

EL TRABAJO ACADÉMICO DEL PROFESOR DEL CURSO DE MEDICINA: CONTEXTO DE CAMBIOS QUE EXPONE CONTRADICCIONES.

Mara Nibia da Silva¹

RESUMEN

Este artículo metodológicamente reproduce parte de un estudio de caso, respecto a los cambios propuestos para el Curso de Medicina de la Universidad Federal del Río Grande del Sur, donde se busca identificar las relaciones de los profesores y las formas cómo éstas se manifestaban. En ellas, se encuentra el elemento fundamental para comprender no sólo la relación del trabajo médico y las relaciones políticas, sino que también cómo se produce el aprendizaje en medicina en el proceso del desarrollo capitalista. Considerando que la medicina conlleva ciertos privilegios de una formación profesional asociada a recursos económicos. Desde este contexto, los cursos de medicina son analizados tanto en su forma como en su contenido (sus presupuestos pedagógicos).

Palabras-llave: educación y salud, formación de profesores, educación médica, salud colectiva, ideología, hegemonía, políticas públicas.

ABSTRACT

The aim of this article is to reproduce in a methodological way, part of a study of case that refers to changes proposed by the Federal University to the Medicine of the Rio Grande, do Sul. In this research, I tried to discuss about how teachers and doctors role in the teaching-learning process work by means of analyzing how they occur. Through the observation of these relations and the way that teacher's behavior work, it is possible to find the fundamental element to comprehend not only their work as doctors and teachers, but also their political actions. It is important to highlight that this happens because of the capitalist development. This way, the work as a teacher in the Medicine Course is seeing as a benefit in their careers. So, in this context, this course is being analyzed much more in their forms than in their pedagogical aspects.

Word-key: education and health; medical education; collective health; ideology; hegemony; public politics;

1 Graduada en Historia, por la Facultad Puerto Alegrense de Educación Ciencias y Letras, Maestra en Educación y Doctoranda del Programa de Postgrado en Educación de la Facultad de Educación de la universidad Federal del Río Grande del Sur (FACED/UFRGS), Brasil.

Introducción

Si el trabajo que construye obras, que conecta hilos, indisocia procesos, procedimientos, autores, mitos y luchas, a partir de una base material, da a los aglomerados una fisionomía de humano, entonces, el trabajo académico² desarrollado por los profesores del Curso de Medicina, de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal del Río Grande del Sur (FAMED/UFRGS), que es resultado de diferentes concepciones de mundo,³ necesita ser mejor comprendido en su singularidad, porque envuelve un tipo de relaciones establecidas entre los sujetos sociales, en la cual el contexto envuelve múltiples aspectos de una totalidad⁴ contradictoria y compleja que es la educación médica, y donde se articulan dos áreas: educación y salud.

Las preguntas que me movilizaron para la reflexión fueron:

¿En el Curso de Medicina de la FAMED/UFRGS, el profesor tiene posibilidad de transformar así aún, en el y por el Trabajo Académico y, en ese movimiento, transformar la educación médica?

¿El hacer/trabajo del profesor, apunta para un compromiso ético-político, y para una formación cuyo adoctrinamiento ideológico es dominante en la salud? Las escuelas médicas, al promover un carácter elitista de la profesión y en la formación del profesional, estimulan el reconocimiento y la necesidad de cambios?

Tales preguntas derivan de la necesidad de comprender cómo se produce el aprendizaje en medicina en el marco del proceso de desarrollo capitalista. Considerando que la medicina conlleva ciertos privilegios de una formación profesional asociada a recursos económicos. Desde este contexto, los cursos de medicina son analizados tanto en su forma como en su contenido (sus presupuestos pedagógicos).

Es importante destacar que en el análisis del trabajo académico del profesor en el curso de medicina está presentes algunos conceptos que no fueron suficientemente explicitados porque están "escondidos" en el relato, pero que se hace importante evidenciar en este inicio de narrativa: Están presentes:

- a) el concepto o noción de proceso;
- b) el concepto o noción de sociedad que fluye;
- c) el concepto de continuidad en las relaciones que existe entre los individuos;
- d) el concepto de conexión orgánica entre individuos y grupos;

2 El trabajo desarrollado por el profesor en el ámbito de la universidad pública federal, que se constituye por la indisciabilidad de las actividades de la enseñanza, de la investigación y de la extensión (Búrigo, 2003, p. 23).

3 Visiones de mundo como diría Weber, o diferentes modos de leer el mundo como diría Paulo Freire, o en la referencia gramsciana, como relaciones de fuerza y de enfrentamiento originaria de oportunidades, visiones, concepciones, expresadas como ideologías que están además de sentido común y son expresiones de los compromisos de clase social, que mientras origen, condición, expresión de concepción de mundo.

4 Totalidad, conforme Kosik, exige conocer la realidad en sus contradicciones, lo todo vivo y en movimiento en la relación con un sujeto histórico real, en un proceso práxico que es general y particular (p. 60-61).

e) el concepto de múltiples factores y a rechaza de una causa social determinante para uno hacer pedagógico docente.

