

Miradas: historia de experiencias en innovación curricular en la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Simón (1ª parte)

Insights: history of experience in curriculum innovation at the Facultad de Medicina of the Universidad Mayor de San Simón (1st part)

Ljubi Stambuk Sasunic (†)^{1,2,3,a}, Lourdes M. Michel Salinas^{4,b}

Resumen

La historia de los cambios curriculares de la carrera de medicina de la Universidad Mayor de San Simón, entidad de educación superior de carácter estatal y público de Bolivia, durante el periodo comprendido entre 1967 y 2002, refleja los avatares político-sociales del país. Se describen las características y cambios del currículo, observándose la dinámica histórica de la educación médica, fluctuante entre enfoques educativos tradicionales, de corte flexneriano y enfoques innovadores con marcados componentes sociales y comunitarios. El artículo describe estos cambios desde distintas miradas experienciales, concluyendo con lecciones aprendidas, en la esperanza de que sean útiles en el futuro educativo de nuestra facultad.

Palabras claves: Educación médica, curriculum, enfoque tradicional, enfoque innovador.

Abstract

The history of curricular changes in medical career at the Universidad Mayor de San Simón, institution of higher education in state public character of Bolivia, during the period between 1967 and 2002, reflects the socio-political vicissitudes of the country. The characteristics and changes of the curriculum are described, showing the dynamics of medical education, fluctuating between traditional educational approaches, cutting of Flexner and innovative approaches to social and community components marked. The article describes these changes from different experiential looks, concluding with lessons learned, in the hope that it will be useful in the educational future of our faculty.

Keywords: Medical education, curriculum, traditional approach, innovative approach.

El capítulo ha sido organizado en base a las vivencias y percepciones del primer autor, quien habiendo acompañado el periodo histórico que se relata (1967 a 1995), enriquece la descripción/análisis a través de estas miradas, que en este caso han sido resumidas por razones de espacio.

Una mirada a la historia de los planes de estudio 1967-1995

La Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Simón de Cochabamba, Bolivia, fundada en 1932 por el Dr. Aurelio Meleán con el nombre de "Facultad de Ciencias Médicas", comenzó con estudios de Medicina, Odontología y Farmacia, posteriormente se agrega la Escuela de Obstetricas (que luego fue clausurada).

La Universidad es de carácter público estatal, con autonomía y co-gobierno paritario docente estudiantil a través de Consejos Facultativos, conformados por docentes y estudiantes elegidos por voto, en los que se toman decisiones académicas y administrativas.

Año 1967

En las décadas de los 60 y 70, el contexto nacional estuvo ca-

racterizado por un clima de inestabilidad política nacional, dominado por gobiernos militares con una relación autoritaria hacia las universidades.

En 1967, el Dr. Alberto Donoso, bajo los auspicios de la OPS/OMS, realizó un estudio de las tres facultades de medicina de las Universidades Públicas del país; este estudio marca el comienzo del reconocimiento de la importancia de la educación médica.

En 1969, la Facultad de Medicina de Cochabamba desarrolla el "Primer Congreso de Estudiantes de Medicina", algunas de cuyas conclusiones se refieren a la necesidad de cambios en las metodologías de enseñanza, aprendizaje y evaluación, caracterizadas por seguir lineamientos tradicionales; limitándose casi exclusivamente a exposiciones magistrales en grupos grandes y a evaluaciones sumativas, con la función de calificar al estudiante como aprobado o reprobado.

Los orígenes del currículo de 1967 se remontan a la experiencia de la Facultad desde su fundación, con planes de estudios tomados de las escuelas francesas y otros aportes realizados por los médicos formados en especialidades fuera del país, quienes ejercieron gran influencia en las decisiones académico-facultativas y en los servicios hospitalarios de nuestra comunidad. Las decisiones respecto al curriculum eran tomadas en co-gobierno docente estudiantil.

