

Una visión sucinta de la enseñanza de la medicina a través de la historia:

II. Colombia, un sitio donde confluyeron varias culturas con su arte de curar

Diana Patricia Díaz Hernández*

RESUMEN

Para comprender cómo se ha enseñado la medicina a través de los tiempos, es necesario apoyarse en los historiadores que han tratado su evolución y, a partir de ellos, indagar sobre las actitudes de los médicos en su posición como docentes y acerca de cómo era la apropiación del conocimiento en cada época por parte de los estudiantes. En este segundo artículo se presenta una visión sucinta de la enseñanza de la medicina en Colombia en diferentes épocas, empezando con la Conquista Española cuando se encontraron varias culturas, la española y las aborígenes, con sus respectivas tradiciones en el arte de curar y en la forma de enseñarlo; se incluyen también la llegada de la enseñanza de la medicina a la universidad colombiana y la actual propuesta curricular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

PALABRAS CLAVE

Aprendizaje; Educación Médica; Enseñanza; Historia de la Medicina

SUMMARY

A succinct vision of medical teaching throughout history: II. Colombia, a place where different cultures came together with their art of healing

In order to understand how medicine has been taught through the years, it is necessary to refer to historians who have approached the evolution of medicine. Taking them as a starting point, it is possible to describe the attitudes of doctors in their role as professors, and the ways in which students acquired knowledge at different moments throughout centuries. This article presents a succinct vision of the evolution of medical teaching in Colombia, starting with the arrival of the Spanish conquerors. Several ways of practicing and teaching medicine, the Spanish and the aboriginals, coexisted. The evolution of medical teaching in Colombian universities is succinctly described, as well as the current curricular proposal at the Faculty of Medicine, University of Antioquia.

* Médica, Docente de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
Correspondencia: diadiah@medicina.udea.edu.co

Recibido: agosto 02 de 2010
Aceptado: septiembre 10 de 2010

KEY WORDS

Learning; Education, Medical; Teaching; History of Medicine

INTRODUCCIÓN

Para comprender mejor la importancia de la Educación Médica, es conveniente recorrer su historia, la evolución de la enseñanza y el aprendizaje de la medicina; en este artículo se pretende describir estos procesos, con especial énfasis en cada uno de los componentes del sistema didáctico (1). * Se recorre en él sucintamente la enseñanza médica desde la llegada a América de los conquistadores españoles hasta la propuesta del currículo médico de la Universidad de Antioquia.

AMÉRICA, UN SITIO DONDE CONFLUYERON VARIAS CULTURAS CON SU ARTE DE CURAR

Fue en la época de oscurantismo de la medicina en Europa con su dominio total por la religión, cuando se llevó a cabo la conquista del Nuevo Mundo; pero en estas tierras los indígenas tenían sus creencias y conocimientos sobre el arte de curar; la enfermedad “era atribuida a la influencia de los espíritus malignos, que se creía tomaban posesión del enfermo; por lo tanto, los medios para protegerse contra ella eran mágicos y también religiosos” (2); los responsables de llevar a cabo los diferentes rituales y de expulsar a los espíritus malignos, curar las dolencias y aplicar fármacos eran los sacerdotes, equivalentes a los chamanes y curanderos. “En cierta forma, en la cultura aborígen el malestar o bienestar de las personas sería el resultado de una lucha de poderes, más allá de lo visible, solo percibidos por el chamán, sobre la base de capacidades innatas y aprendizajes rigurosos. Sus condiciones y preparaciones le permitían intervenir

para mantener, recuperar o quebrantar la armonía entre tales poderes” (3).

Para poder llegar a ser chamán debían conjugarse el destino y un estudio estricto sobre todos los conocimientos de su maestro: “El principiante debía pasar por un rito de iniciación y por un entrenamiento especial que tardaba varios años, durante los cuales era sometido a ayuno, a estricto aislamiento, a la abstinencia sexual y a otras pruebas, en la condición de aprendiz de un chamán ya consagrado” (3).