Considerando el proceso histórico constituido y vivenciado en nuestros países por la acumulación, concentración y centralización del capital, donde todo se vuelca mercancía, incluso la vida.

Considerando los procesos de injusticia social que llegan a un extremo nunca visto, y donde los profesionales de medicina forman, también, parte de una clase que construye justificaciones para lo que son las exclusiones sociales.

Es posible entender por qué en Brasil, este descompaso concursa para una especificidad, cuando se habla del profesional docente-médico y en la percepción que él tiene en sí explicitado cuando se coloca en una posición privilegiada en la cual él se coloca como indispensable.

Sin embargo, para mejor entender este lugar, la docencia médica, es preciso, recurrir a Freire (2000 y 2001) y tener presente el principio de la responsabilidad y de qué lugar se está hablando.

La FAMED, principalmente por ser una institución pública más que cualquier otra institución, tiene el compromiso ético-político de uno retorno social haciendo público los avances y descubrimientos de sus investigaciones, contribuyendo para aminorar el sufrimiento y atender las necesidades de la población.

Este artículo metodológicamente reproduce parte de un estudio de caso⁵ que dice respeto de los cambios propuestos para el Curso de Medicina de la UFRGS. En él busqué indicar cómo se daban las relaciones de los profesores y las formas cómo estas relaciones se manifestaban porque entiendo que en ellas se encuentra el elemento fundamental para comprender la relación del trabajo médico y las relaciones políticas. Dicho de otro modo: lo que estaba en disputa entre las concepciones de Salud/Medicina; los enfrentamientos, los juegos de interés.

Fue un ir y venir constante entre las informaciones de campo y la teoría. Ir tejiendo relaciones, analizando las contradicciones que se manifiestan y recomponiendo la totalidad del fenómeno investigado y que, conforme a Frigotto (2001, pp. 27-28), significa "buscar explicitar las múltiples determinaciones y mediaciones históricas que lo constituyen".

Así, podemos ir desvelando la realidad, que cómo nos dice Kosik (2002), no se deja ver inmediatamente, pues, la realidad de la docencia está en constante movimiento, aún porque no se trata de un conjunto de técnicas y procedimientos.

El profesor de medicina: ¿Qué lugar es éste?

Para comprender la docencia médica es preciso situarla y para ello un breve

5 Disertación de Máster defendida por la autora en 2005, PPGEDU/FACED/UFRGS, titulada *El Trabajo Académico del Profesor del Curso de Medicina: contradicciones en un contexto de cambios en la FAMED/UFRGS*.

retrospecto se hace necesario, mucho más como recurso epistemológico que narrativo. En Brasil, fue a lo largo del siglo XIX que se dio el proceso de consolidación y legitimación de la ciencia médica occidental, cuando asistíamos al embate entre la medicina y las otras prácticas vueltas para el mantenimiento y alargamiento de la vida. En ese sentido, era necesario constituir una sociedad científica para congregarse aquellos que legalmente y oficialmente ejercían la medicina. Era aun necesario un proceso de escolarización, pues, de esa forma, la corporación médica obtenía y mantenía el control exclusivo sobre los procesos de formación, selección, organización y fiscalización de la medicina, "estrategia eficaz para garantizar el monopolio sobre el arte de la cura" (Cunha, 2000, p. 522).

En ese movimiento, un conjunto de tendencias concursó para la edificación de ese monopolio, como por ejemplo, la necesidad de una formación de larga duración, profesores-médicos especializados para cada una de las materias, la separación entre lo que cabe al médico, al farmacéutico y a la partera. Juntas, estas tendencias contribuyeron para el reconocimiento de las facultades como un espacio de saber específico, en este caso, del saber médico. A pesar de las diversas reformas de los cursos de medicina, al largo de los siglos XIX y XX, ese principio, como afirma Cunha (2000), no fue alterado.

Las universidades, de forma histórica, y más aún en esta fase neoliberal, reflejan las imposiciones del sistema en que están insertadas, esto requiere universidades acríticas, profesionales creídos de que eso les ayuda a ser parte de los pocos beneficiados, o sea, parte de los justificadores de la explotación, de la falta de justicia social y de la represión de quien no sea cómplice del mismo orden de cosas. Y, a la vez, promueven el escepticismo ante la posibilidad de construir sociedades justas. El dominio del neoliberalismo busca que sus profesionales se comprometan con la idea que niega esa posibilidad y, la mejor forma de hacerlo, es formar profesionales (entrenarlos en vez de educarlos) sin sentido crítico.

El neoliberalismo, tendencia hegemónica desde fines de los años 70, se consolida en la década de 90, como ideología que va a sostener lo que el capitalismo necesita para mantenerse y aparecer de una otra manera. Ese aparecido es ideológico y, como tal, explica, alimenta y justifica la globalización del capital con todas sus aberraciones, travestida de democracia e igualdad. Ideario caracterizado como teniendo en el mercado un "mecanismo natural, autónomo en la regulación económica y social universal, en el individualismo un valor moral radical, en la mercancía la expresión máxima de la realización de la producción humana y en el estado, un regulador de la seguridad de la propiedad y del libre cambio en el mercado" (Mello, 2004, p. 16).

