



REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA

MAESTRÍA EN EDUCACIÓN MÉDICA

Modificaciones de las Asignaturas de Salud Pública en el
Plan de Estudio Perfeccionado de la Carrera de Medicina.
1985 - 2010

Autor: Dr. Juan Vela Valdés
Especialista 2º Grado en Administración y Organización de Salud.

Tutor: Dr. José Fernández Sacasas.
Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna.
Profesor Titular.
Máster en Ciencias en Educación Médica.

TRABAJO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MASTER EN EDUCACIÓN MÉDICA

La Habana, 2011

DEDICATORIA

A mi familia y

En especial a

A mi madre,

A mi esposa, hijas y yerno,

A Juan Alejandro, por esperado, soñado y querido. .

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a los compañeros y amigos Dr. Miguel Márquez y Dr. Francisco Rojas Ochoa por sus valiosas contribuciones y consejos para esta tesis.

Agradezco a la querida amiga e infatigable y capaz bioestadística Dra. Jacinta Otero, por su incalculable labor en las orientaciones brindadas para esta investigación.

Agradezco a mi compañero y amigo Dr. Radamés Borroto Cruz, por su impulso, apoyo, comprensión y por ofrecerme siempre toda la ayuda necesaria.

Agradezco a mi tutor, amigo y compañero, el Dr. José Fernández Sacasas, por su dedicación, sabiduría, camaradería y por ofrecerme todo el caudal de su preparación en educación superior y en educación médica.

La participación de los profesores antes mencionados ha enriquecido este trabajo.

Agradezco a los profesores de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana y de todas las universidades y facultades médicas del país, por su interés en que la docencia médica sea pertinente y de calidad sin igual. He aprendido mucho de todos ellos.

Agradezco a la Revolución Cubana, por darme la oportunidad de formarme como profesor y médico revolucionario.

Agradezco a Fidel, por ser el inspirador de la obra de todo nuestro pueblo en aras de su total y definitiva liberación y por ser un destacado educador con profundos conocimientos de la enseñanza médica. Es la persona que más ha trabajado por el desarrollo de la educación superior en Cuba.

Resumen

El estudio de la enseñanza de las disciplinas de Salud Pública en el plan de estudio de Medicina perfeccionado en 2010 se justifica por la innegable importancia que le aportan a la formación del médico en nuestra sociedad. Se realiza un estudio cualitativo con el objetivo de comparar el grado de participación curricular del conjunto de las asignaturas de salud pública en el plan de estudio perfeccionado de la carrera de medicina a partir del programa vigente en 1985. Se toman los resultados de la investigación realizada en 1994 por el ISCMH y la OPS, el programa perfeccionado del 2010 y se aplica el análisis de concordancia y diferencia a la información recopilada. Se arriban a conclusiones relacionadas con las transformaciones de las disciplinas de Salud Pública, centradas en el cambio de nomenclaturas, profundidad y alcance de los objetivos, incremento de contenidos, incremento de las horas de la educación en el trabajo y horas prácticas, aumento en la utilización del escenario formativo de la atención primaria de salud, así como el rol protagónico de la disciplina de MGI en el nuevo programa, entre otras. *Se recomienda tomar en consideración los resultados de esta investigación en las futuras evaluaciones curriculares de la carrera de Medicina.*

INDICE

	Páginas
Capítulo No.1 Introducción	1
Capítulo No.2 Objetivo	4
Capítulo No.3 Marco Teórico	5
I- Generalidades	5
II- Situación de la Salud Pública en Cuba antes de la Revolución	6
III-Sistema Nacional de Salud en la Revolución	6
IV-Antecedentes en la Formación de Recursos Humanos	7
V-Situación Educación Médica Mundial	8
VI- Características Actuales Sistema Formación	13
VII-Enseñanza de asignaturas Salud Pública en América Latina	16
Capítulo No.4 Diseño Metodológico	24
Capítulo No.5 Resultados y Discusión	26
I- Las disciplinas de Salud Pública en 1994	26
-Situación de salud y sus tendencias en 1994	31
-Evaluación de los objetivos propuestos	32
II- Las disciplinas de Salud Pública en el 2010	39
-Situación de salud y sus tendencias en 2010	58
III-Análisis comparado disciplinas Salud Pública 2010-1994	60
Consideraciones Finales	75
Conclusiones	80
Recomendaciones	81
Referencias Bibliográficas	82
Bibliografía Consultada	88
Anexos	- - -

Capítulo No.1: Introducción

La sabiduría popular predica, y con razón, que “la salud es riqueza”, pues habilita a las personas y sus familias para poder alcanzar el desarrollo personal y su seguridad económica. Por tanto, la salud humana es un punto de encuentro donde confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, la política social y la económica. Constituye un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar de la población.

Su carácter multicausal hace que los problemas de salud tengan que resolverse mediante programas en los que participan, además de las instancias prestadoras de servicios de salud y las instituciones formadoras, los individuos, las familias, la comunidad y otros sectores sociales que tienen un papel significativo en los factores que determinan y condicionan el estado de salud de la población; por lo que la salud pública es un problema eminentemente intersectorial.

En la práctica social de la salud pública, el principal acontecimiento ocurrido se concentra principalmente en la segunda mitad de los años 70 del siglo pasado alrededor de la “atención primaria de la salud”. La propuesta que se sistematiza, por sus características generales vino de la Conferencia de Alma-Atá en 1978 y se publicó en el informe conjunto OMS/UNICEF ⁽¹⁾.

Frente a un panorama de la salud mundial muy complejo y que es desgarrador para los países en vías de desarrollo, ¿qué hacer? ¿Cómo enfrentar la garantía de la salud de la población bajo los principios de Alma-Atá de equidad, solidaridad, universalidad y la salud como un derecho humano?

Esta propia Declaración y estudios efectuados con posterioridad ⁽²⁾ han establecido bien claro, que para poder desarrollar la estrategia de Atención Primaria de Salud, que posibilite alcanzar Salud para Todos, uno de los factores determinantes está en garantizar la adecuada formación de los recursos humanos que se requieren.

Así la práctica médica a nivel mundial se enfrenta hoy en día a los retos siguientes:

- Aumento de los conocimientos biomédicos y la subsiguientes obsolescencia de otros.
- Explosión de tecnología y métodos paraclínicos para el diagnóstico y tratamiento.
- Transformación de los contextos socio-culturales, políticos y económicos.
- Modificación en la organización y distribución de los servicios de salud; la importancia de la atención primaria, los centros locales de salud y la medicina ambulatoria.
- La divulgación manifiesta sobre la medicina basada en evidencias, centrándose esencialmente en la tecnología y dejando a un segundo plano las evidencias clínicas y sociales lo que según criterio de los autores, ha con llevado a una medicina comercializada, con un marcado proceso de deshumanización y la ruptura de la adecuada relación médico-paciente.

En nuestro país, el plan de estudio de la carrera de Medicina ha tenido diferentes cambios para su perfeccionamiento continuo de acuerdo a los requerimientos provenientes del sistema de salud, o en busca de un mejor desarrollo del proceso docente educativo, en respuesta a los avances científicos del mundo y las tendencias de la educación médica, fundamentalmente con la orientación a la Atención Primaria.

Las disciplinas de Salud Pública no se escapan de este perfeccionamiento. En el año 1994 se realizó una investigación por encargo encomendada por OPS acerca de las disciplinas de Salud Pública en el plan de estudios de Medicina de Cuba⁽³⁾

Este estudio se realizó en todos los países de América Latina y correspondió al ISCMH realizar el que concernía a nuestro país.

En esa ocasión se tomó como escenario el entonces Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, hoy Universidad de Ciencias Médicas y se desarrolló por un grupo de profesores de ese centro coordinados por el autor

de este trabajo. Se tuvo la valiosa asesoría del Profesor Francisco Rojas Ochoa, en aquel entonces Vicerrector de Investigaciones y del Profesor Miguel Márquez, quien fungía como Representante de OPS/OMS en Cuba.

El plan de estudios que se analizó en aquel trabajo fue el vigente a partir de 1985 y que fuera confeccionado por una comisión del ISCMH presidida por el Profesor Fidel Ilizástigui Dupuy, en aquel entonces Vicerrector de Desarrollo y otros prestigiosos profesores en que se encontraba el actual jefe del Grupo de Desarrollo de la UCMH, el Profesor José Fernández Sacasas, entonces Vicerrector Docente.

En esa investigación se identificaron un conjunto de problemas y recomendaciones con el fin de perfeccionar estas disciplinas en el programa. En el curso escolar 2010-2011, después de un año de trabajo intenso de la UCMH, con la participación de los profesores de todas las universidades médicas y de la Dirección de Docencia del MINSAP, se pone en vigor el plan de estudios de Medicina perfeccionado.

Por tal motivo nos preguntamos:

¿Qué transformaciones han sufrido las disciplinas de Salud Pública en el plan de estudios perfeccionado de la carrera de Medicina?

¿Se tomaron en cuenta las recomendaciones del estudio realizado en 1994 para el perfeccionamiento de las disciplinas de Salud Pública?

¿Cuál es el rol de la APS como escenario formativo en las disciplinas de Salud Pública en el programa perfeccionado?

El presente estudio se propuso dar respuesta a estas interrogantes con la finalidad de brindar información relevante a los claustros y directivos académicos acerca del plan de estudio perfeccionado de la carrera de Medicina elaborado por la Comisión Nacional de Carrera de Medicina de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, como centro rector, en el año 2010.

Esta investigación se justifica por la innegable importancia que le aportan las disciplinas de Salud Pública a la formación del médico en nuestra sociedad.

Capítulo No. 2 Objetivo

Describir las modificaciones de las disciplinas de Salud Pública en el plan de estudio perfeccionado de la carrera de Medicina en el periodo 1985-2010.

Capítulo No.3 Marco teórico

I. Generalidades.

El desarrollo humano es un proceso en el cual se amplían las oportunidades del ser humano. En principio estas oportunidades pueden ser infinitas y cambiar con el tiempo. Sin embargo, a todos los niveles de desarrollo, las tres más esenciales son: disfrutar de una vida prolongada y saludable; adquirir conocimientos; y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida decente. ⁽⁴⁾. Como señalara Amartya Sen ⁽⁵⁾,” la salud como la educación, se encuentran entre las capacidades básicas que le confieren valor a la vida humana”.

La consagración del derecho a la salud de los pueblos se enmarca en la Declaración Universal de los Derechos Humanos promulgada en 1948 y también en la Declaración de Alma –Atá efectuada en 1978. Esos 30 años transcurridos entre ambas declaraciones posibilitaron perfilar el más importante paradigma en las políticas de salud pública: la atención primaria de salud, como uno de los componentes fundamentales de la dignidad humana. ⁽⁶⁾

Desde sus inicios la Declaración de Alma Ata se convirtió en un espacio de confrontación ideológica y social, que ha llevado a múltiples interpretaciones y expresiones en los diferentes procesos de reforma sanitaria efectuados. En muchos países su implementación ha sido durante todos estos años un parto doloroso, aún no concluido, de una criatura necesaria hoy más que nunca para la salud de nuestros pueblos.⁽⁷⁾

En la Declaración de Buenos Aires ⁽⁸⁾ de agosto de 2007 los Ministros de Salud o sus representantes consideraron que “La estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) se basa en valores y principios que siguen vigentes y que deben orientar la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud en todos sus niveles y para todos. Que la salud es causa y un factor generador de desarrollo y crecimiento en una nación. Es por ese motivo que consideramos a la salud como una inversión y no como un gasto y también como una responsabilidad de Estado y la sociedad en su conjunto”

II. Situación de la Salud Pública en Cuba antes del triunfo revolucionario

La situación de salud del país, tal como se planteó en el Programa del Moncada ⁽⁹⁾ era deplorable. Los servicios públicos de salud se prestaban en unos pocos hospitales en las ciudades, con acceso limitado de los campesinos que constituían la mayor población y en las zonas montañosas no recibían ningún tipo de atención.

Las clínicas mutualistas daban cobertura al 20% de la población y solo unas pocas clínicas privadas tenían acceso a la alta tecnología. Había una ausencia total de una política de salud nacional, de un programa nacional de salud, de un sistema nacional de salud. A esto se sumaba la pobre calidad de los servicios; el carácter curativo de la práctica médica de enfoque biologicistas, sin una concepción integral del ser humano. El alto índice de analfabetismo, la baja escolaridad, el desempleo, la desnutrición, la miseria en que vivía la mayoría de la población, hacía que los indicadores de salud fueran de los peores del continente. Existían altas tasas de mortalidad infantil, mortalidad materna, mortalidad preescolar, alta frecuencia de enfermedades infecciosas evitables como el paludismo, (2000 casos anuales), poliomielitis (200-300 casos por año), tétanos (más de 300 casos anuales) y la gastroenteritis que constituía una de las primeras cinco causas de mortalidad.

III. *EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN LA REVOLUCIÓN*

A partir de 1959, con el triunfo de la Revolución, se produce un cambio radical al proclamarse la salud como un derecho del pueblo y deber del Estado, imprimiendo a la atención médica una orientación preventivo-curativa, con énfasis en los aspectos profilácticos.

El Sistema Nacional de Salud abarca todo el conjunto de instituciones que garantizan el universo de acciones sanitarias para la salud de la población. Los servicios que brinda son totalmente gratuitos y el estado subsidia los medicamentos y medios terapéuticos necesarios para la curación y rehabilitación del paciente ambulatorio.

La accesibilidad a los servicios se garantiza por ley y por la distribución geográfica de los mismos y su puerta de entrada es el médico de familia. Se encuentra al alcance de todos los ciudadanos independientemente de su localización geográfica, sexo, raza, filiación política o religiosa.

El sistema cuenta como pilar fundamental con un desarrollado sistema de atención primaria de salud que implica la participación comunitaria e intersectorial, el cual armoniza con las instalaciones de atención secundaria y terciaria.

Se resume en los Principios del Sistema Nacional de Salud

- Carácter estatal socialista.
- Orientación profiláctica.
- Accesibilidad y gratuidad general.
- Integridad y desarrollo planificado.
- Unidad de la ciencia, la docencia y la práctica médica.
- Participación activa de la población.
- Internacionalismo.

IV. ANTECEDENTES DE LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

La enseñanza de la medicina comienza en Cuba en 1726, dos años antes de la fundación de la Real y Pontificia Universidad de San Gerónimo de La Habana. Durante el período colonial se caracteriza por el uso de métodos metafísicos y una total dicotomía entre la teoría y la práctica. En el transcurso de los siglos XVIII y XIX se hicieron reformas con cambios curriculares, con la inclusión de nuevas asignaturas y creación de cátedras fuera del recinto universitario, así como se realizan prácticas en los hospitales. La reforma universitaria efectuada en 1842 fue de una gran trascendencia ya que se realizaron cambios sustantivos que modernizaron el plan de estudio y lo ubicaron al nivel de las mejores universidades de la época.

A partir de 1902 se realizan varios planes de estudio caracterizados por el cientificismo y el enciclopedismo, formando un médico con un predominio de enfoque individualista y biologicista.

Hasta 1959 solo existía una facultad de Medicina en el país, ubicada en la capital del país, con un ingreso limitado y cuyos egresados, cerca de 300 en cada año tenían como mercado laboral las grandes ciudades del país o la emigración hacia Estados Unidos.

I. Situación de la educación médica mundial

A inicios del siglo pasado, la Asociación Médica de los Estados Unidos de Norteamérica solicitó a la Fundación Carnegie que realizara un estudio sobre la educación médica en los EUA, que a su vez se extendió a Canadá y fue dirigido por el Dr. Abraham Flexner, quien estudió la situación de las 155 Escuelas y Facultades de Medicina y estableció en su informe de 1910, un modelo de diseño curricular que estructuraba las asignaturas en tres grandes agrupaciones: ciencias básicas, preclínicas y clínicas ⁽¹⁰⁾.

