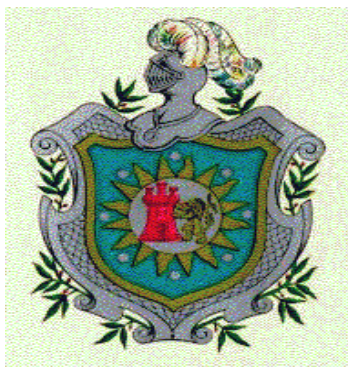


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN LEON
MAESTRÍA EDUCACIÓN SUPERIOR EN SALUD IV VERSIÓN



**Importancia de la Innovación curricular de la
carrera de Medicina en la UNAN León hasta el
2011**

Autores:

Dr. Bismark Antonio Rodríguez Montenegro

Dr. Jorge Alexis Castillo Sanders

Dr. Felipe Rodrigo Porras Díaz

Tutor: MSC. María del Carmen Caballero Bravo

Marzo

INDICE

	Paginas
INTRODUCCION	3
ANTECEDENTES	5
JUSTIFICACION	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
OBJETIVOS	16
MARCO TEORICO CONCEPTUAL	17
METODOLOGÍA	29
RESULTADOS	32
CONCLUSIONES	43
BIBLIOGRAFIA	46

I. Introducción

La Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León (UNAN-León), ha sido una de las universidades pioneras de Nicaragua, mejor dicho es la primera Universidad del País; además es una institución educativa que se propuso desde sus inicios en dejar como resultado, al profesional que ambiciona la sociedad, las instituciones públicas y privadas del País. Es por ello que como parte de la tradición, mantiene dentro de sus metas, elevar la calidad educativa en las dos vías, tanto con sus docentes/catedráticos, así como con el rendimiento académico de sus estudiantes, en las distintas carreras.

Históricamente la UNAN León, nace en el antiguo colegio “Tridentino San Ramón Nonnato”, Seminario que fue fundado en 1670 por orden del Concilio de Trento. La enseñanza de la Medicina en Nicaragua, nace en 1798, en el Colegio Seminario; para esta época, la carrera de medicina cuenta con toda la influencia de las concepciones escolásticas¹ que predominaban en la metrópoli colonial, en la que se consideraba que una enfermedad no era más que un castigo por las impurezas del alma. Este modelo tiene sus raíces en el latín de Schola – Escuela, esta se sustentaba en la filosofía cristiana, la que fue desarrollada primero en las Escuelas Monacales y después en las universidades, en los siglos VIII al XV.

Los “Fundamentalistas Escolásticos”, en el área de medicina, sostienen que el dominio del conocimiento, gira alrededor de Dios, y muy particularmente en la problemática de la relación entre la fe y la razón; colocando el predominio de la teología sobre el interés filosófico. En este nacimiento y primeros pasos de la carrera de medicina, el papel del Docente, se determina en: la enseñanza de la “verdad” (tecnológica-filosófica), donde su rol es, autoritario intérprete de los contenidos; conocedor, poseedor de la verdad; expositor dominante, verbalista, ritualista, dogmático; mientras el papel del alumno es: receptivo, memorístico, irreflexivo garantizando que la *condición de su sexo fuera ser hombre*. La demostración de su aprendizaje, consistía en la recitación de memoria siendo este el método de enseñanza -aprendizaje más generalizado, del modelo y de la época; el estudiante aprende de memoria pregunta-respuesta.

¹ Filosofía de Aristóteles

Al pasar de los años, Nicaragua con su historia de nación, de hombres y mujeres buscadores de los mejores o más grandes cambios que supusieran al País un alto nivel cultural, fue apropiándose de las distintas nuevas corrientes pedagógicas de la enseñanza; siendo uno de los elementos favorecedores a la carrera de medicina, el triunfo de la Revolución Liberal del General José Santos Zelaya (1893), quien tendía a tener una relación más estrecha a Europa, con una visión educativa laica, sin que esta tuviera la influencia de la Iglesia Católica y si una visión institucionalizada de la enseñanza, en la que este tipo de profesional respondiera un poco más a las necesidades del país.

La universidad fue reorganizada, se asumió un corte profesionalista, donde se elimina el cargo de rector y el latín de los títulos universitarios; se sustituye el título de licenciado por el de doctor, pero no como dignidad académica sino como un título profesional, con el tiempo, surgen concepciones más novedosas que dan origen a una medicina de carácter más científico *logrando desarrollar la clínica*, “Sistema de la Universidad Napoleónica” y con ello la Facultad de Medicina, empieza a otorgar el título de Doctor en Medicina, en 1893. El “Modelo Napoleónico”² o francés surge en Nicaragua.

²Pensamiento Universitario Latinoamericano. Dr. Carlos TunnermannBernhein

II. Antecedentes

La Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua - León (UNAN-León), tiene su antecedente histórico en el Colegio Seminario San Ramón Nonnato, fundado en 1680 por orden del Concilio de Trento; ideólogos filósofos como Fray Buenaventura García y, Tomás Ruiz quienes convirtieron a la ciudad de León en un centro de referencia intelectual promoviendo en la población interés y pasión, por elevar constantemente sus niveles culturales, en la ciudadanía. El Padre Rafael Agustín Ayesta, fue uno de los rectores, que se destaca por iniciar las gestiones por obtener la autorización y transformar dicho Seminario en Universidad.

En este proceso nace en 1798, en el Colegio Seminario, la carrera de medicina, que cuenta con toda la influencia de las concepciones escolásticas³ que predominaban en la metrópoli colonial, en la que se consideraba que una enfermedad no era más que un castigo por las impurezas del alma. En este nacimiento y primeros pasos de la carrera de medicina, el papel del Docente, se determina en: la enseñanza de la “verdad” (tecnológica-filosófica), donde su rol como docente es: autoritario intérprete de los contenidos; conocedor y poseedor de la verdad; expositor dominante, verbalista, ritualista, dogmático; mientras el papel del alumno es: receptivo, memorístico, irreflexivo garantizando que la *condición de su sexo fuera ser hombre*. La demostración de su aprendizaje, consistía en *la recitación de memoria* siendo este el método de enseñanza-aprendizaje más generalizado, del modelo y de la época; el estudiante aprende de memoria pregunta-respuesta.

El Padre Ayesta, falleció a mediados de 1809 sin lograr ver que el seminario San Ramón fuera Universidad, le sucedió el Obispo Nicolás García Jerez quien continuó con la labor, realizó las gestiones correspondientes ante las Cortes de Cádiz, las que el 10 de enero de 1812 expidieron el decreto que en su parte esencial decía: *"en el Seminario de León de Nicaragua se erigirá Universidad con las mismas facultades de las demás de América"*, García Jerez basado en los decretos del 10 de Enero de 1812 y del 19 de

³ Filosofía de Aristóteles

Agosto de 1813 suplica al Rey la instalación universitaria. La súplica fue confirmada por Cédula del 5 de Mayo de 1815 y se inaugura la Universidad el 24 de Agosto de 1816.

Tomás Ruiz, Agustín Ayesta y Nicolás García Jerez, son considerados los fundadores de la Universidad de León, la que a su vez, registra un sobrenombre y eleva su fama educativa, en vista que esta Universidad Leonesa, contribuye a formar la estructura Republicana del País, forma además, a los constructores del Estado de Costa Rica y de igual manera a varios políticos – gobernantes de Honduras, proyectándose asimismo en El Salvador.

El período liberal de Zelaya (1893- 1912), de ideas modernas y de enfoque europeizado, se logra introducir una visión educativa laica, la separación del estado de la iglesia católica, se construye la villa férrea, organizó la dirección de estadísticas y censos; levantó el primer censo nacional; y en lo económico el país avanzó y alcanzó un rápido crecimiento en el comercio exterior; se construyeron más líneas telegráficas, más transporte lacustre, más caminos y más escuelas.

En ese mismo período, en 1893, surge en Nicaragua El “Modelo Napoleónico”⁴ o francés, en la enseñanza médica. La universidad fue reorganizada, se asumió un corte profesionalista, donde se elimina el cargo de rector y el latín de los títulos universitarios; se sustituye el título de licenciado por el de doctor, pero no como dignidad académica sino como un título profesional, con el tiempo, surgen concepciones más novedosas que dan origen a una medicina de carácter más científico *logrando desarrollar la clínica*, “Sistema de la Universidad Napoleónica” y con ello la Facultad de Medicina, empieza a otorgar el título de Doctor en Medicina.

La enseñanza de la medicina, fue organizada sobre la base de facultades o escuelas profesionales aisladas, bajo las orientaciones de sus respectivas juntas directivas. Los decanos y los profesores eran nombrados por el poder ejecutivo; desaparece todo

⁴Pensamiento Universitario Latinoamericano. Dr. Carlos Tunnermann Bernhein

vestigio de autonomía universitaria; la adopción del modelo francés significó la desarticulación de la universidad y su sometimiento a la tutela y guía del estado.

Rasgos dominantes del “Modelo Napoleónico”, son: énfasis profesionalista y reemplazo por un agregado de escuelas profesionales, así como la separación de la investigación científica, que deja de ser tarea universitaria para asignarse a las academias, las cuales en Nicaragua no llegaron a fundarse. El cometido de la universidad se limitó a preparar profesionales requeridos por la administración pública y las necesidades sociales más apremiantes.

En 1947 la Universidad es elevada al rango de Universidad Nacional, considerando su colocación con una visión moderna sobre el desarrollo científico y en la búsqueda de compromisos más claros de nación, pero es hasta que alcanza la Autonomía el 27 de Marzo de 1958, siendo rector el doctor, Mariano Fiallos Gil, bajo su nuevo lema “*A la libertad por la Universidad*”, es que se inaugura la etapa de **la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua** -UNAN, de claro compromiso con la nación nicaragüense, con una muy franca y decidida apertura humanística.

Bajo este contexto se presenta una forma, un proceso de evolución y transformación a lo interno de la universidad pero de manera determinante en la escuela de medicina, logrando así iniciar un modelo desarrollista y liberal de la educación superior, en la carrera de medicina, se introduce el “*modelo flexneriano*” el cual modifica el esquema napoleónico, dando paso a la norteamericanización de la enseñanza de la educación superior, creándose de esta forma los departamentos; se desarrollan las ciencias básicas y la formación del médico se centra en el ámbito hospitalario.

