

**DIDÁCTICAS EN LA ENSEÑANZA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA  
ASIGNATURA PROGRAMAS DE SALUD DEL PROGRAMA DE MEDICINA DE  
LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA**

DIOMEDES TABIMA GARCIA

LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA  
FACULTA DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN  
PEREIRA  
2010

**DIDACTICAS EN LA ENSEÑANZA DE LA PROMOCION DE LA SALUD EN LA  
ASIGNATURA PROGRAMAS DE SALUD DEL PROGRAMA DE MEDICINA DE  
LA UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE PEREIRA**

DIOMEDES TABIMA GARCIA

Tesis  
Para optar al título de Magister en Educación

Directora de proyecto:  
DORA CARDONA RIVAS  
PhD en Ciencias sociales, niñez y juventud

LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA  
FACULTA DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN  
PEREIRA  
2010

Nota de aceptación.

---

---

---

---

---

---

Firma del presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

## CONTENIDO

	Pag.
INTRODUCCION.....	9
1. REVISION CONCEPTUAL Y ANTECEDENTES.....	11
1.1 EL DISCURSO SOBRE LAS DIDACTICAS.....	11
1.2 LO QUE SE HACE EN LAS ESCUELAS DE MEDICINA.....	19
1.3 LA PROMOCION DE LA SALUD Y LA PREVENCION DE LA ENFERMEDAD.....	30
1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	35
1.5 OBJETIVO GENERAL.....	37
2. COMPONENTE METODOLOGICO.....	38
2.1 DISEÑO METODOLOGICO.....	38
2.2 TIPO DE ESTUDIO.....	37
2.3 EL PROCESO.....	39
3. LA CODIFICACION ABIERTA.....	43
3.1 CONDICIONES.....	46
3.2 MEDIOS.....	49
3.3 RASGOS.....	52
4. LOS HALLAZGOS EN LA DE BUSQUEDA DE RESPUESTA A LA PREGUNTA SOBRE LA DIDÁCTICA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	57
4.1 EL MODELO DIDÁCTICO EN PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	58
4.2 BARRERAS PARA LA ENSEÑANZA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	62
4.2.1 Tensión entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad.....	63
4.2.2 El razonamiento clínico aplicado al conocimiento de la comunidad.....	68

4.2.3 Las ideas sobre promoción de la salud de docentes y estudiantes.....	70
4.2.4 El problema de la participación.....	71
4.2.5 El estudiante está centrado en sí mismo.....	73
CONCLUSIONES.....	75
RECOMENDACIONES.....	77
BIBLIOGRAFIA.....	79
Anexos	

## **LISTA DE ANEXOS**

- Anexo A. Codificación Entrevista N° 1
- Anexo B. Codificación Entrevista N° 2
- Anexo C. Codificación Entrevista N° 3

## RESUMEN

La promoción de la salud es un componente de la salud pública que se enseña en asignaturas de medicina comunitaria. Por constituir componente importante en la formación del estudiante se quiere comprender las relaciones que se establecen entre la didáctica y la promoción de la salud; el estudio parte de la pregunta: ¿Cuáles son las didácticas en la enseñanza de la promoción de la salud, visualizadas por los estudiantes, en las asignaturas Programas de Salud en el departamento de Medicina Comunitaria de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Pereira?.

Estudio cualitativo de tipo Teoría Fundamentada. Se realizaron 3 entrevistas a profundidad a estudiantes que cursaron las asignaturas Programas de Salud; las unidades textuales permitieron codificación abierta y emergencia de categorías iniciales, que se profundizaron indagando nuevamente de manera selectiva. La categorización axial permitió afinar categorías y subcategorías; la técnica de triangulación de cotejo facilitó el proceso interpretativo. Los componentes axiales “condiciones, medios y rasgos” facilitaron los hallazgos de las didácticas en promoción y las barreras para el aprendizaje.

Un primer hallazgo: se develó un modelo didáctico y pedagógico enclavado en la visión empírico analítica de las ciencias.

Un segundo hallazgo: cimentado en la propuesta de los obstáculos de Bachelard (1993), se hallaron las siguientes barreras que limitan el aprendizaje de la promoción, pues impiden el proceso efectivo de trasposición didáctica: tensión entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad; aplicación del razonamiento clínico a la promoción de la salud; ideas previas sobre promoción de la salud de docentes y estudiantes; problemas de la participación; el estudiante está centrado en sí mismo.

La más importante recomendación consiste en trabajar desde la universidad buscando la confluencia de múltiples disciplinas que, al aplicarse a la promoción de la salud, permitan superar el enfoque empírico de las ciencias naturales y avanzar hacia perspectivas comprensivas y críticas.

## ABSTRACT

### **Didactics in the Teaching from Promoting Health in the Concentration Programs of Health in the University Tecnológica de Pereira**

Masters Thesis for obtaining the Title of Masters in Education from the Faculty of Education. University Tecnológica de Pereira

Author: Diómedes Tabima Garcia

The promoting of health is a component of public health taught in concentrations of the department of Community Medicine of the Program of Medicine. By constituting an important component in the formation of the student, we look to comprehend the relations that are established between the didactics and the promoting of health; the study bases itself off the question: Which are the didactical tools visualized by the students, that develop in the teaching of the promoting of health, in the discipline of Programs of Health, of the department of Community Medicine of the Program of Medicine of the Faculty of Science of Health of the University Tecnológica de Pereira?

A qualitative study of type Fundamental Theory. 3 in depth interviews were conducted to students that coursed the concentration Programs of Health, the textual records allowed open codification and emergence of the initial categories, that were further developed by selective querying. The axial categorization allowed refining of the categories and subcategories; the technique of triangulation of comparison facilitated the interpretive process. The axial components, "conditions, mediums, and traits" facilitated the findings of the didactics in promoting and the barriers to the learning.

A first finding: A didactic and pedagogical model was revealed framed in the empiric and analytic vision of the sciences.

A second finding: Cemented in the proposal of the obstacles of Bachelard (1993), the following barriers were found that limit the learning of promoting, since they impede an effective process of didactic transpositioning: tension between the promoting of health and prevention of the disease; application of the clinical reasoning to the promoting of health; previous notions of the promoting of health on the part of the faculty and students; problems of participation; the student is centered on himself.

The most important recommendation consists of working from within the University searching for confluences of multiple disciplines that, when applied to the promotion of health, allow to overcome the empirical focus of the natural sciences and advance towards comprehensive and critical perspectives.

## INTRODUCCION

*“Estudio es ayuntamiento de Maestros, e de Escolares, que es fecho en algun lugar con voluntad, e entendimiento de aprender los saberes. E son dos maneras del. La una es, la que dicen Estudio general, en que ay Maestros de las Artes, assi como de Gramatica, e de la Logica, e de Retorica, e de Arismetica, e de Geometria, e de Astrologia; e otrosi en que ay Maestros de Decretos, e Señores de Leyes” (Los códigos españoles. Códigos de Las siete Partidas, Partida Segunda, Título XXXI, Ley I (1872), p. 555)*

La costumbre ha consagrado que quienes son médicos pueden, por el sólo hecho de serlo, enseñar medicina. A través de los años se reproducen los saberes médicos mediante un proceso que implica el uso de metodologías que se transmiten de generación en generación, considerando acríticamente que la validez de la enseñanza se la confiere el tiempo de aplicación.

Con el paso del tiempo y el surgimiento de la didáctica como ciencia, arte y praxis se ha hecho evidente que es indispensable para los docentes conocer su existencia, de tal manera que el saber disciplinar que le permite al médico desempeñarse adecuadamente como profesional asistencial, sea complementado con el saber didáctico que le permita asumir con solvencia su papel de maestro.

Es claro que a través de muchos años de formación de talento humano en medicina, se evidencia un ejercicio docente empírico, sin fundamentación debidamente regulada y evaluada.

Por lo anterior se hace necesario estudiar las didácticas que se emplean para escudriñar los procesos de enseñanza aprendizaje en las diferentes asignaturas, áreas y departamentos del Programa de Medicina.

Dime como enseñas y te diré que clase de docente eres. Desvelar o poner en evidencia mediante la investigación las diferentes didácticas tiene especial interés para los estudiantes de medicina en cuanto pueden ser beneficiados con el reforzamiento de las prácticas que efectivamente contribuyen a su formación y/o reemplazar aquellas que hacen poco o ningún aporte.

La investigación sobre las didácticas le aporta a los profesores por cuanto se construyen evidencias que pueden ayudarle a reflexionar sobre su quehacer como docente, facilitando su transformación en un sujeto cada vez más eficiente en la formación de talento humano para la salud.

Para el Programa de Medicina la investigación es una herramienta de análisis en instancias de autoridad académica como el Comité Curricular y el Consejo de Facultad para reorientar de manera concertada la labor docente, apuntándole al noble propósito de mejorar en sus asuntos misionales. Esta trascendencia puede traslaparse a la Universidad por cuanto lo que se hace en el programa repercute evidentemente en la misión general con compromisos

sociales de alta envergadura y en la imagen que tiene en el seno de la comunidad.

De manera indirecta, la sociedad tiene un beneficio de no poca monta por cuanto agentes formados con alta calidad en el Programa de Medicina, constituyen una prenda de garantía en la resolución de sus necesidades de protección y seguridad.

Por otro lado, el cuerpo teórico generado en el proceso investigativo constituye un punto de partida de alta relevancia no sólo para el análisis del quehacer docente en el departamento de Medicina Comunitaria, sino que podría ser útil en los procesos comunicacionales relacionados con la salud pública. Resulta que una buena parte de los contenidos de las asignaturas en cuestión, están íntimamente relacionadas con la promoción de la salud como disciplina.

El presente documento da cuenta del estudio realizado en el Programa de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Pereira indagando sobre la promoción de la salud y las didácticas que la guían o acompañan en el proceso de formar talento humano.

Para su mejor comprensión y facilitar su lectura se ha organizado en los siguientes componentes:

**1. Revisión conceptual antecedentes.** Se hace una rápida revisión de conceptos que, sin enmarcar de manera rígida el estudio, aportan elementos conceptuales que permiten identificar el estado del arte. Contiene además el planteamiento del problema y el objetivo general del estudio.

**2. Componente metodológico.** Identifica el tipo de estudio y los procedimientos desarrollados para obtener los datos, organizarlos, analizarlos y estructurarlos a modo de insumo para la construcción de la teoría explicativa del fenómeno objeto de estudio.

**3. La codificación abierta: los códigos y su ordenamiento.** Se detallan conceptos, las categorías iniciales y su ordenamiento para el proceso de análisis

**4. La teoría nueva.** Los hallazgos en la búsqueda de respuesta a la pregunta sobre la didáctica en promoción de la salud.

**5. Conclusiones:** Se describen las proposiciones finales que surgen después de los procesos anteriores del trabajo

**6. Recomendaciones:** Conjunto de propuestas o líneas prácticas, como producto de los desarrollos analíticos del trabajo.

## 1. REVISIÓN CONCEPTUAL ANTECEDENTES

### 1.1 El discurso sobre las didácticas

Sea lo primero señalar que la didáctica, como concepto, se encuentra íntimamente ligada a la pedagogía y ambas hacen parte constitutiva y nutren las ciencias de la educación. Esta aclaración es pertinente porque, así se asuma la didáctica como objeto de análisis, es impropio aislarla de sus conexiones insoslayables con la pedagogía y las ciencias de la educación. Ligada como está al acto educativo, en tanto objeto de las ciencias de la educación, la didáctica se comporta como un concepto integrador de cuestiones y problemas en los campos específicos de la transmisión y la apropiación del saber (Zambrano, 2005).

Las didácticas surgen como una respuesta a las insuficiencias explicativas de la pedagogía para responder a la pregunta sobre el aprendizaje. Al abordar la comprensión de las didácticas es indispensable tener presente que el *aprendizaje* como concepto expresa una cuestión cuyo interés de estudio lo encontramos en las didácticas (Zambrano, 2005). Significa entonces que toda indagación sobre las didácticas está ligado indefectiblemente a las maneras, condiciones y circunstancias en la cuales se desarrolla el aprendizaje.

Como disciplina la didáctica abarca y expresa aspectos del acto educativo tales como la génesis, la circulación y la apropiación del saber escolar, amén de las condiciones prácticas de la enseñanza y el aprendizaje. (Zambrano, 2005).

La Didáctica es ciencia, arte y praxis centrada en el proceso enseñanza aprendizaje. Ciencia por cuanto tiene la posibilidad de responder desde sus intimidades tres preguntas fundamentales: la pregunta ontológica, la pregunta epistemológica y la pregunta metodológica. (Guba.1990)

La primera, la pregunta ontológica, o sea la pregunta por el objeto a conocer y/o la naturaleza del objeto a conocer, se responde teniendo como referente el proceso enseñanza aprendizaje, es decir el encuentro entre dos o más actores que comparten saberes en un ambiente socio cultural debidamente delimitado. Pero de manera más específica puede decirse que el objeto de estudio de la didáctica lo constituyen los procesos que dan cuenta de “cómo se aprende” durante los actos sociales de enseñanza aprendizaje.

La segunda, la pregunta epistemológica, se responde en tanto se puede decir sin ambages que la didáctica ha desarrollado, a pesar de su corta edad, un discurso potente, cargado de significados que la diferencian de otros saberes disciplinares y de otras ciencias. Su manera de confrontar el conocimiento en el campo específico de la enseñanza y el aprendizaje, la permanente nutrición que tiene su discurso a partir de procesos investigativos que se sumergen en la comprensión de ese difícil proceso de aprender y enseñar, hacen que la didáctica adquiera una personalidad entre la comunidad científica diferente e inconfundible frente a otras ciencias. Es la potencia del discurso nacido de la investigación lo que le ha permitido un posicionamiento cada vez más claro en el concierto de las ciencias.

La tercera, la pregunta metodológica, implica la existencia de rutas utilizadas por la Didáctica para aproximarse al objeto de conocimiento, para manipularlo y transformarlo mediante procesos de investigación y de aplicación práctica. Tiene, en tanto ciencia, caminos claros para explorarse a sí misma y explorar la realidad social sobre la cual ejecuta su praxis. Este atributo, o mejor, esta capacidad, convierten a la didáctica en una ciencia capaz de comprometerse con el análisis de la situación de los procesos enseñanza aprendizaje, de entenderlos en sus contextos sociales y culturales y de transformarlos cuando así lo demanden las circunstancias en las que se mueva la educación. Hodson (1992) asume la didáctica como una disciplina que posee el estatuto de una ciencia y Sanmartí e Izquierdo (2001) asumen que ya se cuenta con una ciencia para enseñar ciencia.

Es de esta manera como se logra configurar la Didáctica como una ciencia de amplios compromisos y de profundas implicaciones en la educación.

En este sentido, la investigación sobre las didácticas puede reconocer fácilmente dos campos: la investigación de las didácticas y la investigación sobre las didácticas. Zambrano (2005), reconoce que estudiar las didácticas significa "comprender los procesos de aprendizaje, a partir de los saberes", y que investigar sobre las didácticas es indagar "sobre el conjunto de acciones que se ventilan, de manera estable, en las distintas disciplinas escolares". Es como desarrollar un metadiscurso sobre las condiciones históricas y epistemológicas de las didácticas.

El presente trabajo centra entonces su campo de acción en la investigación de las didácticas, en este caso las que se desarrollan en la enseñanza de la promoción de la salud en la asignatura de programas de salud.

Si bien las clasificaciones de la investigación en didácticas se centran en tres grandes grupos, la praxeológica (relacionada con la intervención que hace el especialista en el aula de clase), la epistemológica y la psicológica, (comprender y explicar las condiciones intelectuales del sujeto y sus aprendizajes), la presente investigación se ubica en la tipología de las investigaciones epistemológicas, es decir aquellas que se centran en comprender y explicar las condiciones intelectuales del sujeto y sus aprendizajes. La didáctica "busca explicar la compleja configuración de los saberes escolares" (Zambrano, 2005).

Por otro lado, la didáctica en tanto arte implica o exige el desarrollo de una serie de habilidades en los actores docentes que permitan que el discurso y el saber contenidos en ella puedan traducirse en situaciones reales, tangibles, aplicables a los procesos de aprender y enseñar. Es evidente que la didáctica tiene incorporado un gran contenido de orden práctico, porque está llamada a instrumentar las relaciones entre el conocimiento y el estudiante, mediante la mediación del maestro, es decir creando puentes eficientes para que el intercambio de saberes pueda fluir entre los actores del acto docente.

La reflexión sobre la didáctica como arte la pone en consonancia con la didáctica como práctica, por cuanto está referenciada a encuentros de orden operativo entre seres humanos que requieren, además del discurso, elementos materiales que permitan un intercambio comunicacional efectivo. Se hace referencia entonces al conjunto de condiciones y circunstancias que hacen posible la transformación de los seres humanos a partir de los procesos de enseñar y aprender, como un modo no sólo de hacer circular el saber, sino de transformarlo en la cotidianidad de los espacios donde la sociedad ubica el aprendizaje.

En todos los casos es imprescindible tener en mente, cuando se plantean los problemas propios de la didáctica, la relación estrecha entre teoría y práctica, lo cual implica para la didáctica una dimensión explicativa/descriptiva y la anticipa como una ciencia normativa/descriptiva

Finalmente, autores como Zambrano (2005) afirman que “la didáctica es una disciplina científica cuyo objeto es “el estudio de la génesis, circulación y apropiación del saber y sus condiciones de enseñanza y aprendizaje” y más adelante, “Este objeto se vuelve específico y tiene sus raíces en la especificidad de los saberes escolares y disciplinares. En la enseñanza de la matemática, de la geografía, de la historia o de la química, el saber escolar se entrelaza con el saber disciplinar y exige un referente disciplinar específico”.

La didáctica tiene su campo de acción en la reflexión sobre la manera como el saber se aprende y se enseña y para ello se ha dotado de una sustentación epistemológica basada en importantes avances o descubrimientos, tales como: el saber disciplinar explica la actividad de la ciencia y sus resultados; retoma los conceptos que la ciencia produce y los transfiere para ser enseñados en la escuela; busca y construye los medios para que ese saber sea difundido y genera un *corpus* teórico que explica los fenómenos descubiertos y los dota de técnicas que permitan su aprendizaje.

Múltiples han sido los hallazgos en la reciente historia de la didáctica que le han proporcionado un cuerpo teórico cada vez más robusto en su proceso de consolidación como ciencia, se citan entre otros, la *transposición didáctica* (Chevallard, 1977) que permite comprender e instrumentar el paso del saber sabio al saber enseñable; el *contrato didáctico* (Brousseau, 1986), entendido como el conjunto de reglas implícitas o explícitas que organizan las relaciones entre el contenido enseñado, los alumnos y el profesor durante los actos de enseñanza aprendizaje; la *situación didáctica* (Brousseau, 1997) o sea el conjunto de relaciones explícita y/o implícitamente establecidas entre alumnos, algún entorno y el profesor con un fin de permitir a los alumnos aprender y el *objetivo obstáculo* entendido como el conjunto de estrategias que se crean por parte del profesor durante el acto docente con el fin último de que el estudiante aprenda.

### **1.1.1 La Finalidad**

La didáctica tiene por fin interpretar los procesos relacionados con aprender y enseñar, con el propósito de optimizar el intercambio de saberes, teniendo en cuenta los papeles que juegan todos y cada uno de los actores, recursos y condiciones implicados: los docentes, los estudiantes, el entorno, la racionalidad y fluidez de los procesos y procedimientos, el amoblamiento, los materiales, entre otros.

La didáctica está ligada a la calidad de la enseñanza y por ende a la calidad de la educación. Para hacerla trascender del papel parroquial del acontecer al interior de los claustros educativos, es bueno decir que la didáctica tiene una estrecha relación con la eficiencia de los procesos educacionales, es decir, en la manera como la sociedad apresta a sus presentes y futuros actores sociales para responder por el saber, por el desarrollo del individuo, por la sociedad y por la cultura misma.

### **1.1.2 La didáctica como estatuto**

Una vez se ha tenido, desde recientes fechas, la didáctica como objeto de estudio, se ha desarrollado una serie de descubrimientos que le han permitido ser entendida no sólo en el mundo de las ciencias de la salud, sino que han servido para guiar los análisis de su comprensión y para poder profundizar en el papel que juegan los actores del acto educativo. Pero además constituyen descubrimientos que le han aportado elementos claves para edificar su propio discurso, de tal suerte que le permiten construir su propia autonomía como disciplina científica. Los más importantes hallazgos, que se constituyen en avances teóricos y metodológicos son:

#### **1.1.2.1 Contrato Didáctico**

El contrato didáctico es un conjunto de reglas -con frecuencia no enunciadas explícitamente- que organizan las relaciones entre el contenido enseñado, los alumnos y el profesor dentro de la clase. (Brousseau, 1986). Parte de considerar que en todo acto de enseñanza aprendizaje existe siempre un discurso que se comporta como un contrato entre profesor y estudiante; este contrato regula las relaciones entre ambos, determinando comportamientos, interacciones, diálogos, encuentros, desencuentros, todos ellos mediados por un conjunto de códigos y pactos que a veces son el producto de acuerdos o consensos, pero que no siempre son explícitos, sino que pueden subyacer de manera casi inconsciente regulando las relaciones.

El conocimiento de esta situación contribuye de modo importante a los procesos de enseñanza aprendizaje, porque permite a la didáctica contribuir a volver conscientes en los actores del proceso educativo, convirtiéndolos en reguladores de una mejor manera de encontrarse para los actos docentes, de tal forma que en el diálogo profesor alumno se destaque la autonomía del estudiante y el papel ayudador del docente.

Existe un contrato didáctico o de aprendizaje cuando alumno/a, y profesor/a de forma explícita intercambian sus opiniones, comentan sus necesidades, sus sentimientos, comparten proyectos y deciden, en colaboración, la forma de llevar a cabo el proceso de enseñanza-aprendizaje y lo reflejan oralmente o por escrito.

Los contratos didácticos tienen por objeto generar la emancipación mediante una relación de suma entre estudiante y profesor frente a problemas del aprendizaje que deben ser resueltos de manera colaborativa entre ambos. Los contratos didácticos exigen como mínimo lo siguiente:

- Consentimiento mutuo
- Aceptación positiva del alumno
- Negociación de los diferentes elementos del acto docente
- Compromiso de profesor y alumno para cumplir el contrato.

### ***1.1.2.2 Transposición Didáctica***

Constituye un aporte de inmensa importancia para el mundo de las ciencias de la educación y para comprender el papel de las didácticas. Propuesto por Chevallard (1977) explica como el saber científico es enseñable de manera efectiva cuando se somete al proceso de conversión a saber enseñable, tarea que debe desarrollar el docente de tal manera que el estudiante lo capte como un saber aprendible. Este paso de saber científico a saber enseñable es conocido como trasposición didáctica.

