



ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

DISEÑO CURRICULAR, UNA MIRADA DESDE LA EDUCACIÓN MÉDICA

CURRICULAR DESIGN, A VIEW AT MEDICAL EDUCATION

Autores: Tania Rosa González García,¹ Kenia Bárbara Díaz Pérez,² Ivette Cabrera Díaz de Arce,³ Whitney Ballester,⁴ Lisset Bandera Sosa,⁵ Gretel Cisneros Domínguez⁶

¹Licenciada en Educación especialidad Química. Máster en Ciencias de la Educación y Doctor en Ciencias de la Educación Médica. Profesor Titular. Facultad de Tecnología de la Salud. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana. Cuba. Correo electrónico: t.gonzalezg@infomed.sld.cu

²Licenciada en Tecnología de la Salud, perfil Terapia Física y Rehabilitación. Máster en Investigación de la Aterosclerosis. Profesor Asistente. Facultad de Tecnología de la Salud. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana. Cuba. Correo electrónico: kenidi@infomed.sld.cu

³Licenciada en Educación especialidad Defectología. Profesor Auxiliar. Facultad de Tecnología de la Salud. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana. Cuba. Correo electrónico: ivettec@infomed.sld.cu

⁴Licenciada en Logofonoaudiología. Profesor Instructor. Facultad de Tecnología de la Salud. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana. Cuba. Correo electrónico: whitney@infomed.sld.cu

⁵Doctor en Medicina. Especialista de II grado en MGI. Máster en Atención Primaria de Salud. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Santiago de Cuba. Cuba. Correo electrónico: liset.bandera@infomed.sld.cu

⁶Doctor en Estomatología. Especialista de II grado en EGI. Máster en Atención Estomatológica. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Santiago de Cuba. Cuba.

RESUMEN

Introducción: el currículo propone un plan de acción, se seleccionan y organizan contenidos sistemáticamente, con vista a una finalidad preestablecida. Esos contenidos pueden ser considerados de manera independiente unos de otros o relacionados entre sí, conforman un sistema de asignaturas y temas interdependientes, en una visión integradora y global. La integración curricular apunta a la interdisciplinariedad, observar, investigar y aprehender la realidad tal cual se da en la práctica donde todo está relacionado. En Cuba, se ha trabajado para lograr una definición de currículo a partir del análisis crítico de diversas concepciones y reconocer la realidad del contexto en que éste se desarrolla. **Objetivo:** analizar los fundamentos del diseño curricular de la Educación Médica en Cuba. **Desarrollo:** los cambios en educación son importantes para adaptar los contenidos, la estructura, las estrategias y los valores al contexto socio-histórico. El avance de la ciencia y la tecnología lleva a deducir que los planes de estudio pierden vigencia en correspondencia con las necesidades sociales.

En la actualidad se aboga por formar profesionales en salud, con una visión integral y perfil amplio que les permita enfrentar los cambios vertiginosos que se producen en la tecnología biomédica. **Conclusiones:** la Educación Médica necesita de docentes, directivos y estudiantes, que incorporen a sus modos de actuación la interdisciplinariedad con una visión holista de las ciencias y sean capaces de trasplantarla a todos los procesos que se desarrollan en las universidades, lo que enriquece el diseño curricular marcado por un carácter de flexibilidad, diversificación e internacionalización.

Palabras claves: Currículo, Educación Médica, Interdisciplinariedad.



ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

ABSTRACT

Introduction: the curriculum proposes an action plan, systematically selected and organized contents, with a view to a pre-established purpose. These contents can be considered independently of one another or related to each other, forming a system of interdependent subjects, in an integrating and global vision. Curricular integration aims at interdisciplinary, observe, research and apprehend reality as it occurs in practice where everything is related. In Cuba, work has been done to achieve a definition of curriculum based on the critical analysis of diverse conceptions and to recognize the reality of the context in which it develops. *Objective:* to analyze the bases of the curricular design of Medical Education in Cuba. *Development:* changes in education are important to adapt content, structure, strategies and values to the socio-historical context. The advance of science and technology leads to the conclusion that curricula lose relevance in correspondence with social needs. Currently, it is advocated to train professionals in health, with a comprehensive vision and a broad profile that allows them to face the vertiginous changes that occur in biomedical technology. *Conclusions:* Medical Education needs teachers, directors and students, who incorporate interdisciplinary aspects into their modes of action with a holistic vision of science and are capable of transposing it to all the processes that take place in universities, which enriches the design curriculum marked by a character of flexibility, diversification and internationalization.

Key words: Curriculum, Medical Education, Interdisciplinary

INTRODUCCIÓN

El término currículo proviene del latín curriculum que significa "carrera", fue utilizado por primera vez en 1914 en el libro de John Franklin Bobbitt "How to make a curriculum"¹. Bobbitt, en su definición, plantea que es aquello que permite planificar las actividades académicas de forma general, y de manera concreta en la adaptación a las condiciones propias de un determinado centro educativo. No se refiere solamente a la estructura formal de los planes y programas de estudio, sino a todos los aspectos que implican la elección de contenidos, disposición de los mismos, necesidades de la sociedad, materiales educativos o didácticos y la tecnología disponible para alcanzar los objetivos propuestos.