En la cultura muisca era grande el poder del médico hechicero debido al carácter mágico y misterioso de los procedimientos de curación. Su aprendizaje se hacía en una casa especial llamada *Cuca*, se reunía con otros *Ogques* o médicos sacerdotes y con un *Ogque* anciano. “El proceso de aprendizaje y capacitación se demoraba 12 años y el candidato estaba sujeto a privaciones, ayunos y diversos ritos religiosos. Cuando concluía su entrenamiento se le perforaban las narices para colgarle anillos de oro y en un acto de purificación multitudinario, se le bañaba en la laguna y se le cubría con vestidos finos” (2).

Muchos eran los contenidos básicos del aprendizaje de un chamán; el piache guajiro, por ejemplo, necesitaba capacitación teórico-práctica en las siguientes áreas: “La evolución de los poderes bienhechores, la adivinación, el valor curativo de las plantas, los animales y los minerales, las relaciones con otros piaches, y las ceremonias que deben ejecutar en una curación y que consisten en movimientos especiales, invocaciones, cánticos, manejo de la maraca, masticación del tabaco, luego en la fiesta en que demuestra su habilidad, masca tabaco y coca, toca maracas durante varios días y toma ron, aguardiente y guarapo” (2).

De otro lado, la calidad de la enseñanza de la medicina llegada con los españoles era bastante baja. El aprendizaje se hacía como asistente de un médico o

* “El problema, la situación de un objeto que genera una necesidad en un sujeto que desarrolla un proceso para su transformación. El objeto, o parte del mundo real que se va a estudiar. El objetivo que el sujeto se propone alcanzar en el objeto para que, una vez transformado, satisfaga su necesidad y resuelva el problema. Los conocimientos, o sea, los diferentes saberes de las ciencias, las artes, la técnica o la tecnología que ha construido la humanidad en el transcurso de su historia. El método, los procedimientos con los cuales los diferentes saberes han construido sus conocimientos. Las estrategias didácticas, los pasos que desarrolla el estudiante en su interacción con el conocimiento, a lo largo de su proceso formativo. Los medios, herramientas que se utilizan para la transformación del objeto. La forma, organización que se adopta desde los puntos de vista temporal y espacial en la relación docente-discente para desarrollar el proceso. El producto o resultado académico del aprendizaje. La evaluación, constatación periódica del desarrollo del proceso”.

un protomédico. “Generalmente se quedaba a vivir en la casa del doctor, quien lo tomaba como una especie de sirviente. El joven, como cualquier aprendiz de artesanía, cuidaba de sus bestias y carruajes, si los había. Aprendía a preparar brebajes y cápsulas y mezclaba polvos y pociones. En las horas libres leía viejos libros de medicina... Pero realmente lo que el ansioso candidato podía aprender lo hacía cuando acompañaba al médico a sus visitas, a la cabecera del enfermo donde el maestro le enseñaba los principales síntomas de las enfermedades y su tratamiento” (2). Pero debido a la presencia de esa otra medicina que estaba en manos de teguas y curanderos de la región, que eran más apreciados y respetados, los candidatos a médicos decidían aprender simultáneamente con estos curanderos.

Había pues en América dos formas de mirar la salud y la enfermedad y, por lo tanto, dos maneras de enseñarla; la que llegó con los conquistadores, fiel copia de la enseñanza europea, que era *transmisionista*; y la utilizada por los indígenas, en la que se aprendía al lado del maestro, chamán; en ella se puede evidenciar una *forma*, la organización, ya mencionada, de lo que se debe aprender con componentes teóricos y prácticos y con una clasificación definida, la evolución de los poderes bienhechores, la adivinación, el valor curativo de las plantas, los animales y los minerales, las relaciones con otros piaches, y las ceremonias; entre *los medios* se encuentran los diferentes implementos mágicos, ritos religiosos, el tabaco y la coca; y al final, *la evaluación*, un ritual especial donde demostraba su competencia como chamán y recibía los implementos propios de su nueva función en la comunidad.

LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA INGRESA A LA UNIVERSIDAD

El primer intento de fundar una cátedra de Medicina en Colombia fue en el año 1636; se debió al licenciado Enríquez de Andrade, que ejercía en Santa Fe de Bogotá; pero las limitaciones de la época, al parecer, los escasos conocimientos de Enríquez, la ausencia de alumnos y el poco tiempo dedicado a la docencia acabaron con este intento.

En el Colegio Mayor del Rosario fue donde se hizo, en 1715, el segundo intento de crear la cátedra de

Medicina en 1715; esta vez también se fracasó pero en 1733 se inauguró nuevamente dicha cátedra a cargo del médico siciliano Francisco Fontes a quien se le concedió el título de médico para poder enseñar. En 1753 el Colegio Mayor del Rosario eligió como catedrático de Medicina al criollo José Vicente Ramón Cansino, quien ejerció su función educativa como una lección, “es decir como el acto de leer textos que debían ser memorizados, más que reflexionados, por los discípulos, sin dar mayor campo ni al cuestionamiento ni a la comparación empírica” (3). Las clases eran monótonas y teóricas a tal punto que Ibáñez señala: “Un hombre con la escasa ilustración académica que poseía Cansino, era incapaz de dictar una clase de Anatomía, Patología, Terapéutica e Higiene” (2).

En 1802 se puso en práctica el plan de estudios propuesto por Mutis (Plan Mutis-Isla), bajo la dirección de Miguel de Isla. Este plan, además de los cursos teóricos tradicionales incluía otros prácticos que se realizaban en el hospital bajo la dirección de un médico graduado. “El contenido teórico incluye Anatomía en el primer año con prácticas en el Hospital San Juan de Dios; el segundo año, Instituciones Médicas; el tercer año, Patología General y particular; el cuarto, Doctrina Hipocrática. Luego de los cinco años, el aspirante quedaba habilitado para recibir el grado” (2). Después de recibir el grado de “bachiller” el estudiante debía pasar otros tres años practicando en el hospital, bajo la supervisión de un médico graduado, para poder obtener la licencia para ejercer.

El plan contemplaba todos los aspectos pedagógicos, entre ellos estrategias de enseñanza, aulas, horarios de los cursos, exámenes, actos solemnes: “Para el caso de la Anatomía, el plan esbozaba una estrategia pedagógica. En primer lugar el catedrático debía exponer los apartados del texto que los estudiantes aprendían de memoria. Pasaría luego a explicar las estampas o figuras que ilustraban la obra de Heister; sin embargo, como estas solamente permitían adquirir ideas un poco vagas del cuerpo, se destinaba un día a la semana para que el profesor practicara disecciones sobre el cadáver frente a sus alumnos” (4).

Mutis describía así la práctica en el hospital: “Para practicar con provecho en el hospital, hay que concurrir diariamente a las visitas de los enfermos bajo la dirección de un médico aprobado. Se debe llevar

apuntes de cada enfermedad en su detalle, añadiendo el éxito de que se hubiese observado en los cadáveres y consignando los yerros cometidos por los enfermos, por los asistentes o por cualquier otro motivo o vía, de modo que al fin de su práctica pueda tener una historia de las enfermedades más comunes en el país, de donde poder deducir muchas reglas utilísimas para el conocimiento y la curación de ellas” (5). Además, el plan de estudios incluía una serie de materias previas sin las cuales el estudiante no podía continuar: Latín, Griego, Inglés, Italiano y principalmente Francés; nociones de Filosofía que incluían Lógica y Ética, Filosofía Natural y conocimiento de las Ciencias Matemáticas y Físicas.