Es tan importante este concepto que con él ha sido posible comprender la diferencia, sustancial por cierto, entre el saber científico y el saber escolar, desentrañando inclusive el trascendental papel del lenguaje en el proceso de transformación de un saber en otro. Casi que puede afirmarse que el acto educativo es el proceso mediante el cual el docente convierte el saber científico en saber escolar mediante la traducción del lenguaje científico al lenguaje común, donde el estudiante puede captar y utilizar el saber para avanzar en su formación: esta es la esencia de la transposición didáctica.

### ***1.1.2.3 Situación Didáctica***

Durante el aprendizaje surgen múltiples posibilidades de relación entre los actores sustanciales del acto educativo, es decir entre los estudiantes y el profesor. Este complejo mundo de relaciones en el seno del aprendizaje es lo que se conoce como situación didáctica (Brousseau, 1986)).

En ella están en juego los saberes previos del estudiante y los saberes aprendidos durante el proceso, los saberes, las intenciones y los procedimientos utilizados por el docente y obviamente los elementos que constituyen el escenario que da contexto al encuentro educativo.

La perspectiva inicial sobre la cual se construye este concepto es eminentemente piagetiana, por cuanto reconoce que todo conocimiento se construye mediante la interacción constante entre sujeto y objeto (Brousseau, 1999)

Una situación didáctica es entonces un conjunto de relaciones explícita y/o implícitamente establecidas entre un alumno o un grupo de alumnos, algún entorno (incluyendo instrumentos o materiales) y el profesor con un fin de permitir a los alumnos aprender - esto es, reconstruir - algún conocimiento. Las situaciones son específicas del mismo. Esta es la esencia de la Teoría de las Situaciones Didácticas planteadas por Brousseau (1997).

En este orden de ideas al plantear una investigación sobre didácticas específicas es indispensable tener presente la importancia que asumen las relaciones situacionales mediadas por el contexto, la cultura, los medios, los procesos y las conductas cognitivas de los alumnos.

#### **1.1.2.4 Objeto obstáculo**

Tiene su origen en la propuesta de Gaston Bachelard (1993) sobre el concepto de *obstáculo epistemológico*, concebido como el problema al cual se ve abocado el conocimiento cuando pretende entrar en contacto con el objeto, declarando que su conocimiento es posible sólo cuando este objeto se convierte en un obstáculo que es reconocido como tal y superado por el sujeto.

Esta propuesta es retomada por Guy Brousseau (1989) e introducida en la comprensión de las didácticas de las matemáticas, afirmando que un obstáculo es una concepción o un conocimiento previo que se resiste a admitir la presencia y la posición de otro conocimiento más organizado o más estabilizado.

Pero es Astolfi (1997) quien establece una relación directa entre las representaciones y las concepciones de los alumnos. Son estas las que deben ser comprendidas para ser sometidas a proceso de superación que permitan la instalación de conocimientos nuevos.

#### **1.1.3 Tendencias de la Didáctica**

Es posible distinguir en la actualidad al menos tres corrientes desde las cuales se analiza la posición y el objeto de la didáctica: la corriente clásica, la tecnológica y la anti didáctica.

##### **1.1.3.1 La corriente clásica:**

Comenio, publicó en 1657 su obra titulada: "Didáctica magna o tratado del arte universal de enseñar todo a todos". Tiene las siguientes características centrales:

a. El magicentrismo, es decir, el actor más importante del acto educativo es el maestro, alma y nervio de la educación y sin el cual es imposible concebir la educación o personas educadas.

b. El enciclopedismo, mediante el cual es posible concebir el conocimiento que debe aprender el estudiante como algo estandarizado, procesado y listo para ser servido en el manual escolar

c. El verbalismo es el método por excelencia para comunicar el conocimiento y es la vía de expresión de autoridad por excelencia del maestro. Desde su discurso fluye la verdad incuestionable.

d. La pasividad en el estudiante es la actitud más recomendable en tanto permite que los conocimientos aportados por el maestro no encuentren obstáculos en la conducta del estudiante y como tal sean asimilados más fácilmente.

### **1.1.3.2 La corriente tecnológica**

La didáctica es concebida como un conjunto de normativas creadas al servicio de la optimización del aprendizaje. La didáctica se orienta fundamentalmente a guiar la enseñanza bajo unos parámetros pre seleccionados y debidamente ajustados, tales como los objetivos y la evaluación. En este sentido, la didáctica es concebida como una disciplina (Nerici 1970)

### **1.1.3.3 La corriente crítica**

Según esta corriente, los contenidos conforman un "objeto problema" de la didáctica y no sólo un medio para provocar los aprendizajes. La propuesta se resume en una antdidáctica de perfil contestatario que estimule el espíritu crítico; su nacimiento está signado por la reacción frente a la corriente tecnológica. (Barco de Surghi, 1989)

Parte de la reflexión y el análisis de la problemática social y sus relaciones dialécticas estableciendo la acción como un aspecto importante del proceso que revaloriza la formación docente y propone nuevos elementos para el proceso de aprendizaje. La relación maestro-alumno se estrecha, se discute la relación de poder y sus contradicciones y se recupera el aspecto afectivo. El conocimiento es constructivista, parte de la problematización de la realidad para una transformación social (Popkewits, 1994).

La didáctica crítica está ligada a las Pedagogías Alternativas, como el Movimiento Freinet, algunos Movimientos de Renovación Pedagógica, el movimiento de las Comunidades de Aprendizaje y, por supuesto, la propuesta liberadora del conocido educador Paulo Freire. (Freinet, 1956) (Freire, P. 1999)

#### 1.1.4 El Aprendizaje

Abordar el análisis del papel de la didáctica para comprender cómo aprenden los estudiantes, implica hacer una revisión conceptual del aprendizaje como categoría clave en el proceso.

Staka (1977) propone la teoría de la enseñanza y el aprendizaje afirmando que se trata de un Proceso individual que, como el pensamiento individual, se mueve del individuo al medio ambiente, es decir, de adentro hacia afuera, y nunca a la inversa.

Además se ha concebido como proceso que tiene como resultado cambios relativamente duraderos de las condiciones internas. (Ashby 1964) (Marck 1878). Desde esta perspectiva tiene como mínimo los siguientes componentes:

Estado inicial: estado sobre el cual se actúa; Operador: factor actuante; Estado final: estado que se origina sobre el estado inicial y bajo la acción del operador.

Los principios que deben guiar la investigación en el campo de la educación son:

a). El aprendizaje se investiga bajo las condiciones de la vida escolar (enseñanza). b) Enseñanza y aprendizaje son elementos indispensables de esta teoría. c) Enseñanza y aprendizaje están referidos la una al otro. La dirección del pensamiento va del aprendizaje a la enseñanza. (La orientación científico - empírica de la teoría).

En la planificación de los procesos de enseñanza aprendizaje se parte de la pregunta por los cambios perseguidos en la estructura interna, a fin de llegar a través de los sucesos actuales del aprendizaje, a las condiciones actuales que los promuevan.

A partir de las teorías implícitas, es decir aquellas que pretenden explicar cómo los estudiantes generan y desarrollan los procesos cognitivos que les permiten retener, organizar, relacionar y recuperar los conocimientos, Pozo (1989) y colaboradores han profundizado sobre teorías explicativas, agrupándolas de la siguiente manera:

a) La teoría *realista* o teoría *directa*, que expresa como el aprendizaje consiste en reproducir de manera mecánica el mundo de objetos y situaciones externas al estudiante; desde esta teoría el aprendizaje es hacer copias, lo más fieles posibles, de la información que se aporta durante el acto educativo.

b) La teoría *interpretativa*, explica el aprendizaje como el conjunto de procesos mediante los cuales el estudiante capta la información, la transforma, la interpreta, pero sin modificarla en su esencia. Es, podría decirse, una versión modificada, un poco más dinámica, de la teoría realista.

c) La teoría *constructiva*, propone aprendizaje como un proceso mucho más comprometido por cuanto implica la transformación a profundidad del objeto de aprendizaje, de tal suerte que puede afirmarse que este no solamente es transformado, sino que es reconstruido por el estudiante durante el aprendizaje mismo.

En el decurso del estudio de las didácticas ha sido posible, de la mano de Pozo (1996), analizar el aprendizaje de los estudiantes teniendo en cuenta los tres elementos propuestos: los *procesos*, entendidos como las dinámicas propias del aprendizaje leídas desde las teorías antes descritas; los *resultados*, o sea el conjunto de conocimientos aprendidos mediante la movilización de los procesos; y las *condiciones*, es decir, el conjunto de factores que se ponen en juego durante el aprendizaje y que operan como aceleradores o retardadores de este.

Es evidente el valor que tienen estas propuestas para poder aproximarse al objeto de conocimiento, por cuanto el aprendizaje por ser tan complejo necesita ser develado para poder comprender sus intrincadas intimidades y por ende proponer más y mejores vías para la adquisición de los conocimientos entre los seres humanos.

## **1.2 Lo que se hace en las escuelas de medicina**

La sociedad le ha entregado a las facultades de medicina el papel de formar talento humano con competencias tales que pueda resolver los problemas que afecten la salud de las personas y las comunidades.

Las escuelas de medicina de manera muy lenta han entrado en un proceso de reflexión acerca del objeto de su quehacer: han intentado pasar de centrar su trabajo en la “enfermedad” para ubicarlo en un objeto más dinámico y holístico: “el proceso salud enfermedad”.

En este orden de ideas, el saber disciplinar de la medicina sigue anclado al trabajo en el mundo de la morbilidad, muy alejado todavía de un enfoque comprometido con el proceso salud enfermedad que, en tanto más dinámico, puede ampliar el campo de trabajo del profesional médico y transformar el quehacer de las instituciones formadoras de talento humano. Significa esto que habrá un momento en el cual la profesión médica no sólo se trabaje en la enfermedad como un evento individual, real, tangible y de repercusiones sociales, sino que se comprometa con la salud como un componente dialéctico de la vida, en continua e inseparable ligazón con la enfermedad, como una unidad que adquiere sentido al ser comprendido como fenómeno percibible en el ser humano y en su comunidad.

Ahora bien, actuar en la sociedad como profesional de la medicina implica saber interpretar el proceso salud – enfermedad del ser humano como individuo y como ser social, para intervenirlo de manera integral. Significa

entender su cosmos como un complejo entramado de condiciones y circunstancias de orden biológico, psicológico y social.

La medicina ha debido trascender el campo de lo biológico para buscar el ser humano en otras dimensiones que den cuenta del componente psicológico y social, teniendo entonces que auxiliarse de otras muchas ciencias, saberes y disciplinas que le ayuden a cumplir con el papel que la sociedad le otorgó.

En este sentido se entiende porque en las facultades de medicina se encuentran ciencias, saberes y disciplinas tales como la administración, la gerencia, la ecología, la antropología, la sociología, la historia, entre otras.

La anterior reflexión para apuntar a la relación que se presenta entre la disciplina propia de las ciencias de la salud y la disciplina inherente al oficio de enseñarla.

Tradicionalmente quien ha sabido medicina supone tener el talento y las habilidades para transmitir el conocimiento a sus aprendices. Ha sido una dedicación empírica, con escasos o nulos procesos de formación en las ciencias de la educación.

Educar es “comprometerse con una concepción del hombre y de la sociedad, en sus aspectos psicológicos, sociales, antropológicos y filosóficos” (De Zubiria y De Zubiría, 1989). En esta aseveración están contenidos algunos de los elementos que hacen falta para caminar, de modo seguro, hacia el campo de la mayor comprensión del ser humano y sus necesidades. La educación promete ser la vía o la guía.

Pero he aquí el campo donde la didáctica tiene que cumplir un papel protagónico en las escuelas de medicina. No son muchas las investigaciones que se han adelantado referentes a la caracterización de los modelos didácticos que se usan en la formación de talento humano en medicina. Este gran vacío constituye una invitación abierta para explorar lo que ocurre al interior de los actos docentes propios de la educación en estas escuelas. Aquí existen múltiples maneras de ejercer el oficio de profesor, que no se han encuadrado de manera sistemática en modelos pedagógicos y/o didácticos conocidos.

Y cuál es el papel de la investigación en el campo de la educación?. Pues bien, los conocimientos científicos, producto de la investigación sobre los objetos ayudan a plasmar la conducta de vida en los individuos y de los grupos sociales y, así no cambie la estructura del saber cotidiano, si cambia la actitud del hombre con respecto a su vida cotidiana.

La investigación educativa es entonces la herramienta que permite descorrer los velos que cubren el saber sobre el comportamiento de los seres humanos en relación con el proceso de aprender y el aprendizaje mismo. Mediante ella

es posible adentrarse en la comprensión del fenómeno de aprender y de enseñar y de la influencia de los contextos socio culturales que los mediatizan.

Traído esto al mundo de la salud y de la salud pública, es indiscutible que el campo de la promoción está íntimamente ligado a los intercambios de saberes que se dan entre los actores institucionales y comunitarios. Lo que sabe y hace la institucionalidad si bien es enseñado, no es plenamente aprendido por las comunidades y lo que sabe y hace la comunidad no es enseñado y mucho menos aprendido desde la institucionalidad. He aquí la potencia que tiene la investigación educativa en lo atinente a la salud pública.

Lo que se enseña y lo que se aprende, los medios y los procesos que se usan y se requieren en el noble acto de intercambiar saberes: es este el universo donde los modelos pedagógicos y los modelos didácticos inducen a la reflexión y a la investigación sobre los propósitos, los contenidos y las secuencias, todos ellos implícitos en los actos educacionales.

Vale la pena mencionar de manera especial la salud pública, porque esta ciencia mantiene una permanente preocupación por la calidad de vida y el bienestar de las personas y las comunidades. Pero es una preocupación mayúscula porque las condiciones vida no se mejoran y porque los factores asociados a la enfermedad no se han removido de manera notoria en nuestro medio en la última década.

Teniendo la Salud Pública mucho que contar y mucho que compartir, apenas en los últimos tiempos ha vuelto la cara hacia la educación y se ha dedicado a entender, de manera tímida, los modelos didácticos, porque presiente que en educación, pedagogía y didáctica está la solución a uno de sus mayores dilemas y conflictos: sabe qué debe hacerse y cómo debe hacerse, pero no sabe cómo transmitirlo y compartirlo con las comunidades.

De esta manera entonces, la investigación educativa en didáctica tiene el especial atractivo de complementar el conocimiento sobre dos de las posibilidades y capacidades más potentes y nobles del ser humano: enseñar y aprender.

Imaginemos la comunidad como una gran aula de clases donde todos enseñan y todos aprenden; en este orden de ideas, la educación eleva el nivel de saberes de todos los actores y los prepara de manera responsable para la vida, para la buena vida. La Investigación en didáctica, además de sus otras muchas bondades aporta los mecanismos para aprender a solucionar problemas en el aula de clase, la tradicional y la gran aula imaginaria que es la comunidad.

Si los trabajadores de la salud y de la salud pública fuesen buenos educadores y buenos pedagogos, muy probablemente las distancias que separan el saber comunitario del saber institucional no serían tan grandes y los abismos tan profundos, con consecuencias tan caóticas y fatales como permanente se ven:

no nos oímos, no nos escuchamos, no nos entendemos; entonces los esfuerzos se pierden y los recursos se dilapidan.

### **1.2.1 El contexto de formación del Programa de Medicina**

De acuerdo con el documento oficial de presentación del Programa de Medicina de la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Pereira la formación del profesional de la medicina se enmarca en el contexto que se describe a continuación.

El Programa de Medicina adelanta sus procesos adaptando la formación académica a las realidades que marca el medio, siendo este uno de los principales mecanismos para garantizar su supervivencia.

Los perfiles de enfermedad y muerte en la región, presentan características fundamentales que no se apartan de lo observado en el resto del país, en tanto se comparten muchos de los determinantes de orden universal.

El perfil de los egresados, con un fuerte componente clínico, debidamente complementado con el componente comunitario, garantiza competencias de tal calidad que respondan a las necesidades de salud de la población de la región y del país.

Son altas las demandas de recurso de médicos generales y especialistas en la localidad, el departamento y la región, en tanto la red de instituciones de primer y segundo nivel se ha fortalecido, en el contexto que aporta el sistema de salud vigente.

El Programa de Medicina adopta una estructura en su currículo que permite la formación de talento humano con las competencias necesarias y suficientes en el campo de la clínica médica para entender y resolver los problemas de salud de tipo individual y con las competencias necesarias y suficientes en el campo de la acción comunitaria para comprender e intervenir los problemas de salud colectiva. Esta capacidad que se otorga durante el proceso de formación al médico constituye la impronta del Programa.

Los propósitos actuales del Programa se articulan perfectamente con los propuestos por la Facultad de Ciencias de la Salud: Excelencia académica, reconocimiento nacional e internacional y logros en el campo de la salud.

El marco contextual del Programa de Medicina tiene, para el cumplimiento de sus propósitos, una amplia sustentación en sus fundamentos básicos, los cuales se resumen así:

- La Fundamentación en Salud contiene la concepción del modelo bio-psico-social para la formación de profesionales integrales.

- La Fundamentación Epistemológica y filosófica reconoce la salud como una práctica profesional apoyada en las ciencias: exactas, naturales, humanas y sociales.
- La Fundamentación Sociológica la reconoce como una ciencia que interactúa con los procesos históricos, sociales, políticos, económicos y culturales, lo cual obliga a buscar una correspondencia entre la teoría y la práctica, entre el aprendizaje y el ejercicio profesional.
- La Fundamentación Psicológica propone la forma considerada hoy como más efectiva, para organizar el acto de aprender.
- La Fundamentación Educativa, como consecuencia de las anteriores, describe las relaciones objetivas entre sociedad y educación, entendida ésta última como factor y producto de la sociedad; analiza la incidencia de éstas relaciones en la educación y la práctica profesional.

Estas consideraciones proporcionan las orientaciones básicas para la organización del currículo, desde el punto de vista de las funciones de docencia, investigación y servicio, con fin de formar líderes con aprendizajes significativos.

La formación del médico en el programa se sintoniza con la misión y el Proyecto Educativo Institucional en los siguientes aspectos:

Se educa para que las personas se desempeñen mejor en el ambiente social, cultural, económico y político en el cual se desarrollan. Para que, conociendo mejor su medio participen en la defensa de los valores que su comunidad considere importantes y al mismo tiempo participen en la renovación y la búsqueda de nuevos y mejores valores, cuando el desarrollo de toda una comunidad, de toda una sociedad, demuestre que se requiere el cambio.

En el vínculo educación-sociedad está el papel primordial jugado por el trabajo no como simple oficio, sino como transformación o producción. Producción no sólo material, sino también intelectual y cultural.

La razón de ser del profesional de la salud en el campo de la medicina es la persona humana, en su unidad bio-psico-social, como miembro de la familia y la comunidad. La práctica profesional debe estar en consonancia con las necesidades siempre cambiantes de la sociedad.

La sociedad espera que el egresado se ocupe no sólo de curar y prevenir la enfermedad, sino también de fomentar la salud, lo cual permitirá mayor bienestar y por ende más riqueza material y no material. De ahí que para poder cumplir con estas exigencias las profesiones de la medicina no pueden subsistir como entes separados de la comunidad que la rodea.

El concepto social y preventivo acompañará siempre a la práctica para la solución de los problemas de salud del pueblo colombiano, si se tiene que factores como falta de saneamiento, ignorancia, alcoholismo, bajos ingresos familiares, desnutrición, abandono de la niñez y actitudes y hábitos desfavorables hacia la salud están incidiendo en los indicadores de enfermedad, incapacidad y muerte.

Para cumplir cabalmente su función en esta época contemporánea, el profesional de la medicina deberá cultivar y agudizar su “instinto social”, no sólo aprender a conocer las enfermedades y sus síntomas, sino también a entender al hombre en su integridad física, mental y social, convertirse en educador y agente de cambio, para contribuir en aquellas acciones que tiendan a un mejor bienestar de la comunidad y, finalmente, sentirse parte integrante de la sociedad a la cual está obligado a servir.

La política general del programa en relación con su compromiso social concibe la educación como un factor de cambio, los estudiantes deben apropiarse del ser social de su comunidad, alcanzar los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias y suficientes para identificar problemas y formular alternativas de solución; vivir críticamente la relación teoría—praxis y asumir la responsabilidad de participar activamente en el desarrollo de la sociedad.

#### **1.2.1.1 Perfiles y competencias:**

##### **- Perfil profesional:**

El futuro egresado de la Facultad deberá ser:

- Respetuoso de la vida, de la dignidad humana y de los derechos del paciente.
- Bondadoso, buscando fundamentalmente el bienestar de la persona sana o enferma, de la familia y la comunidad.
- Sabio en el discernimiento que requiere el ejercicio científico, humano y social.
- Autónomo y responsable moral y legalmente en la toma de decisiones.
- Comprometido con su vocación de servicio.
- Solidario frente a los problemas sociales y de salud del individuo, la familia y la comunidad.
- Respetuoso del conocimiento y rol de los colegas y demás miembros del equipo de salud.

- Crítico frente a los procesos socio-económicos, administrativos, ecológicos y políticos que inciden en la salud y su ejercicio profesional.
- Capacitado para resolver los principales problemas de salud con un enfoque integral de los conceptos biológicos, psicológico y social.
- Capaz de orientar el saber adquirido hacia la práctica de un trabajo en equipo y contribuir a la educación en salud del individuo, la familia y la comunidad.
- Estudioso, observador y constante, con capacidad para continuar su aprendizaje y adaptarse a los cambios que se produzcan a nivel científico, técnico, administrativo y social y participar en el desarrollo científico-tecnológico.
- Comprometido con su alma mater, proyectando la Universidad hacia la comunidad y viceversa.

