

TRABAJO ORIGINAL

# Concepciones docentes respecto al currículum en carreras de la salud.

JAVIERA ORTEGA-BASTIDAS<sup>a</sup>, OLGA MATUS-BETANCOURT<sup>b</sup>, CAROLINA MÁRQUEZ-URRIZOLA<sup>c</sup>, PAULA PARRA-PONCE<sup>d</sup>, NANCY BASTÍAS-VEGA<sup>e</sup>, JUAN ARELLANO-VEGA<sup>f</sup>, LILIANA ORTIZ-MOREIRA<sup>g</sup>, CRISTHIAN PÉREZ-VILLALOBOS<sup>h</sup>.

*Patrocinado por Proyecto VRID N° 214.090.004-10, Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, Universidad de Concepción*

## RESUMEN

---

**Introducción:** Flexner fue un precursor y revolucionario en la educación médica durante principios del siglo XX. Enfatizó un sistema educacional con una fuerte base científica que es la que caracteriza los currícula actuales en carreras de la salud. Sin embargo, autores como Schön hacen una crítica a esta estructura curricular enfatizando que el currículum ha causado una suerte de dualismo en la enseñanza profesional separando la teoría de la práctica. Proyecto financiado por VRID # 214.090.004–10.

**Objetivos:** Describir las concepciones docentes respecto al currículum en carreras de la salud en una Universidad de alta complejidad chilena.

**Material y Método:** Estudio cualitativo, basado en la Teoría Fundamentada de Strauss y Corbin. 31 docentes de 6 carreras de las Ciencias de la Salud fueron seleccionados según el criterio de nuestro teórico. Los docentes fueron contactados personalmente, previo proceso de consentimiento informado. Se realizaron entrevistas semi–estructuradas y focus group, analizadas mediante codificación abierta. El análisis fue realizado a partir del método de comparación constante, con el caqdas Atlas–ti 7.5.2.

**Resultados:** Emergen tres categorías de análisis: (a) Diseño curricular, que tiene relación con la pertinencia que se le atribuye a los ciclos formativos de ciencias básicas y ciencias clínicas; (b) Modelo curricular, hace referencia a las concepciones del modelo por competencias y la preparación que tienen los docentes; (c) Gestión curricular, tiene relación con la disposición de los docentes y los recursos humanos y económicos con que cuentan.

**Conclusiones:** Es fundamental comenzar a analizar las concepciones arraigadas a los diseños curriculares que ocurren en las carreras de la salud y evaluar la pertinencia que tienen estos modelos para el desarrollo y formación profesional que Chile necesita.

**Palabras clave:** Currículum, Investigación Cualitativa, Carreras de la Salud.

---

Recibido: el 20-07-17, Aceptado: el 13-11-17.

\* Departamento de Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

- a. Psicóloga, Mg. Ciencias de la Educación, mención Didáctica e Innovación Pedagógica.
- b. Ingeniero Informático, Mg. en Educación Médica para Ciencias de la Salud.
- c. Bioquímico, Mg. en Educación Médica para Ciencias de la Salud.
- d. Kinesióloga, Mg. en Educación Médica para Ciencias de la Salud.
- e. Enfermera, Mg. en Educación Médica para Ciencias de la Salud.
- f. Psicólogo, Mg. en Bioestadística.
- g. Médico, Mg. en Pedagogía Universitaria.
- h. Psicólogo, Dr. en Ciencias de la Educación.

## SUMMARY

### Teaching concepts about curricula in health sciences programs.

**Introduction:** Flexner was a pioneer and revolutionary in medical education during the early 20th century. He emphasized an educational system with a strong scientific base that is what characterizes current curricula in health sciences programs. However, authors such as Schön criticize this curricular structure emphasizing that the curriculum has caused a kind of dualism in professional teaching by separating theory from practice. Project funded by VRID # 214.090.004–10.

**Objectives:** To describe the teaching conceptions regarding the curriculum in health sciences programs at a high complexity Chilean University.

**Material and Method:** Qualitative study, based on Strauss and Corbin's Founded Theory. 31 teachers from 6 programs in Health Sciences were selected according to the criterion of theoretical sampling. The teachers were contacted in person, prior an informed consent process. Semi-structured interviews and focus group interviews were conducted, analyzed through open coding. The analysis was carried out using the constant comparison method, with Atlas-ti 7.5.2.

