


Fundamentos teóricos del proyecto pedagógico de un curso de Medicina en el semi-árido del estado de Paraíba, Brasil: contribuciones al debate sobre Educación Médica

Henrique Gonçalves Dantas de Medeiros^(a)

<henriquegdmediros@gmail.com> 

Thiago Gomes da Trindade^(b)

<thiagogtrindade@gmail.com> 

^(a) Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande. Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/no, Casas Populares. Cajazeiras, PB, Brasil. 58900-000.

^(b) Departamento de Medicina Clínica, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil.

Considerando los procesos de reforma de la Educación Médica, es necesario estudiar experiencias surgidas recientemente. Por lo tanto, se analizó el Proyecto Pedagógico del Curso de Medicina de la Universidad Federal de Campina Grande *campus* Cajazeiras (Estado de Paraíba, Brasil), tratando de reconocer sus fundamentos teóricos. Se trata de una investigación cualitativa, de carácter descriptivo y exploratorio, utilizando documentación indirecta y observación directa intensiva para colecta de datos y el método hermenéutico-dialéctico para su análisis. Partiendo de supuestos de la Medicina Rural, el proyecto es ecléctico: incluye el Materialismo Histórico y Dialéctico, por medio de la Epidemiología Crítica Latinoamericana y la Metodología de la Problematización; usando como referencia la Pedagogía de las Competencias, se aproxima de corrientes racionalistas, individualistas y neopragmáticas; finalmente dialoga con la Postmodernidad de Contestación y el Pensamiento Complejo. Buscando superar el Paradigma Flexneriano, se concluye que el proyecto se aproxima del Paradigma de la Integralidad, pero enfrenta dificultades para materializarse, señalándose propuestas prácticas para hacerlo viable.

Palabras clave: Educación médica. Currículum. Educación en Salud.

Introducción

La creación del Sistema Único de Salud (SUS) motivó el esfuerzo para la consolidación de una red de Atención Primaria de la Salud (APS) y para el cambio del modelo de atención en Brasil. Eso ha exigido el repensar la formación de los profesionales de salud, para que estén alineados a los principios ético-políticos que sirven de base al Derecho a la Salud. Por lo tanto, en los últimos años, los cursos de graduación experimentaron un conjunto de reformas curriculares con el objetivo de adecuar el perfil del egresado a la nueva realidad. Tales reformas expresan la tentativa de superar el modelo flexneriano a partir de una nueva perspectiva: el paradigma de la integralidad.

El modelo flexneriano se caracteriza por: predominancia de clases teóricas, enfocando la enfermedad y el conocimiento fragmentado en disciplinas, proceso de enseñanza-aprendizaje centrado en el profesor en clases expositivas y demostrativas, predominancia de la práctica desarrollada en hospital, capacitación docente centrada únicamente en la competencia técnico-científica y referencia al mercado de trabajo a partir del consultorio tradicional y del ejercicio de la medicina de forma privada y médico-centrada¹.

Por otro lado, el paradigma de la integralidad, aunque todavía tenga una definición difusa, se regiría por los siguientes factores: abordaje del proceso salud-enfermedad con mayor énfasis en el polo salud, proceso enseñanza-aprendizaje centrado en el estudiante, desarrollo de actividades prácticas en la red asistencial del SUS en sus diversos niveles de atención, enfocado en las necesidades básicas de salud de la población; valorización tanto de la competencia técnico-científica como de la didáctico-pedagógica de su cuerpo docente y referencia al mercado de trabajo en salud a partir de la reflexión crítica sobre sus aspectos económicos y humanísticos y sus implicaciones éticas¹.

Es en ese escenario de cambios en la Educación Médica que el Curso de Medicina del *campus* Cajazeiras de la Universidad Federal de Campina Grande (Estado de Paraíba) fue creado en 2007, incorporando las Directrices Curriculares Nacionales (DCN) modificadas en 2001 y colocando como eje estructurador del curso, considerado como módulo transversal e integrador, las disciplinas de Salud de la Familia y Comunitaria, asentadas sobre los saberes de la Salud Colectiva, de la Medicina de Familia y Comunidad, de la Clínica Ampliada y de la Pedagogía de matriz freireana, teniendo como principal campo de práctica la red básica de salud de ese municipio de poco más de sesenta mil habitantes, localizado en el semi-árido del Estado de Paraíba².

Considerando los más recientes cambios en las DCN en 2014, con el objetivo de profundizar el proceso de reforma inaugurado en 2001, y considerando el contexto de expansión de plazas y de cursos de medicina en regiones de difícil establecimiento de médicos inaugurado por el Programa Más Médicos para Brasil (PMMB), es fundamental la realización de estudios sobre las experiencias acumuladas hasta el momento.

Por lo tanto, se analizó el Proyecto Pedagógico del Curso (PPC) de Medicina de la UFCG *campus* Cajazeiras tratando de reconocer sus presuposiciones y fundamentos teóricos y filosóficos y extraer contribuciones que puedan servir de base tanto a proyectos pedagógicos surgidos o en proceso de reformulación después de las DCN de 2014, como políticas públicas relacionadas a la Educación Médica.