En los años 80 Stenhouse² declara contradicciones dentro del currículo entre lo teórico y lo práctico: la metodología a utilizar y cómo se percibe, comprender y describir lo que sucede en el contexto real. Define al currículo como una tentativa para comunicar los principios y rasgos esenciales de un propósito educativo, de forma tal que permanezca abierto a una discusión crítica y pueda ser trasladado efectivamente a la práctica; es decir, un currículo debe estar basado en la praxis. Para él la teoría y la práctica deben aparecer perfectamente unidas. La mejora de la enseñanza se logra a través de la mejora profesional del profesor y no por intentos de mejorar los resultados de aprendizaje. El currículo justamente capacita para probar ideas en la práctica; así el docente se convierte en un investigador de su propia experiencia de enseñanza. En su criterio el docente debería ser autónomo y libre, debe tener claros sus propósitos y siempre ser guiado por el conocimiento.

El currículo está compuesto por materias, que están divididas por razones prácticas y didácticas, aunque estén relacionadas en un objetivo común. Es frecuente que los estudiantes, y hasta el propio docente, a medida que avancen dejen atrás lo supuestamente aprendido, sin establecer conexiones entre lo aprendido y los nuevos conocimientos. La integración curricular apunta a la interdisciplinariedad, a observar, investigar y aprehender la realidad tal cual se da en la práctica donde todo está relacionado. Formular un currículo integrado favorece el aprendizaje significativo pues estimula la relación entre hechos y objetos, su comparación, su ubicación temporal espacial y dimensional, sin necesidad de acopiar contenidos que no tienen utilidad práctica. Si bien es deseable realizar un currículo interdisciplinario esto exige un gran nivel de compromiso de todos los docentes para que pueda trabajarse en equipo, como se les exige a los estudiantes, a fin de adaptar el currículo a las nuevas exigencias de un aprendizaje holístico.

Se propone en el currículo un plan de acción que selecciona y organiza sistemáticamente una serie de contenidos con vista a una finalidad preestablecida. Esos contenidos relevantes pueden ser considerados de



ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

manera independiente unos de otros o relacionados entre sí. Estos conforman un sistema de asignaturas y temas interdependientes, en una visión integradora y global. Con la globalización la educación se ve como una inversión, esto es el llamado capital humano, donde las certificaciones, son las credenciales que determinan el valor que la persona tiene y que la representa en el mercado laboral. Bajo este rol el profesional pierde su cultura de origen y adquiere la cultura propia de la comunidad mundial.³

En Cuba se ha trabajado con vistas a lograr una definición de currículo a partir del análisis crítico de las diversas concepciones y el reconocimiento de la realidad del contexto en que éste se desarrolla. Se ha tomado como referente teórico para abordar la investigación: las tendencias actuales en la educación superior a escala internacional y en Cuba, las tendencias en educación médica en el mundo actual, el desarrollo de la educación médica en el país, la diversidad de enfoques y conceptos sobre currículo –al considerar particularmente los que se fundamentan en el Enfoque Histórico Cultural que se ha asumido- y el enfoque en sistema, habida cuenta la que son elementos que sustentan científicamente la propuesta. En el estudio realizado se destaca el carácter social de la profesión médica y de la educación que, apreciado dentro del enfoque en sistema, constituyen base del modelo que propone.⁴

Dentro de las Ciencias Médicas resulta importante realizar un estudio del comportamiento del diseño curricular de cada una de las carreras encargadas de la formación de profesionales que se desempeñarán en el área de la salud. De ahí que el propósito de esta investigación sea analizar los fundamentos del diseño curricular de la Educación Médica en Cuba.

DESARROLLO

Para las universidades, el curriculum constituye una propuesta educativa que surge y se desarrolla en condiciones sociales concretas que lo determinan. Este por tanto debe tener un carácter contextualizado que imprima un sello particular y limite su extrapolación a otros contextos diferentes. Responde a los requerimientos que la época, el tipo de sociedad, país y región reclama a las universidades en cuanto a la formación de los recursos humanos profesionales necesarios para el desarrollo social. Implica una construcción, una propuesta y una praxis que se sustenta en supuestos epistemológicos, sociales, psicológicos y pedagógicos que deben quedar claramente explicitados por la institución educativa.