El plan de estudios de 1967, estaba estructurado en 6 años y uno de internado rotatorio, ajustado al modelo Flexneriano (ciclos básico, preclínico y clínico, más la fase hospitalaria); las materias se agrupaban anualmente en cursos, administradas directamente por el Consejo Facultativo, el Decano y el

¹Catedrático titular de la Facultad de Medicina de la UMSS, Cochabamba, Bolivia;

²Jefe de la Oficina de Educación Médica, Cochabamba, Bolivia;

³Vicerrector de la Universidad Mayor de San Simón, Cochabamba, Bolivia.

⁴Responsable del Gabinete de Asesoramiento Psicopedagógico, Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Simón, Cochabamba, Bolivia.

^aMédico Internista; ^bPsicóloga educativa.

*Correspondencia a: Lourdes Michel Salinas

Correo electrónico: lourdes.michel@gmail.com

Recibido el 10 de noviembre de 2013. Aceptado el 21 de noviembre de 2013.

docente de la materia, con contenidos diseñados por cada docente titular de la asignatura.

En general, el enfoque metodológico instruccional tenía las siguientes características:

-Clases teóricas y clases prácticas, con enseñanza de tipo “frontal” (metodología tradicional de clase magistral, donde el docente se encuentra al frente de los estudiante, quienes asumen el rol pasivo de escucha).

-Primer contacto del estudiante con el paciente en tercer año.

-Las dos materias de Salud Pública ocupaban el 3,2% del total de horas del plan de estudios; este porcentaje se eleva al 12% en 1969, año en que se creó el primer departamento académico facultativo de Salud Pública.

-Evaluación de los aprendizajes de carácter sumativo (obviándose la función formativa), realizada a través de exámenes orales con un tribunal de tres miembros del cuerpo docente. La promoción se la hacía por cursos, no por materias, y con un examen de grado al final de las pasantías.

En 1969, se introdujo algunas modificaciones, reemplazando las “pasantías” por el “Internado Rotatorio; se organizaron “bloques de rotación” en algunas materias clínicas del pre-grado y la evaluación al final de cada rotación reemplazó a los exámenes de grado.

Año 1974

Podríamos afirmar que el origen del plan de estudios de 1974, impuesto por el Consejo Nacional de Educación Superior, CNES, órgano creado por el gobierno militar, proviene de las universidades norteamericanas.

Entre las variaciones introducidas con respecto al plan de estudios anterior (1967) fueron:

Exámenes de ingreso a través de pruebas de conocimientos generales y tests psicotécnicos, dirigidos a medir conocimientos, capacidades y aptitudes.

- » Los catálogos que explicitaban todos los detalles del quehacer de los estudiantes y docentes.
- » Se estableció una estructura departamentalizada y semestralizada; las materias atomizadas (en 67 materias) se agrupaban en departamentos que componían la facultad.
- » Se introdujeron los conceptos de siglas, créditos y avance por materias con prerequisites.
- » Los exámenes orales pasaron a ser escritos, manteniéndose exclusivamente sumativos y ponderados con diferentes porcentajes para pruebas parciales y el examen final.
- » Salud pública con 7 materias y el 10,3% de horas del total del plan de estudios.

En enero de 1975, con fondos y ayuda de la Fundación Kellog y la cooperación técnica de la Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina FEPAFEM, se creó un programa denominado “Medicina de la Comunidad”, que permitió a estudiantes desde el 5º semestre, asistir durante un mes, a tres centros de salud periféricos y cuatro hospitales de provincia. Este mismo año fue creada la Oficina de Educación

Médica.

Después de tres años de aplicación, el programa mencionado fue reemplazado por otro, con características similares al anterior, pero incorporando a estudiantes del 4º semestre, para quienes significó el primer contacto con pacientes y comunidades.

En 1978 Se reconquistó la Autonomía Universitaria, restituyéndose el co-gobierno paritario docente-estudiantil y este mismo año se realizó la elección democrática de autoridades facultativas.

Año 1980

La Primera Reunión Sectorial de Facultades de Ciencias de la Salud (Facultades de Medicina de todo el país), se realizó en Cochabamba Bolivia, en enero de 1979, en esta la Oficina de Educación Médica presentó un documento denominado “Diseño Curricular”, cuya propuesta central se refería a una metodología a aplicarse para diseñar nuevos planes de estudio. El documento fue aprobado, solicitándose a la Facultad de Cochabamba la elaboración de un plan de estudios basado en dicho documento, el cual debía presentarse en la Segunda Reunión Sectorial.