Una nueva división internacional del trabajo se establece y los países periféricos se someten a las políticas de ajustes económicos. Dentro del proyecto social neoliberal, bajo la influencia hegemónica de Estados Unidos, los países son direccionados por el Fondo Monetario Internacional (FMI) y por el Banco Mundial (BM), entre otros organismos, a adoptar políticas de reestructuración del Estado como forma de obtener o continuar obteniendo financiamiento. Ese proceso de reestructuración productiva va acompañado por la descentralización y precarización del trabajo, por el destroz de los derechos de la clase trabajadora y por la

transformación de la salud, de la educación, de los derechos socialmente conquistados en luchas históricas, en servicios, o sea, mercancías intercambiadas en el mercado.

La salud, como mercancía, implica en la sumisión del trabajo y del trabajador (también del profesor y del médico) a la reglas de mercado, según los intereses comerciales, en todas las implicaciones de este proceso, en la elección de temáticas para investigación, para la enseñanza y para la extensión. El hilo de Ariadne parece no poder recorrer algunas partes del laberinto, aunque ellas puedan llevar otras salidas. La globalización, más que una abstracción, se hace concreta en el cotidiano internacional. Por ejemplo, en el silenciamiento de temática como iatrogenia. Ésta, por no ser noble para una noble área y, por no poder reconocer la posibilidad humana del error, tampoco reconoce la posibilidad del aprendizaje y de la investigación de la misma.

Las relaciones de trabajo para un nuevo mercado exigen un nuevo trabajador: flexible, polivalente, pronto para la adquisición de informaciones diversificadas y cada vez más específicas, que sepa comunicarse y trabajar en equipo. Un trabajador siempre atento a las necesidades del mercado e individualmente responsable por su propia educación. Dentro de ese contexto, nuevas cualificaciones y habilidades son necesarias. La libertad de elección de los individuos, sus intereses, valores y méritos son el punto de partida usado por el neoliberalismo para fundamentar el "propio movimiento económico, donde la mercancía expresaría el propio valor, que es confundido con las necesidades y deseos de consumo de los individuos" (Mello, 2004, p. 75). Siendo todo una cuestión de elección individual, la lucha de clases inexistente.

Las propuestas de innovación curricular, determinadas por las Directrices Curriculares e incentivadas por programas de estímulo a la adopción de las mismas, deben considerar el mejoramiento de la respuesta a los problemas prioritarios de salud y ser de alta calidad y relevancia. Estas propuestas (principios básicos de la Organización Mundial de la Salud y de la Conferencia de Alma Ata en 1978) son la antítesis de la medicina neoliberal que controla el mundo en el cual los médicos y los profesores de medicina se mueven.

La Constitución Brasileña de 1988, incorporando reivindicaciones originadas en la/de la lucha enganchada de hombres y mujeres por una sociedad más justa y solidaria, estableció principios a partir de los cuales fueron promovidas políticas públicas de educación y también de la salud. En relación a la educación, a partir de un amplio debate nacional entre los diversos segmentos a ella conectados, es elaborado el proyecto de construcción de sus Directrices. Este proyecto, después de alteraciones, es aprobado y es promulgada la Ley 9394/96 (Ley de Directrices y Bases de la Educación Nacional), que incorpora a su cuerpo la Enseñanza Superior.

Las políticas educacionales vigentes, en ese sentido, vienen correspondiendo al que apuntan organismos internacionales, como el Banco Mundial (BM), la Organizaciones de las Naciones Unidas para la Educación, las Ciencias y las Culturas (UNESCO) y el Fondo Monetario Internacional (FMI).

Estas políticas visan producir las condiciones necesarias a la fase actual de la reproducción del capital, instituyendo en la educación la lógica del mercado y la misma precarización que ya se instaló en el mundo del trabajo.

La pérdida del poder adquisitivo de los profesores tiene una relación directa con el proyecto neoliberal que busca controlar la educación y mantenerla no como un derecho social generalizado, sino como una fracción de poder que permite formar y moldear la mente de los formados a la necesidades del sistema. De ahí que se promueva, inclusive en las universidades públicas, la lógica de la empresa privada. La privatización de la educación es un objetivo del Banco Mundial que, aunque no lo reconozca como suyo, lo promueve. La privatización de las universidades y la pauperización de los docentes tiene un objetivo muy claro: asegurar para el sector privado (que controla gobiernos y sociedades) el concurso de profesionales y su dependencia, asegurando que el sistema funcione.

En relación a la salud, el texto constitucional afirma (Art. 196) que ésta es un derecho de todos y deber del Estado legitimando el Sistema Único de Salud. A este, entre otras cosas compete (Art. 200) ordenar la formación de recursos humanos en el área de salud. La concepción de salud como derecho de todos, así como el lema institucional del Sistema Único de Salud (SUS), se insertan en un proceso más amplio de luchas políticas, donde fueron forjados estos principios y directrices, acogidos en la Constitución, y que, como nos dice Mattos (2001), "deriva de las reivindicaciones puestas por el movimiento sanitario desde la década de setenta, en el esfuerzo de construir una crítica al entonces sistema nacional de salud, a la instituciones de salud, y a la prácticas de salud entonces hegemónicas".