En esencia, una vez que se implementa “*El Modelo Flexneriano*”; en la carrera de medicina, se coloca como primordial, la dimensión biológica de la enfermedad y la atención al individuo basada en la “departamentalización” o territorialidad del conocimiento y en la especialización de la práctica médica: bajo este contexto se logra

que la facultad de medicina de UNAN León, se coloque a la par de las facultades de medicina de las principales Universidades Latinoamericanas.

En 1969, se inicia en Centroamérica una corriente dirigida a cambiar la malla curricular de las Facultades de medicina, promovida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), contando con el apoyo de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM), lo que permite que en 1972, se cuente con el Nuevo Curriculum de Pregrado, teniendo como base las unidades integradoras alrededor de centros de interés y el "*Paradigma de Leavell y Clark*"⁵ sobre la historia natural de las enfermedades. Además como parte de esta innovación, se establece, como factor fundamental para el desarrollo curricular, el contacto con la comunidad desde los primeros años de la carrera.

Según este Paradigma, la Teoría es que: la enfermedad es un proceso que se inicia en el Medio Ambiente, antes que se inicie el proceso Patogénico en sí. En esta etapa, llamada Prepatogénica, interactúan diversos factores del ambiente, del huésped y del agente. Normalmente estos factores, se encuentran en equilibrio; cuando este se desestabiliza se produce un estímulo que provoca el inicio de enfermedad, dando lugar a la etapa o período patogénico.

Este período a su vez pasa por cuatro etapas:

- Patogénesis Temprana (en las enfermedades infecciosa corresponde al período de incubación)
- Clínica Temprana
- Clínica avanzada
- Convalecencia.

⁵Leavell Y Clark. Prevention Medicine For The Doctor In His Community: An Epidemiologic APROACH. New York- MaC Graw Hill 1958. Bases Epidemiológicas de la Intervención en Salud Pública. Capítulo 13. Dr. Jorge Alarcón V.

Este nuevo modelo curricular de la carrera de medicina, no contaba con las condiciones necesarias para su implementación, enfrentándose a una serie de problemas para su desarrollo, tales como: reducido número de docentes, que además, tenían funciones asistenciales; falta de divulgación y de compenetración de las bases teóricas y la inexperiencia del profesorado en este tipo de enseñanza, lo que creó una gran resistencia al cambio.

La inter relación de estudiantes de la carrera de medicina con la comunidad, tiene sus antecedentes desde 1974, al involucrarse estudiantes de medicina como voluntarios, en el programa: "Sanidad", participando con actividades de higiene personal e higiene oral; en las unidades de Salud de la Ermita y Zaragoza; actividades que las realizaron hasta 1976.

Las principales características que se implantan en la educación médica durante este período, refieren a la introducción de las Ciencias Sociales en el abordaje del proceso salud-enfermedad, la multi disciplinariedad, la participación comunitaria y el mejoramiento de la calidad de la enseñanza en las Ciencias Básicas y en Área Clínica; muy a pesar que se enfrenta una u otras limitantes muy fuertes como: la falta de coordinación entre la Facultad de Medicina de la UNAN León y el Ministerio de Salud; deficiencias presupuestarias; carencia de recursos humanos y materiales.

El curriculum tradicional, utilizado en este período presentó la siguiente problemática educativa, como producto de la falta de vinculación entre la escuela médica y los centros laborales. Esta se refleja en esa época en: el médico egresado no conoce el requerimiento de los componentes de los hospitales, obligándoles de esta manera ingresar a una inmediata capacitación y reentrenamiento.

Por otro en este mismo período se encuentra una marcada separación en el conocimiento del profesional de la medicina en relación a las destrezas y/o habilidades que este se tiene que fomentar y fortalecer en sus años de formación y práctica, colocándole nuevamente en la necesidad imperativa de iniciar de cero, para disminuir y

desaparecer la brecha entre ambos acontecimientos. Pero entre otras dificultades que más debilitan para esta época como resultante formativo del médico, es el énfasis o la mayor importancia que se da al régimen de enseñanza versada y cerrado del conocimiento acompañado por lo universal y general del mismo.

En 1976, que se empieza a trabajar en un cambio curricular en cuanto a: objetivos contenidos y metodologías, pero nuevamente se ve limitado este proceso de transformación en la malla curricular de la enseñanza de la medicina en León, en vista que las condiciones políticas existentes en el país, no favorecen; considerando además que justamente la Universidad de León en ese entonces es el bastión y creador de los principales opositores del gobierno de Nicaragua, sin ningún tipo de excepción por carrera de estudio, lo que significaría para la escuela de medicina de ese entonces un bloqueo en su proceso transformador curricular.

En 1979, la transformación política del país, permitió la innovación curricular global en la facultad de medicina, que accedió un plan de estudios de transición en el cual desaparecieron las unidades integradoras y se organizaron los conocimientos en materias y bloques, estableciéndose, de esta manera la enseñanza de las ciencias básicas en los primeros años y en los dos años siguientes, la enseñanza de las ciencias clínicas, culminando con el internado, cuya duración era y continúa de un año.

En los años 80, se inicia una nueva etapa de participación y relación de estudiantes con la comunidad, con la integración curricular “estudio trabajo”, aquí estudiantes desde II año, hasta V año de medicina, una tarde a la semana, se presentaban a brindar servicios, en los diferentes Programas de salud pública como: Higiene Escolar, enfermedades infecciosa, Prueba de la Malaria en los sectores urbanos y semi urbanos (María Mercedes Varela, Eugenio Pérez, etc), control de vectores, dispensarizados, y atención medica en determinada Unidad de Salud, bajo el acompañamiento de un doctor, con orientación en Salud Pública – como su docente. Los temas de sus actividades estaban en relación a higiene: personal y oral, diarreas, malaria, dengue y tuberculosis.

Bajo la proyección de la Educación Superior en 1980, asumiendo la experiencia de León y queriendo responder a la nueva realidad social de Nicaragua, es que la UNAN, de su plan de desarrollo que se proponía la formación de profesionales en cantidad y calidad acordes a los intereses de la Nación, se crea y se instala, bajo la asesoría e intervención profesional de la escuela de medicina de la UNAN León, la Escuela de Medicina en Managua, la cual inició su funcionamiento con la enseñanza del ciclo clínico, desarrollándose hasta tener, en 1984, todos los años de la carrera, convirtiéndose por consiguiente en una nueva Facultad, de la UNAN Managua.

Mientras Nicaragua, por medio de la UNAN, vive todo a lo interno del País, una gran experiencia de abrir y dar los primeros pasos a una nueva escuela de medicina, en 1992, Latinoamérica, inicia un proceso para fortalecer los esfuerzos, que permitiesen diseñar y proponer una estrategia educativa para profesionales de la salud, estableciéndose de esta manera los que en la actualidad conocemos como: “Una Nueva Iniciativa en la Educación de los Profesionales de la Salud (El proyecto UNI)⁶ , donde la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN León, concursa y compite con 144 Universidades Latinoamericanas, que propusieron para tal efectos perfiles de proyecto, que contuvieran este tipo de propuesta (nueva iniciativa de la enseñanza a profesionales de la salud), logrando de esta forma quedar seleccionada (ganando) la UNAN León, en la primera generación de 15 Universidades de la familia UNI; lo que vino a reforzar las Prácticas Comunitarias, que desarrollaban los estudiantes de la carrera de medicina.

Desde entonces hasta la fecha, el municipio de León, ha estado recibiendo a través de las Unidades de Salud, la atención de estudiantes de medicina como parte de sus prácticas profesionales, teniendo un repunte y auge de servicio, entre 1994 – 1998, cuando se formaron los equipos multidisciplinarios, con las carreras de la facultad de ciencias médicas, que una vez a la semana por la tarde, durante 4 horas, presentaban sus prácticas comunitarias.

⁶Dr. Meléndez González Rene qpd. y Dr. Wiron Valladares Vallejo qpd.

Por otro lado, este proceso innovador en la carrera de medicina, permitió hacer más énfasis a la enseñanza de la Medicina Preventiva; en la búsqueda de la calidad educativa se instaló un año de estudios generales, previo al ingreso a la carrera y además se aumentó la cuota de ingreso, de alumnos y alumnas de la carrera de 140 a 220 estudiantes.

El plan de desarrollo de las Facultades de: Ciencias Médicas León y Medicina Managua, liberó una serie de transformaciones, siendo de mayor relevancia: asignación de cuotas de estudiantes según su origen geográfico; plan de becas; transformación curricular del plan de estudios y programa de asignaturas; estudio trabajo; elaboración del perfil profesional del médico general; elaboración y ejecución del internado rotatorio a nivel nacional; programa de especialidades en conjunto con el Ministerio de Salud; aumento del personal especializado docente y, la investigación científica.

El curriculum producto de esta transformación se mantuvo vigente sufriendo algunas modificaciones en 1997 pero, conservando sus fundamentos principales y fue cambiado por el actual en 1999. Este curriculum tiene como objetivo la formación de un médico general capaz de ejercer funciones de atención médica integral, con una alta capacidad de resolución de los problemas planteados por la demanda de los servicios de salud de usuarios y usuarias, con un adecuado conocimiento de los principios políticos organizativos del Ministerio de Salud.

El Modelo Pedagógico de la carrera de medicina y su malla curricular; según el plan de estudio de la carrera de medicina, en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, núcleo de León (UNAN - León), este está basado, en el **Modelo SPICES** (*del inglés Studentcentered, Problem basedlearning, Integrated Community centered, Electiveissues, Systematized*): centrado en el estudiante, el aprendizaje basado en problemas, integrados centrados en la comunidad con temas electivos y sistematizados que se sostenidos en seis aspectos innovadores.

III. Justificación

La formación de profesionales de salud en especial de la carrera de medicina, de la Universidad Autónoma de Nicaragua – León (UNAN León), ha mantenido un nivel de expectativas y atractivos a las distintas instituciones privadas y públicas, del ramo nacional e internacional, que tienen que ver con esta área y tema de Nación y de orden Regional entre países. En muchos de los casos por sus origen histórico como escuela y facultad, así como por su nivel de experiencia y disposición a los cambios que signifiquen la modernidad y la calidad formativa de profesionales en un nuevo contexto mundial y regional.