- **Perfil ocupacional:**

El futuro profesional del Programa, tendrá los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes en los cinco componentes básicos de la formación, de tal manera que en su ejercicio profesional sea competente para identificar e intervenir problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad.

a. Componente Psicobiológico:

El egresado de la Facultad estará en condiciones de:

- Realizar atención en salud al individuo, la familia y la comunidad, mediante acciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, interpretando los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales que influyen en el proceso patológico.
- Prestar la atención adecuada y oportuna en los niveles primario, secundario y terciario y remitir los pacientes que requieren atención en un nivel superior, siguiendo las normas de remisión.
- Diligenciar y registrar las actividades inherentes al ejercicio de su profesión.
- Realizar actividades de acuerdo con las leyes y normas establecidas, para cada profesión.
- Actualizar en forma permanente sus conocimientos científicos.

b. Componente Administrativo

El componente programático capacita para dirigir, organizar, ejecutar, supervisar y evaluar las actividades de salud en el nivel primario de atención. El egresado de la Facultad estará en condiciones de:

- Administrar una unidad de salud o empresa en el nivel primario de atención.
- Diseñar, coordinar y supervisar programas de salud orientados a la persona, la familia, la comunidad y el ambiente.
- Participar en la elaboración del presupuesto y supervisar su ejecución con un criterio de prioridades, equidad y justicia.
- Dirigir, programar, supervisar y evaluar las actividades del personal a su cargo.
- Incorporar a la comunidad en el proceso de planeación, evaluación y prestación de servicios.
- Evaluar los programas y servicios que presta una institución, de acuerdo con técnicas actualizadas. Establecer correctivos y elaborar los informes correspondientes.
- Divulgar en la comunidad los resultados de su gestión administrativa.
- Utilizar la informática como instrumento de trabajo profesional.
- Promover las actividades intersectoriales e Interdisciplinarias, buscando la integración de recursos.

c. Componente Social y Humanístico

El componente social y humanístico aporta la comprensión de los fenómenos históricos, sociales, políticos, económicos y culturales en los cuales se inscribe la actividad médica.

El egresado de la Facultad estará en condiciones de:

- Cumplir a cabalidad con el juramento médico y el juramento Tecnológico tomados el día de su grado.
- Promover el desarrollo integral de sí mismo.
- Identificar las características de la comunidad para contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de la población.
- Promover y participar en los programas tendientes al desarrollo social y humanístico del individuo, la familia y la comunidad.

- Conocer, respetar, valorar e interpretar las costumbres y creencias de la comunidad en relación con el proceso salud-enfermedad.

#### d. Componente Investigativo

El componente investigativo aporta los conocimientos, habilidades y actitudes para utilizar el método científico y aplicar sus resultados en beneficio de la comunidad y de la ciencia.

El egresado de la Facultad estará en condiciones de cumplir con las siguientes responsabilidades:

- Diseñar o participar o realizar investigaciones en las áreas: social y clínica.
- Divulgar y utilizar los resultados de las investigaciones, a fin de generar y promover el desarrollo científico-tecnológico, proponiendo alternativas de solución a los problemas de la comunidad.

#### e. Componente Docente

El componente docente aporta los conocimientos, habilidades y actitudes para promover actividades educativas orientadas al mejoramiento de la salud del individuo, la familia y la comunidad.

Al respecto, el egresado de la facultad deberá estar en condiciones de cumplir con las siguientes responsabilidades:

- Realizar actividades educativas durante el desempeño profesional.
- Educar y motivar a la comunidad sobre los problemas de salud.
- Diseñar, desarrollar y evaluar programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades en la comunidad, de acuerdo con las características particulares de cada comunidad y su entorno.
- Diseñar, desarrollar y evaluar programas de capacitación para el personal colaborador.
- Participar en la formación del estudiante de pregrado de las áreas de la salud.

### **1.2.2 Asignatura Programas De Salud**

En el séptimo semestre se denomina Programas de Salud II y su objetivo es el siguiente: "Integrar el conocimiento sobre la enfermedad y su abordaje clínico individual con las repercusiones a nivel colectivo del fenómeno mórbido en el adulto a través de la aplicación de los elementos técnico administrativos aportados por los programas de salud pública en lo pertinente a su aplicación en el ámbito institucional, como herramientas para proporcionar al estudiante

habilidades y destrezas que le guíen en su práctica profesional, social y bioética.

Al finalizar la asignatura el estudiante estará en capacidad de identificar las patologías de mayor frecuencia en el medio, de interpretar y aplicar las acciones de promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad en un contexto de programa y con alto sentido de las implicaciones bioéticas y de elaborar el perfil de una estrategia de intervención en término de Programa sobre alguna de las patologías prevalentes identificadas durante su experiencia en el trabajo de campo.

Estructuralmente tiene las siguientes características: Es teórico práctica, consta de 3 créditos, los cuales dan pie para una distribución así: 30 horas teóricas, 54 horas prácticas para un total de 84 horas con acompañamiento directo por docentes y 60 horas sin acompañamiento directo por el docente.

En las horas teóricas, se abordan con todo el grupo de estudiantes, en el aula las siguientes temáticas:

- Perfil de Morbimortalidad en Colombia y en la Región.
- Taller de Análisis de Situación de Salud
- Salud Pública y programas de Salud
- Ciencias Auxiliares de la salud Pública.
- La promoción de la salud en la salud pública
- Problemas de salud. Formulación de problemas de salud
- Priorización de problemas de salud

La metodología consiste en clases magistrales introductorias de los temas, búsqueda de información sobre situación de salud y exposiciones, talleres demostrativos y conversatorios.

Las horas prácticas se destinan para realizar dos prácticas: una en la Dirección Local de Salud y otra de tipo comunitaria. La primera consiste en 3 visitas que los estudiantes, divididos en subgrupos de 6 a 8 estudiantes y en el marco de un convenio docente asistencial, realizan a la Dirección Local de Salud del municipio. Allí identifican la estructura y el funcionamiento de esta Dirección y el papel que juega en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad a nivel municipal.

Desarrollan estudiantes y docentes una guía pre diseñada según la cual cada grupo aborda el análisis completo de un programa de salud pública, el cual presentan al final a sus demás compañeros.

Una segunda práctica se desarrolla en la comunidad seleccionada previamente por el docente coordinador de la asignatura, quien entra en contacto con líderes comunitarios que facilitan la práctica de los estudiantes. En este componente el grupo se divide en subgrupos cada uno con 6 a 8 estudiantes. A Cada subgrupo se le asigna un docente que actúa como asesor. Las prácticas

se desarrollan siguiendo una guía conocida previamente por estudiantes y docentes.

Primero se realiza un ejercicio de priorización de problemas de salud con la comunidad utilizando la información disponible. Luego los estudiantes con sus asesores diseñan una estrategia de intervención tipo programa de promoción de la salud o prevención de la enfermedad y la aplican en la comunidad. En su diseño y aplicación cada grupo debe cumplir con los siguientes apartes:

Nombre del Programa

Sector donde se desarrolla el Programa

Población general: (Escriba el número de personas que habitan el barrio, discriminado por grupos de edad y por sexo. Si se tienen otras variables relevantes, escribalas)

Población de usuarios: (escriba el número de personas que serán beneficiarios directos del Programa)

1. El Problema: (describa el problema y sus factores asociados).
2. Justificación
3. Objetivos: General y específicos
4. Actividades: relacione las actividades a desarrollar discriminadas en promoción, prevención, atención y rehabilitación: de cada una determine el número, el costo aproximado de cada una de ellas, el número de personas a atender por actividad, el costo total, la población total a beneficiar, los responsables de la ejecución
5. Ejecución:
  - 5.1 Plantear las modalidades de ejecución del Programa
  - 5.2 Elaborar Un cronograma de actividades
6. Plantear el equipo de trabajo institucional
7. Plantear el acompañamiento social
8. Recursos financieros. Tome los datos calculados en el numeral 4 y determine las fuentes de financiación posibles para el programa.
9. Control:
  - Indicadores: proponga indicadores relevantes en promoción, prevención, atención y rehabilitación.
  - Evaluación: como se hace, cuando se hace, quien la hace

10. Gestión: Los estudiantes deben tener un inventario de Instituciones del Estado, Privadas o académicas que les financien o acompañen en la ejecución y les permita adelantar la primera fase del programa propuesto. Deben señalar las actividades que ejecutarán en las instituciones y en el seno de las comunidades para garantizar el éxito de su intervención.

11. Intervención: Teniendo en cuenta el cronograma elaborado, los estudiantes aplican lo propuesto en los numerales 4º y 5º. Utilizan los recursos de la facultad de Medicina y aquellos que hayan gestionado con su tutor o directamente con instituciones de salud.

En todos los casos, deben contar con el grupo de agentes comunitarios que hayan acompañado en todo el proceso.

12. Resultados. Deben dedicar la sesión que está descrita en el cronograma para evaluar con los agentes comunitarios los resultados de la intervención. Deben utilizar la información procesada con los indicadores y la encuesta de satisfacción aplicada en la comunidad y debidamente analizada.

Al final de la práctica cada uno de los grupos, en las últimas 4 horas del semestre debe hacer una exposición ante el grupo general y presentar un documento escrito en el cual compendien:

- El programa Propuesto, ejecutado y evaluado
- Las memorias de las vivencias y la reflexión crítica sobre las observaciones realizadas en la comunidad.
- Aspectos bioéticos de la experiencia.

### **1.3 La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad**

Hacen parte estos dos conceptos del acervo teórico que guía la presente investigación, por cuanto constituyen los elementos que son sometidos a la enseñanza por parte del profesor y al aprendizaje por parte del estudiante. Constituyen además dos núcleos centrales del perfil que debe tener un médico egresado del Programa de Medicina de la Universidad Tecnológica de Pereira.

La propuesta teórica de mayor relevancia en la actualidad la constituye la teoría del Campo de la Salud, desarrollada por Marc Lalonde (1974), en la cual se destaca que la salud y/o enfermedad entendidas como componentes de un proceso permanente inherente a la condición de estar vivo, es la resultante de la interacción de 4 fuerzas básicas que actúan de manera simultánea en el decurso de la vida: los factores heredo biológicos, los estilos de vida, las condiciones medio ambientales y las condiciones inherentes a los servicios de salud.

Teniendo como punto de partida esta propuesta, toman fuerza entonces conceptos básicos como promoción de la salud y prevención de la enfermedad, entendidos de la siguiente manera:

Promoción de la salud es el conjunto de construcciones teórico metodológicas orientadas a incidir de manera positiva en los determinantes de la salud, propiciando cambios en condiciones de vida de las personas, influyendo en las decisiones de políticas públicas con la intención única de mejorar la salud y/o la calidad de vida de las poblaciones, luchar por la equidad y justicia social, todo orientado a la construcción y al pleno disfrute del bienestar individual y colectivo.

Prevención de la enfermedad es el conjunto de conocimientos, técnicas, procesos y procedimientos orientados a reducir los factores de riesgo para la salud, disminuir complicaciones de la enfermedad y a proteger a personas y a grupos de agentes agresivos para su salud.

Rastrear el origen de la promoción de la salud nos conduce a 1848, cuando Virchow, en su cruzada en pro de la reforma de la medicina, expresó que: *“El Estado debe ayudar a todos a vivir una vida sana. Esto se desprende sencillamente de la concepción del Estado como la unidad moral de todas las personas que lo constituyen y de la obligación de solidaridad universal”*. (Sigerist, 1941).”

No obstante, debe reconocerse que Henry Sigerist, gran historiador de la medicina, fue la primera persona en emplear el término *“promoción de la salud”* con un significado similar al moderno. En 1946, Sigerist señaló que las cuatro tareas principales de la medicina eran la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el restablecimiento de los enfermos y su rehabilitación. (Terris, 1992).

Al referirse a la salud manifiesta que: *“Una persona sana es un ser humano con un buen equilibrio corporal y mental y bien adaptado a su medio físico y social, ejerce pleno control de sus facultades físicas y mentales, puede adaptarse a los cambios ambientales siempre y cuando no sobrepasen los límites normales, y contribuye al bienestar de la sociedad en la medida de sus posibilidades. Por lo tanto, la salud no es sencillamente la ausencia de enfermedad; es algo positivo, una actitud alegre hacia la vida y la aceptación entusiasta de las responsabilidades que la vida impone a la persona”*.(Sigerist, 1941)

La constitución de la OMS de 1948 define la salud como: *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”*. A partir de este concepto la promoción de la salud ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, la salud, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

En 1974 se produjo un hecho decisivo en la forma de concebir la salud pública: la histórica publicación del informe de Lalonde, *A New Perspective on the Health of Canadians*. Centrado en la población y la manera como se afecta su

salud por fuerzas que lo determinan, elaboró el concepto del “*Campo de Salud*” con cuatro componentes: características biológicas, ambiente, modo de vida y organización de la asistencia sanitaria. Es interesante señalar que, al explicar la idea de promoción de la salud, el informe basó la principal estrategia en el cambio del modo de vida y dirigió claramente esto al individuo. El contexto de este informe fue Canadá, país con el antecedente de gran preocupación por el abordaje más igualitario en los asuntos referentes a salud. (Lalonde, 1974)

En 1978 se produce la Declaración de Alma Ata, (OMS, Ginebra, 1978), definiendo y dando impulso a la estrategia universal de la Atención Primaria de Salud (Primary health care), concebida como la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables. Además, a nivel práctico, existe un amplio campo para la *promoción de la salud* tanto planificada como espontánea a través del contacto diario entre el personal de atención primaria de salud y los individuos de su comunidad.

En octubre de 1986, se celebró en Ottawa (Canadá), la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, que dio lugar a lo que hoy se conoce como la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Partiendo de la salud como derecho humano fundamental, la Carta de Ottawa destaca determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. El reconocimiento de estos prerrequisitos pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud. Estos vínculos constituyen la clave para una comprensión holística de la salud que es primordial en la definición de la promoción de la salud. Se suma a lo anterior la dimensión espiritual de la salud como el reconocimiento a una dimensión de la vida que se menciona pero no se aplica con la debida potencia.

A esta conferencia siguieron otras que examinaron diferentes temas tales como la importancia de la política pública saludable (Adelaide, 1988), y sobre entornos que apoyan la salud (Sundsvall, 1991).

La cuarta conferencia sobre Promoción de la Salud, *nuevos actores para una nueva era: guiando la promoción de la salud hacia el Siglo XXI*, celebrada en Yakarta (Indonesia), en julio de 1997, constituyó un paso más en el esfuerzo por volver más entendible y ante todo más operativo el concepto de la promoción de la salud.

La fuerza asumida por la promoción de la salud generó una tensión temporal con la salud pública, a cuyo esclarecimiento contribuyó el “Informe Acheson”, Londres, 1988, al definir la salud pública (Public Health) así: la ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad.

Es innegable entonces que la categoría salud pública es más abarcante y comprende a la promoción de la salud tanto en lo conceptual como en lo operativo.

En julio de 1997 la Declaración de Yakarta sobre la manera de guiar la promoción de la salud hacia el siglo XXI, confirma que las estrategias y áreas de acción nacidas desde el seno de la promoción son esenciales para todos los países. Tiene además un ingrediente de alta repercusión al establecer que los enfoques globales para el desarrollo de la salud son los más eficaces.

La **Declaración de Yakarta** identifica cinco prioridades de cara a la promoción de la salud en el siglo XXI:

- Promover la responsabilidad social para la salud
- Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud
- Expandir la colaboración para la promoción de la salud
- Incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos
- Garantizar una infraestructura para la promoción de la salud

En junio del año 2000, como resultado de la V conferencia sobre promoción de la salud denominada “Promoción de salud, hacía una mayor equidad” se genera el documento denominado La Declaración de México, firmada por todos los ministros de salud del mundo, en la cual se afirma la contribución de las estrategias de promoción para la salud a la sostenibilidad de las acciones locales nacionales e internacionales en materia de salud.

En agosto de 2005 se realiza la VI conferencia internacional en Bangkok, Tailandia, “mayor participación en los esfuerzos para mejorar la salud mundial”

El documento final de la conferencia es la Carta de Bangkok para la promoción de la salud. La carta identifica los desafíos principales para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado y pide que un mayor número de interesados directos se comprometan con las iniciativas para lograr la salud para todos.

La Carta aboga por una mayor coherencia en las políticas para la promoción de la salud y mayor colaboración entre gobiernos, organismos internacionales, sociedad civil y sector privado.

Gómez y González (2004) elaboran un recorrido interesante sobre los énfasis contenidos en las diferentes y más importantes definiciones que se han ensayado para la promoción de la salud, destacando tres considerados fundamentales: actividades, procesos, objetivos y metas, tal y como se muestra en la tabla 1 tomado de estos autores.

En cualquiera de los contextos analizados, la promoción de la salud asume unas posturas comprometidas con el componente positivo de la vida, la salud y

hace esfuerzos por comprometer a la mayor cantidad de actores en la construcción de todos los componentes materiales y no materiales que hacen posible la salud: ese movimiento permanente en busca de aportar elementos que permitan mantener y mejorar la salud de los seres humanos es lo que en últimas define la promoción de la salud.

**Tabla 1 Definiciones de promoción de la salud y su respectivo énfasis**

Fuente	Año	Definición de promoción de la salud	Énfasis de la definición			
			Actividades	Procesos	Objetivos	Metas
Lalonde	1974	Estrategia dirigida a informar, influir y ayudar tanto a los individuos como a las organizaciones para que acepten más responsabilidad y sean más activos en asuntos que afectan su salud física y mental	X		X	
Departamento de salud, EE.UU	1979	Combinación de educación en salud y programas afines de tipo organizacional, político y económico dirigidos a fundamentar cambios en el comportamiento y el entorno que mejoren la salud.	X		X	X
Green	1980	Cualquier combinación de educación en salud e intervenciones afines de tipo organizacional, político y económico dirigidos a facilitar cambios en el comportamiento y el entorno que mejoren la salud.	X		X	X
Green & Iverson	1982	Cualquier combinación de educación en salud y apoyos de tipo organizacional, político y económico a las conductas conducentes a la salud	X		X	X
Perry & lesson	1985	Implementación de esfuerzos para adoptar un mejoramiento en los cuatro dominios de la salud: físico, social, psicológico y personal	X			X
Nutbean	1985	Procesos de habilitar a la gente para aumentar su control sobre los determinantes de la salud y, por consiguiente mejorar su salud. Es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer mayor control sobre los determinantes de la salud y de este modo mejorar su estado de salud.		X	X	X
OMS	1986	Proceso de habilitar a la gente para aumentar su control sobre su salud y mejorarla.		X		X
Goostadt et al	1987	Mantenimiento y perfeccionamiento de los niveles existentes de salud mediante la implementación de programas, servicios y políticas efectivos.	X			X
Kar	1989	Avance del bienestar y la evitación de los riesgos para la salud mediante la consecución de niveles óptimos en los determinantes de la salud de tipo comportamental, social, ambiental y biomédico.			X	X
O'Donell	1989	Ciencia y arte de ayudar a la gente a escoger su estilo de vida para dirigirse hacia un estado de óptima salud.	X			X
Labontè & Little	1992	Cualquier actividad o programa designado para mejorar las condiciones de vida de tipo social y ambiental de modo que aumente la experiencia de bienestar de la gente.	X		X	X
Ministerio de Salud (Colombia)	1996	Componente del Plan de Atención Básica que busca la integración de las acciones que realiza la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos, con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud físicas, psíquicas y sociales para los individuos y las colectividades.	X			X

Tomado de Gómez y González (2004)

#### 1. 4. Planteamiento del problema

La universidad adquiere a través del tiempo un papel de trascendental importancia en la formación de talento humano de alta calificación para ocupar espacios donde el quehacer de la sociedad requiere de conocimientos y experticias avanzados, tanto en lo concerniente a las ciencias sociales como a las ciencias naturales. Ello supone la institucionalización de los procesos propios de los encuentros entre estudiantes y docentes, con un conjunto de soportes de orden administrativo, técnico y tecnológico que haga posible la materialización de la génesis y el avance de los diferentes saberes.

Los actos docentes representan entonces el núcleo del quehacer universitario, el estudiante su razón de ser y el aprendizaje el objeto.

Las ciencias, las técnicas y las artes constituyen el material que surge de la interacción social del ser humano consigo mismo y con su medio, como un producto que explica los fenómenos naturales o sociales que históricamente le han conmovido.

Una de estas es la medicina (del latín *medicina*, derivado a su vez de *mederi*, que significa 'curar', 'medicar'; originalmente *ars medicina* que quiere decir el "arte de la medicina") entendida como la ciencia y el arte de tratar la enfermedad y procurar la reparación de la salud cuando esta se pierde. Enseñada y aprendida desde tiempos ancestrales ha adoptado múltiples facetas en el ámbito de los procesos docentes, ligadas indefectiblemente a la cultura de cada grupo social. Ha podido entonces el saber médico transmitirse y transferirse de manera espontánea y libre en algunas culturas o estar sometida a cánones y reglas propios de la más rancia institucionalización del saber.

Enseñar medicina es poner al servicio de los estudiantes un acervo de conocimientos y prácticas que al ser asimiladas contribuyen a resolver los problemas de salud de una persona o de un grupo social. Es un proceso de transformación mediante el cual se comparten y adoptan conocimientos y destrezas sobre la salud y la enfermedad en el ser humano.

Aprender medicina es incluirse en el proceso mediante el cual el estudiante se apropia de un cuerpo de conocimientos y desarrolla un conjunto de habilidades y destrezas en el campo del proceso salud enfermedad que, aunados a actitudes adecuadas sobre la vida, le habilitan para incorporarse a una comunidad ancestralmente dedicada a tratar la enfermedad y a proteger la salud y la vida de los seres humanos.

Desde la configuración de saber institucional la medicina ha sido enseñada y aprendida en el Programa de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Pereira. Sus 33 años de vida han discurrido usando modelos de formación tradicional, en todas sus áreas, con algunas pocas excepciones.

El Programa de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Pereira en su misión institucional señala que “forma profesionales con enfoque biopsicosocial y desarrolla el conocimiento científico en el área de la salud para beneficio de las personas y las comunidades”.

Para ser coherente el Programa de Medicina tiene que diseñar estrategias que le permitan abordar el ser humano desde tres delicadas e inestables dimensiones: La biológica, la mental y la social. Cada una de ellas tiene una particular manera de ser enseñada y aprendida en tanto la primera se conecta en su gran mayoría con las ciencias naturales y la segunda y la tercera con las ciencias sociales, encontrándose entre ellas especiales diferencias en su concepción y su abordaje.

Estas diferencias en la génesis y modelaje del conocimiento que le son propias a cada una de las dimensiones anotadas, se trasladan de hecho a la tarea de enseñarla y aprenderla. Aquí es donde la didáctica adquiere un papel relevante en la función social prima que adelanta el Programa de Medicina: formar talento humano en medicina con un enfoque bio psico social.

En los archivos de la entidad no se ha encontrado evidencia escrita sobre la existencia, en los años de vida del Programa de Medicina, de estudios que den cuenta de la o las didácticas utilizadas en el proceso enseñanza aprendizaje.

En este sentido la enseñanza ha discurrido de una manera natural, espontánea, modulada desde la experiencia y el funcionamiento empírico de los profesores, quienes, parados en su conocimiento disciplinar, trasladan al presente, al mundo de sus actuales alumnos, el saber médico con las técnicas básicas que aprendieron cuando estudiantes eran.

Finalmente la institución carece de una herramienta que le permita evaluar, desde las didácticas, el discurrir docente en sus diferentes componentes y actores.