La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional fue fundada en septiembre de 1867, con el propósito de tener una institución con cobertura nacional a la cual pudieran asistir estudiantes de las diferentes regiones del país. El plan de estudios con el cual se inició esta Facultad incluía: Zoología Médica, Botánica, Física, Química y Anatomía Descriptiva; los cursos siguientes serían Fisiología, Patología Interna, Patología Externa, Higiene, Medicina Operatoria, Médica y Terapéutica, Farmacia, Obstetricia y Medicina Legal. Los libros de texto utilizados en la época eran en su mayoría escritos en francés y pertenecían al profesor quien los leía y memorizaba “como forma de desconcertar al auditorio con su sapiencia y de acentuar el tipo de enseñanza verbalista a la que se estaba tan acostumbrado” (6). De igual manera, la evaluación era de tipo memorístico, “pero en los exámenes se le exigía una respuesta rigurosa acerca del contenido memorizado de la materia leída” (6).

En 1872 se dio inicio a los primeros cursos de la Escuela de Medicina de la Universidad de Antioquia con diecisiete alumnos que recibían durante cinco años las siguientes cátedras: Anatomía, Física, Fisiología, Patología, Anatomía Descriptiva, Patología General, Química Orgánica, Anatomía Patológica, Anatomía Topográfica, Cirugía, Farmacia, Higiene, Medicina Legal, Obstetricia, Patología Externa, Terapéutica y Zoología; al igual que en el resto de las facultades del país la enseñanza era predominantemente *transmisionista* y teórica. La medicina que se impartía era la de la escuela francesa; Manuel Uribe Ángel explicó en estos términos la influencia de la medicina francesa: “Relaciones más fáciles y frecuentes con el

pueblo francés que con los demás pueblos civilizados, mayor parentesco en el idioma y, por consiguiente, mayor comodidad para la lectura de los libros de enseñanza, más intimidad en las relaciones comerciales, más proximidad en las creencias políticas y religiosas y muchas otras razones hicieron que la semilla de los conocimientos humanos cayera en nuestro campo como un terreno fértil en que hallaría pronta fecundación” (7).

El modelo que reinaba en la enseñanza de la medicina en las universidades colombianas era el anatomoclínico, basado en la explicación de la enfermedad por una lesión anatómica de un órgano específico. En contraposición estaban los otros dos modelos del conocimiento médico del siglo XIX: el fisiopatológico y el etiopatológico. El primero se fundamentaba en la experiencia mediante el laboratorio con el tejido o el animal vivo; este modelo solo fue evidente en la Universidad de Antioquia en la década de los años cuarenta del siglo XX. El modelo etiopatológico, que explicaba la causa de las enfermedades por la acción de los microorganismos y de otros agentes externos, tuvo su mayor auge en la enseñanza de la medicina en Colombia en la última década del siglo XIX con base en el discurso médico de Pasteur traído por algunos médicos que se especializaron en Francia.

Para 1930 la enseñanza de la medicina en la Universidad de Antioquia continuaba altamente influenciada por la medicina francesa, “su organización docente seguía el modelo tradicional, basado en las llamadas cátedras, donde las clases eran teóricas y la memorización de los textos era lo que determinaba el paso del estudiante de un año al otro; al respecto expresó el doctor Jorge Franco: “En segundo año la materia básica era Anatomía II, a cargo del amable Peña Quevedo. Mejor dicho, la dábamos nosotros, porque él ponía 30 o 40 páginas del señor Testut para que se las recitáramos al día siguiente” (8). En los cursos clínicos había un acercamiento por parte del estudiante a los pacientes, pero era muy pasivo y no había una verdadera evaluación práctica del paciente.

Con la llegada de la *Misión Francesa* a Colombia (1931 y 1951), específicamente a la Universidad Nacional, se recomendó un nuevo pénsum con materias como Biología, Fisiología, Medicina Experimental y sus respectivos laboratorios. Además se propuso fomentar

en el estudiante el trabajo en el laboratorio y la investigación; se le dio también mucha importancia al contacto temprano de los estudiantes con el paciente, para incentivar la observación clínica y relacionarla con los hallazgos del laboratorio (9).