Todas estas acciones han tenido diferentes actores e iniciativas y sobre todo una voluntad política que se compromete a un proyecto de nación; Nicaragua muestra a nivel internacional posiciones disposición y relación entre entidad y participación de población, ante la salud, una ancha banda de experiencia, que favorece a denotar los cambios y los resultados positivos y negativos de los mismos y en particular la ciudad de León, esto contribuye de sobre manera que se marque en el proceso de crecimiento y desarrollo del nuevo profesional de salud cada innovación y lo que le sucede a esta.

Por esta característica, se puede considerar claramente en León, que la experiencia temprana en la comunidad ayuda a que los estudiantes de medicina puedan aprender y desarrollar las actitudes apropiadas hacia sus estudios y hacia la práctica futura; a su vez, orienta el currículo médico hacia las necesidades de la sociedad. Pero además se puede considerar que la Universidad – requiere de mantener armónicamente una estrecha correspondencia con la institución rectora de la salud a nivel nacional y que ésta a su vez requiere de Universidad por su trayectoria autónoma, de un profesional comprometido y capaz de servir a la necesidad de salud de una población – bajo una política de servicio de nación, pero con una capacidad autónoma profesional.

Esta experiencia de la UNAN León y su facultad de ciencias médicas, indica que la relación de la universidad con los gobiernos y la comunidad puede significar una mejoría de las condiciones de salud de la población y de los perfiles educacionales, en vista que la atención primaria de la salud APS- , se puede adaptar a cada realidad geográfica y socio cultural; conocimiento que se puede ir incluyendo en la formación profesional por medio de los perfiles educacionales.

La Educación Médica de Pregrado señala que “la facultad de medicina debe garantizar un número adecuado de pacientes e instalaciones suficientes para la formación clínica en hospitales, incluidos los servicios ambulatorios, dispensarios, ámbitos de atención primaria, centros de atención sanitaria y otros ámbitos comunitarios para la población de alumnos” (Estándares de la *World Federation Medical Education- WFME y Task Force*).

El Institute for International Medical Education (IIME), en su propuesta de requerimientos mínimos esenciales, especifica los conocimientos, habilidades y actitudes profesionales que los estudiantes deben contar a la hora de la graduación y pone especial énfasis en el dominio de salud colectiva y sistemas de salud. La *Network Towards Unity for Health*. Presento un documento de posición que señala que los atributos de una institución académica y de atención de la salud orientada a la atención primaria caracterizado por: El currículo de pregrado y el número de posiciones de formación de postgrado reflejan un balance entre atención primaria y especialistas consistentes con las necesidades locales, regionales y nacionales.

Una parte sustancial de la experiencia de entrenamiento de los estudiantes tiene lugar bajo un modelo de mentoría con profesionales de la atención primaria jugando su modelo de rol. Primero en el que la investigación en atención primaria es un componente vital del esfuerzo de la institución, y segundo en el que los estudiantes están expuestos a modelos interdisciplinarios de cuidado de salud, investigación y educación en atención primaria.

En el ámbito regional de las Américas también han comenzado a surgir voces institucionales que plantean la necesidad de una reorientación curricular, señala la necesidad de “incorporación de asignaturas relacionadas con las ciencias sociales, gerencia y administración; estudio obligatorio de un segundo idioma y promoción del conocimiento de la realidad sociopolítica y legislativa del país”. Esta propuesta señala con claridad la integración como prácticas interdisciplinarias e interprofesionales que resultan claves en la implementación de modelos de APS, pero al hacer explícita la necesidad de incorporar saberes para el conocimiento social y de la realidad da un paso hacia una visión renovada de las competencias de los profesionales, ampliando la visión de la realidad que estos deben tener. Dentro de la especificación de la “capacidad para trabajar efectivamente en los sistemas de salud” el detalle señala que esto compete a la “capacidad para participar efectiva y activamente dentro del equipo de salud y en la comunidad”.

El *Proyecto 6x4* Unión Europea, de América Latina y el Caribe –UEALC-, define en sus publicaciones, “la necesidad de estrechar la cooperación y facilitar la movilidad entre los sistemas de educación superior en América Latina a fin de promover la transformación de estos últimos, y responde al propósito principal de la Declaración de la Conferencia Ministerial de los países de la Unión Europea, de América Latina y el Caribe sobre la Enseñanza Superior (París, noviembre de 2000), que es la construcción de un espacio común de educación superior UEALC”.

Los aspectos clave del proyecto, que propone un análisis en cuatro ejes, fueron el desarrollo de un acercamiento a la evaluación y reconocimiento de los resultados del aprendizaje, expresados en términos de competencias, el fortalecimiento de la pertinencia y de los vínculos de la educación superior y la investigación con la sociedad en el marco de la colaboración entre países y regiones. En el capítulo dedicado a la medicina (una de las seis áreas analizadas) se destacan una serie de competencias claramente ligadas a la APS (promoción y prevención de la salud). Es de destacarse que se explicita también una forma de evaluar que pone relevancia en la demostración de conocimientos y habilidades.

IV. Planteamiento del problema

¿Cuáles son las Innovaciones curriculares de la carrera de Medicina en UNAN León, de gran importancia hasta 2012?

V. Objetivos

Objetivo General:

Describir las innovaciones curriculares en la carrera de Medicina de la facultad de Ciencias Médica de la Universidad Autónoma de Nicaragua León.

Objetivos Específicos:

1. Mencionar los modelos curriculares de la carrera de medicina UNAN León
2. Describir las principales innovaciones curriculares de la carrera de Medicina UNAN León
3. Enumerar los resultados obtenidos de las innovaciones curriculares de la carrera de Medicina aplicadas UNAN León

VI. Marco Teórico Conceptual

En la actualidad, para Nicaragua la solución de problemas de salud de la sociedad, depende de las innovaciones y ajustes curriculares que la UNAN de León ha venido realizando y vanguardizando la facultad de Ciencias Médica de la Universidad de León. Por ello la planificación se ha establecido bajo una estrecha relación entre: la estructura social y económica de la Nación, las características de la práctica médica y su proceso evolutivo hasta llegar a la Atención Primaria de la Salud y, las políticas relevantes y que permanecen en la formación de médicos / - los recursos materiales, físicos y tecnológicos disponibles.

Ha sido determinante en todo el proceso de transformación curricular, que los objetivos generales y el perfil educacional coincidan con el perfil ocupacional del médico formado y además que la metodología educativa favorezca de manera efectiva al egresado, dejando como resultado que el profesional médico satisfaga las necesidades de la sociedad y del País en el sentido que el ente regulador nacional de la salud demande la contratación de este profesional que se ajusta a sus interés.

La enseñanza de la medicina ha incursionado por diferentes momentos, de acuerdo con el replanteamiento del conocimiento, el aprendizaje y la enseñanza, pudiendo citar desde perspectivas afines a tales propósitos, la tecnología educativa, la didáctica crítica, la psicología cognitiva, etc., que dieron lugar a diversificación en la aplicación de los programas de acuerdo al enfoque utilizado.

La UNESCO, en su Conferencia Mundial sobre la Educación Superior en el Siglo XXI: Visión y Acción, se pronuncio por la necesidad de crear un nuevo modelo de enseñanza superior, centrado en el estudiante, con renovación de los contenidos, métodos, y prácticas de aprendizaje, basados en nuevos tipos de vínculos y de colaboración con la comunidad; que permitan la transformación de los alumnos en agentes de su propia formación. Dentro de este enunciado destaca que los estudiantes deben estar bien

informados y profundamente motivados, provistos de un sentido crítico y capaz de analizar los problemas, buscar soluciones y asumir responsabilidades sociales.

Este planteamiento implica la necesidad de reformular los planes de estudio y utilizar métodos adecuados que permitan superar el dominio cognitivo de las disciplinas; facilitar el acceso a nuevos planteamientos pedagógicos y didácticos y fomentarlos para propiciar la adquisición de conocimientos prácticos, competencias y aptitudes para la comunicación, el análisis creativo y crítico, la reflexión independiente y el trabajo en equipo en contextos multiculturales, en los que la creatividad exige combinar el saber teórico y práctico tradicional o local con paciencia y la tecnología de vanguardia.

Lo anterior ha obligado a que las escuelas de medicina con curriculum tradicionales, se orienten hacia curriculum innovadores que ponen énfasis en la educación basada en la solución de problemas, la medicina basada en evidencias y la educación basada en competencias (López Ledesma), la mayoría de estos planes se sustentan pedagógicamente en el constructivismo, que considera al alumno como centro de la enseñanza y como sujeto mentalmente activo, que posibilita una mejor integración cognoscitiva del conocimiento al conectarse éste con la experiencia del alumno, reforzado por la motivación intrínseca por el saber y en la satisfacción de encontrar soluciones a los problemas planteados; además de propiciar mayor efectividad en el aprendizaje.

Se trata, de un nuevo modelo educativo, que contiene los elementos declarativos de la institución en términos de su concepción educativa; asimismo, considera aspectos organizativos, académicos y administrativos a fin de hacerla viable en cada circunstancia concreta. El marco declarativo está básicamente centrado en una concepción de las relaciones entre la sociedad y la institución, de una teoría del conocimiento, del aprendizaje como problema social y como problema psicológico y de los sistemas de enseñanza. Esta perspectiva cuestiona la concepción disciplinaria de la ciencia y demanda un abordaje múltiple del conocimiento, que posibilita la resolución global de problemas.