Ahora bien, en el aprendizaje de la medicina existen núcleos de alto interés y de alta repercusión en la formación del futuro profesional como aquellos dedicados a los programas de salud, en cuyo interior se trabaja la promoción de la salud, como disciplina que contrasta intensamente con el componente reparativo de la medicina. Cómo se aprende la promoción de la salud es la inquietud que no tiene una respuesta aun desde la comunidad académica.

Sabiendo que en cualquier centro educativo, en especial en las universidades, es de trascendental importancia monitorear el proceso de enseñanza aprendizaje para poder dar cuenta de la manera como aprenden sus estudiantes, el presente estudio centra su interés en la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las didácticas visualizadas por los estudiantes, que se desarrollan en la enseñanza de la promoción de la salud, en la asignatura Programas de

Salud en el departamento de Medicina Comunitaria del Programa de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Pereira?

### **1. 5. Objetivo general**

Comprender las didácticas que se implementan en la asignatura de Programas de Salud para el aprendizaje de promoción de la salud, desde la visión de los estudiantes, en el departamento de Medicina Comunitaria del Programa de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Pereira.

## 2. COMPONENTE METODOLÓGICO

### 2.1. Diseño metodológico

Releyendo a Corbin y a Strauss (2002) es preciso decir que las mayores inquietudes que sobrecogen el alma del investigador quedan plasmadas en la serie de preguntas que estos autores plantean: ¿Cómo puedo encontrarle sentido a todo este material? ¿Cómo logro establecer una interpretación teórica que al mismo tiempo se halle anclada en la realidad empírica reflejada por mis materiales? ¿Cómo puedo garantizar que mis datos e interpretación sean validos y confiables? ¿Cómo supero los prejuicios, los sesgos y las perspectivas estereotipadas que traigo conmigo al trabajo analítico? ¿Cómo reúno mis análisis para crear una formulación teórica concisa del área que estudio?

Son preguntas cuyas respuestas no son fáciles, pero que encierran un núcleo retador que sólo se enfrenta y se resuelve en el mundo de la práctica, es decir cuando el saber acumulado se convierte en situaciones tangibles a través del método. En el caso preciso de este trabajo se ha pretendido resolver estas preguntas para generar teoría sustantiva (teoría en su nivel sustantivo) acerca de *“las didácticas en el mundo de la promoción de la salud”*, en el contexto de la enseñanza y aprendizaje de estudiantes de medicina y precisamente a partir de sus voces.

La Teoría Fundada, establece la distinción entre la teoría formal y la teoría sustantiva, haciendo énfasis en la teoría sustantiva. La teoría sustantiva está relacionada con la interacción permanente que el investigador logra en el proceso de recolección de datos, de los cuales pueden ir surgiendo nuevas hipótesis para ser verificadas. En tal sentido, esta teoría es el resultado del procesamiento sistemático de los datos de campo, mediante procesos de codificación y categorización.

Se seleccionó un camino para intentar develar lo que ocurre en el campo donde los profesores enseñan y los estudiantes aprenden promoción de la salud. Para ello, se toman los caminos propuestos por la Teoría Fundada, la cual se describe como un modo de hacer análisis. De la Cuesta (1998) siguiendo a Strauss, considera que su objetivo es el de generar teoría a partir de textos recogidos en contextos naturales y sus hallazgos son formulaciones teóricas de la realidad.

### 2.2. Tipo de estudio:

El estudio es de tipo cualitativo, por cuanto se centra en comprender las prácticas educativas que se ejecutan en un grupo de seres humanos y que se desarrollan en un contexto social muy local. Se aprovechan las potencialidades de la Teoría Fundada, porque a partir de las voces y los discursos de los estudiantes, se elabora un constructo teórico que da cuenta del papel de las

didácticas usadas en la enseñanza de la promoción de la salud en una asignatura del programa de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud.

### **2.3 El proceso: (Ver grafico 1).**

Esta investigación se origina desde el mundo de la vida, es decir donde se vive la cotidianidad del relacionamiento de los seres humanos que en este caso específico lo constituyen los estudiantes de medicina expuestos al aprendizaje de la temática Promoción de la Salud, en un contexto material constituido por las clases en el aula y las prácticas en una comunidad de condiciones socio económicas marginales del municipio de Pereira, Risaralda, Colombia; se parte de un conocimiento empírico del problema a trabajar, o sea lo que se conoce a priori de tal situación, en este caso la enseñanza de la promoción de la salud en la asignatura de Programas de Salud en el departamento de Medicina Comunitaria del Programa de Medicina.

Una vez definida la temática se elaboró la pregunta y casi simultáneamente se adelantó la primera revisión bibliográfica. Esta pregunta dio pie para la construcción de un marco teórico que ayudó darle forma al planteamiento del problema, formular la pregunta y definir el objetivo de la investigación.

Como la pretensión ha sido construir teoría del proceso de aprendizaje desde las versiones de los estudiantes, se determinaron como criterios de inclusión, los siguientes:

- Estudiantes matriculados en el Programa de Medicina de la Universidad Tecnológica de Pereira.
- Estudiantes que hayan cursado o estén cursando las asignaturas Programas de Salud.
- Que manifiesten su deseo de colaborar en la investigación (Consentimiento Informado)

Los informantes se seleccionaron realizando un **muestreo intencional**, es decir, el investigador seleccionó estudiantes que cumplieran con los criterios de inclusión y demostraran, luego de una reunión amplia, el mayor interés por el asunto y el mejor ánimo de colaboración.

La recolección de la información se hizo de la siguiente manera: se realizaron entre 3 entrevistas a profundidad a sendos estudiantes. Se grabaron en maquinas de audio; simultáneamente el investigador diligenció su diario de campo, consignando sus apreciaciones, análisis iniciales y observaciones sobre las temáticas y los informantes.

Las sesiones con cada informante estimularon sus narraciones sobre sus experiencias en las clases teóricas y en las prácticas sobre promoción de la salud, centradas en las siguientes temáticas a manera de guía flexible:

- Contenidos
- Ayudas utilizadas
- Mecánica de las clases: la teoría y su aporte.

- Mecánica de las clases: la práctica y su aporte.
- Satisfacción con el proceso
- Lo aprendido: la promoción de la salud
- Utilidad del saber
- La relación profesor/estudiante

Una vez tenidas las entrevistas, se hizo su **transcripción** completamente fiel a plantillas de Word. De esta manera se obtuvieron **unidades textuales**, es decir, escritos nacidos de las voces de los informantes y con sentido completo.

Se adelantó entonces un proceso de **Codificación abierta** cuyo propósito fue descubrir, denominar y categorizar los fenómenos apreciables en las unidades textuales, siguiendo las indicaciones de Strauss y Corbin (2002: 225).

Para esta codificación abierta y la categorización inicial se diseñó una herramienta a manera de tabla en excell, la cual se denominó **Matriz de Codificación Inicial** (anexo), donde se ubicaron las unidades textuales y los conceptos básicos emergentes que permitieron a su vez la codificación abierta y la emergencia de las categorías iniciales; tiene además un espacio (memorandos) en el cual el investigador, de manera simultánea, registró sus pensamientos y análisis de la situación captada en el momento. Esta herramienta permitió además plasmar allí las notas de los diarios de campo, como una manera de integrar los datos crudos. Dicho de otra manera, facilitó y en algunos casos reemplazó la elaboración de los memos analíticos. Pero sobre todo, permitió elaborar con eficiencia la codificación abierta, utilizando en algunas ocasiones códigos vivos, es decir, palabras o frases de los mismos entrevistados (Glaser y Strauss, 1967)

En este proceso emergieron numerosas categorías que fueron clasificadas teniendo como referente el objetivo general de la investigación. Aquellas que no fueron tenidas en cuenta se descartaron temporalmente. Este proceso permitió refinar las categorías que en adelante irían a ser utilizadas, para orientar los pasos subsiguientes del **muestreo teórico**. (Strauss y Corbin, 2002:219). Guiado por las categorías así trabajadas, se realizaron nuevas entrevistas a los estudiantes que permitieron complementar información incompleta.

El procedimiento anterior permitió adelantar la **categorización axial**, es decir, ubicar un grupo de categorías que, organizadas por importancia, de acuerdo con el objetivo general del estudio permitiesen aproximarse a la interpretación de los hallazgos y generar las bases para la formulación de la teoría subsecuente.

Simultáneamente se desarrollaron memorandos analíticos, la mayoría de ellos ubicados en la matriz de codificación inicial, para precisar la jerarquía, la pertinencia y la magnitud de las categorías emergentes.

A este nivel aparecieron, al tenor de categorías y/o de su organización, intereses emergentes en la investigación, que no fueron considerados previamente, pero que estaban en consonancia con al objetivo general.

Simultáneamente se realizó una **segunda revisión bibliográfica** mediante la cual se pudo definir mejor cada categoría y se imprimió un mayor sentido a cada una de ellas. No sobra advertir que la revisión bibliográfica se realizó de manera simultánea durante todo el proceso, pero se requirió de un alto en el camino para ordenar y decantar.

Luego se inició el **trabajo descriptivo** en el cual se reunió y organizó la información de todo el trabajo realizado. En este momento se estructuró un primer relato coherente de los hallazgos principales del trabajo de campo a partir de las voces de los informantes y las observaciones del investigador. Se organizaron las categorías seleccionadas y se confrontaron con las voces de los informantes.

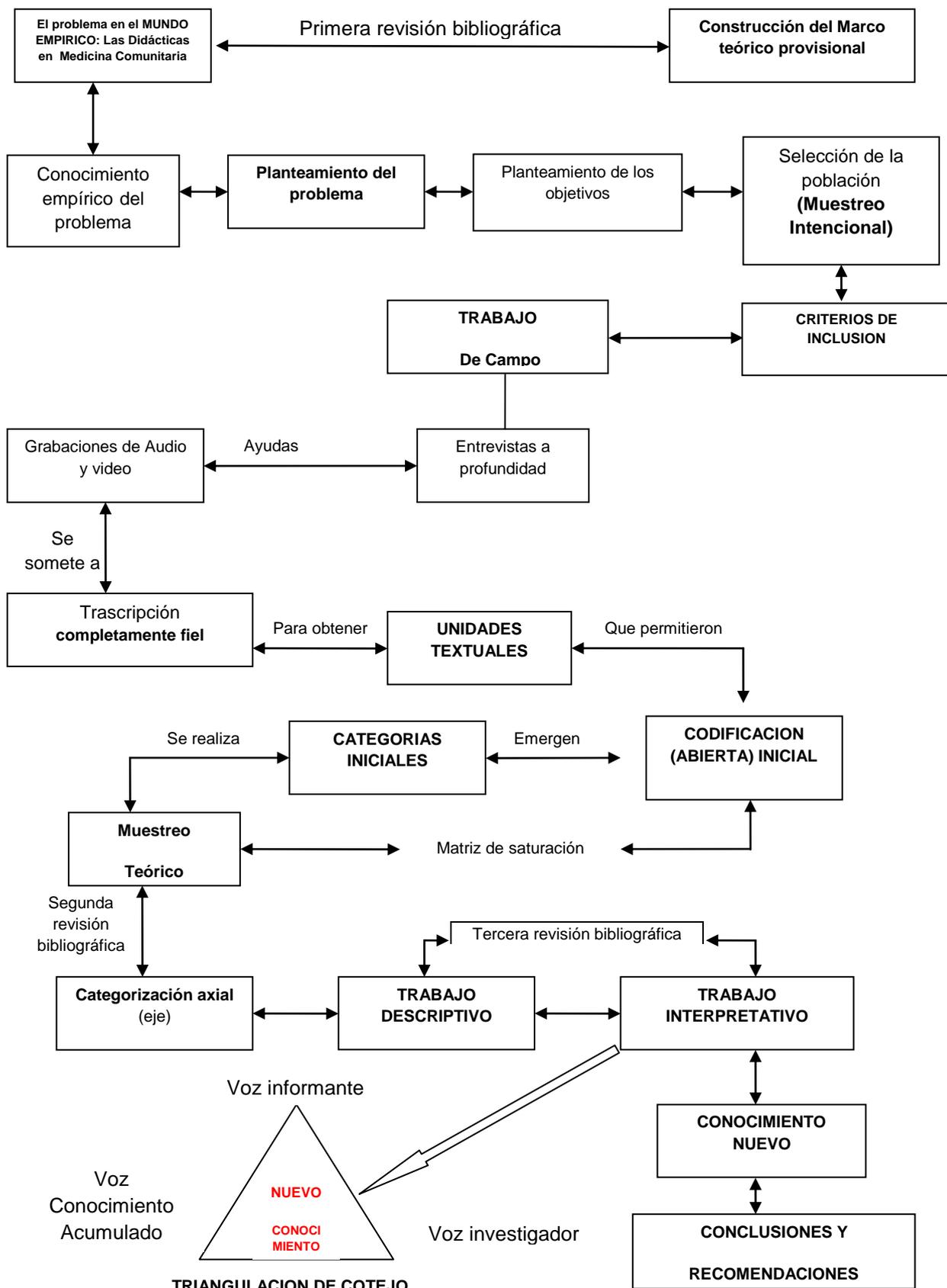
El **trabajo interpretativo** fue la fase final en la investigación. Para ello fue menester haber seleccionado temáticas que fueron objeto de una Tercera Revisión Bibliográfica.

Este componente de la investigación se realizó utilizando la técnica de **Triangulación de Cotejo** que consistió en articular las tres voces actuantes:

- Voz del informante: es decir el material trabajado a partir de las narraciones y los discursos de los estudiantes.
- Voz del conocimiento acumulado: o sea el producto de las revisiones bibliográficas realizadas como mínimo en tres momentos diferentes del proceso.
- Voz del investigador: las posturas del investigador durante el trabajo, plasmado en sus observaciones personales, contenidas en la matriz de codificación inicial, en los diarios de campo y en documentos personales complementarios.

Con esta etapa se cumplieron todos los momentos del trabajo, en el sentido de hacer inmersión en el medio, describir, interpretar y explicar el fenómeno de las didácticas en promoción de la salud, desde la mirada de los estudiantes en el Programa de Medicina.

Gráfico 1. DISEÑO METODOLOGICO



### 3. LA CODIFICACION ABIERTA: LOS CODIGOS Y SU ORDENAMIENTO.

Una vez transcritas las entrevistas, en el proceso de revisión párrafo a párrafo, fue posible hacer emerger un número considerable de códigos, algunos vivos, la mayoría relacionados con asuntos vivenciales de los estudiantes en las aulas o en las prácticas.

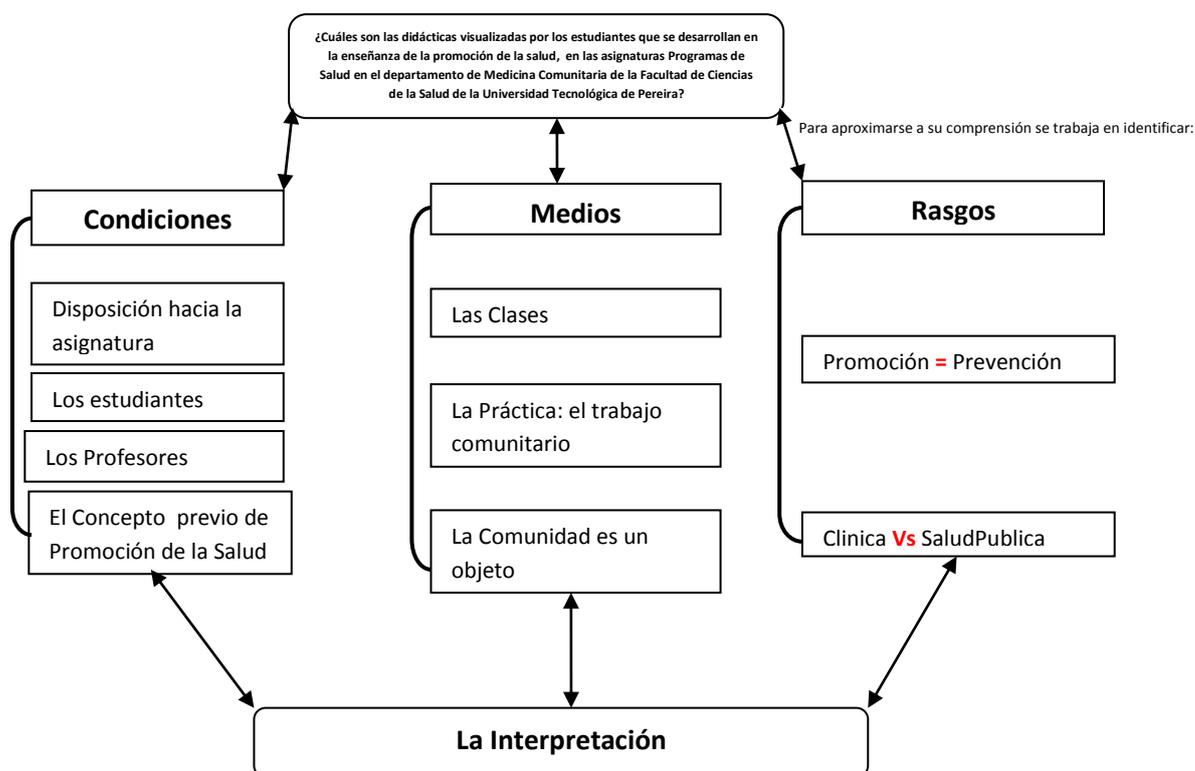
ENTREVISTA 1	ENTREVISTA 2	ENTREVISTA 3
1 Conciencia de ubicación en el acto educativo	52 Saber previo	111 Relación profesor Estudiante
2 El estudiante reclama ser reconocido	53 Trabajo previo. La comunidad es un objeto	No Gustan las comunitarias
3 Una buena clase es...	54 La búsqueda de falencias como medio de aprendizaje	112 P y P: Confusión con la ética
4 Imperativo Visual	55 Nos dimos cuenta que...	113 P y P: Confusión con deberes y derechos
5 Protesta contra la oralidad excesiva	56 Búsqueda autónoma de información	114 La Investigación en la comunidad: Dispositivo Didáctico
6 Reclamo por la imagen que ayuda	57 Conocimiento de la comunidad	115 La comunidad se investiga y se interviene
7 Jornadas largas	58 Conciencia sobre la comunidad	116 La comunidad medio para captar experiencia
8 El estudiante evaluador	59 Gestión: Contacto y apoyo con actores institucionales	117 La practica no cubre las expectativas
9 Expectativas iniciales	60 Los medios de gestión y de difusión	118 La participación comunitaria no es tal
10 Desmotivación previa	61 La percepción del trabajo bien realizado	119 La P y P como se enseñan no sirven para nada.
11 Ruptura teoría – practica	62 Valores descubiertos (capacidad para trabajar en algo que era muy teórico)	120 La Promoción mal entendida
12 Disociación teoría – Practica	63 P y P se enseña con la Norma Vigente	121 Disociación entre teoría y practica
13 Pérdida de interés	64 La práctica No se entendió o no se aprovecho	122 La comunidad es un objeto para aprender
14 El estudiante valora la practica	65 Los instrumentos para trabajar en comunidad	123 La Comunidad No participa porque es un objeto
15 Mucho tema poca practica	Los acuerdos	124 Coherencia incompleta
16 La escuela privilegia la teoría	66 La comunidad	125 Docente motivador
17 Escasa preparación para la practica	67 La visión general en cifras	126 Docentes buenos comunicadores
18 Información unidireccional (Mal modelo)	68 Intento de visión general cuantitativa	127 los estudiantes actores secundarios
19 La práctica no es tan valorada como la teoría	69 Los docentes o los asesores	128 buena opinión de docentes
20 Rupturas teoría – Práctica	70 La actitud (las voces) de los estudiantes	128 Docentes mal ejemplo
21 Rechazo a la teoría como única fuente	71. El papel de la encuesta	129 Beneficiar a la comunidad
22 El valor de los aprendizajes anteriores	72 El poder de la practica frente a la teoría.	130 No gustan de Comunitarias
23 Desinterés por la practica	73 Actitud	131 Las asignaturas como bases
24 Referente: la utilidad en la vida profesional	74 El ejemplo de la clínica en la practica	132 Conflicto profesor que instruye y estudiante
25 La clínica Vs la Salud Publica	75 No les gusta trabajar en la comunidad	133 Didácticas: de mayor a menor
26 Enseñanza sin sentido	76 Hacer el ridículo en la comunidad	134 Reconocimiento del método
27 Prima lo magistral	77 No les interesa trabajar con la comunidad	135 Sin preparación para trabajo en grupo
28 El docente es el centro de la actividad	77 La promoción y la salud publica son normas	136 Intolerancia y no colectivismo

29 El estudiante evaluador	78 en medicina (a este nivel) no son importantes las normas jurídicas	136 Aprenda hacienda
31 Momentos de contacto	79 La comunidad permite visualizar que pasa con la salud	137 Delegación de funciones
32 Primero la teoría	80 La norma ordena pero no se cumple	138 No saben trabajar en equipo
33 Formación de grupos de practica	81 Postura mesiánica del estudiante	139 El profesor deja hacer
34 El docente da ejemplo	81 La P y P son inseparables en el lenguaje del estudiante	140 Conflicto con la clínica
35 Negociación	82 No se forma suficiente conciencia sobre la P y P en el estudiante	141 Frustración
36 Acomodamiento a los tiempos de las comunidades	83 La práctica es tomar datos	142 Conflicto entre clínicas y comunitarias
37 La practica en la familia	84 el oscuro papel del médico en la comunidad	143 No hay motivación por las comunitarias (P y P)
38 Búsqueda de lo anormal	85 se requiere un papel más activo del profesor	144 Métodos de <b>iniciación</b> en comunitarias erráticos
39 El Concepto de P y P (extraído de la practica)	86 el desinterés por la Promoción es un asunto de enfoque	145 Mandar a los líderes comunitarios
40 La oralidad	87 Mucha teoría y poca practica	146 Sin líder mandadero no hay comunidad que responda
41 Recolector de información	88. Apatía por la promoción	147 La falta de comunicación es limitante para trabajo comunitario
42 La entrada es explicando	89. Mas práctica menos teoría	148 Desmotivación en estudiantes
43 El mundo de las practicas	90 La teoría se olvida	149 Promoción de la salud = a dar regalos
44 Disociación teoría – Práctica	91 Mas informalidad, mas practica y más participación	150 Choque entre lo que se piensa y la realidad social.
45 El mundo de las practicas	92. La práctica clínica critica la practica comunitaria	151 Sin habilidades comunicativas para la practica
46 Disociación teoría – Práctica	93 Desconcierto de los estudiantes por la disociación entre clínica y salud publica	152 Comprar la participación
47 Las ayudas visuales	94 Docente desconectado del estudiante	153 Promoción es dar regalos
48 Las imágenes estáticas (diapositivas) no bastan en clase	95 Docentes que no se involucran con el estudiante	154 Promoción es dar regalos
49 imágenes dinámicas	96 Docentes demasiado participativos	155 P y P confundidas
50 Mas actividad menos teoría	97 Docente animador	156 los estudiantes proponen
51 La relación docente – estudiante	98 Docente estimulador	157 Estudiantes: Otras formas de participar
52 El lenguaje no es barrera	99 Docente motivador	158 el papel de los lideres
53 Lo mas horrible: el largo monologo del profesor	100 Participación obligada	159 monotonía didáctica
54 Lo mas bacano: la interacción y el dialogo	101 Las practicas deben ser protegidas	160 Confusión entre P y P
55 La P y P a veces son muy superficiales	102 Con la practica todos ganan	161 Confusión entre P y P
56 P y P: términos confusos	103 Aparece la prevención, la promoción es invisible	162 El razonamiento clínico gana la pelea
57 Si, pero no	104 La comunidad es un medio para aprender	163 La clínica desplaza la SP
	105 El docente es el responsable	164 Poco importa la promoción
	106 El estudiante es bien recibido por las comunidades	165 El razonamiento clínico gana la pelea
	107 Al final la teoría si sirve	167 El problema son las asignaturas, no el tema
	108 Al final la practica si sirve	168 el Trabajo comunitario es un fiasco
	109 Motivación para el futuro	169 Desesperanza frente al papel de la Promoción
	110 El problema de los Docentes Temporales	169 Profesores que no contagian
		170 Desesperanza

La pregunta del estudio: ¿Cuáles son las didácticas visualizadas por los estudiantes, que se desarrollan en la enseñanza de la promoción de la salud, en la asignatura Programas de Salud en el departamento de Medicina Comunitaria del Programa de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Pereira? Constituye el referente para la organización de los conceptos que inicialmente surgen en los primeros estadios del proceso analítico y constituye el núcleo fundamental para darle cuerpo a las categorías emergentes.