Ese modelo se generalizó en el mundo y de hecho sigue vigente hasta nuestros días en gran parte de las facultades y escuelas de Medicina.

Por otra parte, casi simultáneamente, en 1918, en la Universidad de Córdoba, Argentina se acuerda desarrollar una profunda reforma de la enseñanza universitaria, dándole gran énfasis a la proyección social de los diseños curriculares, en correspondencia con los grandes problemas existentes en ese momento en Latinoamérica. Esta reforma se hará sentir en todas las universidades de la región y que Julio Antonio Mella exigirá aplicar en Cuba, en el marco del I Congreso Nacional Estudiantil de 1923 ⁽¹¹⁾

El estudio más certero y documentado que se realizó en la región en el pasado siglo acerca de la Educación Médica lo hizo Juan Cesar García en 1972 con la publicación de su libro, "la Educación Médica en América Latina". ⁽¹²⁾

En ese estudio se analizaron 100 escuelas de Medicina de todos los países en el curso escolar 1967-1968 y se utilizaron los métodos históricos, de grupos nominales, entrevistas, cuestionarios, etc. Se entrevistaron a estudiantes y a profesores. En lo referente al Plan de Estudio se observó que los objetivos generales y específicos de la formación médica eran muy vagos. El plan de estudio era el resultado del desarrollo histórico de las diferentes disciplinas que componen la Medicina y de ciertas ideas generales sobre el proceso de

enseñanza- aprendizaje. El periodo de duración de la carrera más frecuente era de seis años, incluyendo el internado que mayoritariamente era el rotatorio. El promedio de horas de enseñanza por alumno era de 5267 horas y el promedio de asignaturas por plan de estudios era de 36. El plan de estudios de la carrera médica en AL y el Caribe casi siempre estaba constituido por 10 disciplinas identificables: Ciencias morfológicas, ciencias fisiológicas, patología, micro y parasitología, medicina y sus especialidades, cirugía y sus especialidades, pediatría, obstetricia y ginecología, psicología y psiquiatría, medicina preventiva y social. Cada una de estas disciplinas incluía una o más asignaturas.

La distribución horaria por disciplinas estaba dominada por la enseñanza de las materias clínicas, con un 57% del total de las horas de enseñanza por alumno, la estructura y funciones el 25%(ciencias básicas), las preclínicas el 12 % y la medicina preventiva y social, el 5 %. Los planes de estudio estaban orientados hacia la solución de problemas de salud del hombre enfermo y del hospitalizado.

Desde la segunda mitad del pasado siglo el modelo flexneriano ha venido entrando en crisis progresivamente, lo cual ha quedado patentizado en innumerables reuniones, eventos internacionales y reuniones cumbres. Así pudiéramos señalar, entre otras: Declaración de Edimburgo (1988) ⁽¹³⁾, Iniciativa de Lisboa (OMS, 1988) ⁽¹⁴⁾, Declaración de la Habana de la Conferencia Integrada Universidad Latinoamericana y Salud de la Población en 1991 ⁽¹⁵⁾, Declaración de Edimburgo de la Cumbre Mundial de Educación Médica (1993) ⁽¹⁶⁾, Declaración de Santa Fe de Bogotá (1995) ⁽¹⁷⁾, Declaración de Rancho Mirage (1997)⁽¹⁸⁾ , el informe de la Federación Mundial de Educación Médica sobre los Estándares Internacionales para la Educación Médica de Pregrado (1999) ⁽¹⁹⁾, Encuentro Universidad Latinoamericana y Salud de la Población: retos y desafíos para el Siglo XXI, efectuado en la Habana en el 2001 ⁽²⁰⁾, Declaración de Granada (2001) ⁽²¹⁾, Declaración de Sevilla (2002) ⁽²²⁾, y la Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre Educación Médica (2006) ⁽²³⁾ .

De todas ellas se pudiera resumir sus principales elementos en ⁽²⁴⁾:

- Considerar la educación médica como un continuo: pregrado, postgrado y educación médica permanente.
- Reformulación de los diseños curriculares, haciéndolos pertinentes y vinculados cada vez más con la estrategia de la atención primaria de salud (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 garanticen 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.

Durante estos años, el problema no ha estado solamente en alcanzar ese consenso teórico de cómo debe ser la educación médica, sino en cómo poderlo concretar en las diferentes escuelas y facultades de Medicina.

Otro elemento significativo que se puede extraer de la lectura de estos documentos es que se considera separada la educación médica de la práctica médica. Siempre se ha planteado la necesidad de una integración y coordinación entre ambas, para lo cual es necesario conciliar.

A su vez en el desarrollo de las sesiones técnicas de la Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo ⁽²⁵⁾ celebrada en Buenos Aires, sobre los recursos humanos en salud para este milenio se consideró, entre otros aspectos los siguientes:

- La actual formación de los profesionales de la salud resulta un obstáculo para la implementación de la estrategia de Atención Primaria de Salud debido a que la distancia entre las entidades formadoras y los sistemas de salud se constituye en un obstáculo para lograr un adecuado perfil del recurso humano, acorde a la necesidad de cada país y región.

- Es esencial un fuerte papel de rectoría del Estado para lograr la articulación entre estas áreas, y también establecer prioridades e incentivos.
- La formación del recurso humano no es sólo una cuestión técnica sino también política.
- Es importante que la formación del recurso humano en salud se oriente hacia la adquisición de capacidades para abordar la heterogeneidad social y las dimensiones culturales de las realidades locales, ubicando los valores de la atención primaria de salud como centrales, para ello muchos currículos deberán ser reformulados en un trabajo conjunto entre las áreas y entidades de Salud y Educación.
- Hay que priorizar la formación de grado para la adquisición de competencias y fomentar acciones destinadas a la capacitación en servicio y educación continua.
- Es esencial poner énfasis en los principios y valores de la formación del recurso humano en salud, la transformación del recurso humano en salud, la transformación de la formación de los formadores y docentes, el ámbito en el cual desarrollan esa formación y la metodología de enseñanza-aprendizaje.
- La formación del recurso humano en salud y el ejercicio de su práctica deberán darse en estructuras vinculadas con la comunidad y no sólo en las aulas. Además de estimular en la formación la participación comunitaria y el trabajo en equipo.

En las escuelas y facultades Medicina latinoamericana se han diseñado y ejecutan planes de estudio, con gran carga teórica y escaso desarrollo de competencias clínicas, epidemiológicas y sociales; poca formación humanística y compromiso social de sus egresados, sobrevalorando la organización de salud como un elemento puramente empresarial, bajo los principios del neoliberalismo contemporáneo.

Según nuestro criterio, los principales problemas que confronta la educación médica en los países en desarrollo hoy día están:

- La práctica médica se basa en un modelo de atención que prioriza la enfermedad y lo curativo, de profunda dependencia tecnológica y de

altos costos, con poca relevancia de los programas preventivos y de promoción de salud.

- El predominio del modelo conceptual biologicista y medicalizado, haciendo que la formación y la investigación se impregne del concepto de enfermedad, desvinculándose de los determinantes sociales de la salud.
- La irrupción vertiginosa y desproporcionada de una red de clínicas y consultorios privados con un escaso desarrollo de la red de servicio del primer nivel de la atención de salud.
- Una formación que se enfatiza en el aula, con pocas prácticas profesionales, concentradas a veces en los últimos años de las carreras y realizadas predominantemente en los hospitales.
- Pobre relación entre las instituciones formadoras y los servicios, lo que conlleva a una desvinculación de los estudiantes con las realidades de las comunidades.
- Formación de profesionales con escasa sensibilidad social.
- Existe un déficit de médicos generales de calidad y un elevado número de especialistas que se concentran fundamentalmente en las grandes ciudades.
- Los posgrados responden a necesidades individuales y no a prioridades nacionales ni estatales.
- No pertinencia entre la formación de los recursos humanos del país y las crecientes necesidades de salud de la población.

Hay universidades con programas de estudio avanzados, tanto desde el punto de vista pedagógico como de contenido y con un enfoque más centrado en la comunidad, en la APS, pero no es lo que predomina en nuestra región.

Hoy en día, para poder realizar el cambio necesario a fin de lograr la formación del médico que requieren los países del tercer mundo, no queda otra alternativa que enfrentar esta globalización neoliberal con la globalización de la solidaridad preconizada por Fidel Castro Ruz.

Por tanto la transformación de la educación médica para los países del mundo en desarrollo debe estar basada en:

- Formación de un médico general integral con una sólida preparación científica y tecnológica, portador de un profundo enfoque social, ético, humano y solidario; capaz de transformar el estado de salud del lugar donde se desempeña y de brindar una atención integral de salud que privilegie las acciones de promoción y prevención de salud.
- El proceso de formación debe tener una alta carga que se descentralice hacia las propias comunidades, en escenarios docentes debidamente acreditados donde se efectúe la interrelación del futuro médico con los individuos –sanos-enfermos, las familias y la comunidad.
- Con esto la formación de médicos se hace más pertinente en relación con la necesidad de salud de la población.
- Se desarrolle sobre la base de la estrategia de atención primaria de salud, acercando los servicios a la población, sobre la base de una comunicación y relación médico-paciente fortalecida.
- La forma organizativa de la enseñanza predominante debe ser la educación en el trabajo y aprendiendo a aprender y a hacer.
- El modelo didáctico debe estar basado en la autoformación, donde el proceso se centre en un educando que construya activamente su aprendizaje, bajo la dirección, guía y ejemplo del profesor, con el empleo de las tecnologías educativas contemporáneas requeridas.

II. CARACTERISTICAS ACTUALES DEL SISTEMA DE FORMACION MÉDICA

Tuvieron que transcurrir 236 años y una Revolución radical para que se iniciara la formación médica en varias universidades de nuestro país y de modo masivo.

La universidad estuvo cerrada desde noviembre de 1956 por la lucha contra la tiranía batistiana hasta enero de 1959. Al triunfo revolucionario, de 161 profesores que tenía la Facultad de Medicina se quedan 23. Se sustituyen los que abandonaron la Facultad con médicos jóvenes que emprenden la carrera docente .Se recomenzó el plan de 1942 haciendo transiciones, cambio de asignaturas y un plan de liquidación de seis años.

Se hizo la reforma universitaria el 10 de enero de 1962, en el 33 aniversario del asesinato de Julio Antonio Mella. El plan de estudio de la Reforma, solo duró un curso, el de 1961-1962 pues ya en 1963 abandonó el país una cifra considerable de médicos y se puso en vigor un plan de cinco años. Este plan, conocido como plan Baeza, solo duró tres años y culminó como plan de liquidación en una carrera de seis años. En 1966 se puso en vigor de nuevo el plan de la reforma universitaria de seis años que duró hasta 1969.

En 1969 se establece el plan de estudios más novedoso para la época, que fue el plan integrado, instituido por el profesor Fidel Ilizástigui Dupuy el que duró hasta 1978. Este plan de estudio era muy complejo aplicarlo con éxito en todas las facultades del país que se fueron creando por el proceso revolucionario.

A partir de 1978, se volvió al plan por asignaturas de seis años.

En 1985 se pone en vigor un nuevo plan de estudios de Medicina, que está vigente hasta la actualidad. Al igual que los anteriores, el profesor Ilizástigui estuvo al frente de este plan, que después de algunas modificaciones que se realizaron en estos 25 años de implantación, es el plan de estudios que se perfeccionó en el 2010.

En 1976 se crea el Ministerio de Educación Superior, que ejerce la función rectora metodológica en el país en la formación de profesionales de nivel superior, tanto para los centros dependientes de él como los adscritos a los Organismos de la Administración Central del Estado, como lo es Salud Pública. A partir de ese año, el Ministerio de Salud Pública asume la formación y perfeccionamiento de todos sus recursos humanos en las universidades médicas, escenarios asistenciales y otros centros de formación.

A partir de esta decisión se elaboran las siguientes premisas como criterios básicos de integración docencia –asistencia-investigación:

-La enseñanza debe tener como eje la salud del individuo, la familia, la comunidad y el entorno y no la enfermedad del individuo.

-El área natural de adiestramiento del personal de salud son los servicios del Sistema Nacional de Salud considerados como un todo y la estructura y recursos de estos, deben formar parte integral de la estructura y recursos del sistema educacional de salud.

-Los alumnos durante su proceso formativo deben ser considerados como un recurso adicional al servicio de la salud y sus actividades de adiestramiento deben, en lo posible, estar basadas en su participación activa en el trabajo.

Es así como Cuba cuenta hoy con una red de instituciones docentes en todas las provincias del país que garantizan los recursos humanos a nivel local y para los compromisos internacionalistas. Un total de 24 facultades de Medicina, 4 de Estomatología, 4 de Enfermería y 4 de Tecnología de la Salud, junto con todas las unidades del SNS acreditadas para la docencia.

La formación médica tiene un plan de estudio que garantiza la formación de un medico general orientado a desarrollar acciones integrales de salud hacia el individuo, la familia y la comunidad.

Durante los años 1981 y 1982 se realizó en todo el país un análisis profundo de la Educación Médica Superior con una amplia participación de varios grupos de expertos. También se enviaron profesores a visitar universidades médicas de prestigio reconocido en Europa, Canadá y Estados Unidos, con el objetivo de conocer los planes de Estudio y las características y experiencias en la enseñanza de la Medicina. Ello sirvió, junto a las demandas provenientes de la situación real de la salud pública y la educación médica cubana, - sus logros, deficiencias y perspectivas-, el marco conceptual de la educación superior cubana y las tendencias mundiales de la educación médica, para elaborar un nuevo currículo con el objetivo de formar un médico general.

El Plan de Estudio ha tenido diferentes cambios para su perfeccionamiento continuo de acuerdo a los requerimientos provenientes del sistema de salud, o en busca de un mejor desarrollo del proceso docente educativo, en respuesta a los avances científicos del mundo y las tendencias de la educación médica, fundamentalmente con la orientación a la Atención Primaria.

Con el propósito de garantizar el éxito en la formación médica y egresar un profesional integral y de calidad, el plan de estudio de la carrera tiene concebido desde los inicios la vinculación básico- clínica-comunitaria y la educación en el trabajo dándole la oportunidad a todos los estudiantes de familiarizarse con los principales problemas de salud del medio ambiente, de la

sociedad, la familia y el individuo, adquirir todas las habilidades de un médico general capaz de desempeñarse en todos los niveles de atención al paciente.

No se puede hablar de educación médica en Cuba sin mencionar a los Profesores Fidel Ilizástigui Dupuy y Luis Rodríguez Rivera de quienes el autor de este trabajo fue discípulo y compañero de trabajo. Fueron relevantes figuras de la educación médica cubana en la etapa de la Revolución, que abordaron con gran penetración y pensamiento crítico los problemas planteados en la contemporaneidad en relación con la educación médica y la formación de los estudiantes de medicina, como consigna un cercano seguidor. ⁽²⁶⁾

Sus enseñanzas fueron asimiladas como filosofía en los distintos planes de estudios del período revolucionario. Mencionaré algunas de ellas:

“El viejo patrón de la atención a la salud, centrado en la enfermedad, efectuada en los hospitales, brindada por personal especializado, con atención médica discontinuada, fragmentada y deshumanizada, está siendo reconsiderado. El paradigma que le sirve de base -biomédico, reduccionista, dualista y cientificista- está dando pasos hacia un paradigma más amplio y expansivo que lo incluye, restituyendo al hombre y su salud como centro de la atención médica”. ⁽²⁷⁾

Luis Rodríguez Rivera comparte el enfoque integral, distante del unilateral centrado en la medicina curativa, sin desestimarla, como refleja en su ponencia *“Comprensión de la esencia social del ser humano para la solución de los problemas de salud”* que considera necesaria para alcanzar su <solución estratégica>, mientras el abordaje biológico exclusivo se reduce a una <solución táctica>; y acota *“no se puede aceptar el valor universal y neutral de la ciencia, desconociendo su relación con la estructura social que la generó, y más cuando están involucrados factores sociales en esta ciencia”*⁽²⁸⁾

III. ENSEÑANZA DE LAS ASIGNATURAS DE SALUD PÚBLICA EN AMÉRICA LATINA

La Salud Pública es una actividad gubernamental y social de primer orden y tiene un fundamento científico compuesto por las disciplinas que la integran.