Incorporar efectivamente estas acciones a la vida cotidiana de la comunidad universitaria, representada por los alumnos, profesores, y el personal administrativo y de apoyo, implica promover nuevas formas de percibir, sentir y hacer las cosas, flexibilizar nuestras actitudes y reflexionar críticamente sobre nuestro trabajo, para superar nuestras limitaciones, afianzar nuestras fortalezas y desarrollar innovaciones en el ámbito educativo. Así, el proyecto piloto para la creación del Curriculum Integrado y Aprendizaje Centrado en el Estudiante conjuga de manera intencionada:

- ✓ Un curriculum integrado: caracterizado por sus contenidos estructurados a partir de ejes articulados, que surgen de la identificación y caracterización de las necesidades sociales prioritarias (regionales y nacionales) en las que el médico interviene como profesional; ordenados de acuerdo a los principios básicos de la medicina como disciplina científica y los avances de la misma como ciencia básica y aplicada,
- ✓ Estrategias didácticas centradas en el estudiante, considerándolo como protagonista activo, a partir de objetivos educativos definidos, respetando las cualidades personales y los estilos de aprendizaje del alumno.
- ✓ La promoción del auto aprendizaje y las destrezas cognitivas de los estudiantes, de manera activa y creativa, fomentando el uso de amplios recursos educacionales.
- ✓ La formación crítica y reflexiva, basada en problemas relevantes.
- ✓ La integralidad, a partir de la promoción de conceptos y destrezas transferibles, el trabajo en equipo y la práctica basada en las necesidades de la comunidad.
- ✓ Incorporación del modelo de competencias profesionales, definidas estas como los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para desempeñar un rol determinado y la capacidad de solucionar problemas en un contexto profesional específico.
- ✓ Articulación de las modalidades educativas relacionadas con sistemas tutoriales y la práctica disciplinaria, con escenarios de aprendizaje relacionados con la obtención de información teórica (bibliotecas, unidades de manejo de información, entrevistas con expertos, conferencias, etc.), escenarios para la obtención de datos empíricos (laboratorios, comunidad, escuelas, hospitales, empresas, etc.) y los escenarios para la integración, análisis y reflexión de la información obtenida en los otros escenarios (el aula, vía trabajo en equipo).

- ✓ Incorporación de estrategias de evaluación formativa, en la que se incluyen aspectos relacionados con el dominio de contenidos, el nivel de destreza, la autoevaluación, la evaluación grupal, la evaluación del proceso de aprendizaje mismo y de la función docente.
- ✓ Estos elementos buscan equilibrar las actividades y el trabajo de los catedráticos, combinando tres formas principales:
 - ✓ Actividades que permiten la explicación, demostración y modelamiento en procedimientos y técnicas de evaluación, investigación e intervención psicológica (Competencia técnica)
 - ✓ Dirección de los estudiantes en las revisiones y discusiones en pequeños grupos, particularmente de aspectos relacionados con el dominio de contenido teórico, conceptual y metodológico (Competencias teóricas, metodológicas, contextuales y éticas)
 - ✓ Actividades y/o trabajos que proporcionan a los estudiantes la oportunidad para practicar o aplicar lo que están aprendiendo (Competencias adaptativas e integrativas).

Estas competencias incluyen las: conceptuales, metodológicas, técnicas, adaptativas, contextuales, integrativas y éticas. Definición de Competencias Profesionales_ competencia se define como: la capacidad para el uso de estrategias cognitivas, habilidades interpersonales, actitudes y valores, que permitan la solución de problemas en contextos sociales específicos.

Las cuales se desarrollan, tanto en el aula, como en otros escenarios de aprendizaje (naturales y/o controlados), a partir de la incorporación de conocimientos científicos y técnicos, el desarrollo de habilidades disciplinarias específicas, la interacción social y la incorporación de actitudes y valores acordes con el rol profesional.

La Atención Primaria de Salud : definida hace 30 años por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena

participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación”.

Tipo de médico actual: En el caso de las ciencias de la Salud, existe una tendencia ya generalizada en América Latina de análisis crítico del proceso de formación de recursos humanos. El diseño curricular conlleva ese espíritu de búsqueda de modelos, marcos teóricos o estructuras curriculares que se observa en estos momentos en las escuelas latinoamericanas, y que implica, con sus diferentes matices, la obtención de un personal que responda en su práctica y en su nivel de conciencia a necesidades nacionales reales de salud y el tipo de recurso humano para cada periodo histórico. De esta forma una posible definición sobre el tipo de médico actual dejaba de ser estática para comprender las limitaciones históricas y poder, a la vez, prever transformaciones futuras.

Nuevo modelo de enseñanza médica bajo innovación curricular: Cuando se proyecta diseñar y establecer una escuela profesional de nuevo tipo, moderna y superior en eficiencia a las demás, se recurre a una metodología tradicional que consiste, en primer lugar, en establecer las necesidades del país en cuanto a profesionales para hacerlo se recurre a tres tipos de informantes: el gremio de profesionales; los administradores del ejercicio profesional, y los usuarios o beneficiarios de ese ejercicio. A partir de la consulta acuciosa de estas tres fuentes se establecen finalmente las necesidades, en calidad y cantidad, que el país tiene en cuanto a mano de obra profesional. El método se continúa con la revisión cuidadosa de los currículos existentes y la determinación de aquellos de sus elementos positivos susceptibles de ser incorporados al nuevo currículo. Dicha innovación deberá fundarse en el análisis de las estructuras involucradas en el contexto socioeconómico global.

Marco de referencia de la nueva metodología para el diseño escolar: consistente con la estructura escolar y el ejercicio profesional a partir de ese reconocimiento, la planificación que debe asumir la Universidad debe diferenciarse claramente de

racionalizaciones que consolidan la inercia del aparato educativo, y comprometerse con el proceso de transformación visible en la estructura social, pero aún de escasa repercusión en el diseño curricular de la enseñanza superior. A tal efecto se destacan en las profesiones del área de la salud cuatro instancias: atención médica individual, salud pública, enseñanza e investigación

Atención médica Individual: Desde el punto de vista histórico se encuentra que la hegemónica ha sido la atención médica individual, lo cual ha venido condicionando los currículos de las carreras de ciencias de la salud en el mismo sentido, produciendo un profesional que no responde completamente a la situación social existente.

Salud Pública: Las Universidades se propone revalorar la instancia denominada de salud pública, atendiendo al hecho de que los problemas de salud demandan hoy día no solo una atención enfocada al caso individual, sino la atención de los problemas de salud colectivos. Cabe entonces reforzar la toma de conciencia sobre la utilización de la práctica profesional por diferentes intereses y brindar a los docentes y alumnos instrumentos teóricos y prácticos como para que su ejercicio alcance sectores de la población que hasta el presente han recibido escasa atención.

Enseñanza e investigación: Las carreras del área de la salud se desenvuelven con fronteras cognoscitivas impuestas por la práctica dominante (la atención médica individual). Partiendo del reconocimiento de que el tipo de profesional a formar debe estar capacitado para abordar los problemas de salud colectivos y no solo individuales, se llegó a proponer un modelo estructurador de la enseñanza que contemple lo siguiente:

1. La atención de la multicausalidad de los problemas de salud (ecología causal), lo que significa tomar como punto de partida los condicionamientos sociales y la situación epidemiológica.
2. La unión entre teoría y práctica
3. La confluencia práctica de las ciencias básicas, clínicas y sociales en torno a los problemas de salud.

4. La visualización precoz por parte del alumno del modelo estructurador de su contexto y las implicaciones lógicas del mismo.

Enseñanza al servicio: el modelo debe estar relacionado con procesos sociales esenciales y ser explicativo de la relación entre práctica y conocimiento médico en cada sociedad en particular. La jerarquización del componente social y epidemiológico en las carreras del área de la salud supone también la inclusión del alumno y de la enseñanza en las actividades del servicio, de ahí que se fomentan dos cambios paralelos: una integración de la salud a lo social y un integración educación-servicio, o docente-asistencial.

Nuevo profesional de la salud: La fundamentación teórica del diseño curricular tiene entonces como objetivo desarrollar personal de salud-en este caso médicos que integre a una solida formación clínica una percepción integral de los problemas de salud. El paso de los alumnos por actividades de atención en los niveles primario, secundario y terciario que permite desarrollar una metodología de enseñanza que vincula constantemente el trabajo a la incorporación de nuevos conocimientos. La atención de la salud en el aprendizaje produce al profesional de alta competencia clínica y conciencia social que es ya un requerimiento manifiesto.

Innovación curricular en Latinoamérica: La base de las innovaciones curriculares se sostiene en la solución de problemas de salud de la sociedad. Esta proyección requiere que en la planeación del currículum se conjugue una red intrincada de relaciones entre las cuales las más importantes son: la estructura social y económica, las características de la práctica médica, las políticas prevalentes en la formación de médicos y los recursos materiales, físicos y tecnológicos disponibles.

Una parte relevante en este proceso, es que los objetivos generales y el perfil educacional coincidan con el perfil ocupacional del médico formado y además definir la metodología educativa que favorezca que efectivamente el egresado sea lo más idóneo posible para un ejercicio médico que satisfaga las necesidades de la sociedad.

Diferentes momentos de la enseñanza de la medicina: Ha incursionado de acuerdo con el replanteamiento del conocimiento, el aprendizaje y la enseñanza, pudiendo citar desde perspectivas afines a tales propósitos, la tecnología educativa, la didáctica crítica, la psicología cognitiva, etc., que dieron lugar a diversificación en la aplicación de los programas de acuerdo al enfoque utilizado.

La Conferencia Mundial sobre la Educación Superior en el Siglo XXI UNESCO: Visión y Acción de la UNESCO, se pronunció por la necesidad de crear un nuevo modelo de enseñanza superior, centrado en el estudiante, con renovación de los contenidos, métodos, y prácticas de aprendizaje, basados en nuevos tipos de vínculos y de colaboración con la comunidad; que permitan la transformación de los alumnos en agentes de su propia formación. Dentro de este enunciado destaca que los estudiantes deben estar bien informados y profundamente motivados, provistos de un sentido crítico y capaz de analizar los problemas, buscar soluciones y asumir responsabilidades sociales.

Este planteamiento implica la necesidad de reformular los planes de estudio y utilizar métodos adecuados que permitan superar el dominio cognitivo de las disciplinas; facilitar el acceso a nuevos planteamientos pedagógicos y didácticos y fomentarlos para propiciar la adquisición de conocimientos prácticos, competencias y aptitudes para la comunicación, el análisis creativo y crítico, la reflexión independiente y el trabajo en equipo en contextos multiculturales, en los que la creatividad exige combinar el saber teórico y práctico tradicional o local con paciencia y la tecnología de vanguardia.