Este curriculum implica también una selección de la cultura (conocimientos, habilidades, valores, actitudes, sentimientos) que tiene un carácter intencionado y que responde también a determinantes políticos. Su finalidad es potenciar la formación de un profesional con un alto nivel científico técnico y con una formación humanista que propicie su participación como agente de desarrollo y transformación social.⁵

Al contextualizar este estudio a la formación de profesionales para la atención a la salud de la población y la comunidad se hace referencia a la Educación Médica. Esta incluye para Cuba en la actualidad el proceso de formación de médicos, estomatólogos, enfermeros y tecnólogos de la salud. En años anteriores también se incluía la Psicología para la atención clínica. Al triunfo de la Revolución, a diferencia de lo que ocurría en otras partes del mundo, no existía un proceso de formación de especialistas en las carreras de Estomatología y de Medicina, la mayoría de los estomatólogos y médicos eran de práctica general con algunos pocos dedicados a determinadas especialidades.

En el año 1967 se aprobó la formación de especialistas en la carrera de Estomatología en cuatro especialidades: Cirugía Máxilo Facial, Ortodoncia, Periodoncia y Prótesis Estomatológica, proceso que se pone en ejecución a partir del año 1968. Estos planes de estudios eran modulares con un enfoque tradicional y se desarrollaban en clínicas estomatológicas y hospitales. En la década del 70 se establece el modelo de medicina comunitaria. En 1984 se implementa el “Programa del médico y la enfermera de la familia” como nuevo modelo de la Atención Primaria de Salud, que ha tenido un significativo impacto en el Sistema Nacional de Salud, y en la Educación Médica Superior de todas las carreras de las ciencias médicas.⁶



ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

La Educación Médica no ha estado ausente en los análisis desarrollados en los eventos mundiales de educación superior y de educación médica entre los que se pueden citar: Declaración de Edimburgo de 1988, Declaración de Edimburgo de la Cumbre Mundial de Educación Médica de 1993, Declaración de Santa Fe de Bogotá en 1995, Declaración de Rancho Mirage en 1997, el Informe de la Federación Mundial de Educación Médica sobre los Estándares Internacionales para la Educación Médica de Pregrado de 1999, Declaración de Granada en 2001, Declaración de Sevilla en 2002, y la Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre Educación Médica en 2006. De todas ellas se pudieran resumir sus principales elementos en:⁷

- Considerar la educación médica como un continuo: pregrado, posgrado, educación continua permanente.
- Reformulación de los diseños curriculares haciéndolos pertinentes, vinculándolos cada vez más con la estrategia de la APS.
- Empleo de métodos de enseñanza activos, centrados en el estudiante y basados en problemas.
- Formación menos teórica y más vinculada con la práctica médica, de forma que se garantice la formación de las competencias profesionales.
- Evaluación del proceso, la estructura y los resultados.
- Fomento del profesionalismo y el humanismo en medicina, con el desarrollo de actitudes y valores humanos.
- Formación de los formadores y docentes en educación médica.
- Fomento de la investigación en los estudiantes y profesores.

El diseño curricular en Educación Médica, se ajusta al contexto social donde se desarrolla, al identificar las necesidades y problemas de salud de la población. El actual currículo de Medicina se encuentra estructurado en seis años y está basado en los principios de formación integral que conjuga lo humanístico y lo ético con lo científico y tecnológico. Su diseño parte de la identificación de los principales problemas de salud de la población que el médico debe ser capaz de resolver. Se caracteriza por el ejercicio del pensamiento crítico, flexibilidad y diálogo de saberes, calidad con equidad y la educación a lo largo de toda la vida. El proceso formativo está basado en la creatividad, la innovación y la solidaridad como ejes de cambio y transformaciones que articulan la docencia, la investigación formativa, la inserción social, la interdisciplinaridad y en todo momento la formación ciudadana.⁸

En el período comprendido entre 1985 y 1991, se declaran en las tendencias curriculares de la educación médica como principios rectores la Educación en el Trabajo y la Integración docente – asistencial – investigativa.⁷ El “Programa del médico y la enfermera de la familia”, significa el paso del modelo biológico y curativo y de una atención médica fragmentada, al modelo de medicina familiar. Modelo que entiende al hombre como un ser biopsicosocial y se basa en la integración de las acciones de salud y al que la Estomatología necesariamente debe integrarse. Para articular la Estomatología con el Modelo de Medicina familiar, y al estomatólogo con el médico de familia, surge en 1992 el “Programa Nacional de Atención Estomatológica a la Población”, sin embargo, desde el punto de vista de la formación de los recursos humanos se queda rezagada respecto a la Medicina que desde una década antes comenzó el proceso de formación en la especialidad de Medicina General Integral.⁶

Desde el punto de vista curricular, en la formación de estomatólogos ocurre de manera similar. La disciplina Estomatología Integral es la columna vertebral del proceso formativo; la lógica de integración de sus contenidos responde a los requerimientos de la profesión, y el dominio de sus objetivos de salida asegura los modos de actuación profesional del egresado desde una posición de integración respecto a las restantes disciplinas y asignaturas de la carrera.⁹

Estos programas se ejecutan bajo el principio de la vinculación del estudio con el trabajo y el empleo del método investigativo. Su objeto de estudio coincide con el objeto de trabajo de la profesión, es eminentemente práctica porque el estudiante asimila el contenido mediante la solución de problemas reales, mediante la interacción con el paciente y su proceso salud-enfermedad, para lo cual también debe vencer los contenidos teóricos de las asignaturas que la conforman. A pesar del escaso tiempo de funcionamiento de este plan de estudios se



ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

aprecian brechas en su implementación, independientemente de su correcta estructuración en el currículo; por ello, el esfuerzo futuro debe dirigirse a fortalecer la labor del colectivo de disciplina y de los restantes colectivos en aras de lograr un trabajo metodológico con enfoque de sistema.¹⁰

Con relación a la carrera de Enfermería, desde finales del siglo XIX se establecieron en Cuba las primeras escuelas preparatorias. Hasta el momento actual, larga y fructífera ha sido la formación de enfermeros cubanos. El siglo XXI muestra un contexto nacional e internacional muy diferente al que existía en la década de los años 70, cuando se iniciaron los estudios universitarios de Enfermería en Cuba. Las características de este contexto impactan el desarrollo de la teoría curricular.

Cuba inició este siglo con la realización de numerosas y aceleradas transformaciones en los procesos para la formación de enfermeros técnicos y universitarios, en correspondencia con el encargo social. El currículo puesto en práctica en el curso 2003-2004 marcó un nuevo modelo de formación universitaria que integraba la formación técnica y profesional, con dos titulaciones intermedias; después de un primer curso de aplicación tuvo un perfeccionamiento parcial, lo que se continuó posteriormente para transformarlo en un plan de estudio "D". En las frecuentes modificaciones de las necesidades declaradas a la universidad por el sistema de salud, se consideró la importancia del perfeccionamiento curricular, como componente esencial orientado a la pertinencia social, de la calidad de la formación de enfermeros.¹¹

Para el área de las especialidades técnicas y tecnológicas antes del triunfo de la Revolución cubana, los programas de formación tecnológica se realizaban a modo de adiestramiento y de manera empírica. Existía preparación para la especialidad de Optometría, pero no consta la realización de planes de estudio. La formación organizada comienza a partir de la década del 60, con la creación del sistema de Enseñanza Técnica Profesional. Esta enseñanza se destinaba a crear obreros calificados y técnicos de nivel medio en la salud. En un primer momento el nivel de ingreso fue de sexto grado y las sedes se encontraban en los centros asistenciales. La capacitación, para las diferentes especialidades de la salud, se llevaba a cabo dentro de los mismos puestos de trabajo. El aprendizaje estaba estrechamente ligado a la práctica.¹²

Sin embargo, el diseño curricular de la formación profesional de Tecnología de la Salud, se revela que es relativamente nuevo ya que, propiamente constituido, no aparece hasta fines de los años 80. Resulta relevante en el desarrollo del diseño curricular de estas especialidades la creación, en 1989, de la Licenciatura en Tecnología de la Salud con 6 perfiles de salida: *Óptica y Optometría, Imagenología, Laboratorio y Banco de Sangre, Citohistopatología, Rehabilitación* y por último *Higiene y Epidemiología*.¹³ Esta formación surge a modo de cursos por encuentros para los técnicos ya formados en el sector. Tenía una formación básica de primero a tercer año. Tronco común. A partir de cuarto año verticalizados a su perfil de salida, con un curso de práctica preprofesional. Egresaba, Licenciados en Tecnología de la Salud con mención en la especialidad estudiada. Las principales insuficiencias, limitada cantidad de perfiles y de ingreso, así como poca diferenciación en el mercado laboral entre lo técnico y lo profesional.¹⁴

En el año 2002, en respuesta a nuevas necesidades sociales, comienza la formación emergente de personal de la salud en cuatro perfiles muy necesarios en las áreas asistenciales: Terapia física y rehabilitación, Laboratorio clínico, Rayos X y Medicina transfusional. En el acto de egreso de estos Técnicos básicos, el Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz tiene la idea de implementar una forma de continuidad de estudios con el propósito de constituirse como licenciados, idea esta que se lleva a cabo en el curso siguiente 2003 - 2004 y a la que se suman, nuevos perfiles hasta llegar a ser 21: Terapia Física y Rehabilitación, Podología, Logofonoaudiología, Nutrición, Rehabilitación Social y Ocupacional, Ortesis y bandaje ortopédico, Traumatología, Laboratorio Clínico, Microbiología, Citohistopatología, Medicina Transfusional, Optometría y Óptica, Servicios Farmacéuticos, Imagenología, Radiofísica Médica, Electromedicina, Higiene y Epidemiología, Administración y Economía de la Salud, Prótesis Estomatológica, Atención Estomatológica, Gestión de Información en Salud.¹⁵ Esta formación se llevó a todo el país con un nuevo modelo de formación, que asumía dentro de sí la formación técnica, por lo que esta desaparecía como estudios independientes.¹⁴

ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

La proyección de este diseño curricular responde a los principios de la Universalización de la Educación Superior. Organizado el conocimiento por disciplinas y asignaturas. Existencia de una disciplina principal integradora según perfil, que desde los primeros años de la carrera trabaja sobre el objeto de la profesión a niveles elementales con una visión técnica y que a medida que se transita por los diferentes ciclos tributa al desarrollo de habilidades profesionales.¹⁴ Incorpora tempranamente al estudiante a un universo laboral con diferentes características, según el territorio y el nivel de atención en salud. Significó un programa social, inclusivo, que respondía a la satisfacción de la necesidad de recursos humanos en salud, ubicándolos lo más cercano posible a su lugar de residencia.