Como se puede evidenciar hasta las primeras décadas del siglo XX la enseñanza de la medicina en Colombia estaba acorde con el modelo pedagógico tradicional; como fuente del conocimiento se impartían los contenidos ya elaborados en los textos médicos de la época, importados de las universidades europeas; el método utilizado era *transmisionista*, pues se limitaba a transferir dichos contenidos de la manera más fiel posible.

Ahora bien, para la transmisión de estos conocimientos los medios primordiales eran la tiza y el tablero; sin embargo, era de gran importancia, según el área de estudio, el trabajo directo en los cadáveres y, en las clínicas, la visita al hospital. El docente era el erudito sobre cada una de las enfermedades que podían presentar los pacientes y el estudiante estaba atento, en una posición pasiva, a escuchar y memorizar los signos, los síntomas y los tratamientos más adecuados para cada enfermedad.

Con respecto a la forma, los contenidos se organizaron inicialmente en cursos que se distribuían para ser estudiados en cinco años. Finalmente, la evaluación se llevaba a cabo acorde con el modelo pedagógico: el estudiante debía memorizar lo que le enseñaban sus profesores, para luego presentar el examen respectivo que permitía confirmar y cuantificar si el aprendizaje se había producido.

Para mediados de la década de los años cuarenta, entidades norteamericanas cuestionaron e intervinieron la educación médica latinoamericana y como parte de ello hubo visitas para conceptuar sobre la enseñanza de la medicina; en 1947 el médico norteamericano Morris Fishbein dio el siguiente concepto: "La fundamental falla de la enseñanza médica en América Latina es la admisión de estudiantes al primer año en mucha mayor cantidad que la habilidad de la escuela para proveer educación adecuada en las ciencias médicas básicas, incluyendo particularmente Anatomía y Fisiología. La mayoría de los estudiantes aprenden por intermedio de conferencias y demostraciones de los métodos, más

bien que por participación individual. El internado como tal no existe en la mayoría de los países latinoamericanos" (10).

En 1948 llegó a Colombia de los Estados Unidos la llamada *Misión Médica* con el propósito de hacer un diagnóstico del estado de la enseñanza y las prácticas médicas en el país y de dar recomendaciones para la adecuación y modernización de las facultades y hospitales del país. El informe resaltó varias recomendaciones acordes con las hechas previamente por Abraham Flexner entre 1910 y 1925 a los centros de Educación Médica de Canadá y Estados Unidos (11). "La enseñanza es casi exclusivamente oral y por libros de texto, usándose muchos textos franceses [...] Falta por completo el énfasis en los principios de los cuidados quirúrgicos, juzgando por las apariencias, y los estudiantes se permiten en los hospitales sólo como observadores lejanos. El arte de tomar historias es completamente desconocido [...] Es poco evidente una enseñanza real al lado de los pacientes, tanto para los estudiantes como para los internos" (12).

Para dar respuesta a estas recomendaciones se creó en 1950 un nuevo currículo, el mismo para todas las facultades de medicina del país, acorde con los currículos y las formas de enseñanza de las universidades norteamericanas: "Al comparar este currículo con los anteriores, identificamos: la anulación del año premédico, recientemente creado; la importancia que todavía se le daba a la enseñanza de la Anatomía, con alta intensidad horaria durante los primeros años; la aparición de una materia también relacionada con la Anatomía, como era la cátedra de Dibujo Médico, y el planteamiento de un ciclo de materias básicas separadas de las clínicas, según el modelo de Flexner". En los años cuarto, quinto y sexto aparecieron las materias clínicas; siguiendo las recomendaciones de la *Misión Unitaria* se propuso intensificar el contacto con los pacientes, de modo que en estas materias predominaba la enseñanza práctica sobre la teórica (9).