Lo anterior ha obligado a las escuelas de medicina con curriculum tradicionales, hacia curriculum innovadores que ponen énfasis en la educación basada en la solución de problemas, la medicina basada en evidencias y la educación basada en competencias (López Ledesma),

Pedagogía Constructivista de la Enseñanza: La mayoría de estos planes se sustentan pedagógicamente en el constructivismo, que considera al alumno como

centro de la enseñanza y como sujeto mentalmente activo, que posibilita una mejor integración cognoscitiva del conocimiento al conectarse éste con la experiencia del alumno, reforzado por la motivación intrínseca por el saber y en la satisfacción de encontrar soluciones a los problemas planteados; además de propiciar mayor efectividad en el aprendizaje(8). Se trata, de un nuevo modelo educativo, que contiene los elementos declarativos de la institución en términos de su concepción educativa; asimismo, considera aspectos organizativos, académicos y administrativos a fin de hacerla viable en cada circunstancia concreta. El marco declarativo está básicamente centrado en una concepción de las relaciones entre la sociedad y la institución, de una teoría del conocimiento, del aprendizaje como problema social y como problema psicológico y de los sistemas de enseñanza. Esta perspectiva cuestiona la concepción disciplinaria de la ciencia y demanda un abordaje múltiple del conocimiento, que posibilita la resolución global de problemas.

Curriculum Integrado y Aprendizaje Centrado en el Estudiante conjuga de manera intencionada: Incorporar efectivamente estas acciones a la vida cotidiana de la comunidad universitaria, representada por los alumnos, profesores, y el personal administrativo y de apoyo, implica promover nuevas formas de percibir, sentir y hacer las cosas, flexibilizar nuestras actitudes y reflexionar críticamente sobre nuestro trabajo, para superar nuestras limitaciones, afianzar nuestras fortalezas y desarrollar innovaciones en el ámbito educativo. Un curriculum integrado: caracterizado por sus contenidos estructurados a partir de ejes articulados, que surgen de la identificación y caracterización de las necesidades sociales prioritarias (regionales y nacionales) en las que el médico interviene como profesional; ordenados de acuerdo a los principios básicos de la medicina como disciplina científica y los avances de la misma como ciencia básica y aplicada, _Estrategias didácticas centradas en el estudiante, considerándolo como protagonista activo, a partir de objetivos educativos definidos, respetando las cualidades personales y los estilos de aprendizaje del alumno.

Fomento del uso de recursos educativos de auto aprendizaje: La promoción del auto aprendizaje y las destrezas cognitivas de los estudiantes, de manera activa y creativa, fomenta el uso de diversos recursos educativos, tales como:

- ✓ La formación crítica y reflexiva, basada en problemas relevantes.
- ✓ La integralidad, a partir de la promoción de conceptos y destrezas transferibles,
- ✓ El trabajo en equipo y la práctica basada en las necesidades de la comunidad.
- ✓ Incorporación del modelo de competencias profesionales, definidas estas como los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para desempeñar un rol determinado
- ✓ La capacidad de solucionar problemas en un contexto profesional específico. Estas competencias incluyen las: conceptuales, metodológicas, técnicas, adaptativas, contextuales, integrativas y éticas.
- ✓ Articulación de las modalidades educativas relacionadas con sistemas tutoriales y la práctica disciplinaria, con escenarios de aprendizaje relacionados con la obtención de información teórica (bibliotecas, unidades de manejo de información, entrevistas con expertos, conferencias, etc.),
- ✓ Escenarios para la obtención de datos empíricos (laboratorios, comunidad, escuelas, hospitales, empresas, etc.) y los escenarios para la integración, análisis y reflexión de la información obtenida en los otros escenarios (el aula, vía trabajo en equipo).
- ✓ Incorporación de estrategias de evaluación formativa, en la que se incluyen aspectos relacionados con el dominio de contenidos, el nivel de destreza, la autoevaluación, la evaluación grupal, la evaluación del proceso de aprendizaje mismo y de la función docente.

Equilibrio del trabajo de enseñanza de los catedráticos: Estos elementos buscan, combinando tres formas principales: i) actividades que permiten la explicación, demostración y modelamiento en procedimientos y técnicas de evaluación, investigación e intervención psicológica (Competencia técnica) ii) dirección de los estudiantes en las revisiones y discusiones en pequeños grupos, particularmente de aspectos relacionados con el dominio de contenido teórico, conceptual y metodológico (Competencias teóricas, metodológicas, contextuales y éticas) y, iii) actividades y/o

trabajos que proporcionan a los estudiantes la oportunidad para practicar o aplicar lo que están aprendiendo (Competencias adaptativas e integrativas).

Competencias Profesionales: La capacidad para el uso de estrategias cognitivas, habilidades interpersonales, actitudes y valores, que permitan la solución de problemas en contextos sociales específicos. Las cuales se desarrollan, tanto en el aula, como en otros escenarios de aprendizaje (naturales y/o controlados), a partir de la incorporación de conocimientos científicos y técnicos, el desarrollo de habilidades disciplinarias específicas, la interacción social y la incorporación de actitudes y valores acordes con el rol profesional.

Competencia: es el conjunto de saberes conceptuales, procedimentales y actitudinales que debe poseer una persona para desempeñar las funciones propias de su perfil conforme los estándares de calidad establecidos. Los saberes conceptuales se refieren a conocimientos de los diferentes campos disciplinarios: conceptos, hechos, principios; los procedimentales, a la capacidad de llevar a cabo procedimientos y operaciones prácticas diversas, habilidades y destrezas; y los actitudinales a la capacidad de establecer y desarrollar las relaciones que son necesarias en el ámbito del trabajo: actitudes, normas, valores.

Una manera de clasificar las competencias es:

Genérica: las que necesita adquirir todo profesional para un desempeño adecuado. Deben ser desarrolladas en el transcurso del plan de estudio.

Específicas: son las que se relacionan directamente con el ejercicio de una profesión. Suponen la capacidad de transferir las destrezas y conocimientos a nuevas situaciones dentro del área profesional o profesiones afines.

Curriculum: Implica la totalidad educativa de una institución (programas escolares, planes de estudios y análisis de la práctica); enfatiza la adquisición de competencias-

por medio de estrategias de enseñanza-aprendizaje-y su evaluación a través de evidencias de conocimientos y de desempeño.

Desempeño: marcan aquello que las obligaciones y responsabilidades de un cargo, son inherente y se definen como debido dentro de un contexto concreto. El desempeño se concreta en la práctica social del trabajo. Para lograr una descripción del desempeño, se tiene que especificar: la definición de los papeles (rol); identificación de problemas en cada papel o rol; especificación de tareas y la verificación del cumplimiento en la práctica real del trabajo.

Enfoque constructivista: es un enfoque pedagógico que se basa en las teorías de construcción del conocimiento y el aprendizaje significativo; enfatiza la importancia de la interacción con el medio y con los otros. Concibe el aprender como re construir los conocimientos a partir de las ideas previas de la persona que aprende, sean estas adquiridas de manera formal o informal; y el enseñar, como mediar en el proceso de aprendizaje. Desde este punto de vista el proceso educativo debe centrarse en el sujeto que aprende, enfatizar el desarrollo de competencias y hacer uso de distintos recursos y escenarios de aprendizaje. Esto implica un cambio en el papel del estudiante como protagonista y del profesor, como facilitador del proceso de aprendizaje.

Enfoque pedagógico: es un cuerpo teórico que sustenta la forma en que se visualizaran los diferentes elementos que interactúan en la implementación del currículo (contexto social, objetivos, contenidos, metodología, recursos, evaluación, estudiantes y docentes) y como se concebirán sus interacciones de acuerdo con el énfasis que se dé a algunos de sus elementos.

Evaluación basada en las Competencias: es la comparación de las competencias de una persona, con los estándares de desempeño definidos o escritos.

Macro programación: es la fase macro del diseño curricular, representa el encuadre general de la carrera ,se concretiza en un documento oficial en el que se indican

aspectos relativos a: la justificación y fundamentación de la carrera, el perfil académico profesional, el plan de estudio, el mapa curricular, los requisitos de ingreso y egreso , la descripción general(descriptores) de cada componente curricular , así como las orientaciones generales relacionadas con las estrategias de aprendizaje y evaluación.

Pertinencia social de la carrera: indica el grado de correspondencia que existe entre los fines y objetivos de la carrera y los requerimientos de la sociedad.

Plan de estudios: es una estructura curricular, mediante la cual se organiza en el ámbito académico y administrativo una carrera. Incluye el conjunto de componentes curriculares de la carrera, ordenados de forma coherente de acuerdo al régimen definido (semestral, cuatrimestral, trimestral); con el fondo de tiempo y el número de créditos académicos asignados a ellos. Esta estructura articula las áreas de la actividad académica: Docencia, Investigación y Proyección Social. En la modalidad regular cada año académico se organizara en dos semestres, estos tendrán una duración de 15 semanas más una semana de inducción, la que no será incluida para el cálculo de los créditos académicos. La semana de inducción está destinada para introducir a los estudiantes al conocimiento de la normativa universitaria y demás aspectos organizativos del semestre.

Programa: desde el punto de vista del proyecto educativo de la UNAN-LEON de 1997, se concibe el concepto de programa como sinónimo de carrera, es una forma de organización de los estudios universitarios a nivel de pregrado.

Tutores/as: conocen en detalle el programa educacional (sus métodos, evaluación, objetivos, recursos educacionales, etc.), por el o ella, transita el o la estudiantes, internas e internos. Ayudan al estudiante, internas e internos a reconocer sus objetivos dentro del marco de los objetivos del programa y por encima de todo, **facilitan el aprendizaje de los estudiantes**. Son para estudiantes, internas e internos, quién más les **facilita aprender a aprender** y a desarrollar las diversas estrategias educacionales con las que se debe armar de por vida.

VII. Metodología de la Investigación

Se realizó una investigación documental a través de la revisión específica, bajo el esquema y pasos subsiguientes: Elección del tema; Acopio de la bibliografía básicas sobre el tema; elaboración de bibliografía y hemerográficas; Lectura rápida del material; delimitación del tema, elaboración del esquema de trabajo de las principales innovaciones curriculares de la carrera de medicina de la UNAN León.

Se escogieron los procesos y tiempos o sucesos en los que más se han trabajado los cambios educacionales y se eligió de cada uno de ellos lo más representativo o que ha impactado en la carrera hasta la actualidad. Tales como el modelo escolástico de la enseñanza de medicina, el modelo napoleónico, el modelo flexleriano y spice.