**Results:** Three categories of analysis emerged: (a) Curriculum design, which is related to the relevance attributed to the formative cycles of basic sciences and clinical sciences; (b) Curriculum model, which refers to the concepts of the competency-based model and the preparation that teachers have; (c) Curricular management, which relates to the disposition of teachers and the human and economic resources available to them.

**Conclusions:** It is essential to begin analyzing the conceptions rooted in the curricular designs that occur in health sciences programs and to evaluate the relevance of these models for the professional development and training that Chile needs.

**Key words:** Curriculum, Qualitative Research, Health Sciences Programs.

## INTRODUCCIÓN

El informe de Flexner<sup>1</sup> atribuyó un importante rol a las disciplinas académicas correspondientes a las ciencias básicas biomédicas en el desarrollo del pensamiento científico. Las conclusiones emitidas por este autor fueron esenciales para que la academia de medicina diera respuesta para asegurar un sistema de educación médico de alto de nivel, con una base científica sólida, así como un ambiente para el entrenamiento de la práctica clínica<sup>2</sup>. Este modelo fue considerado como un ejemplo en el desarrollo de los diseños curriculares en la mayoría de las carreras de la salud, sin embargo, Schön<sup>3</sup> enfatizó que la estructura curricular que este modelo tiene ha provocado un dualismo en la formación profesional ya que divide la formación teórica de la práctica. En este sentido, ha establecido que los primeros años de estudio se centran principalmente en las ciencias básicas como una suerte de fundamento apropiado para la formación clínica posterior. Sanjuán y Martínez<sup>4</sup> agregan que tradicionalmente ha existido esta dicotomía entre teoría y práctica, cuando lo que se necesita para la formación profesional es su integración.

La discusión sobre este fenómeno ha sido tal que diversos autores han planteado que la estructuración de programas de formación en Ciencias de la Salud debería considerar que la separación entre ciclo básico y clínico no permite la interrelación de los estudiantes con el contexto clínico<sup>5-10</sup>.

Paralelo a estos argumentos, instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>11</sup> y el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), desde la Declaración de Bolonia de 1999<sup>12,13</sup>, han propuesto un cambio metodológico en los diseños curriculares que permita una mejor integración e interrelación de conocimientos y una mejor aproximación teoría/práctica<sup>14,15</sup>. Esto debido a que en el contexto clínico el estudiante no solo debe aplicar los conocimientos adquiridos sino también debe construir nuevos conocimientos a partir de situaciones específicas, para lo cual requiere interrelacionar los recursos de aprendizaje adquiridos previamente<sup>16</sup>. Asimismo, en el año 2003, la Federación Mundial de Educación Médica consideraba la necesidad de integrar las ciencias básicas con las disciplinas clínicas como un estándar de desarrollo curricular contemporáneo, para lo cual debe existir una política institucional que favorezca la integración de contenidos en la forma-

ción de los profesionales de la salud y el compromiso y capacitación de los docentes en llevarla a cabo<sup>17</sup>, por lo cual en muchos diseños curriculares se ha introducido la formación por competencias<sup>6</sup>.

El problema que surge en lo anterior, es que a pesar de ser un fenómeno discutido desde principios del siglo XXI existe escasa evidencia respecto a qué concepciones tienen los docentes respecto a los cambios en los diseños curriculares y cuáles pudiesen estar arraigadas en los procesos de diseño y gestión curricular. Considerando esto, el presente estudio tiene como objetivo describir las concepciones docentes respecto al currículum en carreras de la salud en una Universidad de alta complejidad chilena.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación de tipo cualitativa basada en la Teoría Fundamentada de Strauss y Corbin a través del método de comparación constante hasta el nivel de codificación abierta<sup>18</sup>. Los participantes de este estudio fueron 31 docentes universitarios de 6 carreras de las Ciencias de la Salud: Medicina, Enfermería, Obstetricia y Puericultura, Fonoaudiología, Kinesiología y Tecnología Médica. Los participantes tenían una edad media de 43,6 años (D.E = 12,4), con mínimo de 26 años y máximo de 69. De éstos, 38,7% ( $n = 12$ ) eran hombres y 61,3% ( $n = 19$ ) mujeres. 19,4% ( $n = 6$ ) de los entrevistados impartía docencia clínica, 48,4% ( $n = 15$ ) docencia en aula y 32,3% ( $n = 10$ ) en contextos mixtos aula/clínica. Los criterios de inclusión fueron que el docente perteneciera a las carreras del área de la salud e impartiera clases en el ciclo básico y/o ciclo pre-clínico y clínico.