En este contexto social es que se hace posible comprender el trabajo académico del profesor de Medicina, que está situado en una región fronteriza, donde las disputas están conectadas a un doble movimiento: de un lado un proyecto de educación que lo envuelve, cuestiones de la salud como un derecho; y, de otro, a la cuestiones corporativas de una categoría profesional.

Una lectura ligera, que agrada porque tiene sentido, por un lado, permite visualizar que las leyes y directrices que determinan cambios en la educación, en la salud, inciden en el trabajo académico del profesor y son fruto de la sociedad que ahí esta y que, ladrillo por ladrillo, construimos. Por otro lado, se percibe que en el trabajo académico de los profesores de la enseñanza superior, en el ámbito de las Universidades Federales, existe una tensión que necesita ser discutida y que no siempre se hace porque convive con status, certificaciones e idiosincrasias profesionales que fragmentan aquello que es indisoluble en la universidad: enseñanza, investigación y extensión.

Como nos dice Machado⁶, la diferencia entre indisociabilidad como característica de la universidad y indisociabilidad como vivencia del trabajo de profesor, en el cumplimiento del legalmente exigido y en la incoherencia de la disociación entre diversas tareas de enseñanza de graduación y postgrado, en la investigación y en

6 Anotaciones oriundas del Seminario Avanzado Releyendo a Gramsci y los autores brasileños, dirigido por la Profesora Carmen Lucía Bezerra Machado, en el segundo semestre de 2004, PPGEduc-UFRGS.

la extensión, aún realizadas simultáneamente, no se muestran como conectadas, asociadas, articuladas, tampoco como un hacer que sea coherente.

De esa forma, aquello que debería ser inherente al desarrollo del trabajo como académico, una búsqueda, un desvelar de su propia práctica, entendiendo al profesor, un asomarse sobre este hacer y las cuestiones que le suscita, alimentando la enseñanza y su propio trabajo como posibilidad de creación, acaba haciéndose una tortura, mediado por la productividad requerida por el capital y presionado por las necesidades materiales de existencia. Productividad y necesidades que se entremezclan y se articulan al dispositivo legal concerniente con la evaluación de cursos e instituciones para dar visibilidad al trabajo del profesor.

Facultad de Medicina: ¿Qué lugar es ese?

El recorte analítico se hace necesario, porque en la perspectiva macro - pensar un hacer docente en Brasil - se pierde lo específico y el singular que es modelado por lo circunstancial. En este estudio de caso - FAMED - encontramos una situación especial; la exigencia actual para el ingreso como profesor de la enseñanza superior, en las Instituciones Federales, es el doctorado, como forma de calificar la enseñanza de graduación, a la vez, esa exigencia realiza el movimiento de alejar al docente de la graduación, aproximándolo de la residencia, en el caso de la medicina, y de la post-graduación en el estricto sentido. En muchos casos, el trabajo en la graduación acaba siendo un mal necesario, una puerta de entrada y una forma de aumento de ganancia, una vez que hay gratificaciones para el trabajo en la graduación. O sea, la remuneración del profesor es dividida en partes, compuesta por un salario, que es bajo⁷, aumentándolo por una serie de adicionales y gratificaciones.

Existen aún, en relación al trabajo académico del profesor, los cobros de producción en el área específica, bajo el control del Estado y regidos operacionalmente por el CNPq (Investigación) y CAPES (Perfeccionamiento de Personal). Tanto dentro como fuera de la Institución, el CNPq y a CAPES estipulan los criterios que deben ser atendidos. El principal criterio es la producción, evaluada por medio del "Currículo Lattes" en la llamada adherencia al área de concentración de conocimiento. De esa forma, o el profesor atiende a los criterios impuestos o no consigue mantenerse en este medio académico.

De hecho hay una competición en paralelo que es desarrollada a través de los órganos de fomento. El profesor acaba buscando atender los criterios de los órganos de fomento y la graduación, y muchas veces, queda en segundo o tercer lugar. Esa situación acaba repercutiendo internamente, generando disputas y la jerarquización de las actividades inherentes al trabajo académico, siendo la

7 Bajo o alto es una medida siempre relativa. Bajo en relación al valor del salario mínimo en 2004 pagado por una jornada de 44h semanales (R\$ 267,48) suena como hipocresía, pues 20h semanales corresponden, como valor real de salario-base de un profesor auxiliar, a R\$ 212,00 (información del Departamento de Personal de la UFRGS), y aumentado por los "colgajos" que componen la remuneración efectivamente percibida. Bajo en relación al valor percibido por el mismo trabajo de profesor en Instituciones de Enseñanza Superior privadas que es como mínimo 12 veces mayor (Datos del SINPRO/RS). Eso puede ser visto en correspondencias del Sindicato de los Profesores del Río Grande del Sur (SINPRO/RS), sobre el valor de salario, para un profesor asociado o en relación al salario del médico en empresas privadas o aún públicas. Ejemplo del Ministerio de la Salud que contrata médicos por un salario inicial de R\$ 3.200,00.

enseñanza en la graduación la actividad menos importante, y el profesor, que coloca ahí el énfasis de su trabajo, visto como de segunda categoría.