La formación contaba también con los cursos para los técnicos ya formados en el sistema, o sea, cursos para trabajadores. En estos existía un ciclo complementario con una duración de 2 años, en el cuál el estudiante recibía asignaturas que no se incluyeron en el plan de estudios que sirvió de base a su formación como técnico medio. Luego el estudiante comenzaba su ciclo profesional con una duración de 2 años, donde el estudiante recibía los mismos contenidos que los del ciclo profesional del curso regular. Esta formación de tecnólogos se valoró de gran impacto por los beneficios que reportó al sistema de salud. Sustenta los servicios de salud de personal joven con buena preparación. Sin embargo, su concepción aun no cumplía con las exigencias de la sociedad en pos de un desarrollo sostenible y en aras de mejorar la calidad de estos servicios.

En el año 2010, a tono con la generación de Planes D indicada por el Ministerio de Educación Superior (MES), se orienta el diseño y ejecución de nuevos planes de estudio con un carácter implícito de interdisciplinariedad. Surgen así, ocho carreras que se corresponden con una formación más integrada al unir varios perfiles en una salida profesional de perfil amplio: Bioanálisis Clínico, Nutrición, Logofonoaudiología, Rehabilitación en Salud, Óptica y Optometría, Higiene y Epidemiología, Sistemas de Información en Salud e Imagenología y Radiofísica Médica.¹⁶

El Plan D incorpora a estas carreras como rasgos distintivos la formación de profesionales de perfil amplio, con modos de actuación determinados por el cumplimiento de cuatro funciones básicas definidas desde el plan de estudios anterior: asistencial, docente, investigativa y administrativa. Consta de una disciplina principal integradora a la cual se suman otros ejes curriculares: el humanista, la comunicación, la ética médica y social, el ambientalista, idiomas, informática médica e investigación, entre otros. La formación está basada en modos de actuación que caracterizan a este profesional en escenarios reales donde se prestan los servicios. Posee una integración de ejes curriculares tanto interdisciplinarios como transdisciplinarios que hace énfasis en el aprendizaje y el protagonismo de los educandos.

Dentro del Plan D se modela también un diseño curricular que organiza cursos por encuentros, dirigidos a los técnicos graduados de las diferentes profesiones afines, pertenecientes al sistema de salud, de igual duración y con características similares. Distingue a este plan, el uso de guías de estudio lo que potencia el trabajo independiente del estudiante, con un cierto grado de orientación del docente y un menor tiempo presencial que presupone una optimización para el aprendizaje. Al mismo tiempo que nacen estas nuevas carreras, las comisiones nacionales de las mismas, fueron llamadas al diseño del técnico en esta profesión. El mismo fue regido por normas y resoluciones pertenecientes al Ministerio de Educación (MINED). Esta formación de técnicos de la salud tiene una duración de 2 años de los cuales el último semestre se ocupa con las prácticas preprofesionales.

En el curso 2011-2012 como parte del reordenamiento de los recursos humanos en el sector salud y del propio perfeccionamiento de la ETP de la salud, se retoma la formación de técnicos de la salud, de forma independiente a las carreras universitarias, se mantiene el 12 grado como nivel de entrada y con una duración de 2 años, sin obligatoriedad de continuar estudios universitarios, pero si con su posible articulación con las 8 carreras aprobadas; en el caso de los perfiles que no tienen carreras universitarias dentro del sector salud, pueden continuar estudios universitarios en carreras afines del MES, luego de la aprobación de los exámenes de ingreso.¹⁴



ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

Sin embargo, aunque se ha demostrado calidad en el proceso docente educativo, el contexto socioeconómico nacional e internacional ha impactado negativamente en Cuba y su educación superior. Por un lado, un notable envejecimiento poblacional, baja tasa de natalidad y la emigración son factores que condicionan contracción demográfica de la población joven. Por otra parte, a pesar del desarrollo alcanzado en la Educación Superior en Cuba, el acceso a la misma ha disminuido. Un menor número de estudiantes ha podido superar los exámenes de ingreso y muchos, aunque lo han logrado, abandonan los estudios. Como resultado, no egresa personal calificado suficiente, para cubrir las necesidades de la población. Si a esto se añade el precipitado avance de la ciencia y la tecnología biomédica se puede deducir que estos planes de estudio ya no están en correspondencia con las necesidades sociales.¹⁷