Es evidente que los aspectos sociales en los planes de estudios de la mayoría de las facultades de Medicina de América Latina está limitados por las líneas políticas que siguen las facultades, en las que se acentúan la especialización y se recalcan los valores técnicos y científicos de las disciplinas básicas y clínicas. En consecuencia, los conocimientos establecidos sobre la salud y la enfermedad no permiten la formación de una conciencia social que contribuya a transformar las condiciones de subdesarrollo de nuestros pueblos. Estas características han distinguido la formación médica en muchos de nuestros países en el sentido de que responden a las finalidades del estado capitalista.

En su ya mencionado libro “La Educación Médica en América Latina” ⁽¹²⁾, al referirse a la enseñanza de las disciplinas de Salud Pública, Juan Cesar García señala lo siguiente: los Departamentos de Medicina Preventiva y Social estudian aquellas áreas del conocimiento médico que comprende la medicina preventiva propiamente dicha, la medicina cuantitativa, las ciencias de la conducta, la epidemiología y la organización y administración de los servicios de salud.

En la Medicina Preventiva estudian las medidas preventivas que abarcan la prevención primaria, la prevención secundaria y la prevención terciaria siguiendo los conceptos de Leavel y Clark. ⁽²⁹⁾ La prevención primaria, lo que llamaríamos Higiene, es la base de la medicina preventiva y se imparte en todas las escuelas estudiadas y el 60 % de las horas de enseñanza son teóricas. Comprende la educación sanitaria, examen periódico de salud, nutrición de adultos, lactante y el niño. Saneamiento ambiental (agua, alimento, excreta, desperdicios, control de roedores y artrópodos, contaminación atmosférica, prevención de las enfermedades transmisibles (inmunidad y resistencia), higiene de las condiciones de vida y de trabajo, higiene personal, prevención de accidentes y medidas de seguridad, tamaño de la familia y protección de carcinógenos. La prevención secundaria en muy pocas escuelas de Medicina se imparte, ya que la realizan las clínicas que no se han preocupado de estos aspectos, al igual que la terciaria.

La Epidemiología es la disciplina que describe la distribución de las enfermedades en la población y analiza los factores que determinan esta

distribución. En ella se estudian el método epidemiológico, la definición de salud-enfermedad, la triada ecológica, relación entre el método clínico y el epidemiológico, la epidemiología descriptiva, la epidemiología analítica, la investigación epidemiológica, la epidemiología de las enfermedades transmisibles y no transmisibles. Todas las escuelas enseñan estos tópicos y el más frecuente es metodología y dentro de este la definición de salud-enfermedad. Después lo que más se enseña es epidemiología de las enfermedades transmisibles. La enseñanza de la epidemiología es predominantemente teórica, orientada hacia la descripción de las enfermedades transmisibles y concentradas en un curso.

Se entiende por Medicina Cuantitativa el conjunto de medidas y técnicas empleadas para recolectar, elaborar, analizar e interpretar datos numéricos en el campo de la Salud. Se dividió en siete capítulos: metodología estadística, método científico, estadísticas de población, estadísticas de natalidad, estadísticas de mortalidad, estadísticas de recursos y servicios. Lo que más se enseña es metodología estadística y lo que menos es estadísticas de recursos y servicios.

En el campo de la Organización y Administración de Servicios de Salud, al que se le ha denominado Salud Pública es el estudio de la organización de los recursos y de los esfuerzos colectivos para promover la salud de la población y para evitar y reparar los efectos de la enfermedad, la apreciación de su costo y su relación con la economía nacional e individual.

Se agrupan los temas en tres categorías: economía y salud; conceptos generales de organización y administración de servicios de salud; descripción y análisis de los servicios de salud del país.

La enseñanza era predominantemente teórica y las horas prácticas se dedican a la observación de servicios de salud y a visitar instituciones médicas.

Las Ciencias de la Conducta se agrupan en tres disciplinas de las ciencias sociales: sociología, antropología y psicología social.

El médico es un líder con capacidades de cambio social y estas capacidades deben ser desarrolladas. Su enseñanza era teórica.

En su último trabajo, publicado **póstumamente** en 1986, intitulado Juan Cesar García entrevista a Juan Cesar García ⁽³⁰⁾ y ⁽³¹⁾ al profundizar en las características de esta ciencias de de Salud Pública y su enseñanza decía lo siguiente:

- a) **P.** Existe en salud un campo del conocimiento científico que se ocupe de los aspectos sociales relacionados con el proceso salud-enfermedad y con los servicios de salud?
- b) **R.** Si y ha recibido diferentes denominaciones entre otras, Medicina Social, Ciencias Sociales aplicadas a la Salud,.....así, desde las ciencias sociales, la sociología médica, la economía médica, la economía política de la salud, etc. y desde las ciencias médicas, la epidemiología social, la higiene social.
- c) **P.** Como se explica esta variedad de nombres para designar un mismo campo del conocimiento?
- d) **R.**.....existe un cierto grado de acuerdo sobre los temas fundamentales que abarcaría esta esfera del conocimiento:"el estudio de las determinantes sociales de la enfermedad y de los servicios de salud". Es a partir de estos temas fundamentales que se produciría un cierto consenso sobre el ámbito de un campo del conocimiento que se considera como interdisciplinario. En esa forma, y teniendo un cuerpo teórico común, podría darse la contribución de las disciplinas sociales y de disciplinas "médicas" tales como epidemiología, higiene y saneamiento.
- e) **P.**...Medicina Social se introduce en América Latina íntimamente unida a Medicina Preventiva y Salud Pública y en una consideración de baja condición social y técnica; cuando y como logra la Medicina Social separarse de la Medicina Preventiva y de la Salud Pública?
- f) **R.** La separación entre la medicina preventiva y la medicina social no se ha producido todavía en el mundo académico, posponiendo, en cierta medida la legitimización de esta disciplina en el campo médico.

En diferentes conferencias internacionales, seminarios, libros de textos, se presentan comentarios acerca de las influencias de las definiciones denominadas convencionales de la Salud Pública, especialmente cuando se

refiere a la clásica definición del profesor de Universidad de Yale C.E.A Winslow en 1920 ⁽³²⁾ en que definió a esta ciencia en los siguientes términos:

“La salud pública es la ciencia y arte de prevenir las enfermedades ,prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones en la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal, organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud”.

En 1990 uno de los salubristas más connotados en el mundo, el norteamericano Milton Terris, intentó actualizar los planteamientos de Winslow y expresó que la Salud Pública es:

“es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones, educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud.” ⁽³³⁾

Otra concepción es aquella que atribuye al adjetivo “pública” el significado de un nivel específico de análisis a saber, un nivel poblacional, que la diferencia de la medicina clínica individual y de la biomedicina. A partir de estas consideraciones Julio Frenk formula su definición de una “nueva salud pública” como “la aplicación de las ciencias biológicas, sociales y de conducta al estudio de los fenómenos de salud en las poblaciones humanas.” ⁽³⁴⁾

En el año 2002 la Organización Panamericana de la Salud publicó el libro “La Salud Pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción”. En el capítulo 4 reconoce esta organización que los retos son ampliar y precisar un concepto actual, que defina los campos de actuación en los sistemas de salud y la dimensión internacional, para concluir

con una definición sintética, que considera suficiente, configurada en la siguiente forma:

“La Salud Pública es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medios de alcance colectivo.” ⁽³⁵⁾

De los años 1965 a 1970 hubo un desarrollo acelerado de las ciencias sociales en las facultades médicas en la formación de pregrado. Después, ese desarrollo se ha frenado por la ofensiva neoliberal que sacudió el continente en las décadas “perdidas” de los 70, 80 y 90. El estado se redujo a límites increíbles en algunos países y disminuyó sustancialmente su papel de prestador de servicios de salud. Los aspectos sociales en la enseñanza de la Medicina se redujeron y perdió credibilidad. Las leyes del mercado, sin ningún control se impusieron en el campo de la salud y tuvo su correlato en la educación médica. La caída del campo socialista este europeo también jugó un papel de desmovilización de las fuerzas de la izquierda. En aquellos países que han emprendido la lucha por la verdadera liberación de sus pueblos, algunas facultades de Medicina no se han incorporado a los cambios sociales. Otras facultades médicas sí. Sin embargo, en respuesta a la resistencia al cambio se han creado estructuras universitarias por el Poder Revolucionario que si responden a los nuevos tiempos en América Latina. La inclusión de las ciencias sociales en los planes de estudios se ve favorecida en el caso de los países que han experimentados cambios estructurales y reformaron sus sistemas de salud y educativos.

El triunfo de la Revolución Cubana en 1959 significó no solamente el inicio de la construcción de un estado socialista propio, sin calco ni copia de otros modelos, que en el andar del tiempo constituiría una de las influencias más significativas del mundo, especialmente para los países del tercer mundo y de América Latina y el Caribe. La Revolución Cubana lleva al imperialismo norteamericano a tratar de perfeccionar su paradigma para tratar de contrarrestar la influencia del socialismo, como la gran alternativa de la humanidad, ante la imposición del mercado sin restricciones en el campo económico y social. Nace la “Alianza para el Progreso” conducida por el

presidente John F Kennedy en una reunión en Punta del Este, Uruguay .Surge de ahí el Plan de Salud de las Américas aprobado en Santiago de Chile.

En este contexto, la educación de Salud Pública en las facultades de Medicina y en las Escuelas de Salud Pública toman el paradigma de Leavell y Clark en relación con la historia natural de las enfermedades entendidas como un sistema y como tal susceptible de ser negado en parte, reformulado o ampliado acorde a nuevos aportes científicos ⁽²⁹⁾ La aplicación de medidas preventivas en la historia natural de la enfermedad: prevención primaria, secundaria y terciaria, y la conducta del equipo médico frente al hombre sano o enfermo, como los cuatro momentos de intervención en la historia natural de una enfermedad. Los aportes de Leavell y Clark, tuvieron y tienen aún aceptación de los salubristas y de los servicios de salud, tanto para la organización de la atención médica como en el desarrollo de programas de inmunización. En el transcurso de las décadas de los años 70 y 80 del siglo XX, el modelo preventivista se ampliaría con las contribuciones de la epidemiología, la demografía, la ecología y la sociología funcionalista.

Con posterioridad, al cuestionarse la interpretación funcionalista de la sociedad, se puso de manifiesto el aporte de la corriente sociológica materialista histórica que llevó a definir que el objeto fundamental en la Salud Pública es la sociedad como un todo, que la causalidad de los hechos no son producto de la mente humana sino de las propias condiciones del mundo material, económico y social y que los determinantes del estado de salud se relacionan con el momento histórico de cada formación económico social. ⁽³⁶⁾

En nuestro país la enseñanza de la Higiene Pública comenzó con el plan de estudio diseñado en 1842. Se puede decir, que tanto en el siglo XIX como en la primera mitad del siglo XX, la enseñanza de las disciplinas de Salud Pública prácticamente estaba ausente en los planes de estudio. Se enseñaba al estudiante de Medicina para ejercer en la medicina privada y aunque había un desarrollo en el servicio, exponentes máximos Carlos J Finlay, Juan Guiteras Gener y otros y se creó el primer Ministerio de Salud en el mundo, que tenía funciones de lucha antiepidémica y atender los problemas epidemiológicos, los planes de estudio eran muy biologicistas y orientados hacia la curación.

Es con la Revolución y en los planes de estudio que se implementan, que se desarrolla plenamente la enseñanza de las disciplinas de Salud Pública.

Capítulo No. 4 Diseño Metodológico.

Se realizó esta investigación cualitativa en la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana en el curso 2010-2011.

Se utilizaron dos fuentes secundarias para la recogida de la información: el plan de estudio perfeccionado de la carrera de Medicina que se imparte actualmente en nuestra universidad médica y el informe de los resultados de la investigación realizada en 1994 por el autor de este trabajo y colaboradores, en el entonces Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana y auspiciada por la OPS.

El trabajo realizado en 1994 recogió los siguientes objetivos:

- Evaluar los programas de enseñanza de las disciplinas de Salud Pública del plan de estudio de la carrera de Medicina.
- Analizar algunas características seleccionadas de los recursos humanos y materiales de las disciplinas de Salud Pública.

El objeto de estudio a investigar fue el siguiente:

- Los programas analíticos de las disciplinas: Sociedad y Salud, Filosofía y Salud I y II, Bioestadística y Computación, Psicología Médica I y II, Medicina General Integral I y II, Teoría y Administración de Salud, Higiene y Epidemiología y en el Internado la rotación de Medicina General Integral.

El universo de trabajo se circunscribió a las 8 Facultades de Ciencias Médicas del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (I.S.C.M.-H), que es el centro rector para todo el país de los planes y programas de estudios de pre y postgrado en las carreras de Ciencias Médicas. Para recopilar la información atinente, se realizaron reuniones de expertos, talleres y encuestas. Se aplicaron técnicas de entrevistas individuales, discusiones de grupos nominales, cuestionarios abiertos y cerrados y cédulas para análisis de contenidos.

Para dar salida al objetivo propuesto se revisaron por el autor, todas las asignaturas que componen las disciplinas de Salud Pública contempladas en el plan de estudio perfeccionado de la carrera de Medicina en el 2010. Se

revisaron también los resultados obtenidos en la investigación del 1994 señalada anteriormente.

Se aplicó el método de concordancia y diferencia en la comparación del programa actual con los resultados del programa vigente en 1994.

Para realizar esta comparación se establecieron fundamentalmente las siguientes categorías:

- Nomenclatura de las disciplinas.
- Tiempo de duración de las mismas.
- Formas de organización de la enseñanza.
- Formación en escenarios de la atención primaria de salud.

Es de señalar que se hace una descripción exhaustiva de cada una de las disciplinas, asignaturas y temas comprometidos en la disciplina de Salud Pública. Se describen las características relacionadas con los objetivos instructivos y educativos, la posición dentro del plan, entre otros.

Se toman en cuenta para el establecimiento de concordancias y diferencias, no solamente los aspectos cuantitativos del programa, sino aquellos cualitativos del mismo. Es de señalar que los problemas y recomendaciones emanadas del informe de la investigación del 1994 se convirtieron en muchos casos en el punto de referencia para identificar las transformaciones.

La información fue procesada en un procesador de texto de Microsoft Word. 7. Los resultados se expresan fundamentalmente en forma narrativa como corresponde a este tipo de investigación. Se utilizaron además los números absolutos y porcentajes resumidos en tablas y gráficos estadísticos para mejorar la comprensión de algunos de ellos.

Capítulo No. 5 Resultados y Discusión.

I. Las disciplinas de Salud Pública en el Plan de Estudio vigente en 1994 de la carrera de Medicina.

El plan de estudios de Medicina en 1994 contaba con 7841 horas totales, con un 21,2 % en teoría, 20,3 en práctica y 58,5% en educación en el trabajo. Las asignaturas de Salud Pública alcanzan un fondo de tiempo de 1342 horas, lo que significa el 17 % de las horas totales. A su vez el 14 % de las horas totales se desarrollan en la A.P.S.