Para avanzar en el análisis, entonces se asume la siguiente ruta:

Grafico 2. La ruta para responder la pregunta



Este ejercicio permitió entonces agrupar en categorías axiales las categorías emergentes, teniendo como inductores las condiciones necesarias para desarrollar los actos docentes, los medios presentes en la ejecución y los rasgos de las acciones, siempre partiendo de la mirada de los estudiantes.

### 3.1 Condiciones

Las condiciones hacen referencia al conjunto de situaciones previas o actuales relacionadas con la promoción de la salud como parte del acto docente objeto de observación. Las más importantes son la disposición hacia la asignatura por parte de los estudiantes, la percepción que se tiene del rol del docente y el rol que asume el estudiante y las ideas previas o construcciones previas sobre la promoción de la salud.

**3.1.1 Disposición hacia la asignatura.** El estudiante de medicina tiene un conflicto entre las asignaturas con fuerte componente biológico y las que tienen componente comunitario. No les simpatiza este último. *“a pesar de que ya llevamos o que estamos tan avanzados en la carrera no le encuentran pues como el sentido a porque tanta comunitaria”,E2:25; “aquí en medicina hay estudiantes que sencillamente no les importa en absoluto este tipo de materias, este tipo de materias o áreas o comportamiento por llamarlos así de alguno manera de modo de que ahí empieza un conflicto bastante grande. E3:130*

Se observa una indisposición previa hacia las asignaturas que tienen connotaciones comunitarias. *“... por lo general con comunitarias la gran mayoría o más bien muchos estudiante son, no sienten como el afecto hacia la materia entonces no llegan como tan dispuestos a dar el cien por ciento (100%) a la materia si no que van más como por asistir a mirar de pronto que pueden captar y el resto lo empiezan a desechar” E1: 10.*

Se evidencia entonces una condición adversa hacia temáticas relacionadas con la promoción de la salud que hacen parte de asignaturas que a su vez configuran la medicina comunitaria.

**3.1.2 El papel de los docentes.** Durante el proceso enseñanza aprendizaje, los estudiantes reconocen el papel del docente y su importancia. *“Yo diría el docente como el primer actor, la labor del docente es la más importante y quizás la más tenaz y la más ardua de todas las labores puesto que requiere una motivación del estudiante, generar esa motivación, generar las inquietudes de modo tal que ese estudiante pueda introyectar” E3:125*

Aparece una demanda al docente relacionada con la motivación a la asignatura como también respecto de los contenidos y la manera de comunicarlos. Al parecer el proceso se centra en las actividades del docente ya que *“en otras ocasiones el docente daba un grupo de temas y el estudiantado debía exponerlo, después de cada exposición se llegaba pues a la reflexión...”, E1:28*

*“Este primer actor que son los docentes yo creo que es el actor fundamental, para esto necesitamos docentes que tengan una buena comunicación con el estudiante que traten de llevar buenas relaciones que sean abiertos” E3: 126*

Además se da cuenta de una actividad docente carente de otros aspectos como en *“...yo creo que hace falta sensibilización por docentes que sean carismáticos que le brinden a uno amor por este tipo de materias desde el principio de la carrera y esto se hace generando actividades que sean de pronto recreativas y no sé si está bien decirlo así!” E3:141*

*“Cuando se enfrenta un profesor que intenta instruir a los estudiantes en estas cosas... es donde empiezan los conflictos más impresionantes del mundo, porque el profesor quiere que el estudiante aprenda y el estudiante simplemente le importa un pito todo lo que esté sucediendo con la materia, entonces ahí es donde no se va a generar ni buenos proyectos, ni buenas ideas, etc, etc” E3: 132*

Enfrentar, instruir, importar un pito, conflicto. Son términos que le empiezan a dar sentido a una relación que no es armoniosa ni bien entendida por los actores del acto docente: el profesor quiere instruir y al estudiante las temáticas del profesor “le importan un pito”. Esta relación no favorece los procesos de mediación entre docente-conocimientos-estudiante que son los que permiten a los educandos hacer suyas, internalizar los conceptos, procedimientos y valores implicados en los procesos sociales relacionados con la salud y específicamente con la promoción de la salud.

A lo anterior se agrega la disponibilidad de tiempo *“yo también pienso que es falta de eso, que haya un mayor tiempo del docente para ayudarlo al estudiante crear esa conciencia y esa confianza para conocer un poco más el sistema y las formas de intervención en la comunidad”*. E2:85.

**3.1.3 El papel del estudiante:** A pesar del conflicto generado durante los procesos relacionados con la medicina comunitaria, se enuncia que *“Sin dar un orden pero hablando del estudiante como el siguiente actor, yo creo que el estudiante de medicina debe tener muy en claro de que no se trata simplemente y sencillamente de venir acá y aprender los aspectos clínicos de la medicina y la detección temprana de una enfermedad para su tratamiento, sino que requiere también de tener ese sentido altruista de manera que pueda beneficiar a la comunidad en general”*. E3:129. La medicina comunitaria, su ejercicio, es visto como una forma de filantropía y una perspectiva netamente instrumental *“entonces yo creo que es muy interesante hacer esos trabajos prácticos y hacerlos desde los primeros semestre para que el estudiante vaya afianzando esa idea de que hay que intervenir en comunidad de que hay que ayudar a la comunidad”* E2:81

A pesar del anterior reconocimiento, aún siendo instrumental, los estudiantes no se sienten cómodos con las temáticas que se abordan en la asignatura donde se supone trabajan el concepto de promoción de la salud. Aquí el tema de la falta de disposición por la asignatura desempeña un importante papel.

**3.1.4 Las construcciones previas sobre promoción de la salud.** A este universo de saberes de importancia suma para la salud colectiva, el estudiante llega con un cúmulo de información previa que es la que pone en escena cuando se enfrenta a la dimensión colectiva de los procesos salud-enfermedad. Sabe que existen factores de riesgo, los identifica y los busca. Si encuentra algunos, sabe que dispone de varias herramientas de protección específica, pero en promoción sólo identifica de manera vaga la educación o la información en salud. *“La parte del estudiante era o por ejemplo si usted encuentra un paciente con diabetes que no está siguiendo toda la parte de su control que no está yendo a su médico que no se está controlando era entrar hacerle como educación a esa persona, explicarle muy bien en qué consistía su patología como debía cuidarse, entonces uno ya va ahí como sumergiendo todo los conceptos de promoción y prevención”.* E1: 39

La promoción y la prevención vienen en una misma capsula, sin diferenciación evidente entre ambas, lo cual influye necesariamente en la confusión de los estudiantes en estos temas. *“...entonces en algunas ocasiones el estudiante no alcanza a captar pues en qué momento le están hablando a usted promoción y prevención”.* E1:56

Por otro lado, la promoción de la salud ha sido construida en su imaginario como un conjunto de normas que carecen de importancia para al estudiante. *“Lo otro es que hay clases que el tema es muy dispendioso y pues como hay que tocar tantas leyes porque pues desafortunadamente la promoción y la salud pública se desarrolló dentro de todo ese marco jurídico de las leyes, las normas y las resoluciones”* E2:77

Cuando a los estudiantes se les pregunta por promoción de la salud, el único elemento que manifiestan como referente es la información en salud. El discurso está inmerso en la potencia medicalizante de la prevención de la enfermedad y en la demanda inducida de servicios médicos. Información en salud igual a Promoción de la Salud (Esta es una mirada muy reduccionista del papel de la promoción de la salud. La confusión es alimentada por la práctica reducida y focalizada en la información). *“La promoción..., yo pienso que esto es un pilar muy básico en la formación del médico porque por medio de la promoción y prevención se les está dando herramientas e información a la comunidad acerca de cómo poder prevenir valga la redundancia ciertas enfermedades que en este momento debido a las condiciones y a la calidad de vida que estamos viviendo en este momento se pueden evitar”* E2: 81

Una confusión: la promoción y la prevención como una sola unidad se vehiculizan a través de la información para prevenir enfermedades. Esta es una amalgama de conceptos donde es posible verificar la fuerza de los conceptos de la prevención y la enfermedad y la debilidad de la promoción, al punto de constituir en el discurso un elemento que evita enfermedades, no obstante las inadecuadas condiciones de vida. No se conecta la promoción con las condiciones de la salud sino con la el proceso opuesto, la enfermedad.

Otra Confusión: promoción de la salud es dar regalos! Es llevar cosas a las comunidades. Parece ser un continuo en los semestres donde se estudia medicina comunitaria: las aproximaciones del estudiante a la comunidad, en términos de promoción de la salud, van cargadas de un sabor a caridad, posiciones muy antagónicas que no permiten practicar la participación social: es el poder del saber y quizá la ubicación de clase social, la que modula los encuentros. *“ya lo habíamos visto en materias de segundo semestre en las cuales se hacen intervenciones en el barrio Las Brisas, materias que terminan siendo serviles de momento y que no generan absolutamente nada sino la espera de la comunidad de que lleguen los estudiantes de la Tecnológica para ver que les van a llevar de bonito o que les van a ofrecer de momento” E3:120*

### 3.2 Medios

Los **Medios** constituyen el conjunto de elementos que permean o no el desarrollo teórico de la promoción de la salud como saber que se supone debe ser integrado, mediante el aprendizaje, al mundo teórico y práctico del estudiante de medicina. Ha sido posible captar, desde las voces de los estudiantes los siguientes elementos que actúan como medios: las clases teóricas, la práctica, la comunidad.

**3.2.1 Las clases.** Transmisión de conocimientos, exceso de teoría y la comunidad como objeto de intervención, una situación común en la docencia de la promoción de la salud.

Las clases de promoción de la salud parecen estar dominadas por la exposiciones del profesor con pocas ayudas que favorezcan la relación entre los actores, por ejemplo: *“Mmmm Después de la parte de la presentación como del docente, no sé una buena clase es donde hayan interacción entre estudiante y profesor, que no sea pues como tan rígida, que se permita pues el dialogo de parte y parte, como que dándole confianza al estudiante para que pueda expresar todo lo que en ese momento está pensando sin que vayan a ver como barreras entre ellos dos o con el resto del estudiantado” E1: 3*

“Lo más horrible”: el largo monólogo del profesor: *“porque si el docente se para a hablar y hablar y hablar y no hay nada pues que le ayude al estudiante a ir captando, el proceso se va ir perdiendo, porque usted se empieza a ir o sea se empieza a despistar y ya pues no centra su atención en la clase” E1:*

Además se observa un Imperativo visual: *“¡Mmmm que más! La parte de las ayudas visuales eso es, estimula más al estudiante”. E1: 4*

La oralidad y la escucha, como el dúo sensitivo fundamental para la transmisión de información son reconocidos por los estudiantes como ayuda de utilidad cuestionable. Reclaman el uso de las imágenes como herramienta que rescate la potencia de lo visual en el proceso de aprendizaje.

Las dinámicas utilizadas para la enseñanza de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad tienen grados importantes de rechazo. Abogan por clases en las cuales el rol del estudiante sea más dinámico, donde la actividad compartida le permita encontrarle sentido a la teoría que constituye el núcleo de las clases. Nuevas dinámicas son exigidas por los estudiantes. *“cuando se van a tratar esos temas tan densos que le he comentado buscar pues otros medios distintos a los que siempre se manejan durante el aula de clase diferentes pues a las diapositivas por decirlo a sí” E1:48; “... entonces si se miraran esos panoramas desde un principio de una manera amena y no tan metidos en el salón y no tan fundamentados en la academia de pronto así se lograrían mejores resultados”. E3”144*

A lo anterior se suma que las temáticas que se abordan en la teoría, no son aplicadas cuando se hace la práctica comunitaria. El estudiante considera inútiles algunos conceptos o conocimientos porque los enmarca en el mundo de lo excesivamente teórico y por tanto no útil. Toda ruptura corre el riesgo de generar sentimientos adversos (rabia, frustración, apatía, rencor, etc); ahora bien, si los estudiantes esperan que haya un correlato entre teoría y práctica y no lo encuentran, entonces se genera un proceso de devaluación de la temática que inspira el acto docente, en este caso la promoción de la salud. *“entonces el estudiante empieza como a perderle sentido a toda la información que le empiezan a dar y entonces se va perdiendo...” E1: 13 ; “entonces esto ayuda a que el estudiante sea un poco apático a todo esto” E2: 88; “Yo creo la visión de muchos de mis compañeros es de pereza hacia las materias de comunitarias y no por el tema promoción y prevención y esto por varias razones: ... primero por la monotonía que tienen unas con otras...” E3: 167,168*

La "materia" (asignatura) tiene un interés y el estudiante tiene otro. Existe una especie de imperativo de tener profusa cantidad de teoría por compartir o entregar a los estudiantes; probablemente aquí se oculte una tendencia no superada del "profesor cajero", preocupado por el volumen, mas no por la calidad. *“Si, o sea, a veces meten muchos temas digamos relacionados con la organización del Estado, es decir a veces la información no se correlaciona con lo que usted va ir hacer en la práctica, o sea tal vez si sea interés de la materia pero el estudiante no lo asocia, no sabría cómo hacerme explicar ahí”. E1:15*

Sin embargo para algunos *“esas materias.. tratan de fundamentar a uno en lo que concierne a la participación comunitaria y el trabajo en equipo.” E3:131.*

### **3.2.2 La práctica: el trabajo en la comunidad**

Parece forzada la práctica en la comunidad. No es una actividad querida o deseada, sino algo que tiene que hacerse porque la programación lo exige. Los rituales de planeación subordinan y opacan las posibilidades de un acto docente que combine adecuadamente la teoría con la práctica. *“...después de que se había dicho vamos a empezar la parte práctica, cogieron un solo día y ese día explicaron básicamente todo lo que se iba hacer en la comunidad, lo cual me pareció o sea muy poquito tiempo para un trabajo tan importante, o*

*sea hacerle entender al estudiante en un solo día todas las actividades que debería realizar con la comunidad” E1: 17*

La práctica comunitaria no es tan valorada como la teoría. *“entonces no se correlaciona pues, o sea no le dedican pues como el tiempo necesario a la explicación de la parte práctica y llenan pues los otros tres (3) meses, cuatro (4) meses de información que tal vez si para la carrera le vaya ser útil”. E1:19*

Súmese a lo anterior el hecho de la inexperiencia y la preparación incompleta para abordar asuntos tan delicados como los trabajos que deben ser adelantados en el seno de las comunidades. Es un conjunto de situaciones que pueden mover un sentido de frustración en los estudiantes.

*“... a veces por experiencia propia lo digo por la aceptación de algunas personas por el hecho de que a veces uno tiene que ir y tocar puerta a puerta y muchos de nosotros no venimos armados con la tolerancia y la paciencia suficiente como para recibir un no como respuesta o un portazo en la cara o simplemente dispuse de medio día vagando de puerta en puerta recibiendo el sol y llegue una persona y que dice que a mi no me interesa lo que ustedes puedan traer” E3:141*

Sin embargo, la Promoción y la Prevención parecen tener algún sentido para el estudiante a pesar de la percepción de la ruptura entre teoría y práctica. *“pero en la parte practica todo se vuelve muy diferente porque la actitud del estudiante que uno ve durante la clase que no presta atención es totalmente opuesta pues porque está trabajando con la comunidad, eh... hay ánimo de hacer las cosas o sea todo es diferente a lo como se percibe en el salón de clases” E1: 45*

El estudiante valora la práctica desde una perspectiva instrumental. *“... es que la parte práctica dentro de la parte de comunitaria es lo que ayuda al estudiante a reforzar los conocimientos que está adquiriendo” E1:14; “la jornada de vacunación se realizó... y fue algo exitosa por que la comunidad asistió, se suministro vacunas que están dentro del esquema de vacunación” E2:61.*

### **3.2.3 La comunidad es un objeto**

El lenguaje denuncia y ayuda a entender que el estudiante se ubica por fuera de la comunidad y por eso "la interviene" reconociéndola como un "área de práctica" por completo ajena a aspectos de su vida que no sean los estrictamente académicos. *“al llegar al área practica donde se interviene la comunidad se basó en el diagnostico hecho de la comunidad” E2:53; “basado en un censo que previamente habíamos hecho para mirar que falencias había en cuanto a vacunación en los niños” E2: 54*

*“el trabajo de programas uno (1) era entrevistarlos y mirar pues como estaba distribuida la población, mirar cuántos niños había por hogar, el núcleo familiar y ya hacer pues lo básico en la parte de la revisión de la familia mirar el peso,*

*la talla, como estaba las relaciones entre ellos, básicamente eso era lo que se hacía. E1:37”*

La comunidad se investiga y se interviene. En efecto se tiene visualizado que el estudiante tiene a la comunidad como un medio que le permite avanzar en sus desarrollos cognitivos y en el cumplimiento de las metas de aprendizaje. *“fue igual a todas las otras se inicio analizando una serie de datos que tenían información sobre una investigación que se iba a realizar en un barrio posteriormente se realizo la intervención en dicho barrio”. E3:115*

Aquí el instrumento tipo encuesta muy estructurada cumple varios objetivos, entre los cuales merecen destacarse: hacer transparentes (medibles) los problemas de la comunidad, iluminan el camino para las posteriores intervenciones y la medición de sus alcances, actúan como instrumentos didácticos para el análisis situacional y tranquiliza la conciencia de los actores académicos. *“y se nos comenta de la encuesta que se va llevar a cabo en esa comunidad la cual se va a intervenir y se nos explica detalladamente cómo llenarla” E2:65; “ya después de que se ha obtenido todo ese muestreo por medio de la encuesta se hace un análisis” E2:66; “Deben entonces tener una visión global a partir de cifras aportadas por quienes trabajaron en otras temáticas o en otras poblaciones”. E2:67.*

A partir de ellas se generan las intervenciones que van ser realizadas por los estudiantes. Los estudiantes son gestores que llevan el producto, pero no comparten las técnicas o las actividades propias de la gestión. Los estudiantes actúan (activo) y la comunidad recibe (pasiva). *“Ese día que se hizo la intervención se hizo un perifoneo y los días anteriores también se hizo perifoneo para que la comunidad supiera que se iba implementar y que se iba a realizar esa jornada de vacunación” E2:60*

Promoción y Prevención se enseñan con base en la Norma Vigente. El estudiante aprende que la norma es la guía para el saber y el hacer!. *“El enfoque que hizo la profesora XXXX acerca de programas de salud uno (1) ó sea tenemos varios instrumentos ahí por ejemplo tenemos que acudir a lo que dice la 412”. E2: 6.* La formación intensamente positivista y estructural funcionalista que tienen los médicos permea y facilita la comprensión de la realidad externa usando instrumentos de aproximación que permitan verificar y medir para comparar y tener bases para calificar la situación desde un patrón de normalidad pre establecido.

### **3.3 Los Rasgos**

A partir de las condiciones descritas se definieron unos rasgos que orientan la caracterización de la didáctica. Como rasgos se definen un conjunto de características o peculiaridades que se distinguen como atributos de una persona, cosa o condición, (Real Academia de la lengua Española, 2008) en este caso como elementos que ayudan a identificar las perspectivas de la promoción de la salud del Programa de Medicina. Tales rasgos son:

- La promoción de la salud no difiere, en la práctica, de la prevención de la enfermedad.
- El ejercicio de la promoción de la salud se enfrenta con la clínica.

### **3.3.1 La Promoción de la salud no se diferencia en la práctica de la prevención de la enfermedad.**

- El Concepto de P y P (extraído de la practica): *“La parte del estudiante era o por ejemplo si usted encuentra un paciente con diabetes que no está siguiendo toda la parte de su control que no está yendo a su médico que no se está controlando era entrar hacerle como educación a esa persona, explicarle muy bien en qué consistía su patología como debía cuidarse, entonces uno ya va ahí como sumergiendo todo los conceptos de promoción y prevención”. E1: 39*

Es innegable que, dada la formación morbicentrica del estudiante de medicina, los ejemplos para explicar o construir el mundo los ha de extraer de la cantera de la enfermedad. Por ello, cuando intenta crear conceptos sobre promoción de la salud, lo más próximo que tiene para conceptualizar es lo mórbido.