Son exigencias de la época proponer un modelo curricular capaz de: generar propuestas que garanticen el mayor número posible de personas competentes. Este modelo debe configurar desde el pregrado de la educación superior y a lo largo de la vida, el rápido crecimiento de la información con el desarrollo de juicio crítico. Un profesional con la competencia para utilizar críticamente la información relevante para un propósito determinado. En el estudiante se debe inducir estructuras de pensamiento que le permitan transformar la información en conocimientos para el buen ejercicio profesional. El funcionamiento de los centros educativos y la red de carreras donde se incorpora la política y la gestión universitaria no deben obedecer a burocracias. Por el contrario, su divisa común estriba en cualificar a mayor número de personas competentes, con juicio crítico constructivo, poseedoras de un pensamiento creativo para transformar información en conocimiento y con aptitudes para el liderazgo. Se requiere desatar trabas al desarrollo del conocimiento y democratizarlo. Como efecto esto debe fortalecer el pluralismo, la originalidad y la innovación académica e institucional.¹⁸

Por eso en el mundo, las universidades ofrecen carreras cortas que brindan a los estudiantes las herramientas necesarias para insertarse en la actividad laboral en empleos con calificación especializada. Esta formación es una variante intermedia entre un técnico y el nivel superior, formado por las universidades y academias. Su creación responde al “acortamiento sistemático de la vida útil de las informaciones proporcional al despegue de las economías del conocimiento”.¹⁹

La educación de ciclo corto resulta menos costosa ya que se emplean menos recursos materiales y humanos en la formación de este profesional a razón de años de estudio por presupuesto a emplear. Además, luego de analizado lo que se refiere como experiencias de otras universidades, se considera por las autoras que de esta forma se benefician estudiantes al poder acceder más rápido al mercado laboral y por ende a mejorar su situación económica.

Es por esto que en el curso escolar 2018-2019, comienza la formación de los técnicos superior de ciclo corto en todo el país en las siguientes 14 formaciones: Rehabilitación física, Logofonoaudiología, Nutrición, Análisis clínico y Medicina transfusional, Citohistopatología, Radiología, Optometría y Óptica, Higiene y Epidemiología, Rehabilitación ocupacional, Trabajo social, Radiofísica médica, Fisiología e Inmunología, Prótesis estomatológica, Electromedicina. Se encuentran en diseño otras tres formaciones en esta modalidad que se incorporarán en el próximo curso escolar. Estos planes de estudio se sustentan en las legislaciones emitidas para el diseño curricular por el Ministerio de Educación Superior (MES) y a tono con el contexto internacional.

Las autoras coinciden al pensar que los cambios y las nuevas necesidades que surgen en Cuba y en el mundo, desde los eventos epidemiológicos, las enfermedades emergentes y reemergentes, así como, lo que emana de la sociedad del conocimiento tanto en materia de información como de nuevas tecnologías biomédicas y la investigación, que incluyen nuevos procedimientos tecnológicos, conllevan a modificaciones que abarcan hasta el diseño curricular, tanto del pregrado como de los programas de superación posgraduada, para que los profesionales del sistema de salud puedan cumplir con el principio de la Educación Médica de la formación permanente y continuada de sus recursos laborales.

Si un acontecimiento se explica desde la confluencia de saberes, se debe a que existen puntos de convergencia donde se rehace el objeto. Visto así, lo multidisciplinar requiere ser superado por lo interdisciplinar, pues esta



ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

última posición descubre puntos de convergencia y relación que permiten diseñar alternativas de futuro legítimas, en tanto trascienden disciplinas particulares y conforman una identidad y un discurso científico nuevos.²⁰ La integración y el aprendizaje centrado en el estudiante son imperativos de la época, debido a la llamada “explosión del conocimiento”, tanto cuantitativa como cualitativa, de mayor complejidad y tendencia a la rápida obsolescencia. La mayor complejidad en su estructura impone la interdisciplinariedad como la manera adecuada de responder a ella.²¹

La interdisciplinariedad es un concepto surgido en el ámbito universitario como crítica a la enseñanza fragmentada en asignaturas. El conocimiento fragmentado operado según la lógica particular de las disciplinas impide el vínculo entre las partes y la totalidad, debe dar paso a un modo de conocimiento capaz de aprehender los objetos en sus contextos. Los principales problemas para la aplicación de la interdisciplinariedad radican en la dispersión de asignaturas en los planes de estudio y en la poca trayectoria de trabajo en equipo de los profesores.²²

Aun cuando no se adopte una estructura curricular de completa integración, la preparación para el trabajo en equipo es esencial para los profesionales de la salud y resulta un elemento inherente a los currículos derivados de un modelo curricular sustentado en el enfoque histórico cultural. La necesidad del enfoque integrador en el currículo, tanto en el diseño como en el proceso, así como de la aplicación de estrategias de aprendizaje centradas en el estudiante, permite una mayor calidad del aprendizaje. Por la solidez, carácter científico y flexibilidad que imprime al futuro profesional en la solución de problemas nuevos.¹¹