Para la búsqueda se utilizaron indagadores específicos confiables de información científica como Entrez- Pub Med, ISI Web of Knowledge, GoPubMed, HighwirePress. Para recolectar dicha información se uso el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP). El Grupo tutorial se realizo en Departamento de Ciencias Morfológicas de la Facultad de Medicina de la UNAN- LEON. Los seis encuentros fueron guiados por tutor académico de la Maestría en educación superior en Salud.

Para la realización del Trabajo, conclusiones, se utilizó Office 2010 y los servicios de Internet.

Criterios de inclusión: Se consideró como Modelo Curricular Innovado todos aquellos que cumplen con los principios de los modelos constructivistas que siguen los criterios modelo del SPICE.

Definición de variables operacionales: estas se refieren a toda aquella constante de fenómeno y preposición sujeta de estudio, que por diferentes razones se torna vulnerable a la transformación de comportamiento durante el estudio en el proceso práctico de la investigación.

Investigación documental: Es una variante de investigación científica, cuyo objetivo fundamental es el análisis de diferentes fenómenos. Utiliza técnicas muy precisas de documentación existente. Es parte esencial de un proceso investigativo científico. Es una estrategia donde se observa se reflexiona sistemáticamente sobre realidades, usando diferentes tipos de documentos. **Indaga, interpreta, presenta** datos e información sobre un tema determinado.

Investigación documental para educación médica: refiere a buscar y encontrar para soportar la investigación, todo documento escrito en electrónico y sólido que refiere y data sobre la educación médica en el ámbito geográfico propuesto para este estudio, así como la selección de la muestra definida.

Revisión Bibliográfica: información recolectada a partir de la revisión de los trabajos científicos publicados en revistas académicas relacionadas en las ciencias de la educación.

Currículo: Conjunto de competencias básicas, objetivos, contenidos, criterios metodológicos y evaluación que los estudiantes deben alcanzar en determinado nivel educativo.

Currículo medico tradicional: Conjunto de competencias básicas, objetivos, contenidos, criterios metodológicos y evaluación que los estudiantes deben alcanzar en determinado nivel educativo. Las estrategias de enseñanza- aprendizaje son basados en el docente.

Currículo medico innovado: Conjunto de competencias básicas, objetivos, contenidos, criterios metodológicos y evaluación que los estudiantes deben alcanzar en determinado nivel educativo. Las estrategias de enseñanza- aprendizaje son con sentido constructivista o el modelo SPICE.

Aprendizaje Basado en la Solución de Problemas -ABSP: Es una estrategia educativa que capacita a estudiantes de manera eficiente para razonar y el juicio crítico. El principio consiste en enfrentar al estudiante a una situación y darle una tarea o reto como fuente de aprendizaje.

Aprendizaje Basado en Problemas -ABP-: Estrategia de Enseñanza y Aprendizaje basado en problemas.

SPICES: Modelo educativo constructivista.

Entrez- Pub Med: Buscador de publicaciones biomédicas, secuencias de nucleótidos, proteínas y organismos.

ISI Web of Knowledge (índices de impacto de las revistas científicas, citas de cada artículo y autor y listados de investigaciones top por materia): Permite la búsqueda de artículos científicos a través de las citas.

Go Pub Med: Buscador inteligente de publicaciones científicas del área Biomédica.

HighwirePress: Buscador de publicaciones científicas. Buscar de ciencias.

Scirus: Buscador de ciencia.

Google Scholar: Buscador de publicaciones científicas de Google. Indica el número de citas y permite el acceso inmediato a las empresas que distribuyen las revistas.

VIII. Resultados

8.1. DESARROLLO DEL PRIMER OBJETIVO

Describir las principales innovaciones curriculares de la carrera de Medicina UNAN León

Modelo Escolástico de la Enseñanza de la carrera de medicina en la Escuela de Medicina 1798 (hoy Facultad de Ciencias Médica)

Filosofía Cristiana, desarrollada primero en las Escuelas Monacales (monasterios) y después en las universidades, en los siglos VIII al XV. El tema fundamental es el de Dios, propia de los “Fundamentalistas Escolásticos”. Este modelo se define rol del docente, bajo la enseñanza de la “verdad” (tecnológica-filosófica), donde su relación es, autoritaria intérprete de los contenidos; conocedor, poseedor de la verdad; expositor dominante, verbalista, ritualista, dogmático; mientras el papel del alumno es: receptivo, memorístico, irreflexivo garantizando que la *condición de su sexo fuera ser hombre*. La demostración de su aprendizaje, consistía en la recitación de memoria siendo este el método de enseñanza –aprendizaje más generalizado, del modelo y de la época; el estudiante aprende de memoria pregunta-respuesta.

Modelo Napoleónico separa a la Iglesia Católica de la Educación (1893) se crea la Facultad de Medicina – Se otorga Título de doctor en medicina

La universidad fue reorganizada, asume un rol profesionalizado, bajo concepciones más novedosas que dan origen a una medicina de carácter más científico *logrando desarrollar la clínica*, “Sistema de la Universidad Napoleónica” y con ello la Facultad de Medicina, empieza a otorgar el título de Doctor en Medicina, se elimina el cargo de rector y el latín de los títulos universitarios; se sustituye el título de licenciado por el de doctor, pero no como dignidad académica sino como un título profesional.

Los decanos y los profesores eran nombrados por el poder ejecutivo (gobierno de Nicaragua); desaparece todo vestigio de Autonomía Universitaria, que le permitía o la integraba al poder de la Iglesia Católica; la adopción del modelo francés significó la desarticulación de la universidad y su sometimiento a la tutela y guía del Estado. El

cometido de la universidad se limitó a preparar profesionales requeridos por la administración pública y las necesidades sociales más apremiantes.

Modelo Flexneriano 1958 norteamericanización de la enseñanza de la carrera de Medicina, se crean los departamentos; se desarrollan las ciencias básicas y la formación del médico se centra en el ámbito hospitalario

El doctor Mariano Fiallos Gil junto a estudiantes y docentes conquistan la autonomía universitaria, permitiéndose de esta forma un proceso de evolución y transformación a lo interno de la misma, logrando así iniciar un modelo desarrollista y liberal de la educación superior, por supuesto que este proceso logra incidir irrevocablemente en la carrera de medicina, donde se introduce el “*modelo Flexneriano*” el cual modifica el esquema napoleónico, dando paso a la norteamericanización de la enseñanza de la educación superior, creándose de esta forma los departamentos; se desarrollan las ciencias básicas y la formación del médico se centra en el ámbito hospitalario.

Modelo orientado hacia la prevención de enfermedades según su naturaleza y ambiente en que se desarrolla considerando paradigma Leavell y Clark 1969 - 1972

En 1969, se inicia en Centroamérica una corriente dirigida a cambiar la currícula de las Facultades de medicina, promovida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), contando con el apoyo de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM), lo que permite que en 1972, se cuente con el Nuevo Curriculum de Pregrado, teniendo como base las unidades integradoras alrededor de centros de interés y el “*Paradigma de Leavell y Clark*”⁷ sobre la historia natural de las enfermedades. Además como parte de esta innovación, se establece, como factor fundamental para el desarrollo curricular, el contacto con la comunidad desde los primeros años de la carrera.

Aunque en 1976, se inicia un cambio curricular en cuanto a: objetivos contenidos y metodologías, este se ve limitado en la transformación de la malla curricular por las

⁷Leavell Y Clark. Prevention Medicine For The Doctor In His Community: An Epidemiologic APROACH. New York- MaC Graw Hill 1958. Bases Epidemiológicas de la Intervención en Salud Pública. Capítulo 13. Dr. Jorge Alarcón V.

condiciones políticas del país, donde la Universidad de León se involucra fuertemente en contradicciones muy relevantes con el gobierno de Nicaragua dándose un bloqueo en su proceso transformador curricular.

Modelo orientado a la formación de bloques que establece la enseñanza de ciencias básicas (2 años) y ciencias clínicas (2 años) además de crear el internado (1 año) cobertura y ampliación de estudiantes de medicinas - 1979 - 1984

En 1979, la transformación política del país, permitió la innovación curricular global en la facultad de medicina, que accedió un plan de estudios de transición en el cual desaparecieron las unidades integradoras y se organizaron los conocimientos en materias y bloques, estableciéndose, de esta manera la enseñanza de las ciencias básicas en los primeros años y en los dos años siguientes, la enseñanza de las ciencias clínicas, culminando con el internado, cuya duración era y continúa de un año.

En los años 80, se inicia una nueva etapa de participación y relación de estudiantes con la comunidad, con la integración curricular “estudio trabajo”, aquí estudiantes desde II año, hasta V año de medicina, una tarde a la semana, se presentaban a brindar servicios, en los diferentes Programas de salud pública como: Higiene Escolar, enfermedades infecciosas, Prueba de la Malaria en los sectores urbanos y semi urbanos, control de vectores, dispensarizados, y atención médica en determinada Unidad de Salud, bajo el acompañamiento de un doctor, con orientación en Salud Pública – como su docente. Los temas de sus actividades estaban en relación a higiene: personal y oral, diarreas, malaria, dengue y tuberculosis.

Bajo la proyección de la Educación Superior en 1980, asumiendo la experiencia de León y queriendo responder a la nueva realidad social de Nicaragua, se crea y se instala, bajo la asesoría e intervención profesional de la escuela de medicina de la UNAN León, la Escuela de Medicina en Managua, la cual inició su funcionamiento con la enseñanza del ciclo clínico, desarrollándose hasta tener, en 1984, todos los años de

la carrera, convirtiéndose por consiguiente en una nueva Facultad, de la UNAN Managua.

Modelo SPICES (Studentcentered, Problembasedlearning, Integrated Community centered, Electiveissues, Systematized) - Educación del profesional de la medicina centrada en la y el estudiante, Aprendizaje Basado en Problemas (la salud de la comunidad y familia) 1997 – 1999

Este curriculum tiene como objetivo la formación de un médico general capaz de ejercer funciones de atención médica integral, con una alta capacidad de resolución de los problemas planteados por la demanda de los servicios de salud de usuarios y usuarias, con un adecuado conocimiento de los principios políticos organizativos del Ministerio de Salud.