El diseño solicitado, para junio de 1979, debería tener como propósito esencial una estructura y un sistema de enseñanza y aprendizaje superior dirigido a la formación de profesionales que respondan a las necesidades de salud de la región y del país.

Algunos de los antecedentes de la propuesta fueron los distintos proyectos que la Facultad desarrolló en años anteriores, a saber: el “Proyecto de Enseñanza de Medicina de la Comunidad”, el “Proyecto de Integración Docente Asistencial a Nivel Primario”, el “Proyecto de Innovación en la Enseñanza de la Odontología” y el Seminario Nacional sobre el Médico General/Familiar, todos ellos financiados por la Fundación Kellogg; además del Taller “Diseño Curricular”, realizado en mayo de 1979, con apoyo y asesoría de la FEPAFEM.

La oficina de Educación Médica, que estuvo a cargo de la planificación y el diseño de la propuesta del nuevo Plan de Estudios, tomó como modelo curricular el trabajado en dicho taller.

Las características más importantes de esta propuesta y que difieren sobremanera del modelo 1974 y de las anteriores curricula fueron las siguientes:

- » El diseño tuvo como marco y principios los conocimientos de las Ciencias de la Educación y las experiencias educativas de la Facultad.
- » Los contenidos curriculares y su organización fueron definidos en base a datos de la patología regional y nacional predominantes.
- » Se contó con la participación de estudiantes, como un hecho inédito.
- » Se mantuvieron algunas materias en la estructura tradicional, con una proporción mayor de contenidos integrados en módulos, organizados en secuencias y relaciones verticales definidas en base a criterios epidemiológicos.

- » Se duplicó el número de horas dedicadas a Salud Pública y Medicina Social (el 24.3% del total) con contenidos y actividades de enseñanza y aprendizaje que enfatizaban el proceso salud-enfermedad.
- » Los estudiantes iniciaban el contacto con la población desde el primer año, desarrollando actividades con estudiantes de Odontología y Bioquímica, dando pie a prácticas multidisciplinarias y al trabajo en equipos de salud. Estas actividades se desarrollaban en el marco de convenios del Ministerio de Salud del país con las Universidades Estatales.
- » El sistema de evaluación de aprendizajes fue modificado, disponiéndose que, en su función sumativa la calificación mínima de aprobación sea de 75, asumiéndose que ello garantizaba un bagaje mayor de conocimientos en los estudiantes. Se inició con la función formativa de la evaluación como retroalimentación de los procesos de aprendizaje de los estudiantes.

Este modelo fue aprobado por el Consejo Facultativo, definiéndose que, luego de concluirse, sea iniciado a corto plazo.

Comentario: el currículum "1980" podría calificarse de "innovador."

Agosto de 1980

En el contexto universitario, el día del golpe militar al gobierno (1980), fueron ocupadas militarmente las universidades públicas, se canceló la Autonomía Universitaria, se nombraron rectores militares, suprimiéndose la aplicación del Plan Innovador.

Si comparamos los dos planes de estudio, el impuesto por este golpe y el instaurado a principios del 80 como resultado de un mandato de la Reunión Sectorial de Facultades de Medicina, observaremos que el primero retomó los lineamientos del plan del Consejo Nacional de la Educación Superior (CNES), caracterizado por un enfoque educativo tradicional, basado en el mercado, alejándose de las necesidades de las personas y suprimiéndose el Programa de Medicina de la Comunidad; el segundo, en cambio, intentaba una modernización pedagógica dirigida a formar los recursos humanos en salud necesarios para el país.

Reconquistada una vez más la Autonomía Universitaria en mayo de 1982, por Resolución del Consejo Universitario, la Facultad de Ciencias de la Salud de Cochabamba se disgregó en tres facultades independientes: Medicina, Bioquímica - Farmacia y Odontología.