Material y métodos

Considerando las reflexiones metodológicas de Marconi, Lakatos³, se trata de una investigación localizada en el cuadro referencial marxista, partiendo de la teoría del materialismo histórico y dialéctico y del Método de abordaje dialéctico, utilizando los métodos de procedimiento histórico y monográfico, con un abordaje cualitativo de carácter descriptivo y exploratorio. Tiene como técnicas específicas de colecta de datos la Documentación Indirecta, investigaciones documental y bibliográfica, utilizando el PPC, las DCN de 2001 y 2014, decretos administrativos y resoluciones de la universidad, así como documentos de la Organización Mundial de los Médicos de Familia (WONCA) y de la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunidad (SBMFC) y la Observación Directa Intensiva, observación participante, asistemática, natural, individual y en la vida real.

Asistemática porque consistió en recoger y registrar los hechos de la realidad sin que el investigador utilizara medios técnicos especiales o necesitara hacer preguntas directas. Se utiliza más en estudios exploratorios (como este) y no tiene planificación y control previamente elaborados. Se caracteriza por el hecho de que: "el conocimiento se obtiene por medio de una experiencia casual, sin que se haya determinado de antemano cuáles con los aspectos relevantes a observar y qué medios utilizar para tanto"³ (p. 192).

Es participante en razón de la participación real del investigador en la comunidad o grupo (en el caso, la comunidad universitaria de la UFGC en Cajazeiras). La observación participante puede clasificarse en artificial o natural, siendo esta última la que mejor se encaja en el caso, puesto que el observador pertenece a la misma comunidad o grupo que investigó. Individual porque partió de un único observador/investigador. Y en la vida real porque las observaciones se realizaron en el ambiente del propio curso, a partir de la experiencia del investigador en posiciones-clave como excoordinador de curso, excoordinador de internado, exmiembro del colegiado de curso y actual coordinador de residencia médica, participando en reuniones de la unidad académica y otras instancias administrativas.

Como técnica de análisis de los datos, se trabajó a partir del método hermenéutico-dialéctico⁴ en el reconocimiento de las presuposiciones y fundamentos teóricos y filosóficos del Proyecto Pedagógico del Curso. Tal método de análisis busca localizar el diálogo de los actores sociales (en el caso, el texto del PPC) en su contexto (posible gracias a la Observación Directa Intensiva) para ser mejor comprendido. Tal comprensión tiene como punto de partida el interior del diálogo (del texto) y, como punto de llegada, el campo de la especificidad histórica y totalizadora que produce el diálogo (texto). Para la puesta en operación de la propuesta se siguieron los pasos recomendados: organización de los datos, clasificación de los datos y análisis final. En la primera etapa, se recogieron todos los documentos relacionados al PPC del curso. En la segunda, se procedió a una lectura exhaustiva y repetida de los textos, estableciendo interrogaciones para hacer surgir lo que hay de relevante en ellos, partiendo de la comprensión de que el dato no existe por sí mismo, sino que se construye a partir de los cuestionamientos que hacemos sobre él, con base en una fundamentación teórica; apoyado en lo que es relevante, se elaboran categorías específicas, en este caso las presuposiciones y fundamentos teóricos y filosóficos del curso. Finalmente, en la tercera y última fase, se trató de establecer la relación entre los datos levantados y las categorías elaboradas con la fundamentación teórica de la investigación.

En lo que se refiere a los aspectos éticos, la investigación no envolvió la participación de seres humanos, no necesitando aprobación por parte del Comité de Ética en Investigación.

Resultados y discusión

El PPC de la UFCG *campus* Cajazeiras tiene como presuposición para su existencia, no solamente en su “Justificativa”, sino también en diversas sesiones del texto (a ejemplo de la “Presentación”), la necesidad de enfrentar el pasivo histórico en el campo de las políticas públicas de educación superior y de salud en la promoción del bienestar social de la población del semi-árido. Siguiendo la misma línea de raciocinio, la “Justificativa” tiene como enfoque de su argumentación la discusión sobre la mala distribución de médicos y su concentración en los grandes centros urbanos, la crítica a los límites de la expansión de la enseñanza superior brasileña a partir del sector privado y la valorización de las necesidades de salud de la población local como elemento a ser considerado desde la perspectiva de desarrollo de la región⁵.

La expansión de matrículas en la enseñanza superior en instituciones públicas y, especialmente, en regiones geográficamente menos desarrolladas, además de calificar mejor la asistencia prestada, ofrece la oportunidad de permanencia y establecimiento de los naturales de la región que, en otras circunstancias, probablemente no podrían cursar una facultad de medicina⁵. (p. 23)

Aunque no haya referencia explícita, es interesante observar que las dos secciones dialogan con la perspectiva de la denominada Medicina Rural, definida por la WONCA como la actividad médica realizada fuera de las zonas urbanas, en donde el local de práctica obliga a algunos médicos generalistas a tener, o a adquirir, habilidades de proceso y otras que por lo general no son necesarias en la práctica urbana⁶. A pesar de ser considerada un polo urbano regional, Cajazeiras todavía mantiene un innegable perfil de ruralidad. Eso porque lo rural no puede entenderse conceptualmente de forma limitada, solamente como un espacio por excelencia de la producción agrícola, sino de modo amplio, envolviendo las ciudades de pequeño y medio porte. De esa forma, el modo de ser rural está presente en el campo y en la ciudad y pasa a denominarse ruralidad⁷.

En ese sentido, partiendo del problema de la escasez de médicos de familia en regiones rurales, la WONCA hace nueve recomendaciones para calificar los servicios de salud en esas áreas:

1. Aumentar el número de estudiantes de medicina reclutados de áreas rurales.
2. Exposición significativa de la práctica rural en el currículum médico de graduación.
3. Programas de capacitación vocacional en medicina rural específicos, flexibles, integrados y coordinados.