Se observa en la tabla 1 que es la especialidad de MGI quien más aporta a las disciplinas de Salud Pública con un 55.3% del total de horas que la componen, seguida de la Higiene y Epidemiología con el 11%.

Tabla 1.Programas de las disciplinas de Salud Pública y FOE .ISCMH, 1994

Asignatura	FOE.							
	T		P		ET		Total	
	No	%*	No	%*	No	%*	No	%**
Filosofía y Salud.	116	100	-		-		116	8.6
Bioestadística y Computación.	18	28.1	46	71.9	-		64	4.8
Psicología medica	56	63.6	32	36.4	-		88	6.6
Sociedad y Salud.	34	30.4	78	69.6	-		112	8.3
Higiene y Epidemiología	42	28.4	60	40.5	46	31.0	148	11.0
Administración de Salud.	9	12.5	17	23.6	46	63.9	72	5.4
Medicina General Integral.(MGI)	37	5.0	6	0.8	699	94.2	742	55.3
Total	312	23.2	239	17.8	791	59.0	1342	100

Fuente: Plan de estudios 1985

Notas: * % calculado en base al total de la fila

** % calculado en base al total de la columna.

FOE: Forma organización de la enseñanza

T: Teoría

P: Práctica

ET: Educación en el trabajo

Características principales de cada asignatura:

Filosofía y Salud.

Representa el 8.6% del total de horas de las disciplinas de la Salud Pública y el 100% se desarrolla con actividades teóricas (tabla1).

Es una disciplina que consta de dos asignaturas: Filosofía y Salud I y Filosofía y Salud II y se imparte en el primer año de la carrera.

El objetivo de la asignatura Filosofía y Salud I es contribuir a una formación científica de los educandos en la interpretación del mundo en que vivimos y de una concepción integral ético-filosófica del proceso salud enfermedad y sus determinantes económicos, sociales y políticos, así como el papel del personal de la salud en el diagnóstico y transformación de los factores que afectan la vida y la salud de la población.

La asignatura Filosofía y Salud II aborda la interpretación materialista de la vida humana y la salud como un proceso socialmente condicionado. Incluye problemas éticos y jurídicos en la esfera de la salud. La Bioética, Ecología y Salud, Religión y Salud, son temas que se abordan en esta materia.

Bioestadísticas y Computación.

Representa el 4.8% de la disciplina con un total de 64 horas de las cuales el 71.9% le corresponde a horas practicas (tabla 1).

Esta asignatura se propone que los alumnos sepan identificar las características más generales del funcionamiento de una computadora digital para su utilización en la solución de problemas médicos; conocer los métodos y sistemas computacionales existentes en el país relacionados con la salud; desarrollar conocimientos y habilidades en la computadora que le permita presentar determinada información; aplicar el Método Científico y el Método Estadístico; conocer la utilidad de los métodos y procedimientos estadísticos para el diagnóstico del estado de salud de la población, adquirir habilidades en estadística descriptiva para resumir y presentar información médica; conocer los conceptos fundamentales del muestreo y su empleo dentro de las diferentes técnicas estadísticas; identificar problemas de estimación y prueba de hipótesis; aplicar las pruebas de hipótesis en la toma de decisiones de

problemas de medias, proporciones, diferencia de medias y proporciones, así como tablas de contingencias relacionadas con la independencia y la homogeneidad; interpretar el significado del coeficiente de correlación muestral y su relación con el problema de la regresión.

Psicología Médica

La Psicología Médica, representa el 6.6% de las disciplinas de Salud Pública con un total de 88h horas de las cuales el 63.6% son teóricas sin que existan horas en la educación en el trabajo (tabla 1).

Se divide en dos partes: la Psicología Médica I que aborda las generalidades de la Psicología: psiquis, conciencia y procesos psíquicos, también el papel de la Psicología en la práctica médica en especial la atención primaria de salud, así como el papel de la psiquis en la determinación de la salud.

La Psicología Médica II que aborda 3 áreas principales:

- la relación médico-paciente-familia
- La iatrogenia, el estrés como problema de salud, la relación soma psiquis.
- Elementos de psicoterapia para el Médico General.

Sociedad y Salud.

Representa el 8.3% del total de horas que componen las disciplinas de Salud Pública, con un total de 34 horas teóricas (30.4%) y 69.6 horas practicas (69.6%).

Brinda al estudiante una visión general de la Medicina como ciencia socio biológica que incluye los aspectos más generales de las ciencias médico-sociales: Higiene, Epidemiología, Administración de Salud, Psicología Social, Bioestadísticas, Demografía, Educación Sanitaria, Ética Médica y otras, con una organización que prioriza el aprendizaje a través de la práctica y la discusión, así como la solución de problemas. Al mismo tiempo lo introduce en el conocimiento del método científico, el adiestramiento en la recolección de datos, la utilización de la bibliografía y el procesamiento de la información.

Las actividades docentes de esta asignatura se desarrollan en forma de estancia e íntegramente en el policlínico y su área de salud, que incluye los consultorios del médico de familia.

Higiene y Epidemiología

Representa el 11% del total de horas de las disciplinas de Salud Pública y el 71.5% se corresponde con horas prácticas y la educación en el trabajo con el 40.5% y 31.0% respectivamente. Es una asignatura que se imparte en forma de estancia en la A.P.S. a tiempo completo, precedida por la asignatura de Teoría y Administración de Salud (TAS) y sucedida por MGI, con las cuales se articula.

El objetivo general de esta estancia es lograr que el estudiante aplique el sistema de conocimientos, hábitos y habilidades necesarias para identificar los factores, tanto ambientales como personales que intervienen en el proceso salud-enfermedad y realizar actividades de promoción de salud y de prevención y control de enfermedades y daños.

Estudia las categorías epidemiológicas fundamentales del proceso salud-enfermedad, los factores ecológicos contribuyentes y la interrelación entre el medio ambiente y el hombre. Aborda el método epidemiológico y su aplicación así como la epidemiología de las enfermedades transmisibles, no transmisibles y otros daños a la salud. Estudia el control higiénico ambiental y establece el diagnóstico de salud en la comunidad, así como la vigilancia epidemiológica.

Teoría y Administración de Salud (T.A.S.)

Es una de las asignaturas que menos horas aporta (5.4%) conjuntamente con la de Bioestadística y Computación (4.8%) y se imparte en forma de estancia en la A.P. S. a tiempo completo en 5to año de Medicina con el 63.9% de sus horas en la educación en el trabajo. Precede a Higiene y Epidemiología y a Medicina General Integral, con las que se articula.

Entre sus objetivos está que el estudiante aprenda a interpretar las funciones de investigación, administración y atención de salud del médico de familia, mediante el análisis y correlación de las diferentes actividades y tareas que se desarrollen en el sector de salud, con un enfoque integral y estratégico y que el

alumno aprenda a elaborar el plan de acción y de ejecución en el área de atención primaria de salud a partir del diagnóstico de salud de un sector, por medio de la utilización del método de solución de problemas.

Esta asignatura se desarrolla en los policlínicos, donde se imparten las conferencias (9 horas) y se realizan las clases prácticas (17 horas), los seminarios y las discusiones diagnósticas. La educación en el trabajo, se realiza en el consultorio del médico de familia que le es asignado desde la primera semana y en visitas a otras unidades del sistema municipal de salud.

Medicina General Integral (MGI)

Es la disciplina que más aporta al grupo de materias de Salud Pública con un total de 55.3% del total de horas. Es de destacar que el 94.2 % está concebida en la educación en el trabajo como forma de enseñanza fundamental.

Comprende 2 asignaturas estancias a tiempo completo en 4to y 5to año y una rotación en el Internado, todos en la APS. Esta disciplina tiene una gran trascendencia estratégica en el plan de estudios al constituir el perfil de salida del médico egresado, quién va a ejercitarse como Médico de Familia en un consultorio de la atención primaria de salud.

Su objetivo central consiste en preparar al educando para desarrollar acciones integrales de salud dirigidas al individuo, la familia, la comunidad. Ello se consigue mediante el desarrollo de sus tres asignaturas en forma de estancias a tiempo completo.

La MGI I aborda el estudio del proceso salud-enfermedad y hace énfasis en la salud en su dimensión personal, familiar y comunitaria a partir de un enfoque integrador (biopsicosocial, personal-ambiental, clínico-epidemiológico-social)

La MGI II también de forma tutorial y desde el consultorio, aborda los principales problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad prevaecientes en el sector o área de salud correspondiente, con acciones en la consulta, el hogar, centros de la comunidad ya referidos. Estas acciones de salud tienen también un carácter integral. Especial significación tiene el ejercicio de carácter docente-asistencial-investigativo denominado diagnóstico

de salud del sector, que consiste en la identificación de la situación de salud de la población del sector.

La MGI III consiste en una práctica preprofesional que se realiza en el internado, trabajando el educando a tiempo completo con un médico de familia en su sector, quién actúa como tutor. Ya a este nivel el interno desarrolla con mayor grado de autonomía acciones integrales de salud, al aplicar bajo supervisión, el programa de salud del médico de familia.

Situación de salud y sus tendencias en 1994.

La situación nacional cubana desde que empezó hace 5 años "el período especial en tiempo de paz" se ha caracterizado fundamentalmente por serias dificultades económicas determinadas por dos factores bien conocidos y documentados: el bloqueo impuesto por el gobierno de EE.UU. desde hace más de 30 años, últimamente recrudecido por la denominada "Ley Torricelli" y la desaparición de la URSS y el campo socialista, con quienes Cuba sostenía el 85% de su intercambio comercial hasta 1989, lo cual significó un segundo bloqueo económico. Cuba perdió así las 3/4 partes de su mercado de exportación e importación.

Los graves problemas económicos que afrontamos repercuten inevitablemente en las condiciones de vida que inciden en la salud de la población.

A pesar de esas afectaciones en el nivel de vida, los indicadores de mortalidad y morbilidad han continuado mejorando.

La estructura de la mortalidad por edades se caracteriza por tasas mínimas en el grupo menor de 15 años con un progresivo ascenso ulterior, hasta llegar a un máximo a partir de los 65 años de edad. La mortalidad infantil ha descendido hasta 9,4 x mil nacidos vivos en 1993.

La estructura de la morbilidad ha consolidado un patrón de cambio hacia las enfermedades crónicas no transmisibles.

El presupuesto en 1993, para el S.N.S. fue 1'174 000.00 de pesos, lo que representa 107,5 pesos por habitante.

Los recursos humanos del S.N.S. llegaron en 1993 a 308,352 trabajadores, el 77,7% mujeres. De ellos 51045 son médicos, para 1 médico x 214 habitantes. El plan del médico de familia da cobertura al 90 % de la población, mediante 22,021 médicos. Hay 8531 estomatólogos y 72786 enfermeras.

Los recursos materiales comprenden 277 hospitales con 65,640 camas (6 camas x 1000 habitantes) sin contar las 14,201 camas de asistencia social (1,3 camas x 1000 habitantes).

La A.P.S. tiene 427 Policlínicos y 166 clínicas estomatológicas, que efectuaron en 1993, 64,5 millones de consultas médicas (5,9 x habitantes).

A nivel universitario, Cuba cuenta con 23 facultades de Ciencias Médicas y 4 Facultades de Estomatología, donde estudian 29 800 estudiantes la carrera de Medicina, 13 355 la de Enfermería y 2 148 la de Estomatología.

Evaluación de los Objetivos propuestos.

Evaluando en su conjunto podemos llegar a las siguientes conclusiones:

La estancia integrada de Sociedad y Salud cumple sus objetivos como disciplina introductoria del plan de estudios. Al analizar sus contenidos, formas y métodos de enseñanza, son los apropiados para el primer contacto del estudiante de nuevo ingreso con la carrera de medicina cuando la cursaron. Las perspectivas de desarrollo futuro están basadas en ir trasladando el escenario que se utiliza en estos momentos, que es el policlínico hacia el consultorio del médico de familia.

Filosofía y Salud es ahora que está reorientando sus pasos hacia la mayor vinculación a los problemas de salud.

En perspectiva se debe orientar hacia una más amplia incursión en los problemas sociales y éticos de la medicina y la salud, que contribuya junto con las restantes asignaturas, a una formación más humanista y científica del médico. Incluir aspectos de Historia de la Medicina y de la Salud Pública cubana así como profundizar en los problemas bioéticas contemporáneos. Debe tenderse a que los profesores de Filosofía participen cada vez más junto con los profesores de otras asignaturas de Salud Pública en el análisis,

interpretación, estudio e investigación de los problemas de la sociedad contemporánea y su influencia en la Salud Pública y en el proceso salud-enfermedad.

La asignatura Bioestadística y Computación ha significado un paso de avance en la calidad de la educación médica, ya que contribuye a la formación integral del estudiante, el que auxiliándose de métodos científicos y armado de la herramienta que le brinda la Estadística y la Computación, puede interpretar e interactuar frente a los problemas e interrogantes, tanto en la práctica médica como en la investigación a los cuales se enfrentarán en su vida profesional. Sin embargo, hay algunos factores que limitan la mayor adquisición de habilidades y uno de ellos podría ser la ubicación de la asignatura en el 2do semestre del 2do año de la carrera.

Es evidente que el alumno aún no es capaz de advertir la importancia de esta materia, pues no tiene precedentes que le reclamen su utilidad, ni conocen aún adecuadamente las situaciones de salud en que pueda tener aplicabilidad. Se supone que otras asignaturas retomen estos conocimientos, pero esto todavía no se ha logrado de forma eficiente y sistemática. Hay que lograr enseñarla a lo largo de toda la carrera y que contribuyan todos los profesores a la fijación de las habilidades.

El programa de la asignatura es de 64 horas y quizás sea poco el tiempo para lograr los objetivos propuestos. Por otra parte en el programa de la asignatura no se incluyen estadísticas demográficas, de recursos y de servicios, solo se abordan los aspectos generales y las características de los indicadores definiendo los más utilizados, pero centrados en las cuestiones técnicas estadísticas y no en su aplicación. En perspectiva se debe lograr una mayor integración entre los contenidos de la asignatura y los contenidos del resto de las disciplinas del plan de estudio.

Una de las posibilidades a estudiar en un futuro es convertirlas en dos asignaturas independientes. En la medida que la situación económica lo permita mejorar o aumentar el equipamiento de los laboratorios de computación y la adquisición de insumos para éstos. La utilización de la Bioestadística y la Computación, debe verse no solo como una responsabilidad

de los profesores de esta asignatura, sino de todos los docentes de la carrera que deben enseñar las diferentes aplicaciones de las técnicas aprendidas en la asignatura.

Son evidentes los avances logrados por la disciplina Psicología Médica coadyuvando a que los estudiantes tengan una apreciación adecuada de la dimensión biopsicosocial del ser humano y del proceso salud-enfermedad. Al analizar los objetivos, contenidos, formas y métodos de enseñanza, éstos están en consonancia con los propósitos del plan de estudio.

Psicología Médica I solo se imparte en el aula por lo que se convierte en una necesidad modificar el programa de estudio y que incluya actividades de educación en el trabajo.

En Psicología Médica II deben abordarse algunas temáticas sobre los factores psicosociales en el riesgo de enfermar, ya que el programa enfatiza en el estrés, pero no en otros problemas que tienen que ver con estilos de vida como son los hábitos tóxicos, hábitos nutricionales, etc. Los problemas psicosociales en la determinación de la accidentabilidad de aquellos que tienen que ver con los factores de riesgo en el ámbito de la salud maternoinfantil no aparecen suficientemente tratados.

Entiendo se requiere articular mejor los contenidos de Psicología Médica I y II, donde se logre un equilibrio, aumentando la proyección de la asignatura en la atención primaria de salud, así como la dimensión familiar y comunitaria de la atención de salud.