Año 1995

En la década del 90, el contexto externo mostró un periodo de estabilidad política; los gobiernos de turno plantearon reformas y ajustes en los sistemas educativos de todos los niveles, incluso en la educación superior. Los recursos económicos estatales cada vez más escasos, motivaron conflictos sectoriales (en las distintas universidades estatales del país) en demanda de soportes económicos adicionales a sus presupuestos.

Para obtener más fondos se recurrió a fuentes de cooperación técnica externa, se propiciaron consultorías, sistemas de

fondos concursables y la creación de fundaciones.

En el contexto interno el concepto de "calidad académica" y de "evaluación para la acreditación" fue introducido en San Simón, creándose la Dirección Universitaria de Evaluación y Acreditación (DUEA) (en este punto cabe mencionar que la Facultad de Medicina fue acreditada por 1ª vez en marzo de 1999 por el Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana (CEUB), la OPS/OMS, Asociación Latinoamericana de Facultades de Educación Médica, Asociación Boliviana de Facultades de Medicina y Colegio Médico, por el periodo 1999 a 2004.

El currículum de 1995, siguió las características básicas de agosto 1980 y los lineamientos del CNES de 1974, arriba descritos para estos periodos, en contraste al plan vigente a inicios de 1980, descrito también líneas arriba. Un cambio adicional fue agregar al internado una rotación en la comunidad (implantada ya en 1986). En los demás aspectos, prácticamente ambos planes, el de 1981 y el de 1995, fueron similares.

En esta misma época (1995), la Facultad suscribió relaciones con la cooperación holandesa y la Universidad de Nijmegen. Ambas instituciones apoyaron técnicamente el desarrollo de un pre-proyecto, cuyo propósito fue, desde su inicio, el de mejorar la salud de la población boliviana a través de la formación de profesionales. En este marco, la Oficina Educativa de la Facultad, realizó cuatro investigaciones, una de ellas denominada componente III, fue el "Estudio del Currículum Actual" (1995), que posteriormente se constituyó en uno de los más importantes insumos para que, dentro del programa Fortsalud*, se trabajara participativamente (equipos de docentes y estudiantes), con el apoyo de universidades latinoamericanas y europeas, en el diseño de un plan de estudios nuevo denominado Currículum Integrado (CI), cuya esencia fue la de que a través de un enfoque educativo integrador e innovador, se propuso formar profesionales comprometidos con la problemática regional de salud, sin desmedro de una formación de alto nivel. El Currículo Integrado inició su aplicación el 2002, manteniéndose en vigencia hasta fines del 2003 (su descripción y análisis será motivo de una segunda parte del artículo presente).

Al terminar el 2003, se produce el cambio de autoridades facultativas (Decano, Director de Estudios, Jefatura de la Oficina de Educación), quienes si bien declaran "en pausa" la aplicación del "Currículum Integrado", los hechos mostraron que se puso fin al Programa Fortsalud (con pérdidas importantes para la Facultad, especialmente de recursos humanos docentes y la anulación de programas de formación), retomándose el plan de estudios anterior.

Una mirada a los conceptos y a las palabras

Los conceptos conductores del capítulo se centran en las innovaciones y en la historia de los cambios de los planes de estudio de la Facultad desde 1967 hasta 1995, año en que se proponen nuevas transformaciones en el marco del programa Fortsalud. Siendo necesario un marco referencial compartido acerca de la innovación educativa, nos toca pues transcribir los conceptos de diversos autores y documentos bajo cuya

comprensión se ha escrito este capítulo.

Los diversos autores consultados concuerdan que innovar es introducir novedades o algo nuevo que produce “mejora”. Lo nuevo se comprende como algo que antes no existió, no se tenía, o son nuevas maneras de hacer algo, de utilizar algo o que se usa en circunstancias diferentes, lo “nuevo” se define en relación a lo anterior.

La mejora se relaciona con la conquista de un nivel más alto (valorado en contra de ciertas metas u objetivos), que produce cambios. La innovación es un cambio, aunque no todos los cambios son innovaciones. A estas características se añade la idea de que la innovación debe ser planificada y que para considerarse innovación debe estar destinada hacia personas, grupos o instituciones. La innovación no es aséptica ni neutra, está condicionada por posicionamientos políticos, sociales, culturales y epistemológicos; lo innovador para unos no lo es para otros. Las innovaciones no son “a-históricas”, se definen en función del contexto y del tiempo.