Ortíz y Sanz en 2016 plantean que “la globalización pauta el intercambio transnacional principalmente en áreas tecno científica de avanzada como las ciencias de la vida y las nuevas tecnologías.” Todo esto demanda que las propuestas curriculares tengan un marcado carácter de flexibilidad, diversificación e internacionalización.²³

Las autoras de esta investigación consideran que, para las universidades, que tienen como objeto social la formación de profesionales de la salud, resulta condición necesaria, pero no suficiente, contar con una infraestructura, organización y recursos suficientes para la función que realiza. Se debe disponer en primer lugar de profesores comprometidos desde su ejemplo personal como paradigma de ser humano y dispuestos a transmitir los conocimientos y compartir las experiencias de la vida profesional. Los contenidos y programas deben tener una secuencia lógica y mostrar en el proceso coherencia en su desarrollo. Se deben integrar los contenidos en pos de la aprehensión de conocimientos imprescindibles para el futuro desempeño profesional.

CONCLUSIONES

Para las instituciones de educación superior el diseño curricular es un proceso que tiene como resultado el currículo, documento que integra un conjunto de elementos que interactúan como un sistema y que resultan indispensables para lograr una formación de profesionales que cumplan las expectativas que de ellos espera la sociedad para la cual se forman. El diseño curricular en Educación Médica requiere de un pensamiento flexible y contextualizado, presente tanto en docentes, estudiantes, como en directivos y organismos decisores, donde la interdisciplinariedad se constituya en un motor impulsor que potencie la superación, la investigación, así como la preparación individual y colectiva de los docentes. El docente debe ser un investigador de su práctica con capacidad de sintetizar las experiencias disponibles. El eje direccional de la formación en educación médica debe apuntar al compromiso social y humanista que de ella se espera.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tyler R. Principios básicos del currículo (quinta edición). Buenos Aires: Troquel. p.25 2016. Disponible en: <https://www.google.com/search?q=Principios+Basicos+del+Curriculum&ie=utf-8&oe=utf-8>.
2. Stenhouse L. Investigación y desarrollo del currículo. Editorial Morata, Madrid. 1998. Prólogo y Cap I, págs. 9 a 31. Disponible en:

ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

https://www.google.com/search?q=zim%3A%2F%2FA%2FCurr%25C3%25ADculo_seg%25C3%25BAn_Stenhouse.htmlFirefoxHTML\Shell\Open\Command&ie=utf-8&oe=utf-8

3. Morin E. Delgado CJ. Reinventar la educación. Abrir caminos a la metamorfosis de la humanidad. Editorial UH. La Habana. 2017.
4. Morales Villavicencio CE, Oramas González R, Varcárcel Izquierdo N, Rodríguez Rensoli M, Pich García LA, García Capote J, et al. Epistemología de la Educación Médica. Cuenca: Editorial Universitaria Católica (EDÚNICA); 2015. 560 p. (35-41).
5. González Pérez M, Hernández Díaz A, Hernández Fernández H, Sanz Cabrera T. Curriculum y formación profesional. Centro de estudios para el perfeccionamiento de la Educación Superior, Universidad de La Habana, Cuba; 2003
6. Díaz Pérez CA. Modelo didáctico del proceso de formación de competencias profesionales específicas en la especialidad de Estomatología General Integral. [Tesis]. Doctor en Ciencias Pedagógicas: centro de estudios pedagógicos "Juan Bautista Sagarra Blez" Santiago de Cuba; 2013.
7. Miralles Aguilera EA. Modelo teórico del sistema de créditos académicos para la carrera de medicina en Cuba. [Tesis para optar por el título de Doctor en Ciencias de la Educación Médica]. La Habana; 2017
8. Modelo formativo del médico cubano. Bases teóricas y metodológicas. 2017
9. González Rodríguez S, Pedroso Ramos L, Rosales Reyes SÁ. Contribución de la Disciplina Estomatología Integral al Análisis de la Situación de Salud Bucal. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2015 [citado 5 Dic 2015]; 14 (2): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2015000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Toledo Reyes L, Velis Martínez ED, Cobas Vilches ME. Pertinencia del trabajo metodológico para la funcionalidad de la disciplina integradora en Estomatología EDUMECENTRO; 9 (1):256-263. ISSN 2077-2874. RNPS 2234. Santa Clara ene.-mar. 2017.
11. Perna Gómez M. Modelo curricular para la formación de licenciados en enfermería. Cuba 2004-2009. [Tesis]. Doctor en Ciencias de la Educación Médica: Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Salvador Allende"; 2013.
12. Díaz Corbea A, Fleitas Ávila A, Santana Ávila S, Herrera Medina MR. Programa nacional de formación de tecnólogos de la Salud. Antecedentes y retos. En: III congreso de tecnología de la salud. Cuba; 2014. [citado 18 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/viewFile/279/333>.
13. Fernández Sacasas JA, Pernas Gómez M. El Nuevo Modelo Formativo en Ciencias Médicas. [Internet]. La Habana; 2003 [citado 18 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/660/491>
14. Díaz Corbea A, Fleitas Ávila A, Santana Ávila S, Herrera Medina MR. Formación de tecnólogos de la salud. Antecedentes y retos. III Congreso Internacional de Tecnología de la Salud; 2014
15. Garrido Riquenes C, Pernas Gómez M. Antecedentes y nuevos retos en la formación de técnicos de la salud en Cuba [Publicación periódica en línea] 2004. sep.- dic [citado 18 de enero de 2019]; 18(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412004000400002&script=sci_arttext&tlng=en.
16. Dirección de formación de profesionales. Documento base para la elaboración de los planes de estudio (Planes D). Ministerio de Educación Superior, 2003.
17. Ministerio de Educación Superior. Documento base para el diseño de los planes de estudio "E". 2016
18. UNESCO. Declaración final. Conferencia Regional de Educación Superior para América Latina y el Caribe (CRES). Cartagena de Indias 2018 pp 3-4.
19. Núñez Jover J. conocimiento académico y sociedad. Ensayos sobre política universitaria de investigación y posgrado. Editorial UH, La Habana. 2010.
20. Díaz Quiñones J, Valdés Gómez M, Boullosa Torrecilla A. El trabajo interdisciplinario en la carrera de medicina: consideraciones teóricas y metodológicas. Medisur [Internet]. 2016 Abr [citado 2017 Oct 05]; 14(2): 213-223. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000200016&lng=es
21. Tünnermann C. La educación superior necesaria para el siglo XXI. Temas.2009; 57: 42-51.