De la mano de esta concepción, la teoría factorial le presta al estudiante toda su potencia para reducir la explicación del proceso salud enfermedad al juego de factores de riesgo y factores de protección interconectados por las matemáticas. El rol del estudiante en Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad: sabe que existen factores de riesgo, los busca y los identifica. Una vez sucede este fenómeno, sabe que tiene herramientas de “promoción” como la educación y/o la información en salud. Lastimosamente allí se agota su arsenal de promoción. Pero le queda el amplio inventario de la protección específica contra las enfermedades, es decir de la prevención, acunado en el modelo preventivo que no ha sido superado y tiene aun la potencia explicativa propia de los paradigmas hegemónicos. *“Bueno, cuando usted llega a la comunidad por lo menos en programas uno (1) usted debe identificar ciertos factores de riesgo o cierta patología que ya están o que estén establecidas dentro de ellas”. E1:38*

- La Promoción y la Prevención son inseparables en el lenguaje del estudiante. *“La promoción..., yo pienso que esto es un pilar muy básico en la formación del médico porque por medio de la promoción y prevención se les está dando herramientas e información a la comunidad acerca de cómo poder prevenir valga la redundancia ciertas enfermedades que en este momento debido a las condiciones y a la calidad de vida que estamos viviendo en este momento se pueden evitar”. E2:81*

La confusión de los términos, aunque pareciera banal, tiene inmensos significados y repercusiones en la vida de los seres humanos y en el ejercicio de la profesión médica. *“Yo creo que las herramientas que nos brinda la academia en cuanto a la promoción y prevención son muy buenas, porque*

*apuntan a lo mismo; para mí el problema radica en lo que decía antes, muchos estudiantes no quieren saber nada de las comunitarias". E3:160*

- La Promoción y Prevención a veces son muy superficiales. *"Yo creo que en algunas clases si se aprenden, hay otras en las que no se toca tanto la promoción y la prevención, que están como muy superficiales" E1: 55*

- "P y P": términos sin significado individual. La Promoción y la Prevención vienen en una misma capsula, sin diferenciación evidente entre ambas, lo cual influye necesariamente en la confusión de los estudiantes en estos temas. *"entonces en algunas ocasiones el estudiante no alcanza a captar pues en qué momento le están hablando a usted promoción y prevención" E1: 56*

No se forma suficiente conciencia sobre la Promoción y la Prevención en el estudiante. *"de pronto falta un poco mas de acompañamiento al estudiante para que forme esa conciencia de que él va a hacer como médico general dentro del esquema de salud la promoción y la prevención primaria" E2: 82*

- Pero además, la visión pragmática del estudiante y futuro medico le hacen captar y usar la promoción de la salud como un instrumento para ejercer su influencia sobre la población. *"La promoción y la prevención son a mi modo de ver son una de las estrategias fundamentales para disminuir el impacto que tienen algunas enfermedades en la comunidad, para disminuir la morbilidad y la mortalidad en las comunidades, sino se generaran propuestas o no se realizaran proyectos para promoción y prevención esto sería una hecatombe". E3: 161*

### **3.3.2 La Promoción de la Salud Vs la Clínica**

El estudiante de medicina tiene unas representaciones mentales en las cuales prima la atención a la enfermedad, unos imaginarios en los cuales cabe casi de manera exclusiva un papel de salvador de vidas afectadas por noxas que hacen peligrar la subsistencia. Es muy difícil trabajar modelos diferentes en los cuales el valor fundamental sea la salud y la misión más importante sea preservarla y mantenerla. Esto porque quizá la racionalidad de la medicina históricamente se ha situado teniendo como núcleo central la enfermedad.

Por ello no es raro encontrar voces abiertas y veladas de estudiantes que no conciben la existencia en los currículos de asignaturas con temas que no tengan una relación directa y lógica con la enfermedad, en el entendido que esta tiene un correlato lógico con la medicina: existen los médicos porque existen personas enfermas o dicho de otra manera, existe la medicina porque existe la enfermedad. *"a pesar de que ya llevamos o que estamos tan avanzados en la carrera no le encuentran pues como el sentido a porque tanta comunitaria". E1: 25; "porque desde primero se está viendo tanto esto, piensan que en un semestre toda la información que se ha venido dando se podría dar se podría complementar o sea hay muchos que aun no le han encontrado el sentido". E1: 26; "Yo pienso que no es sólo promoción de la salud y prevención*

*de la enfermedad, son todas pero absolutamente todas las actividades que se salen del medio intra - hospitalario todo esas actividades son las que la gran parte de los estudiantes de medicina le tiene o en algunas ocasiones les tenemos pereza". E3:140*

Consecuencia de ello es el ejemplo de la usanza clínica en la práctica de trabajo comunitario. Los estudiantes comparan con la manera como se desarrolla la enseñanza clínica; muy probablemente el juicio clínico tiene mucho que ver con ello. Se suma a esto el hecho de los imaginarios del médico. *"quisiera que si de pronto se pudiera cambiar ese enfoque y de pronto fuera más práctico y menos teórico la asignatura o por ejemplo se me ocurre que como hacen los clínicos cuando estamos en el hospital nos dan los temas y donde podemos revisar los temas y luego llegamos hacer como un foro o una mesa redonda para discutir los temas, no sé si será esa la forma de desarrollar mejor la asignatura."* E2:74

De hecho, la competencia con las clínicas, como disciplinas más posicionadas en el imaginario de los estudiantes, constituyen un obstáculo real en el proceso de aprender y enseñar Promoción de la Salud. *"porque simplemente lo que a ellos les gusta son las ciencias clínicas por decir algo la medicina interna o la cirugía" E2:77, "aquí en medicina hay estudiantes que sencillamente no les importa en absoluto este tipo de materias, este tipo de materias o áreas o comportamiento por llamarlos así de alguna manera de modo de que ahí empieza un conflicto bastante grande". E3"130*

Estas perspectivas se constituyen en obstáculos o barreras en la enseñanza y el aprendizaje de la promoción de la salud que se hacen más fuertes en tanto docentes de áreas clínicas, o descalifican la promoción de la salud o la advierten como una competencia indeseable porque copa el tiempo que el estudiante debería dedicarle a la clínica, es decir a la enfermedad. *"porque es que desagraciadamente muchos de los clínicos o de las personas que dan en esa área hablan muy mal de la salud comunitaria". E1: 92*

Este conflicto clínica Vs promoción de la salud, en un buen número de estudiantes, se dirime a favor de las clínicas. *"el problema radica en que a uno simplemente no le importa o que cuando uno llega al hospital se enamora del enfermo y quiere vivir al pie del enfermo y nada más..." E3:162; "...ya no quiere saber del que no está enfermo o del que posiblemente se va a enfermar por que tiene las mierditas del perro enfrente y que son caldo de cultivo para mil bichos..." E3:163; "...y es que a uno ya ni le importa eso y me incluyo porque a mí me encanta la asistencia hospitalaria" E3:164.*

La salud no es la preocupación del médico o, en este caso, del estudiante. Su mayor preocupación es captar signos de disfunción o morbilidad para poder intervenir y convalidar su formación profesional. *"Bueno, cuando usted llega a la comunidad por lo menos en programas uno (1) usted debe identificar ciertos factores de riesgo o cierta patología que ya están o que estén establecidas dentro de ellas".E1:38; "al llegar al área practica donde se interviene la*

*comunidad se basó en el diagnóstico hecho de la comunidad". E2: 53; "Estos proyectos o estas acciones que tenemos con la comunidad, si bien pueden representar una experiencia novedosa para nosotros en el sentido de que nos damos cuenta de que el trabajo con la comunidad es bueno".E3:116*

#### 4. LOS HALLAZGOS EN EL PROCESO DE BUSQUEDA DE RESPUESTA A LA PREGUNTA SOBRE LA DIDÁCTICA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

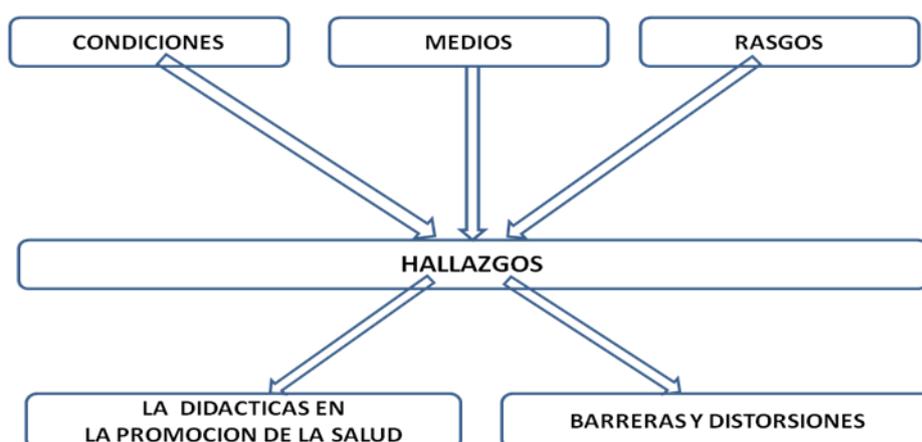
Una de las etapas o momentos cruciales durante la investigación es la **interpretación**. Puede afirmarse que la interpretación es un proceso intermedio mediante el cual el análisis avanza transformando información procesada en constructos mentales que le imprimen sentido a los fenómenos o eventos objeto de la investigación. Dicho de otra manera, mediante la interpretación los datos o la información previamente organizada al tenor de los intereses investigativos, modulados desde los objetivos, se someten a una técnica o a una serie de técnicas que hacen emerger el significado a partir de ellos, como respuesta a la necesidad de cargar de sentido a la manera como el mundo se presenta a partir de datos crudos o de información básica.

El recorrido realizado en el presente estudio permite presentar unos constructos de pensamiento que dan cuenta parcial, como todo saber en construcción, de la manera como opera la enseñanza aprendizaje de la promoción de la salud en un componente programático (asignatura) del Programa de Medicina, entendida como un tramo de la realidad social.

La pregunta de investigación inquiría por las didácticas que se desarrollan en la enseñanza de la promoción de la salud, visualizadas por los estudiantes, en las asignaturas Programas de Salud en el departamento de Medicina Comunitaria de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Pereira.

Utilizando las categorías: condiciones, medios y rasgos fue posible caracterizar el modelo didáctico que se pone en escena en la enseñanza de la promoción de la salud tomando como base las voces de los estudiantes con los que se construyó el proceso de investigación.

ESQUEMA PARA LA INTERPRETACION



#### 4.1. El modelo didáctico en promoción de la salud

Lo que ocurre al interior del modelo practicado durante los actos docentes propios de la enseñanza de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad es posible entenderlos con la ayuda de la Teoría de las Situaciones Didácticas de Brousseau (1974), quien identifica una situación didáctica como un conjunto de relaciones explícita y/o implícitamente establecidas entre un alumno o un grupo de alumnos, algún entorno (que puede incluir instrumentos o materiales) y el profesor, con el fin de permitir a los alumnos aprender -esto es, reconstruir- algún conocimiento. Las situaciones son específicas del mismo. Si bien no se tienen las voces de los docentes, es posible tomarse una licencia para construir, desde este referente teórico, las situaciones didácticas con el ánimo de adentrarse en su comprensión.

Desde la perspectiva del estudiante, la mayoría de las situaciones didácticas están construidas por el maestro y por el sistema desde el comienzo. **Todo lo tienen listo.** *“A usted primero le dan la teoría y partir de ahí en cada uno de los semestres que va avanzando cuando va entrando en contacto con la comunidad usted empieza a irlos aplicando.” E1*

*“...acerca de programas de salud uno (1) ó sea tenemos varios instrumentos ahí por ejemplo tenemos que acudir a lo que dice la 412, ...se nos da unas indicaciones, ...y de la intervención en estas comunidades, ...después se nos presenta los docentes que van hacer los tutores y los que van a desarrollar el trabajo práctico del trabajo de campo, ... y se nos comenta de la encuesta que se va llevar a cabo en esa comunidad la cual se va a intervenir y se nos explica detalladamente cómo llenarla. E2*

La aproximación a la comprensión de lo que sucede durante los actos docentes en promoción y prevención, puede hacerse utilizando el concepto de “**hecho didáctico**”, entendido como cualquier acontecimiento que tiene un lugar y un tiempo en el devenir de los procesos de instrucción (en este caso de promoción y prevención) y que, por alguna razón, se considera como una unidad. (D'Amore B. 2008).

Es lícito decir que el hecho didáctico más marcado y marcador para los estudiantes es asistir a las prácticas comunitarias. Han sido preparadas por profesores inspirados probablemente en una epistemología práctica (asunto que debe ser objeto de investigaciones ulteriores) en tanto han puesto en marcha el conjunto de convicciones acerca de lo que conviene hacer para enseñar, para aprender y para comprender los saberes en juego. *“De hecho a mí se me hace interesante poder trabajar con las comunidades, a mí me gusta mucho cuando se hace este trabajo practico más que en la teoría porque pues ahí es donde uno aplica muchas cosas y donde uno saca esas fortalezas que tiene y ve que puede ser útil para la comunidad”. E2*

De igual manera, siempre a modo de licencia con un referente teórico, tratando de comprender la enseñanza aprendizaje desde la perspectiva de los

estudiantes y para comprender los desarrollos del acto docente, en cuanto a promoción de la salud se refiere, es de gran ayuda el concepto del **contrato didáctico** trabajado por Brousseau (1986) y definido como el “conjunto de comportamientos del profesor que son esperados por los alumnos y al conjunto de comportamientos de los alumnos que el profesor espera de ellos”. Así pues, tanto el profesor como el alumno construyen una imagen recíproca del papel que deben desempeñar, de los comportamientos deseables, de las expectativas de sus respuestas y reacciones, de los momentos y circunstancias que suponen los encuentros.

El concepto del contrato didáctico institucional (Chevallard 1991) está formado por un conjunto de cláusulas que distribuyen las responsabilidades recíprocas en el juego que se establece en cada institución docente entre los estudiantes, el conocimiento y el profesor, como director del proceso de estudio. Las cláusulas del contrato tienen un carácter marcadamente implícito (el contrato siempre está presente, pero no se puede explicitar) y no rigen todos los aspectos de la relación que se establece entre los estudiantes y el profesor, sino únicamente los que hacen referencia al conocimiento a estudiar.

Desde la perspectiva del contrato didáctico, que esperan los estudiantes? Simplemente cumplir con los supuestos que el docente maneja. Advierten que el maestro maneja la **prevención** y no existe una exigencia grande por observar las condiciones materiales y no materiales de vida de los habitantes, donde subyace el análisis de la **promoción**. Cumplen entonces con un componente del contrato didáctico (Brousseau, G, 1965)

En esta dinámica el estudiante no se siente autorizado a escribir aquello que no aparece: limita sus acciones a lo que la parte instrumental de la situación y el contrato le aportan. Si la promoción de la salud no aparece claramente diferenciada de la prevención de la enfermedad y al contrario, parecen hacer un único cuerpo en el discurso del docente y en los postulados del departamento, entonces es un componente del contrato no exigible. Este parece ser el sumun del aprendizaje. *“fue igual a todas las otras se inicio analizando una serie de datos que tenían información sobre una investigación que se iba a realizar en un barrio posteriormente se realizo la intervención en dicho barrio”. E3*

El concepto de Promoción y Prevención extraído de la práctica: *“La parte del estudiante era o por ejemplo si usted encuentra un paciente con diabetes que no está siguiendo toda la parte de su control que no está yendo a su médico que no se está controlando era entrar hacerle como educación a esa persona, explicarle muy bien en qué consistía su patología como debía cuidarse, entonces uno ya va ahí como sumergiendo todo los conceptos de promoción y prevención”. E1*

Vale la pena decir que al desarrollar las tareas en el seno de las comunidades los estudiantes aplican al dedillo las cláusulas intuitivas que componen el contrato didáctico, trazadas inicialmente por el maestro y aceptadas (de buena

o mala gana por los estudiantes). De esta manera, cuando los estudiantes van a las comunidades y aplican en las familias los instrumentos tanto de recolección de información, como de aplicación de estrategias de intervención (programas de salud) están aplicando la cláusula del contrato que D'Amore denomina *Delegación Formal*, es decir se transfiere la responsabilidad de los hallazgos y del hacer a los instrumentos formales negociados en la clase y se aceptó que deberían utilizarse para realizar la tarea relacionada con la "promoción y la prevención". Dicho de otra manera, se deja en manos de los instrumentos y de sus resultados la tarea de aproximación a la comunidad, generándose una no-responsabilidad de quien los aplica y debe reflexionar sobre los hechos. (Brousseau, 1987: 59)

Por eso el modelo implícito en la enseñanza de la promoción de la salud está anclado en la visión empírico-analítica de las ciencias, desde la perspectiva habermasiana. Tales características son:

- La construcción de conocimiento a partir de una observación objetivista de los fenómenos;
- La desarticulación del mundo en el que transcurren la vida, la salud y la enfermedad de los grupos sociales en variables observables, medibles, cuantificables, aisladas del contexto social económico, político y cultural y sus relaciones;
- La confianza en los modelos de salud-enfermedad basados en estos enfoques y aislados de la multiplicidad de influencias que de alguna manera los determinan;
- El uso de métodos de medición a través de los cuales se intenta demostrar relaciones unidireccionales, unicasales, de los procesos mórbidos;
- El diseño de intervenciones basados en estos modelos de construcción de la realidad, ajenos a las dimensiones materiales de la vida y los componentes subjetivos de los actores sociales

Lo anterior muestra que el modelo didáctico que se evidencia no es coincidente con los significados de la promoción de la salud, posiblemente porque la promoción de la salud es tan compleja que como objeto de estudio demanda la confluencia de múltiples disciplinas que superan los enfoques empíricos de las ciencias naturales y avanzan hacia perspectivas comprensivas y críticas.

En cuanto a lo pedagógico, desde las voces de los estudiantes es posible distinguir rasgos de dos modelos que pueden ser los dominantes: Modelo de Enseñanza por Transmisión - Recepción y el Modelo por Descubrimiento Guiado.

La asignatura tiene dos fases claramente identificables para los estudiantes, en cada uno de los cuales es evidenciable un modelo pedagógico diferente: durante el desarrollo del componente teórico prevalece el modelo de Enseñanza por Transmisión – Recepción, en tanto que en la fase práctica, prima el modelo por Descubrimiento Guiado

En la primera fase, siendo el Modelo de enseñanza por transmisión - recepción el dominante, la temática, al igual que ocurre con la ciencia, está compuesta por un cúmulo de conocimientos acabados, objetivos, absolutos y verdaderos (Kaufman 1998), presentes en las normas vigentes que constituyen la esencia del material que debe ser enseñado por los docentes y aprendido por los estudiantes. Es predominante la reverencia a la norma estatutaria sobre el quehacer estructurado desde grupos de expertos para afrontar, desde la racionalidad de los programas de salud, los problemas de salud de los diferentes grupos sociales. *“hay unos que inclusive frente a determinados temas que son intensos y que son por así decirlo jartos, dicen ay! que ir otra vez a programas de salud y no les gusta, no sé si es por la forma de metodología o pedagogía que se dan las clases”*. E2:73

En las clases se intenta explicar la estructura lógica de la norma, sin hacer evidente el proceso de construcción conceptual que la hace posible y, en consecuencia, se enseña de manera inductiva (excesiva importancia a procesos observacionales), una serie de conocimientos cerrados, definitivos y que llegan al aula desde la transmisión fiel que hace el docente de la norma que muchas veces actúa como texto guía. *“hay clases que el tema es muy dispendioso y pues como hay que tocar tantas leyes porque pues desafortunadamente la salud pública se desarrollo dentro de todo ese marco jurídico de las leyes, las normas y las resoluciones”*. E2:77

El estudiante debe tomar la norma como el norte clave para su aprendizaje. Se asume como un sujeto con la capacidad de asimilar y acumular todo el material de enseñanza que el profesor prodiga y en este orden de ideas el educando se convierte, en el sujeto receptor, que debe seguir la lógica del discurso del docente que ha sido a su vez elaborado desde la lógica, por demás aceptada, de la norma vigente. *“El enfoque que hizo la profesora acerca de programas de salud ó sea tenemos varios instrumentos ahí por ejemplo tenemos que acudir a lo que dice (Resolución ministerial) la 412”* E2:63.

El contexto por excelencia es el aula de clase, donde se ponen en funcionamiento las reglas de juego y se genera el conjunto de relaciones entre el sujeto enseñante, el sujeto aprehendiente y las temáticas que se enseñan.

En la segunda fase de la asignatura, es decir cuando se pone en marcha la práctica, se aprecia una preeminencia del *modelo de descubrimiento guiado* el cual se hace más evidente porque se cambia de contexto el acto educativo, es decir cuando el salón de clase da paso a las comunidades para las prácticas propias de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. *“A usted primero le dan la teoría y partir de ahí en cada uno de los semestres que va avanzando cuando va entrando en contacto con la comunidad usted empieza a irlos aplicando”* E1:32

Se habla de descubrimiento guiado, por cuanto al estudiante se le brindan instrumentos (usualmente cuantitativos y muy estructurados) para que busque y encuentre respuestas a problemas y situaciones reales o creadas y se le

orienta sobre los métodos que debe seguir para hallar la solución. *“y se nos comenta de la encuesta que se va llevar a cabo en esa comunidad la cual se va a intervenir y se nos explica detalladamente cómo llenarla” E2:66*

Este componente del modelo permite inferir esfuerzos de los educadores para que el estudiante reconozca que su actuar estará en la realidad cotidiana y que puede acceder al conocimiento cuando entra en contacto con ella, es decir con la comunidad (inductivismo extremo). *“y después toca coger la parte de la encuesta o lo que nos toca analizar a cada uno en general y consolidar todos esos datos”... “...y después hacer el análisis para después hacer una presentación a todo el grupo”. E2:67*

En estos dos modelos el docente es el portador del conocimiento (Pozo 1999) y su trabajo se centra en mostrar desde la explicación rigurosa, precisa y clara, la esencia de la norma, sus ventajas y los resultados de aplicarlos en iguales o similares contextos, es decir donde puedan recrearse las soluciones con instrumentos cuantitativos y métodos cerrados. *“...una de esas típicas clase de 7 a 12 del día de cinco horas, llegó el docente puso sus diapositivas era de esos temas densos que se suelen hablar en algunas ocasiones y empezó hablar y hablar pasaron más o menos una hora y el docente hablando acerca del tema...” E1:53*

Los aspectos destacados respecto al modelo didáctico y el pedagógico se configuran como barreras muy significativas para modelar procesos de trasposición didáctica que superen el modelo develado a través de la investigación.

#### **4.2 Barreras para la enseñanza de la promoción de la salud**

Las barreras constituyen un conjunto de conceptos o construcciones ideográficas que se generan en un grupo social especial, en este caso los estudiantes de medicina, y que limitan o dificultan el surgimiento de modelos con potencia explicativa mayor o diferente.

Parafraseando a Bachelard (1954) este concepto se asimila a "obstáculos epistemológicos", que son ideas que obstaculizan la puesta en marcha de nuevas ideas: hábitos intelectuales arraigados, teorías científicas que funcionan como dogmas, y sobre todo, dogmas ideológicos que dominan a las diferentes ciencias, además de opiniones altamente aceptadas. Dicho de otra manera citando a Quevedo, (1992) "son entorpecimientos y confusiones que aparecen íntimamente, por una especie de necesidad funcional, en el acto mismo de conocer, fenómenos éstos que se constituyen en causa de estancamiento, inercia y hasta de retroceso para el proceso de conocimiento".