Según el documento de la UNESCO, los rasgos que caracterizan la innovación son:

1. Supone transformación, cambio en las estructuras y en las mentalidades; afecta a la persona, al grupo y al marco institucional.
2. Propicia avances hacia un nivel más alto, cualitativamente distinto en el sentido del ser, conlleva el mejoramiento de la vida de las personas, las promueve y es asumida por ellas (Castillo G.).
3. La innovación implica una intervención deliberada, es decir, planificada y no es un fin, es más bien un medio para mejorar.
4. La innovación es un cambio en las concepciones y en la práctica. Las reformas son los discursos y la innovación son los cambios en acción (Assael J.).
5. La innovación es un proceso abierto e inconcluso que involucra reflexión y práctica.

Una mirada vivencial al cambio

La oficina de Educación Médica de la Facultad de Medicina de la UMSS, fue fundada en dos ocasiones, la primera en 1975 con apoyo de la OPS/OMS. En 1976 (durante el régimen militar en el país), el nuevo rector suprime la Oficina y por ese motivo, en 1977, nominado otro rector y con ayuda de FEPA-FEM, se realiza una segunda fundación.

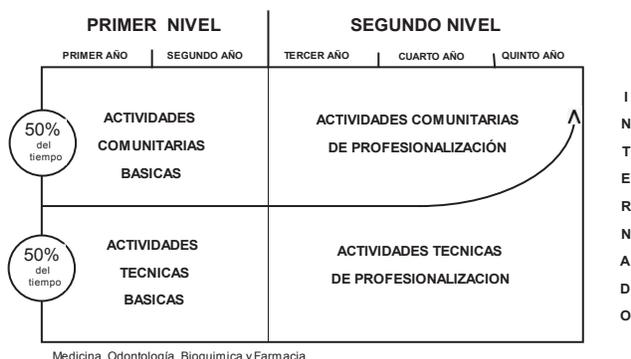


Figura 1. Esquema general Inicial.

En 1978 se reconquista la Autonomía y las autoridades democráticas, a partir de 1979, inician las sectoriales de las Facultades de Ciencias de la Salud, bajo los auspicios del CEUB. La primera se realizó en Cochabamba (enero 1979), en ella, el primer autor (Stambuk. 1979), presentó una ponencia denominada “Diseño Curricular”, a raíz de la cual se determinó que para la segunda sectorial se diseñe un plan de estudios, utilizando el esquema presentado (fig. 1).

Concluida la sectorial y con apoyo del Decano, se presentó al Consejo Facultativo el esquema general del nuevo plan de estudios, en el cual el contacto del estudiante con pacientes se inicia en primer año, al igual que el trabajo multidisciplinar y de equipo en la comunidad, junto con las carreras de Bioquímica y Farmacia y Odontología.

Aprobada esta propuesta, el Consejo estableció tres comisiones, encargadas del estudio, análisis, estructuración, desarrollo y evaluación de cada una de las áreas de la estructura propuesta. Los integrantes, docentes y estudiantes de las comisiones, fueron seleccionados y nombrados como responsables, añadiéndose voluntarios adscritos.

Las comisiones, para su desempeño, recibieron la siguiente documentación:

1. Diagnóstico resumido del sector salud con estadísticas hospitalarias y de centros de salud; listados con las diez primeras causas de mortalidad infantil y general de la región, las diez primeras causas de consulta médica del departamento de Cochabamba, incluyendo las del área rural y las diez primeras causas de egresos hospitalarios de todo el Departamento.
2. El gráfico del esquema general (fig.1), para cuya elaboración, el co-autor (Stambuk L.), utilizó el propuesto por la Universidad de México, denominado A36, tomando algunas ideas proporcionadas por asesores de la OPS/OMS, algunas ideas expuestas en el seminario del médico familiar/general y la experiencia reciente de Medicina de la Comunidad.
3. Proyectos del marco conceptual, de los principios