4. Educación continuada específica adaptada y programas de desarrollo profesional que satisfagan las necesidades identificadas de los médicos de familia rurales.
5. Posiciones académicas apropiadas, desarrollo profesional y apoyo financiero para médicos-profesores rurales para incentivar la investigación y la educación rural.
6. Las escuelas médicas deben asumir la responsabilidad de formar médicos debidamente calificados para atender las necesidades de su región geográfica general, incluyendo áreas carentes, y desempeñar un papel fundamental en el suministro de apoyo regional para los profesionales de salud y cuidados de salud terciarios accesibles.
7. Desarrollo de las necesidades rurales adecuadas de base y recursos culturalmente sensibles para cuidados de salud rural con el involucramiento de la comunidad local, con la cooperación regional y el apoyo del gobierno.
8. Mejora de las condiciones profesionales y personales/familiares en la práctica rural para promover la retención de médicos rurales.
9. Desarrollo e implementación de estrategias nacionales de salud rural, con apoyo del gobierno central.⁶ (p. 25)

Como es posible verificar, el sentido de tales recomendaciones señala en la misma dirección de la de los textos introductorios del PPC de Cajazeiras, es decir, el desarrollo local a partir de la identificación de las necesidades sociales, para cuyo enfrentamiento el curso tendría un papel extremadamente relevante. Eso resulta aún más evidente cuando se considera la recomendación nº6, pero también en las demás se percibe esa dirección general, al señalar aspectos que simplemente extrapolan la graduación como, por ejemplo, la educación continuada y programas de desarrollo profesional (recomendación nº4), como es el caso de las residencias médicas, de la participación comunitaria y de la alianza con los gestores locales (recomendación nº7), que aquí en Brasil denominaríamos de integración enseñanza-servicio-comunidad y las estrategias nacionales de salud rural (recomendación nº9) que, en el contexto brasileño, a partir de 2013 tiene como principal política pública el PMMB, el cual, aunque enfocado tanto en las regiones urbanas como en las rurales con escasez de médicos tiene gran destaque exactamente en las últimas.

No obstante, en relación con los aspectos enfocados más estrictamente en el ámbito de la graduación, sería interesante subrayar que el curso los absorbió tan solo parcialmente en su organización. En lo que se refiere a la formación y práctica rural (recomendación nº2), además del perfil de ruralidad que Cajazeiras todavía mantiene y que moldea sus servicios de salud, se prevé el desarrollo de la pasantía supervisada en Salud Colectiva II en ciudades aún menores del entorno o en Unidades Básicas de Salud de zonas rurales propiamente dichas.

No obstante, el curso no cuenta con ninguna estrategia de selección o reclutamiento de estudiantes provenientes de las áreas rurales, conforme la recomendación nº01. Teniendo como proceso selectivo en sus primeros años el examen de selectividad orga-

nizado por la Comisión de Procesos de Selectividad (COMPROV/UFCG) y, a partir de 2011, el Examen Nacional de Enseñanza Media – ENEM como criterio de selección⁸, solamente a partir de 2015 adhiere al Sistema de Selección Unificada (SiSU) del Ministerio de la Educación⁹, cuando la UFCG también pasa a adecuarse a lo establecido por la Ley Federal nº 12.711, del 29 de agosto de 2012, que dispone sobre el ingreso en las instituciones federales de enseñanza (superior, técnica y media), estableciendo reserva de plazas para estudiantes provenientes de escuelas públicas, de bajos ingresos y de acuerdo con la proporción de negros, mestizos e indígenas de la población de cada estado¹⁰. Por lo tanto, tan solo recientemente la UFCG y, por extensión, el Curso de Medicina de Cajazeiras pasó a adoptar otros criterios de selección y no solo el de la meritocracia.

El hecho de que la UFCG hubiera realizado tardíamente la adhesión al SiSU explica tan solo uno de los problemas enfrentado por el curso en los últimos años: la evasión estudiantil. En 2011, el Curso de Medicina ya había reducido el número anual de ingresados de ochenta (cuarenta por semestre) para treinta (entrada única), en razón de los problemas que envolvía la capacidad de absorción de la red de salud local. Es también a partir de ese año que la UFCG adopta al ENEM como criterio de selección, pero no se incorpora al SiSU. Por este, es posible disputar plazas de un curso en instituciones diferentes, pero solo es posible matricularse en una, evitándose que un mismo candidato ocupe dos plazas, optimizándolas. Como la UFCG no había realizado su adhesión al SiSU en esa época, los estudiantes se matriculaban en el Curso de Medicina de Cajazeiras pero, a medida en que eran aprobados en otras instituciones superiores en las sucesivas convocatorias del Sistema Unificado de Selección, abandonaban el curso, el cual, debido a su calendario de matrículas, acumulaba plazas ociosas. Es dentro de ese contexto que las promociones ingresadas en 2011.1, 2012.1 y 2013.1 contaban en 2016 con 23, 12 y diez discentes, respectivamente.