En Teoría y Administración de Salud los contenidos del programa en general, dan respuesta a los objetivos que esta disciplina tiene en el plan de estudios. Su contenido trata aspectos tales como interpretar la situación de salud de la población en un sector del médico de la familia, la aplicación del enfoque de administración y de planificación estratégica para la solución de problemas de salud, la elaboración de un plan de acción y ejecución, a nivel de un sector de la atención primaria y la organización del trabajo en el mismo profundizando en su estructura, función y dinámica.

Se utilizan métodos activos de enseñanza, donde el 61% de las horas lectivas se emplean en la educación en el trabajo en un consultorio donde el médico de familia realiza labores como tutor.

Los estudiantes revelan un grado de descontento con la asignatura y le atribuyen una importancia baja, ya que la consideran no importante en su formación profesional. Al analizar la plantilla profesoral, se presenta que hay un predominio de instructores aunque muchos de ellos llevan largos años de vida profesional. Prácticamente todos los docentes son de tiempo parcial, ocupando diversos cargos de dirección en el SNS lo que motiva que con alguna frecuencia no le dedican todo el tiempo necesario a su preparación metodológica y científica. Un número considerable de horas del programa se realizan con el tutor en el consultorio y en muchas ocasiones este no presenta la preparación metodológica adecuada para impartir este programa. Por varias limitantes este tutor no puede ejercer a cabalidad las funciones de administración y de dirección que le son inherentes a su contenido de trabajo.

Los problemas de organización y la insuficiente calidad de muchos diagnósticos de situación de salud en los sectores del médico de familia no favorecen que se cumplan los objetivos de la asignatura. Todos estos factores, unido a que no existe en la práctica un modelo profesional del *"buen ejercicio de la administración del servicio de salud"* con el que el estudiante se puede identificar, así como la conocida subvaloración de las asignaturas médico sociales por el paradigma imperante, que aunque se está revirtiendo, progresivamente aún es muy influyente, nos conduce a pensar que resulta necesario seguir abordando el perfeccionamiento de este programa y la organización de todo el bloque de asignaturas médico - sociales del 5to año de la carrera de medicina.

La organización y el desarrollo actual de la disciplina Higiene y Epidemiología considero es de mayor calidad que la contemplada en anteriores planes de estudio. De ser una asignatura eminentemente teórica cuyo escenario principal era el aula, que después se le agregaron las llamadas prácticas de familiarización y de servicios con frecuencia de dos veces a la semana, junto con seis asignaturas más. De impartirse los contenidos higiénicos y

epidemiológicos separados en dos años distintos del plan de estudios, 4to y 5to, esta disciplina se ha convertido en una estancia integrada de seis semanas de duración con 156 horas lectivas a tiempo completo, cuyos objetivos y contenidos ganaron en precisión y las formas y métodos de enseñanza en eficacia.

El programa está orientado a incrementar progresivamente la capacidad técnica en la identificación y solución de problemas del nivel primario de salud y las principales actividades docentes se desarrollan en los policlínicos, los centros de trabajo y los centros de salud de su territorio. Se ha establecido una colaboración estrecha en las actividades docentes con los especialistas y técnicos medios de Higiene y Epidemiología de las áreas de salud, así como con los servicios homónimos de distintos niveles de atención. La estancia ha ganado en prominencia y aceptación entre los alumnos. Los profesores a tiempo parciales predominan, ya que la inmensa mayoría de ellos trabaja en los servicios de Higiene y Epidemiología del SNS. Una de las dificultades presentadas es que no todos los profesores trabajan habitualmente en las unidades donde desarrollan las actividades docentes por lo que sería aconsejable ir incorporando a la docencia más profesores de los servicios de la APS y que el programa se vaya adaptando a la situación creada por la descentralización de los servicios de Higiene y Epidemiología a ese nivel de atención. La calidad de los diagnósticos de salud en muchos de los sectores del médico de familia no favorece el cumplimiento de los objetivos de la disciplina.

Medicina General Integral (MGI) es la disciplina más joven del plan de estudios y una de las de mayor complejidad, no teniendo precedentes en la educación médica superior cubana. Consta de dos asignaturas y una rotación en el internado, se desarrolla en tres de los seis años de la carrera. Es la de mayor representación en el plan de estudios ya que significa el 9,4 % de las 7841 horas totales del plan.

El diseño significó un paso de avance sustantivo y entiendo ha influido de manera notable en que los estudiantes adquieran una concepción real y académica de la atención primaria de salud. Los temas que imparten son de la

mayor trascendencia, ya que en ellos están comprendidos los principales problemas de salud de la población cubana y son con los que el médico general básico tendrá que enfrentarse una vez graduado. Las formas y los métodos de enseñanza privilegian las actividades prácticas y de educación en el trabajo, lo que facilita la adquisición de conocimientos y habilidades.

La educación en el trabajo, forma de enseñanza que se realiza en el consultorio, adquiere en el mismo una dimensión académica con objetivos, contenidos teóricos y prácticos, así como la adquisición de hábitos y habilidades que están bien definidas en los programas de estudio. El estudiante participa junto con su tutor en la planificación y ejecución de las acciones de salud que el mismo realiza, tanto en la promoción de salud y prevención de enfermedades, como en la atención a sanos y enfermos, a la familia, la comunidad y el medio ambiente. Es la columna vertebral de la docencia en esta disciplina y en todas las estancias clínicas y de Salud Pública del plan de estudio. Junto con estos innegables avances hay factores que influyen en el desarrollo de esta disciplina, y uno de ellos es que las dificultades que aun se manifiestan en nuestra APS motiva que en ocasiones no se realice la práctica profesional actuando con todo el rigor científico necesario sobre las situaciones y problemas de salud que son priorizados y que se encuentran definidos en los diagnósticos de salud que se realizan en el sector de atención médica. Se vulneran en determinados momentos las medidas contenidas en los planes de acción y ejecución de estos diagnósticos de salud con el objetivo de priorizar otras.

Otro factor es la dispersión en que se encuentran ubicados los estudiantes, uno por cada consultorio en una extensión geográfica amplia, lo que condiciona que sean complejos y a veces no eficaces los mecanismos de control docente, asistencial e investigativos. Como parte del proceso de perfeccionamiento continuo del plan de estudios esta disciplina requiere aumentar aún más su presencia, constituyéndose en la disciplina integradora que tenga continuidad durante todos los años de la carrera.

En el estudio de 1994 se arribaron a las siguientes consideraciones:

El plan de estudio de la carrera de Medicina en sus bases teóricas, en los contenidos formas y métodos de enseñanza, así como en su diseño, responde a las necesidades de salud de la sociedad cubana actual y a su futuro nivel de desarrollo.

La representación académica de las disciplinas de Salud Pública en el plan de estudio de la carrera de Medicina alcanza el 17% de las horas totales del plan, lo que ha significado un paso de avance sustantivo.

El plan de estudio ha promovido la enseñanza-aprendizaje en la atención primaria de salud, representando el 14 % de las horas lectivas.

No podemos dejar de mencionar que la situación por la que atraviesa nuestro país ha influido de alguna manera en el desarrollo de estas disciplinas. Se evidencia en la disminución en cantidad y calidad de los medios de enseñanza, tales como microcomputadoras, medios audiovisuales y de impresión, al igual que en la imperiosa necesidad de actualizar la literatura docente del estudiante y del profesor. No obstante debido al esfuerzo y a la inteligencia desarrollada por los profesores y estudiantes y a la priorización conferida por el Estado Cubano a la salud y la educación se han podido cumplir satisfactoriamente los objetivos docentes de estas disciplinas. Las perspectivas de las disciplinas de Salud Pública en el plan de estudio, tienden a aumentar las coordinaciones entre ellas en una primera etapa y encaminarse a la integración a un mediano plazo. Estas disciplinas, en contacto tan directo con nuestra sociedad y con el sistema de salud, reciben el impacto de los cambios que en los mismos sistemáticamente se producen, por lo que sus programas deben estar en un perfeccionamiento continuo y abordarse de forma conjunta.

Un objetivo que se debe lograr es ampliar aún más el espacio de la APS en el proceso de formación, de manera que llegue a permear todo el plan de estudio de 1ro al 6to año. Para cumplir este objetivo se debe continuar mejorando la calidad y eficiencia de los servicios de salud en la APS que posibiliten el aseguramiento del aprendizaje.

Otra línea principal es seguir fortaleciendo la integración docente-asistencial-investigativa a los distintos niveles del SNS, pero sobre todo en la atención primaria de salud. Los distintos planos de integración forjados en estos años han posibilitado el nivel de desarrollo actual de la educación médica superior, pero su ulterior perfeccionamiento se convierte en una premisa para alcanzar etapas superiores de desarrollo.

A nuestro juicio el presente informe revela potencialidades muy favorables para seguir avanzando en la formación integral de nuestros educandos. Se han identificado con bastante claridad las direcciones del accionar inmediato con el fin de conseguir ese perfeccionamiento, que conducirá, en su momento a la elaboración de un nuevo plan de estudios cuyas ideas principales ya se tienen.

II. Las disciplinas de Salud Pública en el plan de estudio perfeccionado de la carrera de Medicina en el 2010

En el presente capítulo se presentan las características de los programas de las asignaturas de Salud Pública en el plan de estudios de la carrera de Medicina perfeccionado en el 2010.

Tabla 2. Disciplinas de Salud Pública y formas de organización de la enseñanza en el plan de estudio perfeccionado de la carrera de Medicina, 2010

Asignatura o Disciplinas	FOE									
	T		CP, S, TI.		ET		EVAL		Total	
	No	%*	No	%*	No	%*	No	%	No	%**
MGI	37	3.9	265	28.25	595	63.4	41	4.3	938	46.8
Filosofía y Sociedad	40	35,7	72	64.2	-	-	-	-	112	5.6
Informática Médica	25	20.8	83	69	-	-	12	10	120	6.0
Psicología Médica.	24	25	64	66	-	-	8	8.3	96	4.8
Salud Pública	18	7.4	90	37	126	52	8	3.3	242	12.0
Sub Total	144	9.5	574	37.9	721	47.6	69	4.5	1514	-
Rotación Internado MGI	-	-	-	-	496	40.8	-	-	496	24.7
Total	144	7.1	574	28.6	1217	60.7	69	3.4	2004	100

Fuente: plan de estudio perfeccionado 2010

Notas: * % calculado en base al total de la fila

** % calculado en base al total de la columna.

T: Teoría.
P: Práctica.
ET: Educación en el trabajo.
CP: Clases Prácticas.
S: Seminarios.
TI: Trabajo Independiente.
Eval: Evaluación

En la tabla 2 se muestran en general las asignaturas y disciplinas que conforman las disciplinas de Salud Pública en el plan de estudio modificado y se evidencia que la disciplina de MGI, que la conforman las 5 asignaturas de 1ro a 5to año más la rotación de MGI del internado, acumula la mayor cantidad de horas del fondo de tiempo de este grupo con 1434 lo que significa el 71,5%.

También constituye la disciplina con mayor representación en el plan de estudio ya que utiliza el 13,2% de las 10862 horas totales del plan. En cuanto a las formas de organización de la enseñanza vemos como el 60.7% se realiza sobre la base de la educación en el trabajo, aspecto que caracteriza a la formación del recurso humano en las ciencias de la salud en nuestro medio.

Las conferencias han disminuido al 7,1 % de las horas lectivas del grupo de asignaturas y disciplinas de Salud Pública y los seminarios, clases prácticas y trabajo independiente se han elevado al 28,6%. Estos cambios en las formas organizativas de la enseñanza, dando prioridad a aquellas donde el estudiante juega un papel activo, nos evidencia que la docencia se centra en que este tenga un papel cada vez más protagónico y se convierta en el sujeto de su propia educación. A continuación se describen cada una de las asignaturas o disciplinas referidas en la tabla 2.

Medicina General Integral

En el perfeccionamiento del plan de estudio de la carrera de Medicina la disciplina integradora es la Medicina General Integral. Está presente en todos los años de la carrera en mayor o menor medida. Ello se manifiesta en primero, segundo y quinto año en las cinco asignaturas y en el sexto año en el internado rotatorio mediante la rotación de siete semanas de Medicina General Integral. Aunque esta disciplina tiene aspectos clínicos de atención a individuos sanos y enfermos, sus objetivos fundamentales están muy ligados a las

actividades de la salud pública. Esa es una característica del Programa del Médico de la Familia en nuestro país.

Tabla 3. Disciplina Medicina General Integral según formas de organización de la enseñanza y horas lectivas. Plan de estudio perfeccionado carrera Medicina, 2010.

Asignatura	2010													
	Conf.		CP		ET		TI		S		E		Total	
	No	%*	No	%*	No	%*	No	%	No	%	No	%	No	%**
Introducción a MGI	11	5	37	16.8	128	58.2	16	7.3	16	7.3	12	5.5	220	23.4
Promoción de salud	9	4.1	26	11.7	120	54.0	34	15.3	26	11.7	7	3.2	222	23.6
Prevención de Salud.	7	3.6	26	13.5	129	67.2	16	8.3	6	3.1	8	4.2	192	20.4
Medicina Comunitaria	4	2.8	18	12.5	102	70.8	8	5.6	2	1.4	6	4.2	144	15.4
Medicina General Integral	6	3.8	18	11.3	116	72.5	12	7.5	-	-	8	5.0	160	17.1
Sub Total	37	3.9	125	13.3	595	63.4	74	7.8	62	6.6	41	4.4	938	100
Rotación Internado MGI	-	-	-	-	496	-	-	-	-	-	-	-	496	100
Total	37	2,5	125	8,7	1091	76	74	5,1	62	4,3	41	2,8	1434	100

Fuente: Programa perfeccionado 2010.

Nota.

Conf: conferencias

CP: Clases Prácticas.

ET: Educación en el Trabajo.

TI: Trabajo Independiente.

S: Seminarios

E: Evaluación

En las asignaturas se imparten un total de 938 horas de MGI, siendo 595 de ellas en la educación en el trabajo, lo que representa el 63,4% del fondo de tiempo (tabla 3). Si a estas cifras se le suman las 496 horas de la rotación de MGI en el Internado Rotatorio, cuyos contenidos y objetivos son los mismos que el del modelo del profesional, nos da un gran total de 1434 horas de MGI.

Las horas del internado son todas de educación en el trabajo, los que nos da un total de 1091 horas para un 76 % de las horas totales de MGI,

Nótese en la tabla 3 que en todas las asignaturas existe un predominio de horas relacionadas fundamentalmente con la educación en el trabajo seguida de las clases prácticas.

En el primer semestre del 1er año, en la asignatura “*Introducción a la Medicina General Integral*” ⁽³⁷⁾, con un total de 220 horas y de ellas el 58.2% en la educación en el trabajo, el programa responde al interés de contribuir a la formación de un estudiante de Medicina capaz de reconocer la importancia de la práctica médica general integral en la solución de los principales problemas de salud de las personas, familias y comunidad, y favorecer su familiarización temprana con el perfil del egresado, en relación con la triple dimensión biopsicosocial del ser humano y el proceso salud-enfermedad.

Los objetivos educativos se enmarcan en:

- esclarecer en el estudiante la mediatización de lo social, lo psicológico y lo biológico sobre el estado de salud del individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, en actividades de promoción de salud.
- aplicar conductas que identifiquen al médico como guardián de la salud de la población.

Los objetivos instructivos son:

- ✓ ratificar la Medicina como una ciencia sociobiológica, relacionando el entorno con la salud del ser humano.
- ✓ describir el Análisis de la Situación de Salud como la investigación científica, médica, epidemiológica y social más importante realizada en la APS.
- ✓ interpretar la importancia de la educación para la salud, y la importancia de la MGI en la solución de los problemas de salud de la población.
- ✓ realizar los principales procedimientos básicos diagnósticos y terapéuticos más utilizados en la APS.
- ✓ realizar el examen físico general, regional y de soma y establecer una comunicación médica individual.