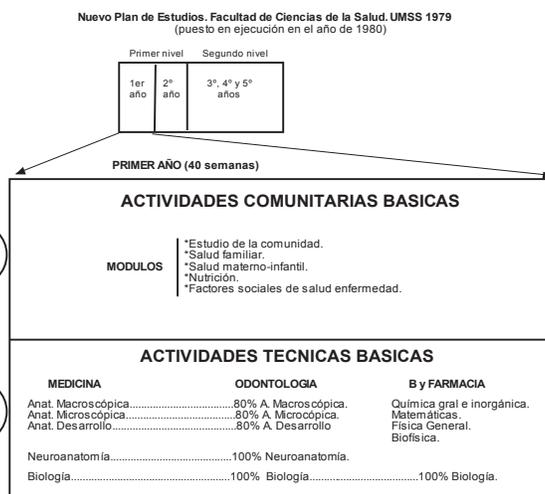


Figura 2. Esquema del primer año.

guías y de las líneas orientadoras para desarrollar el nuevo plan de estudios.

Sólo se logró diseñar en detalle el primer año (fig. 2), los otros quedaron para ser desarrollados a medida que se aplicaba este primer año del nuevo plan de estudios.

El primer año (Fig. 2), en el área de actividades técnicas básicas, medio tiempo se llevarían las materias morfológicas en un 100% de contenidos para Medicina, un 80% para Odontología y un pequeño porcentaje para Bioquímica y Farmacia. Biología fue llevada en un 100% por las tres carreras.

En el área de actividades comunitarias básicas (medio tiempo), se plantearon los módulos señalados en la fig. 2, con temáticas compartidas por los estudiantes de las tres carreras y prácticas en diferentes centros de salud de la región y en la comunidad de influencia.

En el segundo nivel, correspondiente a 3º, 4º y 5º años (fig. 3), se pensó la inclusión de actividades técnicas y comunitarias de profesionalización, con unidades de estudio organizadas en base a criterios epidemiológicos (fig. 3). En su programación participaron activamente los departamentos clínicos y el de salud pública.

El cambio en el sistema de evaluación de los aprendizajes exigía, para la aprobación y la promoción de año, el dominio del 75% de los objetivos de aprendizaje calificados de indispensables. Estos criterios de “rendimiento mínimo indispensable”, intentaban cualificar el aprendizaje. El examen de recuperación se llevaba a cabo inmediatamente después del examen reprobado y el de rehabilitación después de tres semanas. Los exámenes escritos se mantuvieron para la evaluación sumativa. Se planteaba también una evaluación del docente, del programa y del impacto en la comunidad (fig. 3).

Este plan, presentado por la delegación de Cochabamba a la Sectorial realizada en Sucre en Julio de 1979, recibió felicitaciones, emitiéndose una declaración denominada “Documento de relación de los objetivos y fines de la Universidad Boliviana, con el Currículo Innovador presentado por la facultad de Cochabamba en la Segunda Sectorial de Ciencias de la Salud”.

El “Nuevo Plan de Estudios”, llamado también por la comunidad facultativa como “Plan Innovador”, fue iniciado a partir del primer curso en 1980; a medida de su avance se iría agotando y cerrando el plan anterior. El ingreso fue a través de la aprobación del curso propedéutico. El Decano nombró a un coordinador, responsable encargado de la ejecución y supervisión del Nuevo Plan de Estudios, incluidas las evaluaciones de aprendizajes. La aplicación del nuevo plan se desarrolló sin contratiempos hasta el 17 de Julio de 1980, día en que debido al golpe militar, se truncó, cuando se tenía avanzado dos tercios del año lectivo.

En 1982, recuperadas la democracia y la autonomía universitaria, las autoridades facultativas autorizaron la disgregación de las tres carreras de la Facultad de Ciencias de la Salud, conformando una Facultad cada una. La oficina de Educación quedó en la Facultad de Medicina, haciéndose cargo de la misma el primer autor de este capítulo. Reiterativamente la dicha oficina solicitó retomar la aplicación del “Plan Innovador”, sin embargo, las nuevas autoridades -democráticamente elegidas- pese a haber afirmado su mentalidad progresista, no hicieron eco de este pedido y retomaron el plan anterior al iniciado en 1980.