El Modelo Pedagógico de la carrera de medicina y su malla curricular; según el plan de estudio de la carrera de medicina, en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, núcleo de León (UNAN - León), este está basado, centrado en el estudiante, el aprendizaje basado en problemas, integrados centrados en la comunidad con temas electivos y sistematizados. que se sostenidos en seis aspectos innovadores.

8.2. DESARROLLO DEL SEGUNDO OBJETIVO

Describir las principales innovaciones curriculares de la carrera de Medicina UNAN León

Tendremos que situar tanto a sujetos de investigación e investigadores que todas las innovaciones se tienen que ver como procesos continuos y evolutivos; por lo cual cuando estos se colocan como proyectos formativos implementan mejorías en sus: enfoques, contenidos y organizaciones, con el fin de preservar la *calidad de vanguardia* en la transferencia de conocimientos y desarrollo de la disciplina que garantice en cualquier contexto universitario.

En estos procesos evolutivos de la innovación curricular, Nicaragua se coloca junto con Latinoamérica en dos grandes momentos históricos de revolución de la innovación curricular entre los años 40 al 50 del siglo XX y en el segundo quinquenio del siglo XXI.

Principal Innovación curricular bajo el enfoque Flexner sobre aprendizaje de medicina de la UNAN León

Para el Siglo XX, en 1958 – encontramos una Universidad Nacional y Autónoma, que en la ciudad de León, se moderniza y logra que en la carrera de medicina como facultad, se introduzca el modelo norteamericano del aprendizaje, basado en el modelo de Flexner –1910-.

Es de gran valor los aportes en vista que aún en la actualidad para su comparación de época, se mantienen en implementación, algunas de sus aportes tales como:

- La integración de las ciencias básicas y las ciencias clínicas en cuatro años, equilibradas en dos años cada una;
- Estimularse el aprendizaje activo y limitar el aprendizaje de memoria mediante conferencias;
- Estudiantes de la carrera, no deben aprender solamente hechos, sino desarrollar el pensamiento crítico y la habilidad de resolver problemas;
- Educadores deben enfatizar que en los médicos, el aprendizaje es una tarea para toda la vida.

Desde el punto de vista pedagógico el legado que deja *Flexner*, hasta la actualidad es que el aprendizaje de la medicina se sostiene en: *“Un paralelo entre el método clínico y la labor investigativa a través de la validación de hipótesis en la práctica. Equilibrio adecuado entre médicos especialistas capacitados y los médicos de atención primaria. El estudiante no solamente mira, oye y memoriza, él hace su propia actividad en el laboratorio y en la clínica son los factores principales en su instrucción y formación disciplinaria”*.

A pesar de estar a un siglo de sus planteamientos, y en la actualidad con algunas adaptaciones se mantienen grandes recomendaciones de Flexner, tales como:

“la enseñanza basada en la solución de problemas”,

“el papel del hospital docente” o

“la necesidad de inculcar valores morales en los profesionales de la Medicina”.

Principal Innovación curricular bajo el enfoque MacMaster sobre aprendizaje de medicina de la UNAN León

El programa de formación médica de McMaster se diseñó para superar el choque del estudiante de medicina que tenía con el exceso de información, que algunas veces no era necesario en sus proceso de aprendizaje, con este enfoque se establecer un ambiente de aprendizaje estimulante en la que los estudiantes integran la ciencia básica con habilidades clínicas tales como entrevistar y examinar a los pacientes; que logran practicar en la década de los años 60 destacándose escuelas de medicina del Canadá (Sherbrooke, Laval, Calgary, Queen's), Reino Unido (Dundee) y Australia (Newcastle), en algunos países Latinoamericanos (México y Chile) se introduce a inicios de la década de los 70.

Los principales aportes de este enfoque

- Crear en los estudiantes hábitos de estudios los que se convertirían en la base para una larga vida de auto-formación
- Promover el aprendizaje estimulante a través de la solución de problemas
- Desarrollar las habilidades y actitudes necesarias para procesar y utilizar la información médica.
- Los estudiantes de medicina tendrían que ser los principales responsables de su propia educación.
- Grupos tutoriales pequeños,
- La autoevaluación se convirtió en un proceso constante e informal de recibir la retroalimentación sobre su rendimiento en la discusión con los pares y tutores
- El cuerpo docente (tutores y consejeros) estaba disponible para ayudar, pero no para tomar la iniciativa en este proceso

En la década de los 70 en Nicaragua, se trata de integrar a estudiantes en los puestos de salud, para llevar sus prácticas y se desarrollo un proceso de innovaciones curriculares, entre los cuales se consideran las experiencias mencionadas – pero se ve dificultado por los procesos políticos y militares del País imposibilitando el avance de la transformación e integración de innovaciones curriculares, sobre todo por el año 1976, en el que se empieza a agudizar la crisis.

Ya 1979 hasta 1984, La UNAN León, se recupera y se armoniza socialmente, además que puede establecer y estrechar vínculos institucionales con el ente regulador de la salud a nivel gubernamental, lo que permite de manera rápida integrar o reavivar los procesos innovadores curriculares, considerando la correspondencia institucional del Ministerio de Salud, fortaleciendo en el aprendizaje de la medicina las prácticas comunitarias y ampliando la cobertura del número de estudiantes, con la asistencia y asesoría que presta la UNAN León a la UNAN Managua en la apertura de la carrera de medicina en Managua.

Principal Innovación curricular bajo el enfoque Spice sobre aprendizaje de medicina de la UNAN León⁸

El modelo Spice contempla una *Estrategia educativa Constructivista*, con un currículo *Integral e Integrado, Centrado en el estudiante, Basado en la comunidad, y en problemas reales*. Guía al estudiante de lo simple a lo complejo, de lo ambulatorio a lo hospitalario. Además integra a lo largo del currículo y de forma permanente la experiencia-vivencial de campo y la Medicina basada en evidencia.

Entre los principales aportes con que se cuenta, se tiene un modelo organizacional de estudiantes y tutores basado en las premisas a saber:

- Fortalecer la atención integral según las normas y protocolos del modelo de salud (MOSAFC y MASIRAAN) que se implementa desde la orientación del Ministerio de Salud de Nicaragua.

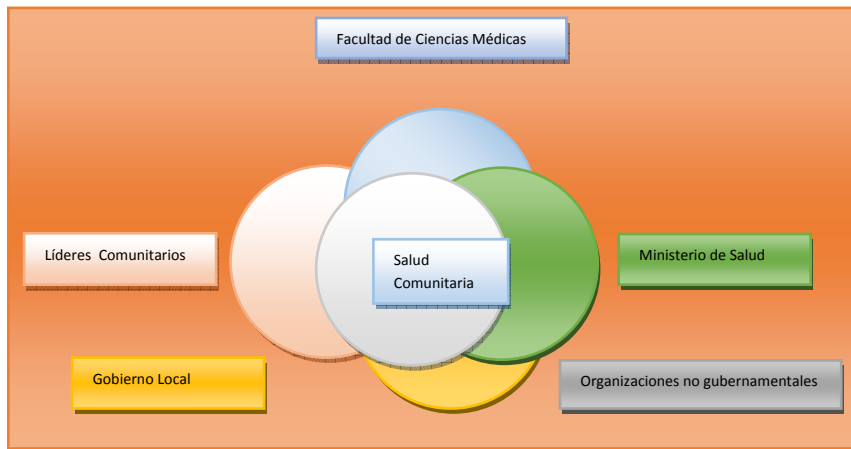
⁸ Sistematización de Experiencias Prácticas Comunitarias/ 2012 F. Bustamante; E Paredes; I Paredes

- Contribuir la participación social para la búsqueda conjunta de soluciones de problemas con y para la comunidad.
- Facilitar el trabajo en equipo multi profesional que permita desarrollar las competencias/desempeño que las diferentes carreras pretenden alcanzar en las Prácticas Comunitarias.
- Garantizar la organización del sector en conjunto con la red comunitaria y actores sociales para brindar el conjunto de prestaciones de servicios de salud a nivel del individuo, la familia y la comunidad.
- Capaz de ser absorbido gradualmente por las instituciones participantes.
- Favorecer la organización alrededor de las Unidades de Salud y los sectores comunitarios de salud.
- Facilitar el abordaje integral de la salud, siendo el individuo, la familia y la comunidad los responsables del auto-cuido, de estilo de vida saludable y la comunidad la responsable de la conservación del medio ambiente.
- Contribuir al desarrollo del liderazgo de los actores sociales relevantes.

Por otro lado este modelo cuenta con características organizativas de un trabajo comunitario de estudiantes, tutores y comunidad a saber:

- La unidad básica de intervención sanitaria es el equipo de salud familiar y comunitaria. Estos serán definidos de acuerdo a la cobertura de las unidades del MINSA priorizando la atención según los planes del mismo.
- La asignación de responsabilidades en el equipo de trabajo será de acuerdo a los diferentes niveles de complejidad determinados en el Que Hacer Estudiantil basándose en las competencias del estudiante de medicina y el modelo de determinantes de la salud.

Esquema del Modelo Educativo⁹



De igual manera el modelo deja a lo largo de su ejecución un Perfil del Médico y la Médica a saber:

La atención primaria en salud (APS), está concebida como el conjunto de cuidados de salud básicos contruidos sobre métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentados, y socialmente aceptables, que son accesibles a individuos y familias, a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden sufragar en forma sostenible en cada etapa de su desarrollo, dentro del espíritu de confianza en sí mismo y de autodeterminación.

La atención primaria en salud –APS- forma parte integral, tanto del sistema de salud, del cual es una función central y principal foco, y del desarrollo económico y social global, se brinda en los diferentes niveles de organización del sistema de salud. En este contexto se han definido las siguientes competencias del Perfil de Médico General:

1. Realiza acciones de prevención y promoción de la salud en conjunto con la comunidad, organiza los servicios de salud aplicando conocimientos básicos sobre gerencia y el marco jurídico nacional vigente.
2. Realiza una atención Integral al individuo, la familia, y la comunidad.
3. Orientado hacia la comunidad, el individuo y a la promoción de estilos de vida saludable.
4. Realiza, diagnóstico de salud de la población, mediante la identificación de los determinantes más importantes en una comunidad, tanto los dependientes del estilo de vida

⁹ Sistematización de la experiencia/2012 –F. Bustamante, E Paredes e I paredes

como los biológicos, demográficos, ambientales, sociales, económicos, psicológicos y culturales.