Los temas que trata son el ser humano en su triple dimensión bio, psico, social, la ética en la comunicación, familiarizarse con el método científico y el método epidemiológico, el Análisis de la Situación de Salud, proceso salud enfermedad, determinantes de la salud y factores de riesgo, la atención primaria de salud (APS) en Cuba y en el mundo, el programa de Médico y Enfermera de la Familia y su desarrollo, principios, estructura, funciones,

propósitos y estrategias del Sistema Nacional de Salud (SNS), desarrollo de habilidades y destrezas en los principales procedimientos básicos diagnósticos y terapéuticos que más se utilizan en la Atención Primaria de Salud, elementos básicos de la entrevista médica individual, también el examen físico, general, regional y del SOMA con los sujetos sanos.

También en el 1er año, pero en el segundo semestre se imparte la asignatura “Promoción de Salud”⁽³⁸⁾ con un total de 222 horas y de ellas 120 (54.0%) se corresponden con la educación en el trabajo.

Esta importante actividad, la promoción de salud, está declarada como parte de las funciones del programa de Atención Integral a la Familia, que es el mejoramiento del estado de salud de la población mediante acciones integrales dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y al ambiente, a través de las funciones de promoción de salud que modifiquen cambios positivos en los estilos y modos de vida, acciones que debe desarrollar el profesional formado con este plan de estudios.

Sus objetivos educativos son los mismos que la asignatura introducción a la MGI. Los instructivos vienen dados por:

- Ofrecer atención integral a las personas, las familias, la comunidad y el ambiente, en función de garantizar el estado de salud de la población, bajo la orientación del Médico de la Familia, mediante la realización de las actividades de promoción de salud.

- Utilizar las técnicas de comunicación en salud, aplicadas a las personas, familias y comunidades, utilizando los cimientos y principios generales de la comunicación.

- Aplicar los métodos, técnicas, procedimientos, habilidades y los modos de actuación profesional para lograr la realización del examen físico en los sistemas nervioso, endocrino y reproductor por los futuros profesionales de la salud en la APS.

Los contenidos de esta asignatura se orientan en cuatro temáticas que se relacionan a continuación: a) comunidad, familia y promoción de salud; b) comunicación en salud; c) áreas de promoción de salud, tales como salud

ambiental, higiene personal y colectiva, cultura física, alimentación y nutrición, sexualidad; d) el examen físico del sistema nervioso, sistema endocrino y sistema reproductor.

En el 2do año, en el tercer semestre, se desarrolla la asignatura “*Prevención en Salud*”⁽³⁹⁾ con un total de 192 horas y de ellas 129 (67.2% dedicadas a la educación en el trabajo.

La prevención de salud, está declarada como parte de las funciones que debe desarrollar el profesional formado con este plan de estudios, apoyándonos en aspectos como la prevención de enfermedades, la comunicación con la familia como colofón para resumir las tareas ejecutadas en el escenario de la comunidad y sus posibles resultados. Su objetivo educativo está previsto en:

- aplicar el enfoque materialista dialéctico y el método científico en el desarrollo de las acciones integrales de salud que se ejecutan en la atención a la persona, la familia y la comunidad, con énfasis en la prevención.
- actuar dentro de un marco ético adecuado a los principios de nuestra sociedad socialista, con un desempeño que exprese el humanismo e internacionalismo en el trabajador de la salud.

Los objetivos instructivos vienen dados por:

- Interpretar la significación de las actividades de prevención de enfermedades y otros daños a la salud en personas, familias y comunidades mediante su aplicación en situaciones reales en estrecha relación con el equipo básico de salud, o en situaciones modeladas.
- Aplicar las técnicas de comunicación en salud para la identificación de los factores de riesgo que afectan a personas, familias, y comunidades, utilizando de forma correcta, los fundamentos y principios generales de la comunicación;.
- aplicar los métodos, técnicas, procedimientos, y habilidades necesarias para lograr la realización del examen físico en los sistemas Respiratorio. Cardiovascular. Digestivo. Hemolinfopoyético. Urogenital.

Su plan temático trata los siguientes contenidos: a) la prevención de enfermedades en la atención primaria de salud; b) comunicación; c) inmunidad

e inmunizaciones; d) el examen físico de los sistemas: hemolinfopoyético, cardiovascular, respiratorio, urogenital y digestivo.

En el 2do año, pero ahora en el cuarto semestre, se desarrolla la asignatura "*Medicina Comunitaria*".⁽⁴⁰⁾ con un total de 144 horas de las cuales 102 esta dedicadas a la educación en el trabajo para un 70.8%.

Se declara el objetivo educativo como:

- aplicar el enfoque materialista dialéctico y el método científico en el desarrollo de las acciones integrales, con el propósito de preservar o mejorar el estado de salud de la persona, la familia y la comunidad, mediante la apropiación de modos de actuación, caracterizados por una alta dedicación, disciplina, ética, internacionalismo, independencia y creatividad que deben estar presente en el profesional de la salud de nuestra sociedad.

Entre los objetivos Instructivos se describen:

- Participar en las actividades específicas de la Medicina General Integral como elementos fundamentales en la APS para garantizar la atención médica integral a las personas, la familia y la comunidad, que le permitan aplicarlas en situaciones reales o modeladas con un enfoque biopsicosocial.
- Ejecutar acciones de salud, dirigidas al control de enfermedades transmisibles y genéticas, valorando la importancia de los programas de prevención y control de estas enfermedades, utilizando situaciones reales o modeladas.
- Realizar la recolección, procesamiento, y análisis para la identificación de problemas de salud necesarios para el Análisis de la Situación de Salud, utilizando situaciones reales, con una correcta orientación hacia la atención de la salud de la población en la APS.
- Integrar los métodos, técnicas, procedimientos, y habilidades necesarias para lograr la realización del examen físico por los futuros profesionales de la salud. Su plan temático viene dado por: a) dispensarización, ingreso en el hogar, atención al enfermo terminal y a su familia, seguimiento al paciente atendido en otros niveles del Sistema Nacional de Salud. b) aspectos epidemiológicos de las enfermedades transmisibles en la Atención Primaria de Salud. Generalidades. c) la Genética Médica en la Atención Primaria de Salud.

d) análisis de la Situación de Salud. Importancia para la identificación de problemas en salud.

Finalmente en el 5to año, en el décimo semestre, se imparte la asignatura “*Medicina General Integral*”⁽⁴¹⁾ con una duración de 160 horas de las cuales el 75.5% se desarrollan en la educación en el trabajo (tabla 2)

El Programa de esta asignatura responde al interés de crear un espacio para ofrecerles a los estudiantes un conjunto de herramientas que le permitan consolidar y desarrollar acciones en la atención primaria, las que deben tener precedencia en asignaturas anteriores para su profundización. Estas son: Introducción a la Medicina General Integral, Promoción de Salud, Prevención en Salud y Medicina Comunitaria y a su vez ella precede a la rotación del Internado.

Su objetivo general educativo esta dado por:

- Enfrentar con un enfoque integrador y con rigor científico las acciones de salud necesarias con el propósito de preservar o mejorar el estado de salud de los individuos, grupos, colectivos y comunidad, mediante la apropiación de modos de actuación caracterizados por una alta dedicación, disciplina, ética, independencia y creatividad que le permitan apoderarse de las estrategias, métodos, técnicas, habilidades, intenciones, actitudes, conductas y relaciones de trabajo profesional que contribuyen a la elevación del estado de salud de la población asignada.

El objetivo general instructivo consiste en:

- brindar atención médica integral a las personas, familias, grupos, colectivos y comunidad en su ambiente;
- integrar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en función de garantizar el estado de salud de la población, en estrecha coordinación y bajo la orientación del médico y enfermera de la familia y del resto del equipo de salud; mediante la realización de actividades de promoción; prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación-

- aplicación de las estrategias, métodos, técnicas de la medicina natural y tradicional y la fitoterapia desarrollando habilidades de trabajo profesional que se utilizan en la Atención Primaria de Salud.

El plan temático de la asignatura comprende lo siguiente: a) actividades específicas en MGI, la dispensarización, el ingreso en el hogar, la atención al enfermo en estado terminal y a su familia, seguimiento de pacientes atendidos en el 2do y 3er nivel, el plan de ejecución del diagnóstico de la situación de salud. b) La atención médica integral a las enfermedades crónicas no transmisibles y otros daños a la salud. c) La atención médica integral a las enfermedades transmisibles. d) Rehabilitación Integral.

Los objetivos generales educativos e instructivos de *la rotación de MGI en el internado* ⁽⁴²⁾ son iguales a los declarados en el modelo del profesional. No se programan nuevos contenidos, son los mismos de las asignaturas de MGI cursadas en la carrera, que están determinados por los problemas de salud que debe resolver el Médico General.

Se desarrolla en el escenario de la APS, trabajando en un consultorio de médico de familia con supervisión profesoral. Realiza las actividades de educación en el trabajo inherentes al médico de familia.

Realiza las guardias médicas en los servicios de urgencia del policlínico.

Durante la rotación de Medicina General Integral se desarrolla el Curso de Medicina Natural y Tradicional con 40 horas en forma concentrada o desconcentrada. Los seminarios de actualización terapéutica se realizan semanalmente, con una duración de 2 horas cada uno.

Filosofía y Sociedad.

La disciplina cuenta con un total de 112 horas repartidas en dos asignaturas como se muestra en la tabla 4. Las formas de organización de la enseñanza son las conferencias, las clases prácticas y los seminarios con un predominio de la primera en la asignatura de Filosofía y Sociedad I y de la segunda en la asignatura de Filosofía y Sociedad II. No están contadas 4 horas para la evaluación final.

Tabla 4. Disciplina Filosofía y Sociedad según formas de organización de la enseñanza y horas lectivas. Plan de estudio perfeccionado carrera Medicina, 2010.

Asignatura	Conf.		CP		S		Total	
	No	%*	No	%*	No	%*	No	%**
Filosofía y Sociedad I	24	43.4	12	20.6	22	38.0	58	51.8
Filosofía y Sociedad II	16	29.6	26	48.2	12	22.2	54	48.2
Total	40	35.7	38	34.0	34	30.4	112	100

*% calculado en base al total de la fila.

** % calculado en base al total de la columna.

El programa de esta disciplina ⁽⁴³⁾ rebasa las intenciones teóricas o académicas, puesto que se propone formar convicciones ideológicas que respondan a los intereses de la Revolución y el Socialismo. Se conformó una disciplina que puede impartirse en todas las carreras de la educación médica superior, lo cual optimiza extraordinariamente el uso de los recursos humanos, la bibliografía etc. En los planes de estudio de las carreras de ciencias médicas, esta disciplina no solo brinda una concepción científica del mundo a los estudiantes, que le permite enfrentar los problemas que les rodean con una visión partidista y que a la vez sirva como método de conocimiento e investigación, sino que a partir de estas premisas cumple una función integradora dentro del sistema de asignaturas del plan de estudio, creando una base común para el resto de las disciplinas socio médicas. Se evidenció la necesidad de despojar el programa de contenidos que no son propiamente filosóficos y que pertenecen a otras disciplinas de las ciencias médicas, así como el no cumplimiento en sus contenidos de las invariantes del MES, es que se propuso a partir del 2008 la preparación de un nuevo programa que cumpliera con los requisitos exigidos por el MES y las indicaciones del CCPC sobre la enseñanza del Marxismo-Leninismo, con el objetivo de continuar consolidando la formación integral humanista de nuestros egresados como profesionales que ejercen una imprescindible labor educativa en la comunidad. El objetivo educativo es que:

El estudiante participe con conciencia y compromiso social en el ejercicio de la profesión y en el perfeccionamiento de la sociedad socialista, a partir de la

profundización de los conocimientos de la Filosofía Marxista-Leninista, desde su perspectiva cognoscitiva y metodológica.

El objetivo instructivo es que:

-El estudiante posea una concepción científica y dialéctico-materialista, a partir de la comprensión del aparato categorial y conceptual del marxismo-leninismo, dotándolo de un instrumento metodológico para el conocimiento, tanto de los fenómenos sociales o políticos como del desarrollo de la ciencia y la tecnología actual.

Se propone incidir en los estudiantes en la formación de los valores relativos al espíritu de colaboración, honestidad y disciplina; al reforzamiento de la identidad nacional, el humanismo, la solidaridad, el internacionalismo y altruismo; y consolidar el espíritu patriótico, antiimperialista y socialista.

Los temas que se imparten en la misma son los siguientes: naturaleza del saber filosófico; el marxismo, ruptura y continuidad del pensamiento filosófico; sistema teórico metodológico de la filosofía marxista-leninista; la concepción materialista de la historia; individuo-sociedad y cultura; estructura social y organización política de la sociedad; la teoría de la revolución social en el mundo contemporáneo; la producción espiritual y sus formas; la gnoseología marxista-leninista; la Revolución Científico-Técnica y los desafíos del siglo XXI; la bioética en la reflexión filosófica contemporánea.

En el importante campo de las estrategias curriculares presentes a lo largo de la carrera de Medicina, las asignaturas de Filosofía y Sociedad les corresponde promover acciones participativas, principalmente en las siguientes estrategias:

- Labor educativa con los estudiantes, en aras de consolidar y sistematizar el trabajo político ideológico a través de la formación de valores fundamentales de la sociedad cubana, lo cual se desprende del análisis objetivo de los problemas y conflictos actuales con un enfoque del Marxismo-Leninismo y el debate en cada clase y las actividades extradocentes.

- Investigación e Informática. Se debe trabajar en las asignaturas de Filosofía y Sociedad I y II principalmente a través de búsquedas de información bibliográfica, haciendo énfasis en las Reflexiones del compañero Fidel,

documentos del PCC y en la utilización de los recursos disponibles en la Red de INFOMED, así como en el empleo de los recursos informáticos para preparar y presentar en seminarios, clases prácticas y demás actividades académicas.

- Salud Pública y Formación Ambiental. Es una estrategia curricular en la cual participan las asignaturas de Filosofía y Sociedad I y II al estudiar dentro de sus contenidos los problemas globales que afectan a la humanidad desde un enfoque Marxista-Leninista.

Informática Médica.

La disciplina de Informática Médica tiene un total de 120 horas de las cuales 6 están dedicadas a la evaluación. Cuenta con dos asignaturas: la Informática propiamente dicha y la Metodología de la Investigación y Estadística, con un predominio de clases prácticas sobre el resto de las FOE (tabla 5).

Tabla 5. Disciplina Informática Médica según formas de organización de la enseñanza y horas lectivas. Plan de estudio perfeccionado carrera Medicina, 2010.

Asignatura	Conf.		CP		S		Total***	
	No	%*	No	%*	No	%	No	%**
Informática	12	20.6	42	72.4	4	6.8	58	50.8
Metodología de la Investigación y Estadística	13	23.2	39	69.6	4	7.1	56	49.2
Total	25	21.9	81	71.0	8	7.2	114	100

*% calculado en base al total de la fila.

** % calculado en base al total de la columna

*** Total 120 horas por tener contempladas 6 horas para la evaluación

Esta disciplina ⁽⁴⁴⁾ tiene como propósito preparar al estudiante para utilizar y asimilar las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) y asumir las diferentes tareas que vienen aparejadas al desarrollo del proceso de investigación científica participando activamente en él. Tributa a la “*estrategia curricular de investigaciones e informática*” ⁽⁴⁵⁾ suministrando el conjunto de conocimientos y habilidades básicas necesarias para lograr mediante el ejercicio sistemático de las acciones previstas en coordinación con la disciplina rectora, el egreso de un profesional con las competencias investigativas y en el campo de las TIC requeridas en el modelo de formación. Esta estrategia ha sido cuidadosamente formulada para coadyuvar al proceso

de integración del eje investigativo y el uso de las TICs en la formación del estudiante con la disciplina rectora de la especialidad, así como con el resto de las asignaturas que conforman el plan de estudios.