El año 1995, la Oficina de Educación Médica (OEM) difundió un sistema de matrices en el que se utilizaban criterios epidemiológicos, con el propósito de que los docentes diseñaran sus programas y los contenidos de sus materias. Fue en esta etapa cuando la Facultad tuvo contactos iniciales con la cooperación holandesa y al año siguiente se recibió la visita de

Nuevo Plan de Estudios. Facultad de Ciencias de la Salud. UMSS 1979
(documento para análisis, trabajo y toma de decisiones)

QUINTO AÑO	ADMINISTRACIÓN SANITARIA Unidades I, II, III, IV, V, VI	TEORÍA SOCIAL CONDICIONANTES CULTURALES, SOCIO-ECONÓMICOS, Y POLÍTICOS DE LA SALUD.	<ol style="list-style-type: none"> Degenerativas. Tumorales. Metabólicas y endocrinas. Dermatológicas e inmunológicas. Traumatología y ortopedia. Otorinolaringología y Oftalmología. Neurología. Urología. Medicina legal y forense. Deontología. 	TECNICA QUIRURGICA	EMERGENCIAS MEDICO - QUIRURGICAS CIRUGIA GENERAL DE COMPLEJIDAD CRECIENTE	MATERNO INFANTIL Enfermedades NO prioritarias de la madre y el niño	SALUD MENTAL III	<p>Escasa morbilidad. Escasa mortalidad. Difícil vulnerabilidad. Elevado costo.</p> <p>Diagnóstico difícil. Tratamiento difícil. Requiere equipos especializado:</p>
CUARTO AÑO	EPIDEMIOLÓGIA. Segunda parte. Unidades I, II, III.		<ol style="list-style-type: none"> Hemorragias y obstrucciones del aparato digestivo. Ictericas. Dolor Abdominal. Insuficiencia Cardíaca, disnea, edemas, cianosis. Nefrología. Anemias y hemorragias Venéreas. 			MATERNO INFANTIL Madre y niño enfermos.	SALUD MENTAL I	<p>Alta morbilidad. Escasa mortalidad. Relativa vulnerabilidad</p>
TERCER AÑO	EPIDEMIOLÓGIA. Primera parte. Unidades I, II, III, IV.		<ol style="list-style-type: none"> Del aparato digestivo: diarrea. Del aparato respiratorio: tos. Específicas de la niñez, fiebre y eruptivas. Enfermedades transmisibles. 			MATERNO INFANTIL Madre y niño sanos	SALUD MENTAL I	<p>Diagnóstico fácil. Tratamiento fácil. No requiere equipos muy especializados.</p> <p>Prioridad de daños: Alta morbilidad. Alta mortalidad. Gran vulnerabilidad. Elevada magnitud. Rendimiento a bajocosto.</p>

Figura 3. Esquema del Segundo Nivel.

la coordinadora de la Universidad de Nijmegen, con la cual y en un trabajo acompañado por ella, nuestra facultad estableció sus necesidades en 4 grandes líneas, dando inicio a un pre-proyecto denominado Fortsalud, que será motivo de otro artículo.

Una mirada a los amigos

Para concluir este capítulo quisiéramos expresar nuestro agradecimiento a las personas, asesores y organizaciones, nacionales e internacionales que demostraron su espíritu americanista y académico, de 1973 hasta 1994, para mejorar nuestra Facultad y la educación de recursos humanos para la salud. Mencionaremos a la OPS/OMS, Federación Panamericana de Facultades de Medicina (FEPAFEM), Asociación Mundial de Medicina Familiar (ALAFEM), Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud de México (CLATES) y a las oficinas de educación de Venezuela, Colombia y Brasil.

Los siguientes asesores, todos ellos con una notable actitud de servicio, dejaron las semillas para intentar introducir cambios en los procesos de formación médica: Dr. Alberto Donoso, Dr. Orlando Aguilar, Dr. Luis Giraldo, Lic. Omar Romo, Dr. Julio Ceitlin, Dr. Julio Alban (+), Lic. Lilian Menegazzo, Lic. Javier Islas, Dra. Emma Gamboa, Dr. Roberto Beltrán, Dr. Carlos Linger, Dr. José Quiñones, Dr. Jaime Breihl y Dr. Mario Rovere.