Sin embargo, aún después de la adhesión al SiSU, esas cifras, aunque relativamente mejores, todavía mantienen índices de evasión preocupantes, puesto que eso reduce el impacto social del curso, conforme previsto en su PPC. Siendo así, las promociones 2014.1, 2015.1 y 2016.1 cuentan, respectivamente, con 23, 14 y 28 estudiantes. Por lo tanto, las raíces para ese fenómeno deberían investigarse en la propia dificultad de consolidación del curso, lo que mantiene una parte del cuerpo discente en los años siguientes todavía buscando aprobación en otras escuelas médicas, así como, y esa es la parte que nos interesa en esta investigación, en la baja capacidad de absorción de estudiantes de la propia región. Solamente a título ilustrativo, el porcentaje del cuerpo discente proveniente de capitales en la promoción formada en 2016.1 en el momento de su entrada en 2010.2 es del 69,2%, siendo que el 38,4% son de Fortaleza-Estado de Ceará y absolutamente ninguno es de Cajazeiras o de las ciudades que componen la Novena Región de Salud del Estado Paraíba.

Las experiencias en todo el mundo muestran que los estudiantes de origen rural tienen mucha más propensión a inserirse en la práctica rural después de la graduación.

[...] Con la finalidad de asegurar que se reclute una proporción adecuada de los estudiantes de origen rural en escuelas de medicina es necesario que haya mecanismos específicos incluidos en el proceso de selección.⁶ (p. 28-29)

Por lo tanto, la conclusión es que el PPC, aunque sea implícitamente, parte de elementos incluidos en el debate sobre medicina rural, pero y tal vez exactamente por no adoptar ese campo del conocimiento de manera explícita como su presuposición, solamente señala de forma parcial medidas congruentes con la intención manifestada en el texto en relación con el desarrollo social de la región. Por otro lado, es necesario considerar que los avances en esa dirección dependen eminentemente de definiciones políticas claras por parte de la institución, que van más allá de las declaraciones de buena voluntad, para que resulten concretamente en acción. En ese sentido, el historial de la UFCG en relación a las políticas afirmativas, por ejemplo, cuando la universidad solamente las adopta después de la promulgación de ley federal y tan solo casi una década después de las primeras experiencias de procesos selectivos con reserva de plazas (sea para grupos más vulnerables económicamente, sea para grupos étnicos particulares o para estudiantes provenientes de escuelas públicas), parece traducir resistencias al proceso de democratización de la enseñanza superior (aspecto inherente e inseparable de los cambios en el ámbito de la Educación Médica) y que, en última instancia, van al encuentro del potencial transformador contenido en su propuesta pedagógica.

Continuando el análisis, se procede a la investigación de las corrientes teóricas y campos del conocimiento expresados en el “Marco Teórico” presentado en su cuarta sección. En ella se abordan ocho aspectos o presuposiciones, como define el texto, que son los siguientes: la Medicina, la Articulación Dialéctica Teoría/Práctica, la Diversificación de los espacios de aprendizaje, la Investigación como eje conductor de la enseñanza, el Currículo basado en el humanismo, el Ser humano, el Alumno como sujeto y la Flexibilidad curricular.

En la definición de la Medicina se resume su desarrollo científico a lo largo de la historia, se destacan las contribuciones de la medicina hipocrática, pasando por la Medicina Social y sus exponentes en la Europa del siglo XIX, por los descubrimientos en el campo de la microbiología, por el concepto de salud de la OMS y, finalmente, por el reconocimiento de la llamada Epidemiología Social Latinoamericana y su contribución para la comprensión de la determinación social del proceso salud enfermedad.

Lo que resulta claro en el tratamiento de ese aspecto es la influencia señalada de la Epidemiología Social Latinoamericana en la comprensión del papel de la medicina, expresada incluso en el abordaje, aunque resumido, pero histórico, con que el texto trabaja el tema. Partiendo del materialismo histórico-dialéctico, lo característico de esa corriente del pensamiento epidemiológico es la presuposición teórica de que es necesario analizar las condiciones de salud de la población llevando en consideración los componentes estructurales de las sociedades capitalistas: proceso de trabajo, relaciones de producción, clase social etc¹¹. Ella también está presente en otras secciones del PPC como en el “Perfil del Egresado”, en donde se afirma que el egresado sea

capaz de acciones clínicas, dialógicas y sociales enfocadas no simplemente en la enfermedad, sino de forma integral centradas en la persona, en la familia, en la comunidad en que se insiere el individuo, interactuando en su análisis con la estructura de la sociedad y la determinación social del proceso salud enfermedad⁵.
(p. 30)

A pesar de la influencia del materialismo histórico y dialéctico, llama la atención la incongruencia teórica en relación con el núcleo filosófico que sirve de base al segundo aspecto de esa sección, en este caso la “articulación dialéctica teoría/práctica”. Eso porque, aunque el término señale la relación dialéctica entre esas dos dimensiones, alimentando la expectativa de abordarlas bajo la perspectiva del concepto de praxis, su referencia teórica es, en realidad, la Pedagogía de las Competencias.

Dentro de la Pedagogía de las Competencias, el aprendizaje se rige por la construcción integrada de conocimientos, habilidades y actitudes que juntas son capaces de articular dialécticamente el saber y el hacer sintetizando un nuevo nivel que es el saber-hacer⁵. (p. 23)

Sin embargo, esa pedagogía se basa, según Araújo¹², en presuposiciones de cuño racionalista, individualista y neopragmático, en contradicción con una concepción educativa basada en la filosofía de la praxis.