La estrategia curricular de investigación e informática actúa de manera sinérgica con la disciplina y genera el reforzamiento de los conocimientos y habilidades logrados en el marco de sus asignaturas.

La disciplina está compuesta por dos asignaturas organizadas para garantizar la sistematicidad del proceso de enseñanza aprendizaje, lo que contribuye a la solidez del conocimiento y al incremento progresivo de las habilidades. El sistema de conocimientos que provee contribuye a crear en el estudiante la capacidad para asumir activamente su auto preparación.

La disciplina integra contenidos de informática básica, uso de las redes para el acceso a la información científico técnica, desarrollo del trabajo colaborativo y utilización de sistemas de información en salud. Incluye metodología de la investigación, estadística descriptiva y estadística sanitaria, así como una introducción a la inferencia estadística.

Objetivos educativos.

- Desarrollar en los estudiantes la capacidad organizativa y el hábito de proceder reflexivamente en el enfrentamiento de los problemas relacionados con la actualización científico técnica y el tratamiento metodológico, estadístico y computacional de la información de salud.
- Orientar en lo referente a las necesidades individuales de actualización y auto aprendizaje.
- Consolidar la concepción científica del mundo vinculando los contenidos de la disciplina con la práctica de la profesión.
- Dar solución a problemas de la profesión aplicando el método científico.

Objetivos instructivos.

- Aplicar los conocimientos actualizados de informática en correspondencia con el desarrollo del hardware y el software y las necesidades de la búsqueda de información, el trabajo colaborativo, así como en la investigación en salud.

- Aplicar las herramientas informáticas alcanzando en especial una cultura de trabajo en redes de computadoras para hacer un uso más eficiente de los recursos de Hardware (HW) y Software (SW), acceder a través de ellos a la información científico técnica, el trabajo colaborativo y la utilización profesional de los sistemas de información en salud.
- Utilizar sistemas computacionales que viabilicen el procesamiento de datos y la presentación de información.
- Identificar el método científico y el método estadístico, explicar sus relaciones y orientarse adecuadamente en la aplicación de estos en la solución a problemas de la profesión.
- Resumir y presentar de forma independiente información biomédica mediante el empleo de tablas y gráficos, tanto en situaciones conocidas como nuevas.
- Utilizar los indicadores de salud para realizar interpretaciones de las diferentes situaciones en la esfera de la higiene pública y la práctica epidemiológica.
- Aplicar técnicas de recolección, análisis y presentación de la información según el diseño de investigación establecido.
- Analizar soluciones prácticas susceptibles de ser aplicadas en el proceso de análisis de datos.
- Analizar la importancia del proyecto o protocolo de investigación, identificar sus partes y explicarlas en un problema práctico de la profesión.
- Analizar la importancia del informe final de investigación, identificar sus partes y aplicar el análisis en ejemplos concretos de la profesión.
- Interpretar las bases de la Estadística Inferencial y explicar mediante ejemplos prácticos su utilización en el desarrollo de investigaciones en salud.
- Identificar el problema práctico y el problema científico, en investigaciones propias de la salud y definir los objetivos que dan solución al problema.
- Analizar el método adecuado para arribar a soluciones que den respuesta a los objetivos de una investigación científica en el campo de la salud.

-Utilizar la informática para viabilizar el resumen, presentación y análisis de los datos biomédicos.

-Interpretar resultados producto del análisis de los datos y relacionarlos con los objetivos de la investigación.

-Elaborar un perfil de proyecto de investigación aplicando los conocimientos y habilidades desarrolladas en la disciplina.

Psicología Médica

La disciplina de Psicología Médica, compuesta por dos asignaturas (Psicología Médica I y II) tiene un total de 96 horas, ocho de ellas dedicadas a la evaluación. En cuanto a las formas de organización de la enseñanza existe un predominio de clases prácticas y seminarios que acumulan el 72.8% de las actividades (Tabla 6).

Tabla 6. Disciplina Psicología Médica según formas de organización de la enseñanza y horas lectivas. Plan de estudio perfeccionado carrera Medicina, 2010.

Asignatura	Conf.		CP		S		Total***	
	No	%*	No	%*	No	%*	No	%**
Psicología Médica I	10	20.8	24	50.0	14	29.2	48	54.5
Psicología Médica II	14	35.0	14	35.0	12	30.0	40	45.5
Total	24	27.3	38	43.2	26	29.6	88	100

*% calculado en base al total de la fila.

** % calculado en base al total de la columna

*** Total 96 horas por tener contempladas 8 horas para la evaluación

La tarea fundamental de esta disciplina ⁽⁴⁶⁾ es el estudio de los factores psicosociales en la atención primaria de salud. El programa se imparte en los semestres cuarto y quinto a través de las asignaturas Psicología Médica I y Psicología Médica II.

Su objeto de estudio es el ser humano sano y/o enfermo, como ser biopsicosocial, enfatizando en la atención primaria y en la integración de todo tipo de acciones, así como en la realización de acciones sobre el medio físico, biológico y social, creando condiciones favorables al desarrollo pleno del individuo.

En la Psicología Médica I ⁽⁴⁷⁾ se estudian los contenidos de generalidades de esta ciencia; la personalidad; la psicología en la atención primaria. En la Psicología Médica II ⁽⁴⁸⁾ se estudian los contenidos de la relación médico-paciente; personalidad y respuesta al estrés; elementos de psicoterapia y psicodiagnóstico útiles para el médico general y su importancia en el proceso de rehabilitación.

Objetivos educativos.

.- Vincular la teoría y la práctica, al integrar por métodos lógicos y dialécticos del pensamiento, los conocimientos y habilidades obtenidos durante el estudio del hombre como ser social.

- Adquirir los rasgos de la personalidad éticos y humanistas necesarios en la relación médico – paciente – familia, en concordancia con los principios de la ética médica.

- Adquirir una concepción de la Medicina como ciencia socio – biológica.

-Adquirir un sistema de actitudes, hábitos y habilidades profesionales que favorezcan el ejercicio pleno de la medicina en correspondencia con los principios de nuestra sociedad.

-Interpretar los resultados obtenidos por los avances científicos técnicos, y por el desarrollo de la ciencia psicológica, que son aplicables a la práctica médica.

Objetivos instructivos.

-Prestar una atención integral a partir del conocimiento de la unidad dialéctica de lo psíquico y lo somático, a través de la respuesta del hombre en el proceso salud – enfermedad.

-Interpretar el concepto de hombre como sujeto de su propia salud, los aspectos que influyen en el modo y estilo de vida.

- Predecir la conducta humana a partir del conocimiento de la interrelación de los subsistemas de la personalidad que la regulan.

- Establecer una adecuada Relación Médico Paciente, para dar solución a los problemas que plantea el ejercicio de la medicina.

- Realizar las acciones diagnósticas y terapéuticas en el marco de actividades del equipo de salud garantizando que durante las mismas no se cometan actos iatrogénicos.

Salud Pública.

La asignatura de Salud Pública está integrada por 7 temas principales de los cuales los relacionados con "Ambiente y Salud" y "Enfermedades y otros daños a la Salud" son los que tienen el mayor número de horas con el 23.9% y 30.7% respectivamente. En cuanto a las FOE, prevalece la educación en el trabajo con un fondo de tiempo de 126 horas. La asignatura tiene 8 horas para la evaluación (tabla 7).

Tabla 7. Asignatura de Salud Pública según formas de organización de la enseñanza y horas lectivas. Plan de estudio perfeccionado carrera Medicina, 2010.

Temas	2010												Total	
	Conf.		CP		ET		TI		S		E			
	No	%*	No	%*	No	%*	No	%	No	%	No	%	No	%**
Salud pública	2	20	2	20	6	60	-		-		-		10	4.1
Análisis de la situación de salud de la población	4	7.7	8	15.3	34	65.3	2	3.8	4	7.7	-		52	21.4
Intervenciones en salud	2	20	2	20	6	60	-		-		-		10	4.1
Investigaciones en salud	2	11.1	4	22.2	8	44.4	2	11.1	2	11.1	-		18	7.4
Ambiente y salud	2	3.4	18	31.0	26	44.8	8	13.8	4	6.9	-		58	23.9
Enfermedades y otros daños a la salud.	4	5.4	12	16.2	40	54.0	12	16.2	6	8.1	-		74	30.7
Vigilancia en salud	2	16.6	2	16.6	6	50	2	16.6	-	-	-		12	5.0
Evaluación	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8		8	3.3
Total	18	7.4	48	19.8	126	52.0	26	12.0	16	6.6	8	8.3	242	100

Fuente: Programa perfeccionado 2010.

*% calculado en base al total de la fila.

** % calculado en base al total de la columna

En el perfeccionamiento del plan de estudios se concibió y elaboró el programa de la asignatura- estancia integrada de Salud Pública ⁽⁴⁸⁾, en el 5to año de la carrera de 9 semanas de duración que se desarrolla en el área de salud, donde el estudiante está vinculado a una comunidad, para incorporarle un enfoque integral de los problemas de salud existentes en ella y aplicar el método clínico-epidemiológico sobre la base de la ética y la bioética; recibe el

conocimiento, las herramientas y las habilidades básicas para desarrollar los procesos de búsqueda y solución de los problemas de salud y de dirección a este nivel, así como, para su trabajo de promoción, prevención e investigación. La estancia se integró desde el año 1996 y en el 2010 se realizó un perfeccionamiento de la misma.

Los objetivos educativos son los siguientes:

-Integrar una concepción científica, una posición ideológica y un enfoque socio biológico de la Medicina, que sobre la base de la teoría, leyes y principios de la Salud Pública cubana y de la integración de las funciones de investigación, administración, docencia y atención médica, promuevan el desarrollo de capacidades, intereses, actitudes y conductas profesionales, en función de mejorar el Estado de Salud de la Población (ESP).

-Realizar su trabajo en la Atención Primaria de Salud (APS) con una base científico técnica que le permita desarrollar el enfoque higiénico-epidemiológico y social de los problemas de salud de la comunidad.

-Integrar la interacción de los factores individuales, familiares, comunitarios y ambientales en el proceso salud enfermedad y la influencia de las determinantes del ESP en dicho proceso.

-Educar a la población como promotor de salud y guardián de la misma con el objetivo de modificar favorablemente el entorno y el estilo de vida de su comunidad.

-Realizar el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) al nivel de consultorio aplicando la investigación científica, epidemiológica y social.

Los objetivos instructivos son los siguientes:

-Apropiarse de los principios teóricos generales de la Salud Pública y sus funciones, fundamentalmente las relacionadas con la promoción de la salud y la prevención, recuperación y rehabilitación de los problemas de salud detectados en su comunidad.

-Aplicar el método epidemiológico en su trabajo habitual para la determinación de la causalidad en los problemas de salud que aparezcan en su comunidad y para otras actividades propias de su quehacer.

-Realizar acciones de promoción de salud, prevención, recuperación y rehabilitación en las enfermedades y otros daños a la salud con vistas a solucionar problemas de salud, en función de mejorar el ESP en el área de la APS, en correspondencia con los lineamientos de las estrategias de la Salud Pública cubana.

-Efectuar el ASIS, conjuntamente con su comunidad y emplearlo como guía de trabajo para elevar el nivel de salud de la población.

-Aplicar el enfoque de riesgo en la solución de los principales problemas de salud de su comunidad.

-Elaborar un plan de ejecución en la comunidad a su cargo a partir de los problemas priorizados en el ASIS de la comunidad.

-Administrar los programas de salud de su comunidad a su nivel de acción, así como el sistema de vigilancia epidemiológica en la APS.

Los temas que se imparten son:

Salud Pública; análisis de la situación de salud de la población; intervenciones en salud; investigaciones en salud; ambiente y salud; enfermedades y otros daños a la salud; vigilancia en salud.

Como se había señalado, el fondo de tiempo mayor corresponde a la educación en el trabajo con aproximadamente el 52% y se utilizan, además del Consultorio de Médico de Familia y las viviendas, los centros de trabajo, centros escolares, de alimentación y otros escenarios de la comunidad, que incluye a los departamentos de Higiene y Epidemiología de los Policlínicos, Hospitales y otras Instituciones de la comunidad.

Situación de salud y sus tendencias en el año 2010 ⁽⁴⁹⁾

La situación de salud y sus tendencias vistas hoy desde 20 años atrás siguen condicionadas por el bloqueo económico, comercial y financiero, de las comunicaciones, social, científico, artístico y deportivo con que el gobierno de los Estados Unidos de América agrede a Cuba desde hace más de 50 años, recrudescido después de comprobar que la desaparición del “campo socialista” y sobre todo de la Unión Soviética no provocó la derrota de la Revolución, que nuestro pueblo resistió y nuestro gobierno encontró las vías y medios de seguir adelante, rebasando el “ período especial en tiempos de paz”. No han cesado los actos terroristas, el espionaje, la agresión en los medios de comunicación (guerra mediática), y la venganza política ante sus fracasos, donde se destaca el juicio manipulado y la condena desmedida a cinco luchadores contra el terrorismo, nuestros cinco héroes.

Ejemplo reciente de persecución económica internacional, aplicándonos leyes fuera de su territorio son las multas a las empresas Flowserve Corp., a la CMA, CGM y a JP Morgan, de las ramas eléctrica, transporte y banca, que en los últimos dos meses han sido multadas en 3 millones, 374 mil y 88.3 millones de US dólares por “comercio con el enemigo”, lo que se traduce en dificultades crecientes para las necesidades del comercio cubano.

En este contexto de bloqueo, los servicios de salud se ven privados de equipos y piezas de recambio, medicamentos y otros insumos o se adquieren por vías atípicas, que encarecen notablemente las compras y su flete. (Granma, jueves 6 de octubre, 2011, pág. 1, col 1 y 2). Esto es una tendencia sostenida largo tiempo y agravada en las dos últimas décadas.

A pesar de las afectaciones de lo anterior sobre el nivel de vida de la población, los indicadores de mortalidad y morbilidad han continuado mejorando. Esta aparente contradicción guarda relación con la alta capacidad resolutive del Sistema Nacional de Salud (SNS), en especial en la consolidación del subsistema de atención primaria de salud (APS), basado en el plan del médico y enfermera de familia.

Otros factores relevantes en la amortiguación del impacto son el elevado nivel de educación de la población y su activa participación en los programas de salud, su alta conciencia sanitaria y la prioridad que sigue otorgando el gobierno revolucionario a la esfera de la salud.

La estructura de la mortalidad por edades se caracteriza por tasa muy bajas en menor es de 15 años de edad con un progresivo ascenso ulterior, hasta llegar a un máximo a partir de los 65 años de edad. La mortalidad infantil ha descendido hasta 4.5 x mil nacidos vivos en 2010.

La estructura de la morbilidad ha consolidado un patrón de cambio hacia las enfermedades crónicas no transmisibles, en la medida en que se ha incrementado el nivel de vida de amplios sectores de población y se han controlado las enfermedades transmisibles y carenciales.

El presupuesto en 2010 para el S.N.S. fue 4, 937 843 00de pesos, lo que representa 439.47 pesos habitante.

Los recursos humanos del S.N.S. llegaron en 2010 a 535, 305 trabajadores, el 69,5% mujeres. De ellos 76 506 son médicos, para 1 médico x 147 habitantes. El plan médico de familia da cobertura al 100% de la población, mediante 36 470 médicos. Hay 12 144 estomatólogos y 103 014 enfermeras.