En 1953, Antioquia recibió la segunda visita de médicos norteamericanos, con el doctor Maxwell E. Lapham como director de la misión, que nuevamente evaluó el estado de la enseñanza de la medicina en este país e hizo varias recomendaciones con relación al plan de estudios, con una diferenciación de la

enseñanza en materias de las ciencias básicas para los primeros semestres y de las clínicas a partir del tercer año, acorde con el modelo curricular de las universidades norteamericanas. También criticó la didáctica centrada en la clase magistral y recomendó estrategias que permitieran el trabajo práctico en el laboratorio, el hospital y la biblioteca; además, enfatizó en la importancia del último año de práctica en el hospital, el internado, durante el cual el médico en entrenamiento era responsable de los pacientes y su evolución: “Todo el trabajo del interno debe ser aprobado y criticado por el *staff* de servicio y debe exigírsele que esté continuamente al tanto de todas las etapas de las enfermedades de sus pacientes, incluyendo no sólo los exámenes clínicos y de laboratorio, sino también la información pertinente obtenida en la literatura médica” (13).

Con el propósito de cumplir con todas las recomendaciones de la *Misión Médica*, durante los años cincuenta instituciones como las fundaciones Rockefeller y Kellogg dieron apoyos económicos para la especialización de los docentes en universidades norteamericanas y la modernización de los laboratorios y la biblioteca.

De esta manera se fue dejando poco a poco la enseñanza tradicional y se incursionó en el modelo conductista, basado en la tecnología educativa; si bien la *metodología* de enseñanza seguía siendo memorística, adquirieron relevancia los laboratorios; en el plan de estudio era de gran importancia la presentación de los objetivos como pilares para el desarrollo de los *contenidos* y la adquisición de habilidades y destrezas, mediante actividades programadas por el profesor, con el fin de lograr un buen desempeño en la profesión. La enfermedad se manifiesta como un conjunto de signos y síntomas que, de acuerdo con la forma de presentación, hacen el diagnóstico para el cual hay un determinado tratamiento. Adquieren un gran auge los algoritmos y los manuales médicos, que más que estimular al estudiante para el desarrollo de una posición crítica ante el paciente y la enfermedad que presenta lo preparan para que frente a un estímulo (signos y síntomas) tenga una respuesta (tratamiento). La *evaluación* se centra en los exámenes tipo test (falso y verdadero, selección múltiple y *completación*), que buscan verificar el logro de los objetivos.

A partir de las normas implementadas con la creación en los años noventa de la Unión Europea, las facultades de medicina implementaron varias reformas curriculares en el marco de la creación del Espacio Común Europeo de Educación Superior (Acuerdos de Bolonia). Uno de los aspectos más relevantes de este proceso fue la necesidad de crear currículos basados en las competencias; se propusieron, además, la reducción de las actividades teóricas, el acercamiento al paciente desde los primeros semestres de la formación médica, lo que facilita la adquisición temprana de las habilidades clínicas, y un aprendizaje centrado en la práctica clínica.

En respuesta a estas nuevas propuestas mundiales para la enseñanza médica, la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia trató, en los años 90, de hacer un cambio curricular para el cual se propusieron, como principales fundamentos metodológicos, los siguientes, según lo expresa Gómez: diversificación de las fuentes de información, supresión del enciclopedismo, selección de los escenarios de práctica más pertinentes, vinculación temprana a la práctica profesional y el ejercicio investigativo; pero solo en el año 2000 fue posible la implementación de un nuevo currículo (14).

En la actualidad, la enseñanza de la medicina se orienta por un currículo alternativo, con estrategias didácticas centradas en la resolución de problemas y con una posición muy activa del estudiante; pretende una formación médica y humana integral y un abordaje interdisciplinario del conocimiento para adquirir un enfoque holístico del paciente; las propuestas curriculares rescatan la importancia de los sujetos que participan en los procesos de enseñanza y aprendizaje; se tiene un currículo de acuerdo con la definición propuesta por Sacristán: “Una práctica en la que se establece un diálogo, por decirlo así, entre agentes sociales, elementos técnicos, alumnos que reaccionan ante él y profesores que lo modelan” (15) y que trasciende el plan de estudios, como lo propone Magendzo (16) quien reconoce que el currículo no son solo los planes y programas de estudio y lo redimensiona dando importancia a la cultura de las instituciones, a los eventos que ocurren en el aula de clase y a las relaciones entre los sujetos de los que se ocupan la didáctica, el profesor y sus alumnos.