El racionalismo se expresa a partir de la influencia de las ciencias cognitivas, con base en el trío saber, saber-hacer y saber-ser. La idea de objetivación (identificación y normalización) de las competencias estaría subyacente a la tentativa de explicitación de los actos humanos, particularmente en el trabajo, en una secuenciación lógica, para la cual se cree en la posibilidad de control y autocontrol para generar desempeños y eficacia. No obstante, tal perspectiva podría capturar algunos elementos subjetivos que definen el comportamiento competente, como la imaginación, la creatividad y la transgresión, mostrándose solamente apta a promover la conformación de los alumnos a los procesos en los que acabasen insiriéndose.

Otra marca de la Pedagogía de las Competencias sería su inspiración individualista, puesto que, a pesar de permanecer vaga, la noción de competencia se utiliza suponiéndose la individualización en la formación, en las evaluaciones y en los balances de competencias. Por lo tanto, una pedagogía individualista promueve un proceso formativo en el que se valoriza el desarrollo de capacidades individuales, que sean de carácter individual y no social. Se desvaloriza, por consiguiente, la idea de desarrollo de capacidades motoras, intelectuales y comportamentales que es común a todos los individuos de un proceso formativo.

Finalmente, la última característica atribuida sería el neopragmatismo. El pragmatismo en sí, contradictoriamente, conformaría una corriente anti-racionalista, puesto que el método pragmático se opondría al movimiento del racionalismo al proponer una actitud de mirar más allá de las “categorías” y de buscar frutos, consecuencias y hechos, negando la posibilidad del conocimiento verdadero y objetivo. A su vez, el neopragmatismo, se aproximaría del discurso posmoderno del irracionalismo al considerar la imposibilidad de un conocimiento verdadero sobre la realidad, colocando en descrédito las teorías que se proponen como siendo objetivas y definiéndolas tan solo como narrativas. Es decir, el pragmatismo y el neopragmatismo cuestionarían toda la estructura construida por las ciencias cognitivas alrededor de la idea de competencias objetivadas, considerándolas tan solo como “representaciones” o “narrativas”. De tal forma, la Pedagogía de las Competencias buscaría realizar una combinación entre el ideario racionalista y el pragmatista. Del racionalismo se rescatarían las tentativas de objetivación de las competencias llevando en consideración la planificación y el control

del sistema de formación. Del pragmatismo se retomarían el utilitarismo, el inmediatismo, la adaptabilidad, la búsqueda por la producción de aprendizajes útiles, aplicables y de ajuste del individuo a la realidad extremadamente dinámica y móvil¹².

También debemos subrayar que, a pesar de las críticas a la Pedagogía de las Competencias, esa concepción pedagógica ha sido ampliamente difundida y valorizada en diversos foros educativos en todo Brasil. El propio Araújo¹² observa que ella también presenta aspectos positivos tales como el rescate del papel de la actividad en los procesos de enseñanza-aprendizaje y la preocupación de la vinculación de esos procesos con la realidad en la que se insieren. Además, en el ámbito de la Educación Médica y en los espacios de la ABEM esa es una concepción bastante presente, así como en el seno de la SBMFC, a ejemplo de documentos como el Currículo Basado en Competencias para Medicina de Familia y Comunidad¹³. En realidad, las propias DCN señalan para el desarrollo de esas competencias, en diálogo franco con esa concepción pedagógica. Por lo tanto, el PPC estaría en perfecta consonancia con esa perspectiva de las DCN y cabría aquí destacar tan solo esa contradicción entre el fundamento filosófico de ese aspecto de la “articulación dialéctica teoría/práctica” con el de la “medicina”.

El tercer elemento trabajado en el marco teórico es la “Diversificación de los Espacios de Aprendizaje” por la cual se comprende que el “eje de la formación hasta entonces centrado en la institución, pasa a incorporar los diversos locales en donde suceden la vida y el trabajo en salud”⁵ (p. 24). Remitiendo implícitamente al concepto de Integración Enseñanza-Servicio-Comunidad, se prevé

la inserción precoz del estudiante en la realidad social y sanitaria en donde se produce el proceso salud- enfermedad, así como una práctica de enseñanza que acompañe una cadena progresiva de cuidados constituida a partir de los diversos niveles de atención [...]⁵. (p. 24-25)

Según Albuquerque et al.¹⁴, uno de los obstáculos para la integración enseñanza-servicio serían las metodologías pedagógicas basadas en la transmisión de conocimientos, dando más énfasis a la enseñanza que al aprendizaje, reforzando la idea de que la universidad no tendría otro papel en relación a la sociedad a no ser el de crear, preservar o transmitir el saber, dejando a un lado la misión de actuar en la producción de servicios. Por otro lado, uno de los enfoques del cambio curricular en el área de la salud sería la formación de profesionales para la conformación de un modelo de atención de la salud concentrado en el usuario. No obstante, la integración enseñanza-servicio presupone la presencia de estudiantes en formación y docentes en escenarios en donde todavía se produce la atención de la salud bajo un modelo tecno-asistencial hegemónico “centrado en el procedimiento”, es decir, un modelo en el cual el principal compromiso es con la producción de procedimientos y tan solo de forma secundaria con las necesidades de los usuarios.

Tal desarticulación entre teoría y práctica suscita la reflexión crítica de que la práctica se convierte en una exigencia, sin la cual la teoría puede convertirse en un engaño y la práctica en activismo. Cuando la integración enseñanza-servicio sucede efectivamente, enfocada en el usuario, se diluye esta dicotomía entre la enseñanza y la producción de los cuidados de salud¹⁴.