A partir de 1995 otros amigos, europeos y también latinoamericanos, demostraron iguales condiciones hacia nuestra Facultad e instituciones.

Una mirada a las lecciones aprendidas

- Es fundamental la participación activa y comprometida de las autoridades en la planificación y ejecución de los cambios.
- Es importante y valiosa la participación de los estudiantes, que con su entusiasmo motivan a los docentes

durante la planificación, allanando dificultades con los estudiantes de base, especialmente respecto al sistema de evaluación de aprendizajes.

- Fue muy importante el llevar en todo momento un registro de actividades de las distintas comisiones, para ser comunicadas entre ellas.
- El tener un gráfico o esquema del camino del diseño curricular a seguir, aceptado por los participantes, ayuda a que todos logremos orientarnos en los distintos momentos del proceso.
- Es más probable que los cambios sean exitosos cuando se logra una masa crítica de docentes y estudiantes que compartan la visión innovadora propuesta.
- Se facilita el trabajo, si se parte de la historia y experiencias anteriores de la institución facultativa y universitaria. No es necesario sembrar nuevas semillas cada vez que se inicia algo.
- Los líderes tienen que disponer de una especie de guión de todo el proceso, que les ayude a ver y anticipar en todo momento cuál es el siguiente paso a desarrollar.
- Se debe tener en cuenta la influencia de ideologías políticas, de grupos de poder, de corporaciones y el concepto de formación médica y estatus profesional, a fin de considerar posibilidades de procesos de cambio progresivo.
- El tener una Oficina de Educación, con el espíritu de trabajo en equipo de sus integrantes, es muy importante para mantener viva la llama de los procesos de cambio y del desarrollo facultativo, siendo mejor llamarla "Oficina" ya que por experiencia, al denominarla departamento, inmediatamente surgen intereses de personas que quieren sobresalir, mejorar su currículum y/o cooptar poder.

Referencias bibliográficas

1. Alvarez Ortega R. ((2003), Antecedentes históricos de las relaciones entre el Estado, la Universidad y la Sociedad en Bolivia [1800-1998]. www.monografias.com. Acceso marzo 2004.
2. Stambuk L. (1979) Diseño Curricular. Ponencia presentada en la primera sectorial Mimeo, UMSS, Cochabamba.
3. Ideas tomadas de Mollis Marcela, compiladora (2002). ¿Las universidades en América Latina reformadas o alteradas?. Buenos Aires, CLACSO. 2003.
4. Evaluación del egresado de la Facultad de Medicina, componente III, "Estudio del currículum, actual (1995) de la Facultad de Medicina UMSS." Preparado por Stambuk L. y revisado por el equipo de trabajo (F. Barten, J. Metz, R. González, C. F. Zabala, L. Michel y otros) Cochabamba 1996.
5. Blanco, R. y Messina, G. (2000) Estado del arte sobre las innovaciones educativas en América Latina. Editorial Convenio Andrés Bello Colombia, Bogotá Publicación de la UNESCO.
6. Moreno Bayardo M.G. (1995) La Tarea. N° 7. Oct-Dic 1995. Revista de Educación y Cultura, de la sección 47 del SNTE México. En <http://www.latarea.com.mx/index.>
7. Tedesco en ESTADO DEL ARTE SOBRE LAS INNOVACIONES EDUCATIVAS EN AMÉRICA LATINA Publicación de la UNESCO <http://innovemos.unesco.cl/medios/Documentos/Publicaciones/home/estadodelarte/cap2-1.pdf>. Acceso mayo 2004.
8. Cortes Salcedo R. A. en La investigación en el aula. Instituto para la Investigación Educativa y el Desarrollo Pedagógico - IDEP Bogotá, D.C. Colombia © 1994 - 2003 <http://www.idep.edu.co/> Acceso mayo 2004.
9. Primer Seminario del Médico General-Familiar. Cochabamba. Enero 1979. Imprenta Universitaria.