Para delimitar la muestra, se contactó a autoridades académicas de cada carrera y a través del muestreo teórico se fueron escogiendo los participantes más idóneos, según la relevancia teórica que tenían para el objeto de estudio<sup>19</sup>. Como técnicas de producción de datos se utilizaron entrevistas semi-estructuradas y focus group, previo proceso de consentimiento informado<sup>20</sup>.

Para resguardar la rigurosidad del proyecto de investigación, se veló por el cumplimiento de los criterios de rigurosidad científicas propuestos por Guba y Lincoln<sup>21</sup>. Además, se contó con la aprobación del comité de ética de la Facultad de Medicina y aprobación del proyecto por la Vicerrectoría Académica de la Universidad de Concepción. Los análisis se realizaron con el caqdas Atlas-ti 7.5.2.

## RESULTADOS

Como resultado del análisis de codificación, emergieron tres categorías asociadas a las concepciones docentes respecto a los diseños curriculares en carreras de la salud. Las categorías serán descritas a continuación.

### **Categoría 1. Concepciones docentes asociadas al diseño curricular en carreras de la salud.**

Los actuales diseños curriculares en carreras de la salud siguen caracterizándose por delimitar en dos momentos el proceso formativo: el ciclo básico y el ciclo clínico. Al respecto, los docentes coinciden en que el aprendizaje en carreras de la salud ocurre primero desde lo teórico para luego hacer un tránsito al aprendizaje práctico. Por consiguiente, existe una valoración positiva de las asignaturas que están incluidas en el ciclo básico, ya que existe la concepción de que las ciencias básicas son las que sientan las bases de la formación profesional.

*«...nuestra carrera es una disciplina que se sustenta en la ciencia y obviamente tiene [que tener] las bases. Muchas de las cosas que nosotros hacemos, aplicamos, de entender un poco lo que hacemos, están en las ciencias básicas...»*

[Entrevistado 11, Hombre, Kinesiología, 69 años]

Respecto al ciclo clínico, los docentes conciben que los estudiantes al tener una formación en ciencias básicas tienen la base teórica para enfrentarse a los procedimientos clínicos. Por ende, los estudiantes deben realizar una suerte de transferencia de aprendizaje de un ciclo al otro.

*«...antes de enfrentarnos a los procedimientos o (...) a las áreas disciplinarias (...) las ciencias básicas porque son la base de lo que nosotros queremos enseñar...»*

[Entrevistado 8, Hombre, Obstetricia y Puericultura, 32 años]

Ahora bien, en la práctica un docente enfatiza que existe actualmente una desconexión entre las ciencias básica y clínica. Esto se traduce en que los estudiantes no logran asociar los contenidos teóricos aprendidos en los primeros años y cuando deben aplicarlos en el ciclo clínico los han olvidado.

*«...sea la desconexión [curricular] que hay entre las ciencias básicas y la clínica es fatal, es fatal porque los chicos no, los contenidos duros no los aprenden y no quedan porque no tienen con qué asociarlos, entonces pasan como dos o tres años en que no los ocupan y después cuando los tienen que ocupar ya están olvidados...»*

[Focus Group 2, Participante 28, Hombre, Medicina, 39 años]

### **Categoría 2. Concepciones docentes respecto al modelo curricular en carreras de la salud.**

La mayoría de las carreras en ciencias de la salud han comenzado a adaptar el currículum a un modelo orientado a las competencias con la finalidad que sea más equilibrado en la práctica. Lo anterior, con el objetivo también de responder a las necesidades y nuevas políticas en salud que están dando prioridad principalmente a la prevención y promoción.

*«...hemos tratado siempre de que sea (...) equilibrado [el currículum]. Lo que hay y las prácticas, lo que hay dentro del hospital y lo que hay fuera del hospital, a pesar de que todas las políticas de salud y todos los discursos siempre le dan mayor prioridad a la parte de la prevención y de la promoción...»*

[Entrevistado 13, Enfermería, Mujer, 68 años]

Sin embargo, algunos docentes aún desconocen cuál va a ser el resultado de la implementación curricular considerando el nuevo modelo orientado a competencias.