Por lo tanto, la Metodología de la Problematización se señala como estrategia de integración enseñanza-servicio-comunidad. Asociada a otros métodos basados en problemas como estrategia de enseñanza-aprendizaje, es una alternativa para introducir modelos innovadores, puesto que cuando el estudiante interactúa con la cultura sistematizada de forma activa, como actor en la construcción del conocimiento, ocurre el aprendizaje significativo¹⁵. Por lo tanto, por medio de la problematización del conocimiento vulgar mediado por la teoría, es posible promover reconstrucciones conceptuales en este saber, aprehensión y profundización del conocimiento científico¹⁶.

Por lo tanto, la presuposición de la Integración Enseñanza-Servicio-Comunidad presente en la “Diversificación de Espacios de Aprendizaje” camina *pari passu* con la presuposición del “Alumno como sujeto”, un cuarto elemento del marco teórico del PPC, teniendo como punto de unión la Metodología de la Problematización. Ella, a su vez, remite a las acumulaciones teóricas propiciadas, entre otros, por Paulo Freire. Siendo así:

Pautada en el humanismo, la Metodología Problematizadora reconoce al hombre y los valores humanos por encima de todos los demás valores. De la fenomenología adopta el postulado básico de la noción de intencionalidad de la conciencia humana, al afirmar que el objeto solo existe para el sujeto que le da significado y que la conciencia del objeto se desvela progresivamente y nunca acaba, convirtiéndose en una exploración exhaustiva del mundo. Del existencialismo, utiliza la creencia de que el hombre se construye y puede ser sujeto. Cuando integrado en su contexto, reflexiona sobre él y con él se compromete en la búsqueda de realización del trabajo de toma de conciencia, por medio del proceso de toma de conciencia crítica de la realidad que se desvela progresivamente. Por fin, del marxismo utiliza el concepto de praxis como una actividad transformadora, al hacer posible el paso de la teoría para la práctica consciente, entre pensamiento y acción intencionalmente realizada¹⁶. (p. 210)

Podemos señalar, por lo tanto, una segunda concepción pedagógica, cuyas bases filosóficas son diversas de la Pedagogía de las Competencias, aunque contengan aproximaciones como la valorización de la actividad práctica.

Como hemos visto, una de las corrientes filosóficas tributarias de la Metodología Problematizadora es el Humanismo. Ese es un elemento reafirmado en la presuposición del “Currículo Basado en el Humanismo” presente en el PPC. No obstante, el Humanismo es un término polisémico. Desde el punto de vista filosófico incluye concepciones que colocan al ser humano en el centro de sus preocupaciones y reflexiones. Por lo tanto, además del Humanismo Clásico se podría citar el Humanismo renacentista, el racionalista, así como una infinidad de escuelas filosóficas cuyas raíces surgen de ese concepto, tales como la Fenomenología y el Existencialismo. El propio marxismo presenta corrientes que reivindican para sí la herencia humanista del Iluminismo¹⁷. Sin embargo, lo que emana de la lectura del PPC con relación a esa cuestión es la influencia de la Bioética y, principalmente, de una Ética en la comprensión de lo que sería un “Currículo Basado en el Humanismo”.

Esa Ética, a su vez, remitiría al multi-facetado movimiento sociocultural de la “postmodernidad” del cual Boaventura de Sousa Santos y Edgar Morin están entre sus

más importantes teóricos; el primero dentro de la corriente que él mismo acuñó de postmodernidad de contestación¹⁸, y el segundo a partir del denominado Pensamiento Complejo o Teoría de la Complejidad. Esa influencia trasparece cuando el PPC afirma ser en el cotidiano de las prácticas “que podemos construir una ética ‘que alimente el deseo de todos los hombres de buscar menos sufrimiento para sí y para el otro, impidiéndolos de separar espacios de ciudadanía en la vida cotidiana.’”⁵ (p. 25), reafirmando la concepción de ser humano como un conjunto de posibilidades históricas.

La influencia de esos autores se extiende a otros dos atributos levantados en el “Marco Teórico” del PPC: el “Ser Humano” y la “Investigación como eje conductor de la Enseñanza”, en la que esta Ética atravesaría y regiría la comprensión de ambos. Por lo tanto, al reivindicar un “nuevo paradigma ‘de un conocimiento prudente para una vida decente’”, la comprensión del ser humano “en su complejidad como un ser biológico, cultural, histórico, social y lingüístico”, “no teniendo ‘una identidad fija y estable, sino identidades abiertas, contradictorias, inacabadas y fragmentadas’”, la constatación de que “frente a la complejidad de lo real no hay un saber único, como tampoco hay una respuesta única” y la “búsqueda de la interconexión entre saberes discursivos, en la articulación teoría-práctica, en las mejores evidencias científicas para asegurar una prestación de servicios de calidad” (p. 25), en fin, ante esas afirmaciones tenemos fuertes evidencias de la influencia del filósofo portugués, especialmente cuando las relacionamos con su propuesta de Ecología de Saberes.

Dentro de ella, una Ética estaría implicada en el abordaje del ser humano, de las ciencias, del conocimiento y de la investigación, estimulando de esa forma una relación dialógica proveniente de la voluntad de conocer para comprender, en lugar de conocer para dominar o para dictar un conjunto de reglas y preceptos orientadores de la conducta moral¹⁹, como sería consecuencia del postulado de la primacía de la ciencia en los marcos de la Modernidad. Esa perspectiva ética está en sintonía con las proposiciones de Edgar Morin al subrayar que todo conocimiento puede emplearse para manipulación y que el pensamiento complejo lleva a una ética de la solidaridad y de la no coerción (alimentando así la ética), reivindicando una “ciencia con conciencia”, cuyo principio de acción no ordene, no manipule, no dirija, sino que organice, comunique e incentive²⁰.