O aún, el ser profesor como un no trabajo de un no trabajador, como expresa en el testimonio de un profesor: Yo vine a la universidad para airearme y en ese sentido, es difícil de verme como trabajador. Porque mi salario no es mi pago, yo no dependo financieramente... como médico, yo me considero trabajador”.

El contexto, las bases de las Directrices Curriculares Nacionales de la Medicina nos remiten a la tendencia pedagógica conocida como Escuela Nueva, definida como “la corriente que trata de cambiar el rumbo de la educación tradicional, intelectualista y libresca, dándole sentido vivo y activo” (Luzuriaga, 1977, p. 227). Pasados más de 80 años, como dice Ribeiro (1996), las propuestas de Dewey retornan al lado de las nuevas necesidades de acumulación del capital que tienen en el neoliberalismo su soporte ideológico. Las Directrices incorporan reivindicaciones de batallas trabadas en la educación y en la salud, rescatando sueños y luchas por la construcción de nuevas relaciones sociales y de una sociedad vuelta para la dignidad humana. Sin embargo, no podemos olvidar que es sobre una determinada base material, el modo de producción capitalista, que se erige una superestructura ideológica de la cual la legislación es parte.

A partir de eso, es necesario afilar el mirar, identificando el proceso de trabajo del educador, pues entre la ideología dominante y la utopía de un otro proyecto de sociedad, entre el individual y el colectivo, el profesor se ve dividido entre la elección personal y la determinación material para asegurar un lugar.

Proceso de trabajo que no puede ser comprendido en su perspectiva restringida de formación. En medicina la formación desarrollada ha sido centrada en la tecnología entendida como uso de equipamientos y procedimientos (exámenes sofisticados, máquinas complejas, todos de alto costo) y no dentro de las prácticas que estimulen el desarrollo de una tecnología de la convivencia humana y social en la medicina.

Se hace necesario pensar qué proceso es ese.

Educación, ¿qué proceso es ese?

El trabajo académico del profesor es vivido como extensión del trabajo del médico y, por lo tanto, como secundario. Trabajo es lo que entra en la lógica del valor de cambio, como el empleo. El hacer del profesor es visto, en su valor de uso, como un no trabajo, como no profesional. La profesión está relacionada con el campo específico de la práctica médica, aún cuando son estos profesores que están visceralmente envueltos en el proceso de cambios en las referencias curriculares en la FAMED.

Pereira (2004) presentó informaciones según las cuales hay 85,9% médicos/docentes, y sólo 14,1% de ellos dedican tiempo integral a la docencia. Estas informaciones evidencian, por un lado, la necesidad de la búsqueda de fuente complementaria de vencimientos para los profesores que no tienen dedicación exclusiva (DE); y, por otro, la condición secundaria que el trabajo de profesor ocupa en este lugar.

Si el profesor tiene un potencial importante para marcar el cuerpo profesional del sujeto/alumno, su representación de trabajo de médico, entonces, va a ser a través de su hacer, en la relación comprometida y, por lo tanto, ético-política, que el profesor establece con sus alumnos y con la sociedad que va mediando la constitución de un ser médico.

En ese sentido, el profesor por medio de su trabajo es un marcador de cuerpos y de almas. Ahí está su desafío cuando en un país como Brasil por regla, la salud no es entendida dentro del contexto político y resulta que la formación queda restringida a la técnica. Tenemos, entonces, profesionales altamente habilitados a tratar determinada enfermedad, pero con una inmensa dificultad para comprender el paciente como una totalidad humana, como un ser social.

En ese sentido, el hacerlo el docente queda más comprometido cuando, en un contexto de cambio, los paradigmas o modelos pedagógicos entran en crisis.

El Trabajo Académico es un contexto de cambio. Este contexto de cambio puede ser visualizado más específicamente en la FAMED/UFRGS, donde el curso de medicina se desarrolla dentro de un hospital de altísima complejidad que trabaja con especialidades.

En esta realidad el estudiante aprende: que la mayoría de los profesores vive y su realidad resulta de una correlación de fuerzas, desconectada de las tensiones y luchas entre las dos tendencias en la formación de los médicos, generalistas o especialistas, y parece encontrar en las Directrices y Normas la consolidación de una concepción contra-hegemónica de salud y de formación médica. O sea, el profesor de medicina, para formar un alumno dentro del que es apuntado por los documentos legales⁸ exige que él sea un superespecialista, dado que para ser admitido el cuadro efectivo, la universidad exige, por regla, profesores con doctorado⁹.