Por otro lado, Brousseau (1983) introduce las siguientes características de los obstáculos:

- Un obstáculo es un conocimiento, no una falta de conocimiento;

- El alumno utiliza este conocimiento para producir respuestas adaptadas en un cierto contexto que encuentra con frecuencia;
- Cuando se usa este conocimiento fuera de contexto genera respuestas incorrectas.

El conocimiento de la promoción de la salud, por parte de los estudiantes, es el modelado desde el programa de Medicina y aunque encuentra limitaciones y contradicciones continúa manifestándolo y no lo identifica con el propósito de develar las causas del obstáculo y avanzar en el establecimiento de un conocimiento mejor.

Y ello porque la multiplicidad de transposiciones para cada interpretación de las intencionalidades curriculares, se encuentra determinada por las concepciones epistemológicas, didácticas y pedagógicas de quien o quienes profesionalmente ejercen como didactas de la promoción de la salud. Es así, por cuanto es desde ellas que interpretan los originales en los que se propusieron y se desarrollaron, fueron aceptados y abandonados dichos modelos científicos por la respectiva comunidad de especialistas.

La comprensión de las barreras mencionadas emerge de la existencia de una serie de argumentos que se enuncian y describen a continuación:

- La tensión entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad
- La aplicación del razonamiento clínico a la promoción de la salud.
- Las ideas sobre la promoción de la salud de docentes y estudiantes
- El problema de la participación: de cómo la participación social es un cuento...

Complementa estos argumentos la posición del estudiante frente al ejercicio de la promoción de la salud.

#### ***4.2.1 La tensión entre la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad***

La tensión hace referencia al estado de oposición u hostilidad latente que existe entre personas, grupos humanos, sujetos o categorías. En el caso de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se entienden, tal y como lo expresa Gómez (2004), como pilares fundamentales de la salud pública y como elementos ineludibles cuando de trabajar o trazar políticas públicas se trata a nivel internacional o nacional. Es claro que el desarrollo teórico de ambas contrasta con las dificultades operativas al llevarlas a la práctica.

Este es el punto clave para avanzar en la teoría propia del proceso investigativo. Habida cuenta de parecer dos unidades inseparables en el discurso de la salud pública, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad han recorrido juntas un largo tramo histórico, como categorías que definen aparentemente la misma situación, pero cuyo significado realmente es

distinto porque tocan dos categorías muy diferentes, así el uno desde la mirada dialéctica, le dé sentido al otro: la salud y la enfermedad.

En el discurso la “P y P” (coloquialmente abreviada la Promoción y la Prevención) se asumen como un algo de naturaleza similar (ontológicamente iguales), que pueden ser comprendidas y compendiadas en el mismo discurso, con similares categorías y ocupando un sitio idéntico en el mundo del conocimiento científico (epistemológicamente iguales) y que pueden ser abordadas con los mismos instrumentos, procedimientos y por las mismas vías para su comprensión e intervención (metodológicamente iguales). Esto es posible percibirlo en las diferentes voces de los estudiantes, quienes de manera indiferente usan la promoción y la prevención, refiriéndose al mismo asunto, inclusive con una evidente confusión de los términos y su significado:

*“La promoción..., yo pienso que esto es un pilar muy básico en la formación del médico porque por medio de la promoción y prevención se les está dando herramientas e información a la comunidad acerca de cómo poder prevenir valga la redundancia ciertas enfermedades que en este momento debido a las condiciones y a la calidad de vida que estamos viviendo en este momento se pueden evitar” E2:81*

*“Es increíble que uno llegue a una familia a tratar de hacer sensibilización frente a una alimentación sana, enfocándose en la promoción y en la prevención de una serie de enfermedades que surgen como el resultado de una inadecuada alimentación y de inadecuados estilos de vida, entonces el trabajo en las brisas era en ese sentido, de sensibilizar a las familiar y llevar estilos de vida más saludables”. E3:150*

*“...entonces en algunas ocasiones el estudiante no alcanza a captar pues en qué momento le están hablando a usted de promoción y prevención” E1:56*

*“La parte del estudiante era o por ejemplo si usted encuentra un paciente con diabetes que no está siguiendo toda la parte de su control que no está yendo a su médico que no se está controlando era entrar hacerle como educación a esa persona, explicarle muy bien en qué consistía su patología como debía cuidarse, entonces uno ya va ahí como sumergiendo todo los conceptos de promoción y prevención”. E1:39*

*“Yo creo que en algunas clases si se aprenden, hay otras en las que no se toca tanto la promoción y la prevención, que están como muy superficiales”. E1:56.*

*“yo creo que la idea es que la comunidad esté interesada y se capacite y por medio de eso tenga elementos para poder prevenir la a aparición de la enfermedad”. E2:103*

*“Yo creo que las herramientas que nos brinda la academia en cuanto a la promoción y prevención son muy buenas, porque apuntan a lo mismo”. E3:160*

*“La promoción y la prevención son a mi modo de ver son una de las estrategias fundamentales para disminuir el impacto que tienen algunas enfermedades en la comunidad, para disminuir la morbilidad y la mortalidad en las comunidades, sino se generaran propuestas o no se realizaran proyectos para promoción y prevención esto sería una hecatombe”.* E3:161

Las implicaciones de tener la promoción y la prevención en un mismo discurso se sienten en la cotidianidad de los servicios de salud y de las universidades que forman talento humano para la salud. Para los estudiantes es claro, erradamente, que la promoción es para “evitar” y este concepto dificulta la emergencia del significado “construir”. He ahí como desde la potencia del lenguaje es menester que la promoción de la salud independice sus significados rescatando sus contenidos, porque es elemental pensar que si la intencionalidad de su existencia estuviera en prevenir, sobraría la prevención de la enfermedad como unidad de lenguaje completa, con marco teórico profuso y además con reconocimiento histórico.

Queda claro que promoción y prevención son, desde la voz de los estudiantes, una misma cosa y tienen similar intención. Nada más equivocado y perturbador.

Equivocado por cuanto ontológicamente el sustrato u objeto de conocimiento de la prevención es la enfermedad que, si bien es un resultado social, ha estado atada, fuertemente atada, al mundo de la biología y las ciencias naturales, desde la cual ha obtenido ingentes progresos con explicaciones abundantes pero insuficientes. La enfermedad, subsumida por lo biológico ha generado serias resistencias para su abordaje desde las ciencias sociales. En fin, así sea con entendimientos y versiones insuficientes y reduccionistas, la prevención tiene como objeto de estudio y de intervención la enfermedad. Infortunadamente ha sido un concepto de fuertes repercusiones que ha anclado el conocimiento médico por varios siglos.

La prevención, con raíces muy antiguas en el sentir y en el hacer de los seres humanos, tiene una epistemología ligada a las ciencias naturales; el discurso que la explica y la difunde se cimienta con mayor fortaleza en las explicaciones procedentes del universo positivista, donde la enfermedad ha tenido descripciones y verificaciones de gran potencia.

En la década de 1950, Leavell y Clark (1953) propusieron la Historia Natural de la Enfermedad como un paradigma de gran potencia explicativa que precisamente, como su nombre lo señala, gira alrededor del origen y desarrollo de las patologías. Su propuesta teórica y metodológica se centra en los niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria, como mecanismos válidos para contrarrestar los efectos de noxas o factores potencialmente dañinos que, al actuar en medio propicio, precipitan la enfermedad. Tan potente modelo contribuyó a la sistematización de la prevención de la enfermedad a partir del cual giraría todo el pensamiento y el hacer de las escuelas higienistas y preventivistas del siglo pasado.

La manera de instrumentar la prevención es casi siempre normatizada, altamente estructurada y guiada por las fuerzas propias del positivismo que obligan al “hacer” y al “verificar” desde las matemáticas y/o las estadísticas. Un factor de riesgo lo es realmente cuando se comprueba estadísticamente una asociación entre una noxa y una patología, es decir, cuando es evidenciable mediante medidas de probabilidad.

La prevención admite además prescripciones universales, es decir, bajo la perspectiva de la teoría factorial y de los factores de riesgo, las medidas que generan protección específica contra las enfermedades encuentran aplicación mecánica en distintas poblaciones y distintos escenarios.

Finalmente, por tener un núcleo centrado en la enfermedad, la prevención se mueve fácilmente por el espacio del saber médico y hace del trabajo por la salud un campo fácilmente medicalizado y conectado con el sistema de prestación de servicios médicos.

En consideración a lo anterior es fácil comprender por qué la prevención es la guía fundamental en la formación del médico cuando se trata de trabajar por la salud pública de las comunidades. Rootman et al (2007) señalan que desde la práctica, los médicos han etiquetado como promoción de la salud actividades como servicios preventivos (ej Inmunización); educación de la salud preventiva, protección de la salud (ej. Flúor en el agua); educación de la salud para protección preventiva (ej: uso de cinturones de seguridad) y otros.

La promoción por su parte tiene su reino en la salud, es decir, tiene a la salud como su objeto de estudio y análisis. Implica miradas más allá de la biología y remonta sus expectativas en las ciencias sociales para poder comprender su naturaleza y sus potenciales en la vida de los seres humanos.

El surgimiento de la promoción como área organizada se remonta a 1974 cuando el canadiense Lalonde (1974) recuperó el concepto de promoción de la salud, concibiéndolo en el marco de la política de gobierno nacional que la identificó como una estrategia clave. Desde entonces la promoción de la salud ganó aceptación como concepto, como enfoque que pudiera utilizarse por parte de los gobiernos, las organizaciones, las comunidades y las personas. En 1986, la primera conferencia internacional sobre promoción de la salud apoyó la Carta de Ottawa para la promoción de la salud que ha contribuido a su desarrollo a través del mundo.

A partir de Lalonde que consideró a la promoción de la salud, varias definiciones han sido dadas que, de alguna manera, han contribuido a su vinculación con la prevención.

La Organización Panamericana de la Salud (1996) define la Promoción de la Salud como “el proceso de permitir a las personas que incrementen el control de, y mejoren su propia salud”. Es concebida también como “una estrategia de

mediación entre las personas y su entorno, sintetizando la elección personal y la responsabilidad social en salud para crear un futuro más saludable”.

Nutbeam (citado por Rootman) dice que es “el proceso de permitir a la gente que aumente el control sobre los determinantes de la salud y, por lo tanto, mejore su salud” (Rootman et al 2007:35). En esta perspectiva los esfuerzos de la promoción de la salud se dirigen a acentuar las influencias positivas de algunos de los que no se pueden controlar directamente (ej: aumento del apoyo social).

Se incluye de esta manera un principio fundamental de la promoción de la salud que es el empoderamiento, esto es que la promoción de la salud trata de garantizar que los individuos y las comunidades son capaces de asumir el poder al que tienen derecho. Según la OMS empoderamiento se entiende como el proceso mediante el cual las personas adquieren mayor control sobre las decisiones que afectan su salud.

Hoy la historia de la promoción de la salud “ha dado como resultado un entendimiento de la promoción denominado a veces como la nueva salud pública, que se extiende más allá de la protección de la salud para incluir:

- El fortalecimiento de la salud;
- La redistribución del poder y control sobre temas de salud individuales y colectivos;
- La reducción del impacto negativo de una amplia gama de determinantes de la salud relacionados con entornos sociales, económicos, políticos y sociales;
- La atención a la salud más allá de las dimensiones físicas, incluyendo las mentales, sociales y, posiblemente espirituales;
- La adopción de un enfoque ecológico
- El reconocimiento del desarrollo comunitario y la participación como estrategias legítimas y efectivas” (Rootman et al,2007).

Algunas se relacionan con las metas, mientras que las otras dirigen los medios para lograr estas metas.

Según Louise (2007) la promoción de la salud por su complejidad toma prestadas las teorías y métodos de los campos de la psicología, la sociología, la antropología, la geografía, la educación y la epidemiología para elaborar un conocimiento de las formas en que se mantiene y fortalece la salud de la población.

Por eso la tensión entre prevención de la enfermedad y promoción de la salud se atribuyen a una manera de construir conocimiento al margen de las condiciones materiales de existencia de los grupos sociales y de las cuales no puede dar cuenta el enfoque medicalizado de la promoción de la salud que se agencia en el programa de medicina objeto de análisis.

#### **4.2.2 El razonamiento clínico aplicado al conocimiento de la comunidad**

Porqué el estudiante de medicina es escéptico frente a la promoción de la salud y al trabajo comunitario?

Durante el proceso de análisis de la información recabada se evidenció una categoría denominada “Rasgos” al identificar las didácticas utilizadas al enseñar promoción de la salud, de fuertes contenidos en su significado y ampliamente soportada en variadas voces de informantes que fueron agrupadas en:

- La Promoción de la salud no se diferencia en la práctica de la prevención de la enfermedad.
- La clínica V, La salud Pública
- Disociación Teoría – Práctica
- La Comunidad es un instrumento o un medio de aprendizaje

En su conjunto aportan evidencias para darle cabida a la reflexión sobre el razonamiento clínico como cognición dominante al abordar el trabajo en la comunidad.

Para el estudiante de medicina, preparado en la formulación de problemas en la clínica con una semiología clínica eminentemente individual, que le presta recursos de construcción antiquísima para armar un rompecabezas diagnóstico y para tener claridad sobre el problema de un paciente, la comunidad no es tan clara y el método para aproximarse a ella no es expedito. Es como se existiera una exigencia perentoria de instrumentalizar los procedimientos de aproximación diagnóstica y terapéutica a la comunidad.

Aquí se configura una barrera epistemológica fuerte: como se intenta ver la comunidad como un paciente, no es posible visualizar completamente sus problemas y en consecuencia las intervenciones que sobre ella se hagan carecerán de sentido. Dicho de otra manera, como no hay un buen diagnóstico clínico, la terapia tiene problemas en la mayoría de sus sentidos.

El razonamiento clínico fuertemente ligado a la tradición propia de las ciencias naturales ubica los elementos a estudiar (objetos) por fuera de quien investiga (sujeto) y se obliga a tomar distancia para evitar que sus conceptos previos o valores predeterminados contaminen el proceso y deterioren el resultado. Desde una visión Kantiana *“el conocimiento objetivo es aquel que ha de ser justificable independiente de los caprichos de nadie”*. (Kant, 1952)

Armados con el razonamiento clínico se pretende entrar en la comunidad para poner en práctica la promoción de la salud; el raciocinio clínico es una vía que se ha abierto al médico y para el médico y a través de la cual discurren la mayoría de sus pensamientos y sus actuaciones. El razonamiento clínico ha sido descrito como *“el proceso cognitivo necesario para evaluar y manejar el problema médico de un paciente”*. Es usado como sinónimo de *“toma de*

*decisiones clínicas, solución de problemas clínicos y razonamiento diagnóstico”* (Burrows, 1980).

Con mucha potencia, el razonamiento clínico en todos los tiempos y latitudes ha guiado el curso de los diagnósticos y tratamientos en el mundo de la medicina, incidiendo sobre la vida y la calidad de vida de las personas enfermas.

El razonamiento clínico asume en este contexto un método basado en la observación constante de los fenómenos naturales (la enfermedad en este caso), porque a través de la razón usada de manera constante y sistemática, será posible deducir o detectar las leyes que regulan la naturaleza.

En la práctica es posible identificar dos modelos, no excluyentes, que explican el razonamiento clínico: el analítico y el no analítico (Eva, 2004).

Los educadores médicos, centrados en la clínica, tradicionalmente han utilizado el modelo clínico analítico, sobre el cual basan la pericia, y consiste en la perfecta correlación entre síntomas, signos y diagnósticos. La combinación del pensamiento analítico con el modelo hipotético-deductivo, el cual es más lento que el no analítico, se utiliza de manera más consciente al implicar los siguientes pasos: 1) observación cuidadosa; 2) obtención de información; 3) exploración física; 4) generación de hipótesis; 5) correlación de los datos obtenidos con la(s) hipótesis planteadas y 6) confirmación o no de la hipótesis a través de pruebas diagnósticas.

Los clínicos también utilizan el *modelo no-analítico* apoyados en su experiencia y la de otros clínicos, estableciendo de manera empírica una serie de patrones que guían su juicio diagnóstico a partir de experiencias previas.

Sin entrar a probar o a cuestionar la validez social de los métodos descritos del razonamiento clínico, lo cierto es que su uso ha permanecido en muchas escuelas de medicina siendo fuerte aun en la formación del talento humano en el componente clínico de los médicos. Es esta una de las razones por las cuales la biología persiste como núcleo del razonamiento médico y la enfermedad sigue siendo la reina en el mundo de la medicina.

“Diagnosticar” parece ser el verbo que domina o guía la intencionalidad en el hacer de los estudiantes de medicina. Este sería el núcleo central de la búsqueda de los estudiantes: diagnosticar enfermedades de la comunidad para intervenirlos desde el saber médico que en la realidad genera sentimientos como *“Uno no sabe a qué va a las comunidades... y si hace diagnósticos, no sabe qué hacer con ellos...”* *“en últimas eso no termina siendo nada, termina siendo pañitos de agua tibia para un problema que puede ser grande en la comunidad”* (E3)

La fractura se presenta cuando el estudiante aplica el razonamiento clínico (incompleto) a una comunidad para explorar sus problemas y para proponer

alternativas de solución: se genera en él un mayúsculo desencanto porque alcanza a percibir la inmensidad y la profundidad de la situación patológica, frente a la débil terapia que se implementa. *“Entonces uno hace un diagnóstico de una serie de problemas en una comunidad para posteriormente hacer una intervención o una serie de intervenciones, que trataran de disminuir o generar algún impacto en esa comunidad frente a esas situaciones que se detectaron y resulta ser que todas las intervenciones que uno hace son intervenciones de momento y entonces uno dice: si todos los programas que uno va a generar van hacer así, yo creo que no van servir para nada” (E3).*

La comunidad en este contexto es sólo un medio para el aprendizaje de intervenciones restringidas por una modelación en la que teoría y práctica no se relacionan y los grupos sociales (comunidad) son un medio para cumplir los objetivos de aprendizaje de las asignaturas.

Pero la aproximación al proceso salud enfermedad tanto individual como colectivo, comprendido como fenómeno social, implica la utilización de métodos de aproximación o de conocimiento diferentes, por cuanto se entienden cruzados por la historia y la cultura. Tanto en la comprensión como en la intervención la promoción de la salud exige metodologías basadas en paradigmas gnoseológicos diferentes que den cuenta del proceso salud enfermedad como un fenómeno social.

#### **4.2.3 Las ideas sobre la promoción de la salud de docentes y estudiantes**

Los estudiantes añoran poder ver la promoción de la salud como la herramienta que le aproxima a un ser enfermo, la comunidad, y poder intervenirlo tal y como lo hace en la clínica. No encuadra el razonamiento clínico con el trabajo comunitario, a menos que pueda visualizarlo como un ente que se enferma y se alivia permanentemente y que como tal, requiere del saber comprensivo y reparativo del médico.

La aplicación del razonamiento clínico a la promoción de la salud es un efecto de arrastre de conceptos y representaciones que los seres humanos, usando su capacidad de enseñar conocimientos, le transmiten a otras generaciones de tal suerte que las nuevas no tienen que partir de cero en sistemas simbólicos y de conocimiento. Pero este fenómeno, denominado *efecto engranaje* por Tomasello, Kruger y Ratner (1993), arrastra con los conocimientos, actitudes y prácticas, como partes constitutivas de un todo, que el sistema de representaciones sociales, en este caso referenciado a la promoción de la salud y al papel de la comunidad, ubica en el contexto de lo que enseña el profesor y lo que aprenden los estudiantes de medicina.

Las representaciones (implícitas) en una buena medida se aprenden en la vida cotidiana, de manera inconsciente, como respuesta a las situaciones culturales que precisamente configuran la cotidianidad y como tales no son percibidas de manera consciente (Pozo, 2006:101). Tal y como lo señala este autor, este tipo de representaciones se instala de tal manera y con tanta fuerza en los seres

humanos que conforman una estructura de conocimiento robusta, densa y persistente. Es esta estructura la que constituye las más de las veces el acervo de conocimientos previos desde los cuales tendría que construirse un nuevo saber.

Una vez captadas las imágenes de los estudiantes en relación con la promoción de la salud, dejando clara la confusión que se evidencia cuando de promocionar o prevenir se trata y más cuando se tiene claro que para ellos la comunidad no es un fin sino un medio, surgen preguntas acerca de lo que se supone sabe el maestro que enseña esta temática. Si bien no es el objeto de esta investigación, si es pertinente preguntarse si los docentes saben realmente lo que enseñan, porque puede ser que sus actitudes frente a la promoción de la salud y sus concepciones frente a la comunidad no hayan sido sometidas al ejercicio de la *capacidad metarrepresentacional*, (Pozo, 2006) es decir, de someterlos a la pregunta de saber si saben sobre estos dos temas específicos.

Cuando los maestros comparten sus representaciones con sus alumnos y estos captan los modelos, los adaptan y los adoptan como propios, se ha producido un fenómeno de transmisión cultural que se arraiga tan fuerte en el mundo de las representaciones, que modula el comportamiento y el discurso de los aprendices. Es de tal fuerza y magnitud este fenómeno, que, para superarlo se requiere además de un cambio cultural, un cambio de profundas implicaciones que Pozo y Rodrigo (2001) han denominado *cambio conceptual o representacional*.

El problema radica en la resistencia al cambio que surge precisamente del uso cotidiano y cómodo de estas teorías implícitas en tanto constituyen las herramientas de trabajo de primera línea del docente y con las cuales convalida su papel como formador. Más aun, en tanto teorías potentes, guían de manera igualmente intuitiva la práctica sobre promoción de la salud en el seno de las comunidades y no es raro entonces encontrar que el núcleo morbicentrico y el concepto de salvador del médico dominen el escenario general de las practicas y explique la limitada comprensión de la promoción de la salud que tienen los estudiantes.

#### ***4.2.4 El problema de la participación: de cómo la participación social es un cuento...***

La promoción de la salud es un conjunto de conocimientos, procedimientos y valores materiales y no materiales construidos socialmente que permiten a los seres humanos obtener, mantener o mejorar los niveles de salud y su percepción. En otras palabras es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

Según la Carta de Ottawa (OMS,1986), "*La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los*

*individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual'*

Según Downie (citado por Rootman) el principal criterio para determinar si una intervención es promotora o no de la salud implicaría que en su valoración se encuentra el proceso de habilitar o empoderar a las personas y grupos sociales, en el avance en la equidad o justicia social y en la colaboración intersectorial

Por eso la promoción de la salud tiene un núcleo importante en la participación social. Esta implica la dinámica de estar inmerso en el seno de las comunidades para poder comprender sus vivencias, la naturaleza de sus problemas y ayudar a construir soluciones acordes con la situación.