Frente a estos nuevos modelos curriculares alternativos, se configuran las propuestas didácticas que adquieren nuevas formas de desarrollarse, con docentes *propositivos* en el diseño de los currículos y de sus didácticas que favorezcan el autoaprendizaje y la autonomía por parte del estudiante. Díaz Barriga identifica la importancia de la didáctica en los currículos y la participación activa del docente cuando dice: “Hay una articulación entre las exigencias de la didáctica, como disciplina desarrolladora en función de los problemas del maestro y de la enseñanza, y el currículum, como ámbito de conocimiento vinculado a los procesos institucionales de la educación” (17).

Al respecto, el currículo implementado desde el año 2000 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, Colombia, está estructurado en dos componentes programáticos: el central y el flexible; el primero incluye el estudio de las áreas esenciales para el buen desempeño del médico general en su quehacer diario; el segundo pretende que el estudiante profundice en los conocimientos de su interés, los cuales se clasifican en cursos de contexto, de profundización y de cultura y deporte, con énfasis en tópicos específicos de las ciencias clínicas, sociales, humanas y artes, entre otras. El componente central está diseñado en dos ciclos: el de fundamentación y el de profesionalización; el primero presenta un enfoque por sistemas, que pretende ofrecer una visión integradora de áreas como Biología Molecular, Genética, Morfología y Fisiología; además, pretende hacer un acercamiento a la clínica para que estos conocimientos sean mucho más relevantes incluyendo aspectos de la Semiología, el diagnóstico clínico y paraclínico y la Farmacología básica y aplicada. La profesionalización está estructurada de acuerdo con el ciclo vital humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez, de tal manera que se pueda enfocar integralmente al paciente.

Se propone que las estrategias didácticas estén centradas en el estudiante, buscando desarrollar en él un pensamiento crítico, reflexivo y creativo. Desde los primeros semestres se busca que el estudiante tenga un acercamiento a la práctica clínica, para lo cual se han diseñado las correlaciones básico-clínicas.

Con respecto al aprendizaje centrado en la comunidad, aspecto importante en muchos de los

currículos médicos, los estudiantes hacen prácticas en la comunidad, durante las cuales desarrollan proyectos sobre los problemas más relevantes de la misma: “En el sexto semestre el objetivo es realizar un diagnóstico de salud en un microcontexto; formular las acciones pertinentes de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para intervenir el problema identificado y, finalmente, evaluar los resultados de la intervención” (18).

La renovación del currículo pretende también involucrar tanto la investigación formativa como la formación en investigación que permitan desarrollar competencias científicas en el estudiante y, por lo tanto, en el futuro profesional.

Se pretende renovar y actualizar continuamente los *contenidos* curriculares y que estén motivados en la investigación para permitirle al estudiante crear una actitud crítica ante el conocimiento; así reconocerá que este no está terminado y que se pueden hacer aportes valiosos. Se pretende utilizar el *método* científico presentándoles a los estudiantes problemas como los que enfrentarán en la práctica profesional, para que encuentren soluciones congruentes y acertadas; el docente debe, entonces, dejar su papel de transmisor del conocimiento para convertirse en un tutor y guía del proceso de aprendizaje de sus estudiantes.

Con los avances tecnológicos actuales los medios principales serán diversos, desde el internet y los programas interactivos hasta la propia historia clínica del paciente. Con respecto a la forma, los contenidos se organizan en áreas problemáticas indispensables para la formación integral del alumno.