*«...el rediseño de la malla fue un trabajo de casi tres años, que lo finalizamos el año pasado y todavía no sabemos qué va a pasar con las implementaciones...»*

[Entrevistado 16, Fonoaudiología, Mujer, 32 años]

Alguno de ellos ha enfatizado que el proceso de cambio del modelo curricular ha exigido que los docentes se capaciten debido a la cantidad de información que deben elaborar para adaptarse a un nuevo modelo.

*«...yo por lo menos en este periodo de aprendizaje ha sido así como realmente ha sido, como un maratón de información, he hecho lo que me han dicho y me he dado cuenta y ya estoy haciendo cambios, he tenido que hacer otros cursos...»*

[Focus Group 1, Participante 19, Mujer, Enfermería, 52 años]

### **Categoría 3. Concepciones docentes asociadas al proceso de gestión curricular en carreras de la salud.**

Respecto al proceso de gestión curricular, los docentes que ya han tenido que participar en el proceso de implementación de la nueva malla señalan que uno de los principales problemas que emergen es la voluntad que tienen los docentes con aplicar un nuevo modelo, además de contar con los recursos humanos y económicos para poder implementarlo.

*«...tampoco es un problema sólo de voluntades, hay también un problema de recursos, de recursos docentes, porque no es lo mismo tener doce cardiólogos trabajando, enseñándole a los cabros que tener dos traumatólogos...»*

[Entrevistado 18, Medicina, Hombre, 45 años]

Por otro lado, algunos docentes señalan que el proceso de diseño curricular es que la información que se le entrega a los docentes no es actualizada. Por lo tanto, las decisiones que se hicieron en el proceso de diseño pueden eventualmente ir cambiando en función de la nueva información que va surgiendo en materia curricular.

*«...tuvimos un proceso de rediseño de malla curricular, disecamos la carrera completa durante un proceso que duró dos años y tenemos la nueva malla curricular, ahora el problema es creo yo que como tuvimos este periodo de paro, todo lo que había que evaluar, etc. está retrasado, de hecho la semana pasada recién me enteré de que iban a citar a una reunión para empezar con el proceso de evaluación de la malla rediseñada...»*

[Focus Group 2, Participante 30, Mujer, Obstetricia y Puericultura, 53 años]

## DISCUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos es fundamental reflexionar sobre cuál es sentido educativo que está a la base de los diseños curriculares en carreras de la salud, entendiendo que el currículum actual refleja una división básica entre los elementos del conocimiento profesional<sup>3</sup>. Desde el informe de Flexner se han venido analizando las características del contexto educativo clínico y no-clínico<sup>1</sup>, sin embargo, hasta el momento no se habían analizado en forma exhaustiva aquellas concepciones arraigadas en los docentes de ciencias de la salud, por mantener un diseño curricular. Una de las concepciones más preocupantes son aquellas que entienden el desarrollo del aprendizaje dicotimizado entre la teoría y la práctica, y establecen que el primero debe ocurrir antes que el segundo. Lo anterior, ha sido reforzado en mantener estructuras curriculares que no han asegurado una integración de aprendizajes en la práctica.