Sin embargo, la participación es un asunto abstracto, como un discurso que el profesor expresa pero que no se materializa en la práctica. *“Uno dizque sabe que es participar en salud, porque los profes le han enseñado, pero cuando uno está con la comunidad...eh trabajando con la comunidad, se da cuenta que eso de la participación social es un cuento... (E3)*

*“o que simplemente esa participación que uno tiene con la comunidad termina siendo como en otras ocasiones una intervención servil de un momento y que no va a perpetuarse es decir que no va a ser sostenible en el tiempo para esa comunidad” (E3).*

La participación, desde el sentir de los estudiantes es una manera práctica de desarrollar actividades puntuales en las comunidades. A las comunidades se llega con una preconcebida idea o con un plan trazado con el consentimiento de los líderes, pero con la concepción de un favor o una serie de favores que se le prestaran a esa comunidad. Cabe recordar el carácter filantrópico que se le ha dado al trabajo con la comunidad.

Se percibe como la prolongación de una estructura social que privilegia a unos y degrada o margina a otros, desde la cual los estudiantes asumen un papel de benefactores. He ahí la razón para la expresión “simplemente esa participación que uno tiene con la comunidad termina siendo como en otras ocasiones una intervención servil de un momento”. La participación: no es tal, es una actividad servil, ocasional y transitoria.

Esta interacción involucra **relaciones de poder** que se presentan en todos los espacios donde se despliegan acciones humanas y que tienen una incidencia mayor o menor según los intereses, las valoraciones y las percepciones de los implicados en la interacción. Hacer favores convalida esta acción en algunos estudiantes, los ubica anticipadamente en el papel de salvador o redentor que, como médicos, jugaran en un futuro próximo. Esta postura no genera ninguna incomodidad, al contrario, le hace sentir a plenitud el papel de

benefactor de los seres humanos y de la sociedad que tradicionalmente se asume desde el ejercicio medico.

Para otros es el simple ejercicio de la **caridad**, desde el cual se cumple con los objetivos de una asignatura, pero que nada tiene que ver con participación social propiamente tal y mucho menos con promoción de la salud.

Lo anterior afecta de manera significativa el tránsito de un modelo de promoción en salud netamente centrado en la prevención hacia un modelo de gestión de la salud basada en el desarrollo de capacidades de las personas y las comunidades.

#### **4.2.5 El estudiante está centrado en sí mismo: narcisismo y/o pragmatismo**

Porqué se configura como una barrera? Porque la enseñanza de la promoción de la salud debe tener, como se ha dicho antes, la comunidad y su bienestar como núcleo central. Sin embargo el estudiante asume que su contacto con el saber es un medio que la sociedad pone a su alcance para su formación; aquello de aprender sirviendo no aparece en el lenguaje del estudiante.

*“uno siempre intenta como estar pendiente de lo que se está dando en el momento para intentar captar la mayor parte de información que le vaya a servir en su vida profesional” (E1)*

Qué quiere decir o que se esconde en la expresión "lo que le vaya a servir en la vida profesional?" Preocupa esto porque el mayor interés debería estar centrado en la comunidad cuyos problemas ocurren y se atienden en tiempo presente, que son reales y vivos; pero el estudiante está preocupado es por su futuro.

En este sentido pueden evidenciarse dos núcleos que influyen fuertemente en la formación del estudiante de medicina: el narcisismo y el pragmatismo. La necesidad de mirarse a sí mismo como lo máspreciado, como lo más importante, constituye un rasgo que ha sido observado en este tipo de estudiantes y que ameritaría otro estudio a profundidad, porque ello interfiere fuertemente con el ejercicio medico y específicamente con los asuntos relacionados con la promoción de la salud.

Por otro lado, producto de la influencia individualista, propia de la sociedad capitalista, el estudiante está en la búsqueda permanente de saberes y prácticas que le sean “útiles” para el ejercicio de su profesión. Visto este aspecto de manera desprevenida, parecería ser de buen recibo esta preocupación. No obstante debe tenerse presente que el pragmatismo pone a los seres humanos en el campo de la utilidad máxima de las acciones, independientemente de los medios que se utilicen.

Súmese a lo anterior el peso que la influencia del sistema capitalista, como contexto histórico, ejerce en la formación de la totalidad de los seres humanos.

El individualismo, entendido como la capacidad o el conjunto de capacidades que tiene cada uno para destacarse en medio de la colectividad y que puede de manera lícita ser utilizado para su propio lucro, tiene plena vigencia en la formación de los estudiantes de medicina y constituye otro filón que bien podría ser abordado con estudios cualitativos.

## 5 CONCLUSIONES

El presente trabajo permitió profundizar en la comprensión de las didácticas implementadas en la enseñanza de la promoción de la salud en la asignatura de Programas de Salud en el Programa de Medicina de la Universidad Tecnológica de Pereira, lo cual significó develar un modelo didáctico y pedagógico enclavado en la visión empírico analítica de las ciencias.

Además, comprender que este modelo didáctico no es coincidente con los significados que la promoción de la salud ha adquirido a través del tiempo y de sus compromisos con el bienestar de las personas y las comunidades. Lo anterior debido posiblemente a la complejidad de la promoción de la salud como objeto de estudio.

Desde las voces de los estudiantes ha sido posible distinguir rasgos de dos modelos pedagógicos que son dominantes en los dos momentos claramente identificables del proceso enseñanza aprendizaje: en el momento teórico, el modelo de enseñanza por transmisión - recepción y en el momento de la práctica, el modelo por descubrimiento guiado.

Algunas de las características propias del modelo y enfoque didáctico y pedagógico se configuran como barreras muy significativas para modelar procesos de trasposición didáctica que superen el modelo develado a través de la investigación.

Se constituyen en barreras en tanto son la expresión de:

- La tensión entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad
- La aplicación del razonamiento clínico a la promoción de la salud.
- Las ideas sobre la promoción de la salud de docentes y estudiantes
- El problema de la participación: de cómo la participación social es un cuento...
- El estudiante está centrado en sí mismo: narcisismo y/o pragmatismo

**La tensión entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad**, es una de las principales barreras para la enseñanza aprendizaje de la promoción de la salud porque no ha sido posible separar de una manera definitiva sus significados y sus potencialidades en el proceso salud enfermedad de los propios de la prevención de la enfermedad.

El estatuto de la prevención está ganado tras largos años de herencia de modelos morbicentricos e higienistas. Tiene muchos apoyos nacidos desde la reciedumbre de los desarrollos del paradigma positivista tales como la estadística, la epidemiología tradicional, la teoría factorial, entre otros.

La salud y la enfermedad, a pesar de ser componentes indisolubles de un complejo dialéctico, Implican abordajes diferentes desde el campo de la

enseñanza aprendizaje. Esta diferenciación, necesaria y urgente, incide en la formación del estudiante y posteriormente en su práctica profesional.

La promoción de la salud apenas se esboza desde finales del siglo pasado como un saber que presiona por crecer y ganarse un espacio en el mundo de la salud pública.

**El razonamiento clínico** domina la dinámica del pensamiento de los estudiantes de medicina. Este tipo de razonamiento es insuficiente para comprender la situación de salud de una comunidad y aporta elementos incompletos para articular la promoción de la salud en el análisis y la solución de sus problemas. Se comporta en el proceso de formación del médico como una barrera u obstáculo que invita a ser superado con desarrollos ontológicos, epistemológicos y metodológicos.

**Las ideas sobre la promoción de la salud de docentes y estudiantes:** Los estudiantes añoran poder utilizar la promoción de la salud como la herramienta que le aproxima a un ser enfermo, la comunidad, y poder intervenirlo tal y como lo hace en la clínica. No encuadra el razonamiento clínico con el trabajo comunitario, a menos que pueda visualizarlo como un ente que se enferma y se alivia permanentemente y que como tal, requiere del saber comprensivo y reparativo del médico.

Al parecer los docentes manejan una dualidad frente a la promoción de la salud como saber enseñable: la promoción de la salud y el conocimiento de la comunidad, son saberes que están explícitos en sus discursos y están debidamente sustentados con teorías explícitas bien fundamentadas; no obstante, durante su abordaje en la práctica, de manera implícita, la promoción de la salud se confunde con la protección específica contra la enfermedad y la comunidad no es el fin último del quehacer de los trabajadores de la salud sino un medio para avanzar en el aprendizaje de los estudiantes. Debe quedar claro que, por proceder de las voces de los estudiantes, esta dualidad observada en los docentes debería ser verificada a partir de ejercicios de investigación con ellos. Esta constituye pues una posibilidad de trabajo en esta temática.

**La participación es un cuento**, es una expresión impactante que pone sobre el tapete o la ausencia de cultura de la participación y/o la carencia de discurso convincente o de métodos útiles que le permitan a la academia construir y aportar en esta área donde la voz comunitaria debe ser la encarnación de la democracia o la democracia misma.

**El estudiante está centrado en sí mismo**, con una vocación de servicio que no prima frente al interés de hacer prácticas con las comunidades para aprender como centro de la actividad.

## 6. RECOMENDACIONES

Se hace necesario buscar la confluencia de múltiples disciplinas que, al aplicarse a la promoción de la salud, permitan superar el enfoque empírico de las ciencias naturales y avanzar hacia perspectivas comprensivas y críticas.

Es prudente, urgente y necesario generar espacios de discusión y reflexión académica sobre la promoción de la salud al interior de la facultad de Ciencias de la Salud, que bien podrían ser liderados por el departamento de medicina comunitaria, incluyendo la posibilidad de generar proyectos de extensión y de investigación sobre esta temática que podría constituirse en una línea de exploración, tanto en el campo aplicativo en salud pública como en el campo docente con énfasis en las didácticas.

Deben abordarse discusiones serias al interior del Programa de Medicina para ganar mayor comprensión sobre las barreras a la enseñanza y el aprendizaje de la promoción de la salud y sobre las maneras de intervenirlas y superarlas.

La promoción debe ganarse un espacio real en el mundo de la salud y en el mundo cognitivo de los estudiantes de medicina. Debe incluirse en los currículos e instalar su discurso en las clases y en las prácticas de los estudiantes. Esta es una buena manera de pagar la deuda acumulada desde muchos años atrás.

La manera como se aborda la comunidad para identificar su situación de salud y encontrar el campo de aplicación de la promoción de la salud tanto en la comprensión como en la intervención de sus problemas exige metodologías basadas en paradigmas gnoseológicos diferentes que den cuenta del proceso salud enfermedad como un fenómeno social.

Dilucidar cómo ocurre el proceso de desplazamiento del interés del estudiante hacia el aprendizaje, desplazando el interés por el bien común ameritaría otra investigación.

La reflexión sobre los actos docentes se presenta como una tarea de primer orden en la cual la participación de todos los docentes es clave, por cuanto el cambio debe ser un proceso inmanente, producto de la reflexión profunda y autónoma de los docentes y no, como es tradicional, un acto de contrición pasajero que no conduce a nada. Es necesario incidir sobre las situaciones de desencanto de los estudiantes, generadas fundamentalmente por los docentes, habida cuenta de constituir uno de los obstáculos más serios en el desarrollo de la promoción de la salud.

La facultad de Ciencias de la Salud debe adoptar una comunidad donde realmente pueda manejarse con plenitud la promoción de la salud. Esta es una manera reducida pero eficiente de trabajar la participación comunitaria como realmente lo reclama la promoción de la salud y la formación integral de los estudiantes de medicina.

En relación con el papel de los docentes durante el proceso enseñanza aprendizaje de la promoción de la salud es necesario precisar o profundizar más en el fenómeno de la dualidad entre el saber explícito y las prácticas comunitarias implícitas, habida cuenta de la necesidad de intervenir para evitar las consecuencias indeseables en la confusión de los estudiantes.

Las posturas mesiánicas y el individualismo que se asoman como actitud en los estudiantes de medicina, si bien constituyen un hallazgo ocasional en el trabajo, deben ser objeto de otro proceso de investigación de tal suerte que pueda analizarse para asumir medidas que pueden ser de alta trascendencia en la formación del médico.

Debe ponerse al orden del día en las asignaturas que trabajan en promoción de la salud y en el programa de medicina, la reflexión pedagógica y didáctica para avanzar en el conocimiento de cómo aprenden los estudiantes de medicina y cuál es su correlato sobre cómo se enseña un saber disciplinar de la importancia de la promoción de la salud.

## BIBLIOGRAFIA

VASCO, CE. El al. Educación, pedagogía y didáctica, una perspectiva epistemológica. En: Filosofía de la educación. Ed. Trotta. Colombia, 2008. Ps 99-128

ZAMBRANO, Armando. Didáctica, pedagogía y saber, Bogotá: Editorial Magisterio. 2005

ZAMBRANO, Armando. Las ciencias de la educación y didáctica: hermenéutica de una relación culturalmente específica. Educere, dic. 2006, vol.10, no.35, p.593-599. ISSN 1316-4910)

GUBA E. G. The alternative paradigm dialog. En E.G.Guba, Ed: The paradigm dialog. Newbury Park. Sage. 1990.

HODSON, D. In search of a meaningful relationship: an exploration of some issues relating to integration in science and science education. International Journal of Science Education 1992:, 14, 5, 541–566.

SANMARTÍ, N. y M. Izquierdo. Cambio y conservación en la enseñanza de las ciencias ante las TIC. Alambique. Didáctica de las Ciencias. 2001

BROUSSEAU, G. Theory of Didactical Situations in Mathematics. Kluwer Academic Publishers. 1997

CHEVALLARD, Yves. La transposición didáctica. Del Saber Sabio al Saber Enseñado. AIQUE, Buenos Aires. 1997

BROUSSEAU, G. “Fundamentos y métodos de la didáctica”, *RDM* N° 9 (3). Versión en español publicada por Facultad de Matemática, Astronomía y Física de la Universidad de Córdoba. 1986.

BROUSSEAU, G. “Educación y Didáctica de las matemáticas”, trabajo presentado en el V Congreso Nacional de Investigación Educativa, Aguascalientes. Traducción de David Block y Patricia Martínez Falcón. 1999.

BACHELARD, G. La formación del espíritu científico. Siglo XXI editores. México. 2007

BROUSSEAU, Guy. Los obstáculos epistemológicos y la didáctica de las matemáticas. Otawwa, Cirade. 1989

BROUSSEAU, G. Les obstacles ‘epistemologiques et la didactique des mathematiques’. En N. Bednarz y C. Garnier (eds.), Construction des savoirs. Obstacles et conflits, Les Editions Agence d’ARC, Quebec, (1989) 41-63.

ASTOLFI, J.P. Aprender en la escuela. Santiago: Dolmen Ediciones. 1997

NERICI, G. Imideo Hacia una didáctica general dinámica. Editorial Kapeluz.1970

BARCO DE SURGHI, S. Estado actual de la Pedagogía y la didáctica. En: Revista Argentina de Educación, Mayo-Junio, 1989

POPKEWITS, T. S. Sociología política de las reformas educativas, Madrid, Morata, 1994.

FREINET, C. Les méthodes naturelles dans la pédagogie moderne. París, Bourrelly, 1956

FREIRE, P. Pedagogía del Oprimido. Editorial Siglo Veintiuno, México 1999

STRAKA, Gerald A. Caracteres de una didáctica teórica de la enseñanza y del aprendizaje. Revista Educación. Volumen 28. Editada por Instituto de colaboración Científica. Turbingen. 1983. P69 a 81.

APARICIO, J. A., Pozo, J. I. (2006) De fotógrafos a directores de orquesta: las metáforas desde las que los profesores conciben el aprendizaje. En Nuevas formas de pensar la enseñanza y el aprendizaje, Las concepciones de profesores y alumnos. Madrid. Editorial GRAO, de RIF, SL. Pag, 266,267.

DE ZUBIRIA S. Julián. Tratado de pedagogía conceptual. Fundación Alberto Merani. ISBN 958-9405—00-2. Bogotá, 1999. Pag, 19

(DE ZUBIRÌA, M y DE ZUBIRÌA, J, Biografía del pensamiento. En: Modelos pedagógicos. Magisterio, 2006: 40)

IAFRANCESCO, V, Giovanni. Nueve problemas de cara a la renovación educativa. Editorial Libros y Libres S.A. Santa Fe de Bogotá, 1996. Pag, 23.

LALONDE, Marc. A new perspective on the health of Canadian, a working document. Canada: Government of Canada, Ministry of National health and Welfare. 1975

RATHER, LJ, ed. Rudolf Virchow: Collected Essays in Public Health and Epidemiology. Volumen 1. Canton, Massachusetts: Science History Publication; 1985.

TERRIS, M. Concepts of Health Promotion – Dualities in Public Health Theory. Washington, DC: Pan American Health Organization; June, 1992. Documento mimeografiado.

SIGERIST, H. Medicine and Human Welfare. New Haven: Yale University Press; 1941

CORBIN, J., Strauss, A. Bases de la Investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Contus, Editorial Universidad de Antioquia, Medellín, 2002

GLASER, B., STRAUSS, A. *Discovery of grounded Theory*. Chicago: Aldine. 1976.

DE LA CUESTA, B. Carmen. (1998, Abril 24-25-26 y Mayo 8-9-10. Manizales). Taller de investigación cualitativa. En: Memorias del seminario taller de Investigación Cualitativa, Universidad de Caldas. Facultad de Ciencias para la Salud. Programa de Enfermería.

KAUFMAN, M. y FUMAGALLI, L. Enseñar Ciencia Naturales. Reflexiones y propuestas didácticas, Ed. Paidós Educador B.A., Barcelona, México. 2000.

ORTEGA, F. **Modelos didácticos para la enseñanza de las ciencias naturales**. latinoam.estud.educ. Manizales (Colombia), 3 (2): 41 - 60, julio - diciembre de 2007

POZO, J. I. Sobre las relaciones entre el conocimiento cotidiano de los alumnos y el conocimiento científico: Del cambio conceptual a la integración jerárquica. En: Enseñanza de las Ciencias. (Número extra. Junio) 1999.

D'AMORE B. (2008). Epistemología, didáctica de la matemática y prácticas de enseñanza. Enseñanza de la matemática. Revista de la ASOVEMAT (Asociación Venezolana de Educación Matemática). Vol. 17, n° 1, 87-106.

BROUSSEAU G. (1988). Utilité et intérêt de la didactique pour un professeur de collège. Petit x. 21, 47-68.

D'AMORE B. (1999). Elementi di didattica della matematica. Bologna: Pitagora. Edición en idioma español con anexos e integraciones: D'Amore B. (2006).

GÓMEZ, R., Gonzalez, E. Evaluación de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud: factores que deben considerarse. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Año/vol. 22 N° 001. Medellín. 2004. Pp 87-106.

REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA. Diccionario. Vigésima tercera edición. Espasa-Calpe. 2008

LEAVELL H, Clark E. Textbook of preventive medicine. New York: Mc Graw-Hill; 1953

LALONDE M. A new perspective of the health of Canadians. Ottawa; Health and welfare Canada: 1974

RICOEUR, P. "De l'interprétation". En: Du texte a l'action, Essais d'herméneutique II. Paris: Seuil. TA

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Promoción de la Salud: una antología. Publicación Científica N. 557. Washington. 1996. Pag: 29

ROOTMAN, I. et al. A framework for health promotion evaluation. In: ROOTMAN, I. et al. (Ed.) **Evaluation in Health Promotion**: principles and perspectives. Denmark: WHO 2001. p.7-38. (WHO Regional publications. European Series

QUEVEDO, E. El Proceso Salud – Enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. Zeus Asesores Ltda. Bogotá, 1992. Pag 8.

KANT, I. Crítica a la Razón Pura”. Ed. Sopena. Buenos Aires. 1952. Pág. 192)

BURROWS, H.S., Tamblyn, R.M. Problem Based Learning: an Approach to Medical Education, New York: Springer, 1980.

BROUSSEAU, G, ‘Les obstacles epistemologiques et les problemes en mathematiques’, Recherches en Didactique des Mathématiques. . (1983) 4(2), 165-198.

EVA, K.V., “What every teacher needs to know about clinical reasoning”, *Med Educ*, **39**, 2004, 98-106.

SPENCER-BROWN, G. Laws of Form. Allen & Unwin, Londres, 1979

BATESON, G. Pasos hacia una ecología de la mente. Ed. Carlos Lohé, Buenos Aires, 1985

MORIN, E. Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. UNESCO, París. 1999

JACKSON, P. La vida en las aulas. Ediciones Morata, S. L. Madrid, 1996

COLL, C. y Sole, I. La interacción profesor alumno en el proceso de la enseñanza y el aprendizaje, En Coll, C., Palacios, J. y Marchesi, A. Desarrollo psicológico y educación II. Psicología de la educación. Alianza. Madrid

POZO, J. I. La nueva cultura del aprendizaje en la sociedad del conocimiento. En: Nuevas formas de pensar la enseñanza y el aprendizaje. Editorial Grao. Barcelona. 2006: 35

POZO, J. I., Rodrigo, M. J. Del cambio de contenido al cambio representacional en el conocimiento conceptual. *Infancia y aprendizaje*, 24, (4). 2001

TOMASELLO, M.; Kruger, A.; Ratner, H. Cultural learning. *Behavioraland brain sciences*, 16. 1993, pp.495- 552.

ATKINSON, T.; Claxton, G. El profesor intuitivo. Barcelona. Octaedro. 2002

MARTIN, E.; Cervi, J. Modelos de formación docente para el cambio de concepción en los profesores. En: Nuevas formas de pensar la enseñanza y el aprendizaje. Editorial Graó. Barcelona. 2006. Pp:420

MARDONES, J. M., Filosofía de las ciencias humanas y sociales. Materiales para una fundamentación científica, Barcelona, Anthropos, 1991

HABERMAS, J., Conocimiento e interés, Taurus, Madrid, 1982

ÁLVAREZ de Zayas, Carlos. Epistemología de la Educación. Editorial Pueblo y Educación. La Habana, 2000

FULLAN, M. (1998). The meaning of educational change: A quarter of a century of learning,, en A. Hargreaves, A. Lieberman, M. Fullan y D. Hopkins (eds.): International Handbook of Educational Change. Dordrecht: Kluwer, p. 214-228

GARCÍA, G. "La educación como práctica social", en Revista de Ciencias de la Educación (8), agosto, 1972, Buenos Aires.

CARRANZA, Miriam L. y Celaya, Gabriela, 2003. Una estrategia para favorecer la comprensión y el aprendizaje en las Ciencias Morfológicas: Presentaciones en PowerPoint. Revista ELección de Investigación y EValuación Educativa, v. 9, n. 2. [http://www.uv.es/RELIEVE/v9n2/RELIEVEv9n2\\_3.htm](http://www.uv.es/RELIEVE/v9n2/RELIEVEv9n2_3.htm). Consultado en marzo 26 de 2009)

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Promoción de la Salud Glosario. 1998 [http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario\\_sp.pdf](http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf).-