Finalmente, la octava y última presuposición del “Marco Teórico” del PPC es la “Flexibilidad Curricular”, dentro de la cual el currículum se comprende como “terreno de producción y de política cultural”, y no como un mero “vehículo de algo a ser transmitido y pasivamente absorbido”, contraponiendo a la “rigidez de la ‘parrilla curricular’” una “dinámica flexible, en donde la interdisciplinariedad y la participación del alumno son fundamentales en la construcción de una formación crítica”⁵ (p. 26). Esa perspectiva sale al encuentro de lo que afirma Lampert²¹ cuando dice que el currículum debe localizarse en el ámbito de las determinaciones sociales, históricas y de su contexto y que, por lo tanto, al tratarse de currículos, además de las cuestiones de procedimientos, de técnicas y de métodos, lo fundamental sería incluir una concepción crítica de la realidad, dirigida por abordajes sociológicos, políticos y epistemológicos.

Por lo tanto, queda claro que el PPC presenta una concepción crítica de la realidad. Partiendo implícitamente de presuposiciones comunes a la problemática de la denominada Medicina Rural, sub-área del conocimiento vinculada a la Medicina de Familia y Comunidad, presenta gran eclecticismo teórico y filosófico: incluye el Materialismo

Histórico y Dialéctico que marca fuertemente las concepciones de la Epidemiología Crítica Latinoamericana (fundamentando aquí la comprensión de la Medicina) y de la Metodología de la Problematización (subyacente a la comprensión del alumno como sujeto y a la integración Enseñanza-Servicio-Comunidad implícita en la presuposición de la diversificación de los espacios de aprendizaje), usando como referencia la Pedagogía de las Competencias dentro de la presuposición de la articulación dialéctica teoría/práctica, dialoga con corrientes filosóficas de cuño racionalista, individualista y neopragmático y, finalmente, bebe de fuentes del pensamiento posmoderno, más específicamente la Postmodernidad de Contestación de Boaventura de Souza Santos y el pensamiento Complejo de Edgar Morin que fundamentan una comprensión ética del Ser Humano y de la Ciencia que, por su vez, rige las presuposiciones de currículos basados en el humanismo y de la investigación como eje conductor de la enseñanza.

Si ese eclecticismo en algunos momentos hace surgir contradicciones relevantes entre las diferentes corrientes filosóficas, por otro lado, está en perfecta sintonía con el principio del pluralismo de ideas y de concepciones pedagógicas expresadas en el párrafo III del Art. 206 de la Constitución Federal²¹, así como con las de DCN de 2001 que sirven de base al PPC, en especial en su Art. 10, en donde se afirma que el currículum deberá "contribuir, también para la comprensión, interpretación, preservación, refuerzo, fomento y difusión de las culturas nacionales y regionales, internacionales e históricas en un contexto de pluralismo y diversidad cultural"²² (p. 4).

Conclusión

Mientras que el paradigma flexneriano tiene como base la Biomedicina, el paradigma de la integralidad incluirá una infinidad de corrientes filosóficas, diversas epistemológicamente, pero que comulgan de la crítica a las presuposiciones positivistas y neopositivistas de la Biomedicina. Por lo tanto, considerando la necesidad de superación del primero por el segundo, se puede afirmar que las presuposiciones y fundamentos teóricos y filosóficos del curso de Cajazeiras se aproximan significativamente del paradigma de integralidad en su propuesta pedagógica.

Sin embargo, se sabe que no bastan tan solo la normalización y arreglos institucionales para que ocurra el proceso de cambio en la Educación Médica, puesto que este, como proceso político, depende de la capacidad de conquistar hegemonía en la sociedad alrededor de su proyecto alternativo. Eso también emana de la experiencia de Cajazeiras que, teniendo en el plano teórico de su PPC una propuesta avanzada, presenta dificultad en su materialización.

La Observación Directa Intensiva en los espacios de gestión académica revela la dificultad de aprehensión de los principios del PPC por parte de los docentes, especialmente entre médicos especialistas focales. La baja participación en las reuniones de la unidad académica, el hecho de que gran parte viva en otras ciudades, la postura de encarar el trabajo docente como algo secundario (dados los bajos sueldos en comparación a los rendimientos en la asistencia médica), la enorme proporción de profesores con carga horaria parcial (T-20) y la poca acumulación en la preparación didáctico-pedagógica son algunos obstáculos que refuerzan la dificultad de llevar a la práctica el PPC.

Por lo tanto, enfrentar la tendencia del resurgimiento de una concepción pedagógica tradicional exige respuestas que, lejos de hacer concesiones al modelo flexneriano,



profundicen el potencial transformador del PPC. Cabe aquí citar tan solo algunas propuestas:

Incentivos a la composición de cuadro docente formado mayoritariamente por Médicos de Familia y Comunidad y especialistas generales (pediatras generales, cirujanos generales etc.), reservando espacio menor para especialistas focales, en aquello que sea demanda de la red de salud local;

Valorización, en los concursos públicos, de los profesionales que viven o desarrollan sus actividades asistenciales en la ciudad sede;

Procesos selectivos que adopten criterios de discriminación positiva de candidatos originarios de regiones del interior y que no se concentren en la valorización de los conocimientos de las ciencias naturales, sino que proporcionen un mayor peso a los conocimientos humanísticos, adecuando el perfil de los nuevos discentes a las presuposiciones de las DCN;

Fomentar la capacitación gerencial y didáctico-pedagógica por medio de programas de posgrado *lato sensu*, eventos regionales, talleres y cursos en el área de la Administración y en el ámbito de metodologías activas de enseñanza-aprendizaje, en alianzas con entidades científicas, a ejemplo de la ABEM y de la SBMFC.