5. Realiza acciones, en conjunto con los distintos sectores sociales y con la comunidad, para la prevención y control de factores de riesgo modificables, tanto a nivel individual, como familiar y comunitaria.

6. Trabaja en equipos multidisciplinarios en el suministro de cuidados a la salud de las personas, grupos de población y comunidades.

7. Ejerce sus funciones tomando en cuenta las políticas, normas, organización, financiación, medidas de contención de costos y principios de gerencia efectiva en el suministro de atención a la salud.

8. Impulsa los mecanismos que promueven la equidad en el acceso a los cuidados de salud, la efectividad y calidad de esos cuidados.

Es sobre esta base formativa del Perfil del médico y la médica, que la Política Nacional de Salud; puede ser encaminada a armonizar la actuación de las instituciones y organizaciones públicas y privadas que inciden en la salud, creando mecanismos efectivos de articulación para el desarrollo de acciones que resuelvan los problemas de salud más sentidos de la población, bajo el liderazgo y r

El modelo deja una formación médica, bajo el precepto planteado, que crea y forma, las suficientes destrezas y habilidades, a partir de su II año hasta su VI año en prácticas comunitarias –PC-,

Se logra de que en correspondencia a su año de estudio estudiantes de medicina puedan desempeñar correctamente ambientes comunitarios y hospitalarios, promoviendo su capacidad y destreza de:

- aprender a aprender,
- aprender a hacer,
- aprender a ser y
- aprender a convivir,

Este método de aprendizaje permitirá, de que los y las estudiantes puedan enfrentar los retos que plantea el avance científico tecnológico, las tendencias regionales y mundiales en relación a la educación médica, las que apuntan al diseño de currículos orientados al desarrollo de competencias y al fortalecimiento de las capacidades para la Atención Primaria en Salud Renovado.

8.3. DESARROLLO DEL TERCER OBJETIVO

Enumerar los resultados obtenidos de las innovaciones curriculares de la carrera de Medicina aplicadas UNAN León

Orientar el estudio de medicina al aprendizaje basado en el problema, permite enfocarse a la atención en salud a la comunidad, donde se privilegia a la familia nicaragüense, principalmente las más vulnerables o excluidas social y económicamente, aborda a las personas en todos los ciclos de vida como un proceso continuo, con momentos interrelacionados de promoción y prevención de su salud, atención al daño y rehabilitación, con un enfoque holístico preventivo amplio y con acciones dirigidas al control del entorno, lo que permite a un estudiante ser práctico y captador de conocimiento necesario y preciso; dejando una alta calidad formativa.

La participación integral formativa de estudiantes de medicina en APS, favorece de sobremanera a disminuir o incidir efectivamente en la disminución de:

- Probabilidad de mortalidad infantil dos veces mayor
- Tasa global de fecundidad tres veces más alta
- Desnutrición crónica total seis veces más alta
- Embarazo en adolescentes 3 veces mayor
- La utilización de los establecimientos de salud para la atención del parto es dos veces menor;
- El cumplimiento de los esquemas de vacunación es 10 puntos porcentuales más bajo
- La prevalencia de EDA es tres veces más frecuente;
- El uso de métodos anticonceptivos modernos es diez puntos porcentuales menor;

De esta forma se logra formar a un médico con corte y enfoque Humanista, en el que se pueden trabajar el fortalecimiento de valores y principios éticos profesionales de servicio humanitario.

Estrechos lógica de las relaciones interinstitucionales de las dos grandes entidades que se colocan al frente de la salud desde dos puntos diferentes; 1- la institución rectora de la salud MINSA, 2- la institución formadora de profesionales de la salud – orientadas ambas a las exigencias y compromisos internacionales – sobre la prestación de servicios de la salud a saber:

- Priorizar la atención de la salud a los sectores poblacionales más excluidos, que según mapa de pobreza de Nicaragua¹⁰, se encuentran en las Regiones Autónoma del Atlántico Norte y Sur; en el norte del País, así como en las zonas secas de occidente

¹⁰VIII Censo de población y V de Vivienda INIDE 2005

- Se hace de vital importancia presumir de cambios innovadores para mejorar la equidad, calidad, y eficiencia en la prestación de servicios de salud
- Determinar y enfocar los gastos en salud, así como optimizar los recursos financieros, tecnológicos y humanos disponibles en los niveles locales
- Generar procesos participativos que modulen el prototipo de un modelo de atención en el sector salud.

Bajo estas características enunciadas que permite la estrechez de relaciones interinstitucionales y comunitaria, se logra acercar a las exigencias y metas que se propusieron y establecieron en la veintisiete ava (27^a) Conferencia Sanitaria Panamericana y en la cincuenta y nueve ava (59^a) Sesión del Comité Regional OPS/OMS, donde se plantearon las metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015 entre las cuales se señala:

Meta 17: El 80% de las escuelas de ciencias de la salud, habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria, y habrán incorporado estrategias para la formación inter-profesional.

Meta 18: El 80% de las escuelas de ciencias de la salud, habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones sub atendidas, haciendo hincapié cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas.

En el departamento de León, las municipalidades de, El Sauce, El Jicaral y, Malpaisillo, han logrado potenciar sus capacidades de atención de la salud, por medio de la coordinación interinstitucional en el que se pone al frente las alcaldías con los SILAIS y perfecta comunicación y coordinación con las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas.

Demostrando su voluntad política, las alcaldías municipales de: Muy Muy, Matiwás y Río Blanco del departamento de Matagalpa, y los Gobiernos Autónomos Territoriales de Tasba Pri- Sahsa, triángulo minero (Rosita, Bonanza, Siuna) y Mulukukú; de disponer, rectorar, reorientar y optimizar los recursos de salud, se dispone y llama a las autoridades universitarias, para que junto al SILAIS, puedan asumir estudiantes de medicina en sus escenarios de salud.

IX. Conclusiones

La facultad de Ciencias Médicas UNAN- León en cumplimiento de su misión ha profundizado, mejorado y reorganizado su currículum, desarrollando la estrategia de *Atención Primaria de Salud*, (APS) en función de las prácticas comunitarias como eje integrador de la teoría y la práctica, contribuyendo de esta manera al desarrollo de la construcción social de la salud.

La Facultad de Ciencias Médicas, en base al proceso formativo, en módulos que define la malla curricular, las habilidades y destrezas que tienen que desarrollar los y las estudiantes de salud, y que sea receptiva y correspondiente al MOSAFC

Los y las catedráticas académicas de la Facultad de Ciencias Médicas, están en una constante renovación y fortalecimiento de su desempeño como formadores de profesionales de salud desde el enfoque de la interacción social de estudiantes, en el precepto de la educación constructivista, que termina enseñando a que cada estudiante “aprenda a aprender”, en las distintas categorías del aprendizaje, lo que fortalece las capacidades de estudiantes en sus conocimientos y las disposición de su aplicación de manera muy humanista.

La Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN León desde el 2010, alcanza gracias a la ejecución del Proyecto de Prácticas Comunitarias, financiado por la OPS, el interés en distintas localidades, de las autoridades del SILAIS y alcaldías municipales, ubicados en territorios vulnerables, geográficamente de difícil y costosos acceso vial, tales como los municipios de Río Blanco, Rosita, Siuna, Bonanza y Mulukukú – para que estudiantes realicen sus PC.

Este modelo pedagógico Spice, bajo las prácticas comunitarias y atención primaria en salud, en la formación de médicos y médicas, genera y crea un perfil de un profesional moderno bajo las exigencias del compromiso a la sociedad y a la solución de problemas que puedan impedir prestar el servicio de la Salud

La Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN León, sigue las tendencias regionales y mundiales en relación a la educación médica, garantizando que la malla curricular se enfoque al desarrollo de competencias y al fortalecimiento de las capacidades para la Atención Primaria en Salud. Así es que logra nivelar su internacionalidad y prestigio como formadores de profesionales de la salud.

La vivencia en el estudio de la carrera de medicina – que se sostiene en el aprendizaje basado en problemas, fortalece las capacidades y confianza del estudiante lo que permite afianzar sus conocimientos y asumir de forma práctica sus funciones como profesional de la salud.

X. Bibliografía

1. Proyecto Global de Cienfuegos. Rev Finlay 1991; 5(4):388-411.
2. Organización Panamericana de la Salud. Análisis del modelo de prestación de servicios de salud. Educación médica Salud 1992; 26(3):298-425.
3. Organización Mundial de la Salud. La red europea de escuelas promotoras por la salud. Madrid: Comisión de la Unión Europea, 1995.
4. The politics of suffering: the impact of the U.S. Embargo on the American Public Health Association of a Fact-Finding trip to Cuba, Lunde G-II, 1993. J Public Health Policy 1994; 15: 86-107.
5. Lere M, XI World Congreso of Sexology, /s.l./s.n.1997.
6. Barbera Ester, Estereotipos de Género/s.l./s.n.1998.
7. El movimiento de municipios saludables en América. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 1992:40.
8. Council of Europe, Commission of the European Communities. The European Network of Health Promoting Schools. Jan;(5)1995.
9. Proenza TJ. Los caminos de una universidad viva. Universidad Estadual de Londrina. Brasil.1995.
10. Sanz F. Psicoerotismo femenino y masculino. Barcelona: Kairós, 1992.

11. Organización Panamericana de la Salud: Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La administración estratégica. Washington, OPS/HDS, 1992.
12. Schiyuer A, Meheus A. Epidemiología de las enfermedades de transmisión sexual: panorama mundial. Bol Of Sanit Panam 1993;114(1):1-22.
13. Lamptey P, Caté. W. Un poco de prevención salva millones de vida. Network esp1997;17(2):4-7.
14. Lage Dávila A, Cruz Rodríguez T. Investigación en centros de educación médica superior para la elevación de la calidad en la docencia y servicios. Ed Med Sup 1993,7(1)3-8.
15. Kéller S. Servicios de salud para los adultos jóvenes. Network esp 1997; 17(2):8-11.24. Gonzalez
16. Rose G. The strategy of preventive medicine. New York: Oxford University 1992.