene que hacerse a partir de una educación flexible y permanente, desde una teoría explícita de la cognición, dentro del reconocimiento de un marco conceptual y del contexto cultural, social, político y económico. La educación basada en competencias se refiere, en primer lugar, a una experiencia práctica y a un comportamiento que necesariamente se enlaza a los conocimientos para lograr sus fines.

Centrar los resultados de la formación de médicos y su relación con el trabajo médico, implica modificar no sólo los modelos curriculares, sino también las prácticas docentes, donde la enseñanza y la evaluación, que tradicionalmente se había centrado en la información que el alumno almacenaba, deben cambiar por una experiencia práctica y un comportamiento que necesariamente se enlace con los conocimientos.

Es necesario que el currículum considere las competencias integrales como una compleja estructura de atributos que se ponen en juego en determinados escenarios y ante diferentes tareas, y que exige que el propio trabajo que se desempeña, mantenga un enfoque de totalidad que permita integrar y relacionar atributos y tareas. Lo anterior tomando en cuenta el contexto y la cultura del lugar de trabajo donde tiene lugar la acción, asimismo, debe incorporar la ética y los valores como elementos del desempeño competente.

Un médico competente se podrá considerar entonces como aquella persona que posee las capacidades necesarias para el desempeño del trabajo, de acuerdo con lo que le reclama el escenario, la cultura y el contexto histórico social en que se desempeña.

Los modelos curriculares por competencias surgen para llenar el hueco que deja la desvinculación entre los sectores académico y productivo, situación evidente en Latinoamérica; sin embargo, permite pensar que ningún cambio curricular, sea por competencias o no, y sea de la naturaleza que sea y por más claro que esté, no va a funcionar si no va acompañado del trabajo con los sujetos docentes.

Para modificar el trabajo médico y hacerlo coherente con las necesidades de salud de las mayorías, es necesario partir de un análisis más profundo y detallado del trabajo médico mismo, de sus condiciones dentro de la estructura de la vida cotidiana, de su espacio de trabajo. Aquí la etnografía crítica, como opción teórico-metodológica que hemos descrito brevemente, tiene mucho que aportar. Es necesario problematizar la situación y plantear nuevas preguntas de investigación.

## Bibliografía

- Arredondo M. La Investigación educativa en México. Un campo científico en proceso de constitución. *Revista Mexicana de Sociología* 1984; XLVI(1): 102-126.
- COMIE (1997). La investigación educativa en los ochenta perspectivas para los noventa. Colección, 9 tomos. México: COMIE, 1995, 1996, 1997.
- García JC. La Educación médica en América Latina. Publicación Científica No. 255. Washington: OPS; 1972.
- Gonczi A. "Instrumentación de la educación basada en competencias. Perspectivas de la teoría y la práctica en Australia". En: Argüelles, A. (comp.) *Competencias laborales y educación basada en normas de competencia*. México: Limusa, SEP, CNCCL, CONALEP; 1997.
- Hager PJ. *Conceptions of competence*. Sydney Australia: University of Technology, Philosophy of Education society; 1996.
- Hernández A. Estado actual de la Educación Médica en México. México: OPS/AMFEM; 1983.
- Mertens L. Sistema de competencia laboral: surgimiento y modelos. Seminario Internacional "Formación Basada en Competencias Laborales: Situación actual y Perspectivas". Guanajuato, México: Organización Internacional del Trabajo; 1996.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Investigación de Personal de Salud. Washington: OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos 1985; 66.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (1985). Marco de referencia para el desarrollo de la educación médica en la América Latina. Washington: OPS. Publicación científica 1985; No. 483.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (1988). Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Washington: OPS. Investigación Educativa en Salud. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos 1988; No. 77.
- Reynaga S. Competencias integrales. Documento inédito, presentado en el III Congreso de ALST; 2002.
- Rosen G (1985). De la policía médica a la medicina social. México: Ed. Siglo XXI; 1985.
- UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México). Facultad de Medicina. Maestría en Educación Médica. Plan de Estudios. México: UNAM, 1989.