Ciertamente, la profundización de esas propuestas sobrepasa el alcance de este artículo y presenta la necesidad de nuevas investigaciones, pero ellas señalan caminos a seguir en el proceso actual de reforma de la educación médica desencadenado por el PMMB.

Contribuciones de los autores

Todos los autores participaron activamente en todas las etapas de la producción del manuscrito.

Agradecimientos

Agradecemos a toda la comunidad académica del curso de medicina de la Unidad Académica de Ciencias de la Vida de la Universidad Federal de Campina Grande *campus* Cajazeiras, cuyo proyecto pedagógico fue objeto de esta investigación, así como al Programa de Posgrado en Salud de la Familia en el Nordeste de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte, al Núcleo de Estudios en Salud Colectiva – NESC/UFRN y a la Red Nordeste de Formación en Salud de la Familia – RENASF, por medio de los cuales fue posible la disertación de maestría en la cual tiene origen este artículo.

Derechos de autor

Este artículo está bajo la Licencia Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>).

Referencias

1. Lampert JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. 2a ed. São Paulo: Hucitec, ABEM; 2009.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama: Cajazeiras, PB, Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [citado 7 Out 2017]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=250370&idtema=16&search=paraiba%7ccajazeiras%7csintese-das-informacoes>
3. Marconi LA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 5a ed. São Paulo: Atlas; 2003.
4. Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 14a ed. Petrópolis: Vozes; 1999. p. 67-80.
5. Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Formação de Professores. Unidade Acadêmica de Ciências da Vida. Projeto pedagógico do curso de medicina. Cajazeiras: UFCG; 2013.
6. Working Party on Rural Practice WONCA. Política de formação para a prática rural. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8 Supp 1:25-34. doi: 10.5712/rbmfc8(1)730.
7. Verde VV. Território, ruralidade e desenvolvimento. Curitiba: IPARDES; 2004.
8. Universidade Federal de Campina Grande. Resolução nº 7/2010, de 20 de Julho de 2010. Regulamenta o Concurso Vestibular 2011, para ingresso nos cursos de graduação da Universidade Federal de Campina Grande, e dá outras providências [Internet]. Campina Grande: Conselho Universitário, Câmara Superior de Ensino; 2010 [citado 7 Out 2017]. Disponível em: http://www.ufcg.edu.br/~costa/resolucoes/res_16072010.pdf
9. Universidade Federal de Campina Grande. Resolução nº 7/2013, de 1 de Outubro de 2013. Autoriza o procedimento de adesão ao Sistema de Seleção Unificada – Sisu/MEC, para ingresso nos cursos de graduação da UFCG e dá outras providências [Internet]. Campina Grande: Conselho Universitário, Câmara Superior de Ensino; 2013 [citado 7 Out 2017]. Disponível em: http://www.ufcg.edu.br/~costa/resolucoes/res_16072013.pdf
10. Presidência da República (BR). Lei nº 12.711, de 29 de Agosto de 2012. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Diário Oficial da União. 30 Ago 2012.
11. Centro Brasileiro de Estudos em Saúde. Rediscutindo a questão da determinação social da saúde: termo de referência para seminário do CEBES [Internet]. Rio de Janeiro; 2009 [citado 19 Jul 2016]. Disponível em: http://lms.ead1.com.br/upload/biblioteca/curso_11301/17054949449031130159091.pdf
12. Araújo RML. As referências da pedagogia das competências. Perspectivas (Florianópolis). 2004; 22(2):497-524.
13. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo baseado em competências para medicina de família e comunidade [Internet]. Rio de Janeiro; 2014 [citado 7 Out 2017]. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)
14. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. Rev Bras Educ Med. 2008; 32(3):356-62.



15. Vieira MNM, Pinto MPPA. Metodologia da problematização (MP) como estratégia de integração ensino-serviço em cursos de graduação na área de saúde. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2015; 48(3):241-8.
16. Borille DC. A aplicação do método do arco da problematização na coleta de dados em pesquisa de enfermagem: relato de caso. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21(1):209-16.
17. Coutinho CN. O estruturalismo e a miséria da razão. 2a ed. São Paulo: Expressão Popular; 2010.
18. Gonçalves MB. Boaventura de Sousa Santos e a “Pós-modernidade de contestação”: algumas notas marxistas. *Aurora (Marília)*. 2011; 4(2):1-17.
19. Oliveira FB, Silva AO. Enfermagem em saúde mental no contexto da reabilitação psicossocial e da interdisciplinaridade. *Rev Bras Enferm*. 2000; 53(4):584-92.
20. Santos SSC, Hammerschmidt KSA. A complexidade e a religação de saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgar Morin. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(4):561-5.
21. Presidência da República (BR). Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
22. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 4, de 7 de Novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Brasília, DF: MEC; 2001.

Traductor: Maria Jesus Carbajal Rodriguez

Presentado el 08/11/17.
Aprobado el 08/10/18.