Finalmente, se requiere centrar más *la evaluación* en el análisis, el discernimiento y la autoevaluación y menos en aspectos memorísticos. Se propone entonces: “La evaluación buscará diversas alternativas incluyendo el perfil de lo formativo, sin descuidar la evaluación de producto cuando la situación lo amerite, pero en todo caso intentando superar las limitaciones de la heteroevaluación con la búsqueda de propuestas claras que conduzcan finalmente al logro de la autoevaluación en cuanto ello significa conquista de autonomía, autocrítica, autocomprensión, autodirección, responsabilidad y sentido ético” (19).

AGRADECIMIENTOS

A Elvia María González A., una maestra dispuesta a compartir sus experiencias, a plantear preguntas y propuestas retadoras, a estimular la búsqueda y la creatividad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Agudelo EM, Díaz Hernández DP. Desde el currículo hasta la didáctica o sobre la circulación de los saberes y sus controles en la universidad: un ejemplo en la enseñanza de la medicina. *Iatreia*. 2008; 21(1):83-93.
2. Romero Beltrán A. Historia de la práctica social de la medicina en Colombia. Tomo I. Períodos precolombino y colonial. Medellín: Computexto; 1990.
3. Quevedo E, Pérez G, Miranda N, Eslava JC, Hernández M, Bustos L, et al. Historia de la medicina en Colombia. Prácticas médicas en conflicto (1492-1782) Tomo I.. Santander de Quilichao (Colombia): Norma; 2007.
4. Quevedo E, Pérez G, Miranda N, Eslava JC, Hernández M, Bustos L, et al. Historia de la medicina en Colombia. Tomo II. De la medicina ilustrada a la medicina anatomoclínica (1782-1865). Santander de Quilichao (Colombia): Norma; 2008.
5. Martínez Zulaica A. La medicina del siglo XIII en el nuevo Reino de Granada. En: Romero Beltrán A. Historia de la práctica social de la medicina en Colombia. Tomo I. Períodos precolombino y colonial. Medellín: Computexto; 1990.
6. Romero Beltrán A. Historia de la Medicina Colombiana: Siglo XIX. Medellín: Universidad de Antioquia; 1996. p.65
7. Uribe Ángel M. Medicina en Antioquia 1881. Publicaciones del Ministerio de Educación Nacional. Bogotá: Editorial Minerva, 1936. Pág. 15-16.
8. Franco J. La medicina de los años cuarenta. En Uribe de Hincapié MT. Universidad de Antioquia, historia y presencia. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 1998. p. 375-388.
9. González Rodríguez AL. La modernización de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia 1930-1970. Medellín: Universidad de Antioquia; 2008.
10. Fishbein M. La educación médica en América Latina. Traducción de Héctor Abad Gómez. Boletín Clínico: Órgano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. 1949; 10(6):154-160.
11. Flexner A. Medical education. A comparative Study. Nueva York: The MacMillan Company; 1925.
12. Humphrey GH. Informe de la misión medica unitaria a Colombia. Boletín Clínico: Órgano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. 1950; 10(10):272.
13. Lapham ME, Goss CM, Berson RC. Un estudio de la educación médica en Colombia, 1953. Traducción de A. Correa Henao. Antioquia Médica. 1954; 4(5-6):509.
14. Gómez F. La reforma curricular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia: marco teórico y bases metodológicas. *Iatreia*. 1990; 3(2):59-66.
15. Sacristán G. El currículum: una reflexión sobre la práctica, 5ª ed. Madrid: Ediciones Morata; 1995.
16. Magendzo A. Currículum y cultura en América Latina, 2ª ed. Chile: Programa Interdisciplinario de Investigaciones en Educación; 1986.
17. Díaz Barriga A. Didáctica y currículum: convergencia en los programas de estudio. México: Paidós; 1997.
18. Yepes Delgado CE. La atención primaria en salud, como escenario para la formación médica y la transformación social. *Iatreia*. 2005; 18(1): 225-234.
19. Castro L, Garcés F, Muñoz V, Lugo L, Gómez JF, Gómez JA, et al. Hacia un marco teórico para la renovación curricular. Referentes contextuales. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina; 2000.