Se crea, entonces, una situación, digamos, perversa. Al tiempo que hay intención de tener un efectivo de profesores calificados, hay, en el transcurso de esta misma calificación, por un lado, un movimiento de alejamiento de estos profesores de la graduación; y, por otro, un hacer que se dirige no para la formación de un generalista, sino para la de un especialista.

La interdisciplinariedad y la inserción del alumno en actividades prácticas, consideradas como "relevantes para su futura vida profesional", son resaltadas como direcciones a promover. Sin embargo: cómo privilegiar la interdisciplinariedad cuando el proceso de trabajo está marcado por la dificultad de oír y reconocer el otro? ¿Qué manifestación hay del reconocimiento de diferentes saberes?

8 En noviembre de 2001, la Resolución N.º 4 Consejo Nacional de Educación/Cámara de Educación Superior (CNE/CES) instituye las Directrices Curriculares para el Curso de Graduación en Medicina que sustituyen el currículo mínimo. Ellas se insertan en un proceso más amplio de implementación de Directrices Curriculares Nacionales para los Cursos de Graduación y, en específico, las destinadas a los Cursos de Graduación en el área de la Salud. Aunque, aparentemente, se trata sólo de más de una disposición legal; no podemos olvidar que ellas no nacen en abstracto por los designios de los cielos, sino que resultan de construcciones hechas históricamente, por seres humanos concretos y que, por lo tanto, reflejan un proyecto de sociedad.

9 En medicina, no existe doctorado en áreas muy genéricas, este es casi siempre en una área específica, o área básica. De esa forma, la tendencia es la selección de especialistas para componer el cuerpo docente de la unidad.

El contexto social muestra que los vínculos entre proyectos de sociedad y de formación profesional cambiaron. Tal hecho se evidencia en la FAMED cuando en 2002, el Ministerio de la Salud y el Ministerio de la Educación lanzan el Programa Nacional de Incentivo a la Cambios Curriculares para las Escuelas Médicas (PROMED), un sistema de incentivos a la instituciones académicas, que se disponen la adecuar, a la necesidades del Sistema Único de Salud (SUS), la formación profesional ofrecida, y que adopten prácticas de enseñanza y de atención a la salud, sintonizadas con el paradigma de la integralidad¹⁰.

Por adecuarse a esta política la Facultad recibió considerable estímulo, hasta tal punto que fue seleccionada, juntamente con otras 19 escuelas médicas de Brasil. En función de esta nueva realidad de la política educacional, la FAMED elaboró el Proyecto de Reforma Curricular, que viene siendo implementado. En ese recorrido, cambios fueron hechos, y un nuevo currículo pasa a ser implantado a partir de 2005. El internado pasa de 12 meses para 18; ocurre la creación de una tarde libre por semana para el alumno (área verde) y la oferta de disciplinas básicas en bloques integrados. Una gran conquista de ese proceso fue el Proyecto de Postgrado en Educación y Salud¹¹, en una sociedad entre la Facultad de Medicina y la Facultad de Educación, en nivel de máster y doctorado, cuya primera clase tuvo inicio en 2004. Hubo, aún, creación de la Unidad Básica de Salud del Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Pero, en la correlación de fuerzas, es preciso estar atento la forma cómo el proceso se evidencia: enfrentamiento, individual o acuerdo con lo que es más conveniente. Compromiso y movilización o aislamiento de un Proyecto Político Pedagógico. En la FAMED el proceso de reforma envuelve el grupo de los reformistas y lo de los no reformistas, pero, en la reagrupación de fuerzas, no hubo una completa innovación una nueva/vieja correlación de fuerzas internas capaz de resignificar la docencia médica en la institución.

Consideraciones Finales

Las contradicciones constituyen un sentido para el trabajo académico de los profesores del Curso de Graduación en Medicina de la Facultad de Medicina de la

10 Este concepto viene siendo debatido por el LAPPIS (Laboratorio de Investigaciones sobre Prácticas de Integralidad en Salud), y con producción de dos/tres libros que tienen como inspiración teórica las obras de Michel Foucault y Edgar Morin, entre otros autores. Mattos (2001) afirma que la integralidad tiene sentidos múltiples, dependiendo del contexto en que es abordada. Destaca tres grandes conjuntos de sentidos del principio de integralidad, que inciden sobre diferentes puntos: el primero conjunto se refiere a los atributos de las prácticas de los profesionales de salud, siendo valores conectados al que se puede considerar una buena práctica, independientemente de ella darse en el ámbito del SUS; el segundo conjunto se refiere a los atributos de la organización de los servicios; el tercero se aplica a las respuestas gubernamentales a los problemas de salud. Sin embargo, destaca que, independiente de abordar la integralidad como principio orientador de las prácticas, como principio orientador de la organización del trabajo, quiere de la organización de las políticas, integralidad implica un rechazo al reduccionismo, un rechazo a la objetivación de los sujetos y tal vez una afirmación de la apertura para el diálogo. Acurcio (1997, p. 32) destaca, en relación a la integralidad, que el SUS debe actuar de manera integral, es decir, no debe ver la persona como un amontonado de partes, sino como un todo, que forma parte de una sociedad, lo que significa que las acciones de salud deben estar vueltas, a la vez, para el individuo y para la comunidad, para la prevención y para el tratamiento y respetar la dignidad humana.