www.revtecnología.sld.cu

ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

22. Francisco J. Pozuelos FJ, Rodríguez FP, Travé G. El enfoque interdisciplinar en la enseñanza universitaria y aprendizaje basado en la investigación. Un estudio de caso en el marco de la formación. Revista de Educación, 357. Enero-Abril 2012. Disponible en: www.uhu.es/francisco.pozuelos/biblioteca/re_interdisc_357_073.pdf.
23. Ortiz Cárdenas T y Sanz Cabrera T. Visión pedagógica de la formación universitaria actual. Editorial Félix Varela. La Habana. 2016.



ARTÍCULO ORIGINAL CUALITATIVO

Carta de declaración del autor o de los autores

La Habana, 11 de febrero de 2019

Dirigido a: Editora Ejecutiva de la RCTS

A continuación, le anexamos los datos relacionados con la declaración del autor o los autores del trabajo titulado:
"Diseño curricular, una mirada desde la Educación Médica"

Enviado a la sección de la revista: artículo original cualitativo

El trabajo no ha sido enviado simultáneamente a otra revista: Si ___ No <u>X</u> ___	El trabajo es original e inédito: Si <u>X</u> ___ No ___
Los autores ceden los derechos de publicación a la Revista Cubana de Tecnología de la Salud: Si <u>X</u> ___ No ___	Existe conflicto de interés entre los autores: Si ___ No <u>X</u> ___
Novedad científica, aporte a la ciencia o importancia de esta publicación: Se realiza un análisis de los fundamentos del diseño curricular de la Educación Médica en Cuba, partiendo de un recorrido histórico lógico de los cambios en los diseños curriculares en cada una de las carreras que tributan a la Educación Médica.	
Contribución a las bases epistémicas de Tecnología de la Salud : Se profundiza en el diseño curricular en Tecnología de la Salud, tanto para la formación técnica como profesional.	
Esta investigación es una salida de proyecto de investigación: Si <u>x</u> ___ No ___	
Contribución como autoría	Nombre de los Autores
Contribuciones sustanciales para la concepción o el diseño del trabajo.	Tania R. González García
Adquisición, análisis o interpretación de datos.	Ivette Cabrera- Whitney Ballester
Creación de nuevo software utilizado en el trabajo.	
Ha redactado el trabajo o ha realizado una revisión sustancial.	Kenia B. Díaz Pérez
Aprobó el envío de la versión presentada (y cualquier versión sustancialmente modificada que implica la contribución del autor para el estudio).	Gretel Cisnero Domínguez
Traducción de título y resumen	Lisset Bandera Sosa
Otras contribuciones (Cuál)	
Todos los autores están de acuerdo con ser personalmente responsables de las propias contribuciones y las de los autores y garantizan que las cuestiones relacionadas con la precisión o integridad de cualquier parte del trabajo, incluso en las cuales el autor no estuvo personalmente involucrado, fueron adecuadamente investigadas, resueltas y la resolución fue documentada en la literatura: Si <u>X</u> ___ No ___	
Todos los autores están de acuerdo con la versión final de la publicación: Si <u>X</u> ___ No ___	
Todos los autores garantizan el cumplimiento de los aspectos éticos de la investigación y de publicación científica, así como de la bioética: Si <u>X</u> ___ No ___	
Fecha de recibido: 18 de febrero de 2019 Fecha de aprobado: 1ro de marzo de 2019	
 <p>Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.</p>	