Desde los postulados de Vygostki en 1979<sup>22</sup>, ya se

desmitifica la creencia anterior y se establece la importancia de considerar el aprendizaje como un proceso que ocurre en la relación con otro, específicamente en el plano social como un espacio interpsicológico a el espacio intrapsicológico. En este sentido, no se hace una distinción respecto a que el aprendizaje teórico debiese presidir al práctico. Por el contrario, en un proceso recursivo que va construyéndose a partir del discurso entre el docente y el estudiante. Considerando esto, es fundamental considerar aquellas propuestas concretas de modelos que permitirían lograr una mejor vinculación teórico-práctica y la posibilidad de aplicar conceptos en la atención de pacientes, operacionalizados en un aprendizaje realmente centrado en los estudiantes<sup>23</sup>. Sin embargo, para el logro de lo anterior deben asegurarse ciertas condiciones educativas en carreras de la salud<sup>24</sup> con la finalidad de que el modelo y gestión curricular puedan ser implementados en forma adecuada de lo contrario no se lograrán los resultados esperados en la formación profesional en carreras de las salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Flexner A. The Flexner report on medical education in the United States and Canada. New York: Carnegie Foundation; 1910.
2. Ortiz L. El legado flexneriano en el siglo 21. *Rev Educ Cienc Salud*. 2010; 7(1): 36-38.
3. Schön D. La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Barcelona: Editorial Paidós; 1987.
4. Sanjuán Á, Martínez J. Nuevo enfoque en el proceso de enseñanza-aprendizaje para la interrelación de conocimientos y formación de clínica/comunitaria. *Invest Educ Enferm*. 2008; 26(2): 150-159.
5. Pernas M, Garí M, Arencibia L, Rivera N, Nogueira M. Consideraciones sobre las ciencias básicas biomédicas y el aprendizaje de la clínica en el perfeccionamiento curricular de la carrera de Medicina en Cuba. *Educ Med Super*. 2012; 26(2): 307-325.
6. Schaubert S, Hecht M, Nouns Z, Dettmer S. On the role of biomedical knowledge in the acquisition of clinical knowledge. *Med Educ*. 2013; 47(12): 1223-1235.
7. Noriega T, Orosa J, Puerta M, Goncalves J, Díaz M, Pérez-Ojeda J. La competencia clínica como eje Integrador de los estudios de Pre y Post-Grado en las Ciencias de la Salud. *Rev Fac Med (Caracas)*. 2003; 26(1): 17-21.
8. Quinn D, Bingham J, Shourbaji N, Jarquin-Valdivia A. Medical students learn to assess care using the healthcare matrix. *Med Teach*. 2007; 29(7): 660-665.
9. Bolander K, Lonka K, Josephson A. How do medical teachers address the problem of transfer? *Adv Health Sci Educ*. 2008; 13(3): 345-360.
10. Eva K. On the generality of specificity. *Med Educ*. 2003; 37(7): 587-588.
11. Morán-Barríos J, Ruiz de Gauna P. ¿Reinventar la formación de médicos especialistas?: Principios y retos. *Nefrología (Madrid)*. 2010; 30(6): 604-612.
12. The Bologna Declaration of 19 June 1999. Disponible en: [https://www.eurashe.eu/library/modernising-phe/Bologna\\_1999\\_Bologna-Declaration.pdf](https://www.eurashe.eu/library/modernising-phe/Bologna_1999_Bologna-Declaration.pdf) [Consultado el 14 de noviembre de 2017].
13. Oliver R, Sanz M. The Bologna Process and health science education: times are changing. *Med Educ*. 2007; 41(3): 309-317.
14. Jacobs J, Muijtjens A, Van Luijk S, Van Der Vleuten C, Croiset G, Scheele F. Impact of institute and person variables on teachers' conceptions of learning and teaching. *Med Teach*. 2015; 37(8): 738-746.
15. Lyon Jr H, Holzer M, Reincke M, Brendel T, Ring J, Weindl A, et al. Improvements in teaching behavior at two German medical schools resulting from a modified Flanders interaction analysis feedback intervention process. *Med Teacher*. 2014; 36(10): 903-911.
16. Arteaga J, Chávez E. Integración docente-asistencial-investigativa (IDA). *Educ Med Super*. 2000. 14(2): 184-195.
17. Federación Mundial de Educación Médica. Educación Médica Básica. WFME Global Standards for Quality Improvement. WFME Office: University of Copenhagen, Denmark; 2003. Disponible en: <http://www.wfme.org> [Consultado el 14 de noviembre de 2017].
18. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
19. Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Aljibe; 1999.
20. Vieytes R. Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad. Buenos Aires: Editorial de las Ciencias; 2004.
21. Guba E, Lincoln Y. Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En: Denman C, Haro J (comps). Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social. El Colegio de Sonora. Hermosillo, Sonora. 2002. p. 113-145.
22. Vygotski L. El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Barcelona: Crítica; 1979.
23. Higgins B, Reid H. Enhancing «Conceptual Teaching/Learning» in a concept-based curriculum. *Teaching and Learning in Nursing*. 2017; 12(2): 95-102.
24. Matus O, Ortega J, Parra P, Ortiz L, Márquez C, Stotz M, Fasce E. Condiciones del contexto educativo para ejercer el rol docente en Ciencias de la Salud. Un enfoque cualitativo. *Rev Med Chile*. 2017; 145: 790-797.

Dirección del autor:

*Javiera Ortega-Bastidas*  
 Departamento de Educación Médica  
 Facultad de Medicina  
 Universidad de Concepción  
 Barrio Universitario s/n  
 Concepción, Chile.  
 E-mail: [javieraortega@udec.cl](mailto:javieraortega@udec.cl)