11 Este Proyecto es coordinado por los profesores Waldomiro Manfroi (FAMED) y Carmen Lucia Bezerra Machado (FACED) en el que participo como colaboradora.

UFRGS. Frente a las necesidades materiales, en un relleno que la propia profesión médica históricamente construyó, el ejercicio del trabajo académico del profesor del Curso de Medicina es colocado en segundo plano, mientras el trabajo de un médico que ejerce la actividad de enseñar se ubica en un primer plano. De esa forma, el trabajo como profesor no es visto profesionalmente.

En tesis, las Directrices Curriculares Nacionales para el Curso de Medicina fueron elaboradas con la participación de las escuelas médicas. Sin embargo, los testimonios de los profesores evidencian que el proceso interno no recorrió los mismos caminos, lo que puede estar conectado a la fragmentación de la propia institución en departamentos, muchas veces verdaderos guetos jerarquizados, o la propia forma cómo el proceso fue conducido, generando dudas y resistencias. La relación de fuerzas evidencian y confirma la afirmación gramsciana de que "articulación y hegemonía" pueden resultar también en situaciones de "resistencia".

En la FAMED la desvinculación teoría/práctica de los que participan en las instancias decisivas, en el engranaje de los intereses de grupos deriva fundamentalmente de la incapacidad en producir la crítica por dentro del proceso y la omisión de participación, porque inexistente el espacio orgánico del trabajo del profesor.

En este movimiento, lo que puede parecer democrático no es nada más que un ejercicio polifónico donde puede más quien grita más alto. Lo que debería ser debate, participación, la responsabilidad, construcción colectiva de lo que podría ser una nueva formación del médico, se vuelca producto o cómo hacer el trabajo médico, una mercancía atractiva para un mercado de trabajo escaso de empleos. De este modo, la escuela médica queda contaminada por la lógica mercantilista que está inmersa en la formación de especialistas con un énfasis pedagógico.

Y de hecho, hay una demanda muy grande de la sociedad por especialistas, conectada, muchas veces, a una imagen que la propia categoría médica está interesada en mantener para defender su reserva de mercado, en el sentido de que exámenes, equipamientos sofisticados y tecnología pesada (hardware), necesariamente son sinónimos de mejor calidad de atención. Cambiar tal concepción no acontece así tan fácilmente, aún más en los espacios formativos tradicionales como son las universidades. Ciertamente no es por la certificación (instrumento legal) que las transformaciones en la formación del alumno de medicina que van a ocurrir, ya que una serie de condiciones es necesaria, entre las cuales, el trabajo académico del profesor.

Tal como nos muestra Machado, et al (2001, p. 145), "el trabajo interdisciplinario exige pasión, compromiso y trabajo colectivo solidario", situación en que reconocer el no saber es el primer paso para compartir otros conocimientos y viabilizar los diálogos posibles. Es intercambiar saberes y no saberes. Hay un hacer, lo del médico, que el profesor de medicina domina, sin embargo, hay un hacer de profesor, en relación al cual posee un saber, constituido por medio de la repetición del modelo, pero del cual tiene dudas. En ese sentido, la idea de que "los profesores son médicos, médicos que enseñan a su modo, como ellos aprendieron con sus profesores", expresa la justificación de que siempre fue así la educación de médicos

y que, por lo tanto, ésta es una buena forma. Una postura que no reconoce que saber algo no implica necesariamente saber enseñarlo.

En la actividad de enseñanza, el enseñar y el aprender pasan por la transmisión del conocimiento, siendo que eso se hace en la presencia o no del diálogo, de la interacción o del cambio. El énfasis es colocado en el conocimiento del profesor y en la acumulación y repetición del contenido, centrándose en lo que el docente dice y/o impone y no en el aprender, en el para qué, en el que debe ser un aprendizaje significativo, o en el que realmente tiene un impacto social y busca mejorar las condiciones de vida, la democracia y la liberación que el proceso educacional debe incluir, negando de esa forma, la autonomía como componente educacional central. El conjunto de estudios sobre la influencia positivista en la formación médica (Carrion, 1977; Lampert, 2002), muestra que ella continúa como tal.

La propia legislación estimula el proceso de devaluación y la no especificidad del trabajo académico, al preconizar que la formación del profesor para la Enseñanza Superior "debe acontecer en nivel de postgrado". Preferentemente, en cursos de máster y doctorado, sin establecer, por otro lado, cualquier mecanismo que implique en que, en esos niveles, haya una formación sistemática enfocado el hacer específico de profesor, pues los cursos tienen énfasis en la investigación. Los movimientos realizados por los profesores del curso de medicina manifiestan la búsqueda por un hacer diferente en el desarrollo de su trabajo académico, con vistas a implementar una formación médica calificada y vuelta a la necesidades de la salud de la población. No podemos olvidar que las políticas públicas y las institucionales se implementan en la acción colectiva de los grupos envueltos, y que generan enfrentamientos, en una correlación de fuerzas que necesita ser incautada, entendida, explicada, como condición necesaria de construcción de contrahegemonía. La transformación sólo irá a constituirse mientras tal, en el momento en que efectivamente cambien las estructuras, las formas y las relaciones sociales que están establecidas, pues una transformación social tiene que ser material, real, concreta.

El trabajo académico del profesor del curso de medicina está puesto como posibilidad para la transformación social, pero como proceso no se agota sobre sí aún. El trabajo académico del profesor de medicina está comprometido, ideológicamente, aunque no haya conciencia de esa relación. A través de su trabajo de médico-profesor-médico, desarrolla una lógica contradictoria que se concretiza en una formación que atienda las necesidades (técnicas y especializadas) del mercado, del mantenimiento de la corporación médica junto a la clase dominante, y, a la vez, a los intereses conectados a la necesidades de los seres humanos y vueltos para la transformación de la realidad social y de la salud en nuestro país.

En ese sentido, desvelar lo que está latente en una política pública, a qué intereses atiende, no es mera contingencia, es necesario, especialmente si el deseo es de transformación y no sólo de adaptación, de reestructuración o mantenimiento de *status quo*. Así, es posible construir alternativas, en vez de sólo adoptar modelos previamente construidos por otros, en diferentes contextos y contingencias.

Aprender es, precisamente, el camino para modificar la realidad y nuestra

propia concepción de mundo. En el hacerse, mientras el trabajo académico del profesor se encuentra, un marco de representaciones de trabajo que el alumno, futuro médico, va a construir. Tal hecho puede ser pequeño delante de las limitaciones impuestas por la realidad, pero hay un proverbio Etíope que muy bien puede inspirarnos:

"Cuando las telarañas se unen, pueden atar un león."

Referencias Bibliográficas

- ACURCIO, F. (1997). *Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil*. BRASIL. (1998) *Constituição da República Federativa do Brasil*. Disponible en: <http://www.soleis.adv.br>
- BRASIL. (2004). *Conselho Nacional de Educação*. Disponible en <http://www.mec.gov.br/cne/cursos.shtm>.
- BRASIL. (2002). *Ministério da Saúde*. Disponible en <http://www.saudeemmovimento.con.br/profissionais/legislation/legislation.htm>.
- BRASIL. (2003). *Ministério da Saúde*. Disponible en: http://www.unimes.br/academico/investiga/Resolucao_CNS_196-96.doc.
- BÚRIGO, C. (2003). *O trabalho acadêmico do professor universitário no processo de desenvolvimento do espaço público na Universidade Federal do rio Grande do Sul: um estudo de caso na universidade Federal de Santa Catarina e na Universidade Federal do Rio Grande do Sul*. Tese de Doutorado. UFRGS: Porto Alegre.
- CARRION, R. (1977). *A ideologia Médico – Social no Sistema de Comte*. Cadernos do IFCH-UFRGS. (1), Porto Alegre.
- CUNHA, L. (2000). Ensino superior e universidade no Brasil.. In LOPES, Eliane Marta Teixeira et al. (comp.). *500 anos de educação no Brasil*. Belo Horizonte: Autêntica.
- FREIRE, P. (2000). *Pedagogia da indignação: Cartas pedagógicas e outros escritos*. São Paulo: Editora UNESP.
- FREIRE, P. (2001). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.
- FRIGOTTO, G. (2001). A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas Ciências Sociais. In JANTSCH, Ari Paulo et al. (Comp). *Interdisciplinaridade: mais além da filosofia do sujeito*. Petrópolis, RJ: Vozes, p. 25-49.
- GRAMSCI, A. (1974). *Obras escolhidas*. Lisboa:Estampa, 1974. Vol. I.
- KOSIK, K. (2002). *Dialética do Concreto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- LAMPERT, J. (2002). *Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologias das escolas*. São Paulo: Hucitec/ABEM.
- LUZURIAGA, L. (1977). *História da Educação e da Pedagogia*. São Paulo: Nacional.
- MACHADO, C. BERGAMASCHI, M. RIBEIRO, M. PARDO, Y. (2001). *Interdisciplinaridade como solidariedade: desafio à formação de professores*. Educação e Realidade, v. 26, (2), jul./dez. Porto Alegre: UFRGS, pp. 127-156.
- MATTOS, R. (2001). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In ABETO, Roseni et al. (comp). *Os*

sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO.

MELLO, A. (2004). *A mundialização da educação: consolidação do projeto neoliberal na América Latina*. Brasil e Venezuela. Maceió: EDUFAL.

RIBEIRO, M. (1996). *Significado histórico e pressupostos epistemológicos da Escola Nova*: repercussões no pensamento educacional brasileiro. Texto inédito, 1996.

SILVA, M. N. (2005). *O trabalho acadêmico do professor do Curso de Medicina: contradições em um contexto de mudanças na FAMED/UFRGS*. Porto Alegre: UFRGS, 2005. 211 f.

WEBER, M. (1987). *Economia e Sociedade*. México: Siglo Veinteuno.