Los recursos materiales comprenden 215 hospitales con 51 487 camas (4.6 camas x 1000 habitantes) sin contar las 14 833 camas de asistencia social (1,3 camas x 1000 habitantes).

Los policlínicos eran 488 y las clínicas estomatológicas 158 en 2010. Los médicos de familia efectuaron 38 141 637 consultas y 10 821 31 visitas de terreno en el año referido.

En Cuba estudian 52 580 estudiantes la carrera de Medicina en el curso 2010-2011, la carrera de Estomatología 8659, la carrera de Enfermería 33531, la carrera de Tecnología de la Salud 50529 y la de Psicología 3184 para un total de 148,483 estudiantes de nivel superior.

Las consultas médicas programadas en 2010 fueron 57 172 305 (5.1 por hab.) y las de estomatología 18 649 854 (1.7 por hab.).

En el 2010 se identificaron necesidades, problemas y tendencias que originaron las ideas que conforman la directiva. "*Transformaciones necesarias en el Sistema de Salud Pública*" ⁽⁵⁰⁾ Las tareas que allí se derivan incluyen reorganizar, compactar y regionalizar los servicios asegurando su efectiva racionalidad económica y calidad. Fortalecer la conducta ética, aplicar consecuentemente el método clínico y el epidemiológico, fortalecer la atención primaria de salud, ajustar plantillas exageradas, reordenar la formación de personal y fortalecer la capacidad conceptual y operativa de los cuadros.

Análisis comparado de los programas de las disciplinas de salud pública en los planes de estudio de la carrera de medicina. 1994¹ y 2010.

Medicina General Integral

Al evaluar los programas de la disciplina Medicina General Integral (MGI) que se estudiaron en 1994 ⁽³⁾ y los programas que se imparten en el plan de estudio perfeccionado de la carrera de Medicina en el 2010 vemos lo siguiente:

-Una de las recomendaciones del estudio de 1994 es que la disciplina de MGI se convirtiera en la asignatura integradora del plan de estudio de la carrera de Medicina, encomienda que se cumplió en el perfeccionamiento del plan de estudio ejecutado en el año 2010.

-En el año 1994 se impartían dos asignaturas de MGI y una rotación de siete semanas en el internado rotatorio. En el 2010 son cinco las asignaturas de MGI que se imparten, más el internado rotatorio.

-En el año 1994 las horas de clases de las dos estancias y la rotación eran de 742 horas lo que significaba un **55%** de las horas del grupo de las asignaturas de Salud Pública. En el 2010 las horas que se imparten de la disciplina Medicina General Integral son **1434** horas lo que significa un incremento de 692 horas lectivas en el plan para un **71%** de las horas del grupo de asignaturas de Salud Pública que representa un aumento del **93 %**.

¹ Los datos relacionados con el programa de 1994 se corresponden con los resultados de la investigación realizada por el ISCM H y la OPS.

Se reordenaron y perfeccionaron los contenidos de los programas de esta disciplina, que tributan al desarrollo de las funciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación inherentes al médico formado con este perfil.

Solo con el hecho de que sean 5 asignaturas y no dos, con cerca de 700 horas más de docencia en relación a 1994, nos hablan de la cantidad de contenidos nuevos que se imparten, mejorando sustancialmente la integración del conocimiento, tanto horizontal como vertical. En primer lugar, en los tres primeros semestres del curso, se articulan e integran contenidos con las asignaturas de Morfofisiología, de la I a la VI, y el estudiante aprende a explorar en el paciente sano todos los sistemas del organismo humano. Se establecen con más profundidad los conocimientos de promoción de salud, prevención de enfermedades, y la participación comunitaria que se abordan en el consultorio del médico de familia y en el policlínico, al constituirse en asignaturas independientes, con un fondo horario mayor, en que se pueden impartir todas las técnicas y procedimientos más modernos para tratar de influir mediante la atención médica integral en cambios positivos de los estilos y modos de vida del individuo, la familia y la comunidad y el medio ambiente. En medida que los médicos manejen con mayor dominio las distintas técnicas de comunicación social y de participación popular consciente, seguirá mejorando el estado de salud de nuestra población y sus indicadores. En la disciplina se ha podido incrementar el tiempo para que el estudiante adquiera las habilidades y desarrolle acciones de salud que le permita profundizar en el programa de mayor trascendencia en la Atención Primaria de Salud de Cuba que es el programa del Médico y la Enfermera de la familia, el Policlínico y el Hospital. Se ha mejorado la relación inter y transdisciplinaria en la integración del conocimiento.

Se han incorporado conocimientos, habilidades y posibilidad de desarrollar acciones en campos como la identificación y prevalencia de las enfermedades genéticas y el programa que se desarrolla en la APS de esta especialidad, la Medicina Natural y Tradicional, desarrollar técnicas como la digitopuntura, acupuntura, fitoterapia, etc., así como adquirir conocimientos y habilidades en la rehabilitación con base individual, familiar y comunitaria.

Los escenarios han aumentado al construirse más policlínicos docentes y convertirse prácticamente todos en Policlínicos Universitarios, existir Salas de Rehabilitación, Centros de Genética Médica y otras unidades de salud al alcance de la APS, que permite una formación más integral del estudiante. Se han añadido nuevos conceptos como el del Análisis de la Situación de Salud,⁽⁵¹⁾ el Sistema de Vigilancia Sanitaria y Género y Familia.

Se han retomado los temas de la dispensarización, el ingreso en el hogar, la historia de salud familiar y el tratamiento al paciente en estado terminal.

Un elemento, a mi entender discutible, es que la MGI dejó de ser una asignatura intensiva (estancia) en los cuatro primeros semestres de la carrera y adquirió la modalidad extendida en el semestre. Esto facilita que el estudiante durante los cuatro semestres, en todas las semanas del mismo esté participando algunas horas con el médico de familia de su consultorio docente y que la asignatura se pueda articular armónicamente con la Morfofisiología a lo largo del semestre, pero también es real que al no estar a tiempo completo durante algunas semanas no puede participar en la transformación del sector de salud y en determinados procedimientos que realiza el médico de familia.

La asignatura de MGI en 5to año si se imparte intensivamente como una estancia durante cuatro semanas las 160 horas del programa.

-No obstante esta mejora, aun subsisten problema ya identificados en 1994 y que no han tenido una solución satisfactoria. Pesa con mucha fuerza la fluctuación de la fuerza de trabajo en los CMF. Hoy la cifra de especialistas ha aumentado importantemente, pero es frecuente observar que en un curso se cambie el tutor y no se prepara de forma adecuada y con suficiente antelación al relevo. A esto se une también el cambio de los profesores de los GBT, vicedirectores y directores de policlínicos. En el año 2009 se cambió el 50 % de los directores de policlínicos del país. Otro aspecto que sigue influyendo significativamente es la calidad del Análisis de la Situación de Salud (ASIS). En el estudio del año 1994 se criticaba lo que en aquel entonces se llamaba Diagnóstico de la Situación de Salud, por irreal y por no ser el instrumento de trabajo del Médico de Familia. Se priorizaban otras actividades. Hoy el ASIS padece de situaciones similares.

Se ha discutido y aprobado en el presente año un nuevo Programa del Médico y la Enfermera de la familia ⁽⁵²⁾ que retoma las bases iniciales por la que fue creado ese programa en 1984. Se ha reestructurado, reorganizado y regionalizado la APS teniendo una repercusión positiva en los policlínicos y los CMF. Se ha eliminado la clasificación de CMF tipo 1 y tipo 2. Hoy todos tienen enfermeras y médicos.

-Siguen siendo en muchas ocasiones ineficaces y complejos los mecanismos de control docente de esta disciplina por lo disperso y alejado que se encuentran muchos CMF. Se han retomado la acreditación de escenarios docentes y en aquellos lugares que no estén creadas favorablemente las condiciones en recursos humanos calificados, y no existan los recursos materiales indispensables, no se realiza la docencia de esta disciplina. ⁽⁵³⁾

-Se mantiene el desarrollo desigual de la APS en el país y al estar montada la docencia de esta disciplina en las unidades del SNS de este nivel de atención, también es desigual el desarrollo de la misma.

-Consideramos que las recomendaciones del estudio efectuado en 1994 han sido tomadas en cuenta en el perfeccionamiento ya que la MGI se ha convertido en la disciplina integradora del plan de estudio.

Filosofía y Sociedad

Esta disciplina ha pasado a una etapa de fortalecimiento en la educación superior. En la década de los 90 del siglo pasado y en los primeros años de este, la disciplina en los planes de estudios no logró los resultados que se esperaba. Comenzaron a impartir estas asignaturas determinado número de profesores que no siempre contaban con una preparación adecuada, y algunos de ellos sin una formación profesional previa en el campo de las ciencias sociales. A esto se añadía la pobre matrícula de formación de filósofos en las universidades del país y la poca literatura actualizada. En el afán de vincular más esta asignatura con los temas de la salud, se cambió el nombre en el curso 1987-1988, llamándola Filosofía y Salud y con posterioridad se incluyeron temas de salud que no eran propios de ella y que incursionaban en otros campos del saber. Esto motivó que se realizaran estudios nacionales por nuestro Partido, donde se evaluó esta situación y se orientó transformarla.

Comparando ambos programas se evidencia que en el programa perfeccionado se ha ganado en la diversificación de las formas de enseñanza. En el estudio que se realizó en el año 1994, las 116 horas de clases de esta disciplina eran de conferencias. En el programa de la disciplina elaborado en el año 2010, las conferencias son solo 40 horas y se imparten 38 horas de clases prácticas y 34 horas de seminarios. Además, los estudiantes participan en jornadas científicas, cátedras multidisciplinarias, eventos de ética y bioética así como otras actividades extracurriculares que complementan la formación del estudiante.

Como se planteó con anterioridad, el que exista un solo programa de las asignaturas de Filosofía y Sociedad para todos los planes de estudio de las carreras de ciencias médicas, significa un paso de avance con respecto a la situación encontrada en el estudio realizado en 1994.

Se ha perfeccionado la atención a los Departamentos de Marxismo Leninismo en las Universidades Médicas. Se ha orientado que sean atendidos por los rectores y se está desarrollando de esa manera, aunque para los problemas organizativos de la enseñanza sea el Vicerrector docente el que atiende el departamento.

Como parte de las transformaciones de los programas de postgrado, se ha orientado incluir un módulo de Filosofía en los programas de las maestrías.⁽⁵⁴⁾

A fin de potenciar la superación de los profesores de Filosofía Marxista Leninista, se ha comenzado una maestría en Humanidades Médicas en la Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey⁽⁵⁴⁾, que se extenderá a otros CEMS y coadyuvará a un mejor desempeño de los profesores de esta disciplina.

Consideramos que las recomendaciones del estudio de 1994 han sido recogidas. Hay resultados positivos en la diversificación de las formas organizativas de la enseñanza, en la profundización de los temas de Bioética, y en la vinculación de la asignatura con otras disciplinas de Salud Pública. Esto último se manifiesta en trabajos conjuntos para el análisis y la correcta interpretación por los estudiantes de la situación contemporánea a nivel global donde la política de rapiña imperial ha traído consecuencias desastrosas a la

salud de muchos pueblos con sus “guerras humanitarias” y a nivel bilateral con la política intervencionista, prepotente y avasalladora del imperio con relación a Cuba y los efectos que ha tenido el bloqueo norteamericano y su guerra económica en nuestra salud pública. Con estas actividades se ha logrado una mayor vinculación de esta disciplina con los problemas de salud

Informática Médica

La comparación de esta disciplina en el plan de estudios perfeccionado de la carrera de Medicina en el año 2010, con relación al estudio de la misma que se efectuó en 1994 es positiva y consideramos que se han tomado en cuenta las recomendaciones de aquel estudio. Nos basamos en lo siguiente:

-El número de horas de docencia prácticamente se duplica. En el programa de 1994 se impartían 64 horas de docencia y en la actualidad es de 120 horas, sin contar la evaluación. Este aumento en lo fundamental es en base a clases prácticas y se introducen además 8 horas de seminarios que en el programa de 1994 esta forma de la enseñanza no se utilizaba.

- De una sola asignatura que existía en 1994 llamada Bioestadística y Computación, hoy son dos asignaturas, la Informática que se imparte en 1er año y la Metodología de la Investigación y Estadísticas que se imparte en el segundo. Su ubicación por semestre de la carrera se realiza dependiendo de las condiciones profesoriales de cada CEMS.

- Uno de los aspectos evaluados en 1994 era que los conocimientos de Informática y de Metodología de la Investigación y Estadísticas no debían ser objeto solamente de una o dos asignaturas, sino que debían estar presentes en todas. En el perfeccionamiento del plan de estudios de la carrera está presente, como hecho novedoso, la formulación de la *Estrategia Curricular de Investigación e Informática* ⁽⁴⁵⁾ cuyos objetivos por ciclos, en complejidad creciente son:

-Aplicar conocimientos y habilidades pertinentes de la disciplina Informática Médica en el tratamiento y la búsqueda, con juicio crítico, de información científica en el campo de la salud, en la aplicación del método científico para dar respuesta a los principales problemas de investigación en las diferentes

asignaturas que cursa, con énfasis en las de MGI y en el uso adecuado de las herramientas metodológicas, estadísticas y computacionales para la solución de los mencionados problemas y la interpretación de resultados.

-Aplicar de manera sistemática y sistémica los conocimientos y habilidades propios del trabajo de investigación en tareas concretas de complejidad creciente en el contexto de las asignaturas y disciplinas a lo largo de todo el plan de estudios, haciendo hincapié en la disciplina rectora MGI, para el logro de la verdadera asimilación y apropiación del conocimiento y la adquisición de habilidades investigativas e informáticas a través de la acción.

Las disciplinas coordinadoras de esta estrategia son la Medicina General Integral y la Informática Médica y están presentes los conocimientos y habilidades de esta disciplina en todas las asignaturas de la carrera.

A pesar del logro que conlleva esta Estrategia Curricular se hace necesario incorporar los métodos cualitativos de investigación en la formación del personal de salud.

En la investigación en salud ha predominado el uso de métodos cuantitativos, pero en la actualidad se ha comprendido la importancia de emplear también los cualitativos. Esto lo han desarrollado los científicos sociales: antropólogos, sociólogos y psicólogos. ⁽⁵⁵⁾

Se ha llegado a oponer los dos métodos, cuando lo correcto es usar el más adecuado para el asunto que se investiga, incluso combinarlos.

“El método cualitativo es lo que se aplica al estudio de la historia, de las relaciones, de las representaciones, de las creencias, de las percepciones y de las opiniones, producto de las interpretaciones que los humanos hacen con relación a cómo viven, construyen sus instrumentos y a sí mismos, sienten y piensan... los abordajes cualitativos se adecuan mejor a investigaciones de grupos y segmentos delimitados y focalizados, de historias sociales bajo la óptica de los actores, de relaciones, y para el análisis de discursos y documentos”. ⁽⁵⁶⁾

Cada día se hace más necesario en el estudio de las enfermedades crónicas, de las adicciones, de enfermedades transmisibles como el sida y el dengue, que no se controlan con vacunas, y en las guerras, terrorismo, violencia doméstica, accidentes y suicidios, utilizar el método cualitativo para poder diseñar intervenciones que contribuyan a la solución de los problemas donde predomina lo social sobre lo biológico.

-Otro aspecto a resaltar es que apoyan a esta disciplina en la actualidad una cantidad considerable de PC que se han ubicado en los Centros de Educación Médica Superior en cifras muy superiores a las existentes en 1994. Según Informe del metodólogo de Tecnología Educativa del MINSAP ⁽⁵⁷⁾ y de la Dirección de Informática ⁽⁵⁸⁾ hay ubicadas para la docencia en el país 17,226 PC, de ellas en la UCMH la cifra de 1562. Estas PC se han ubicado en policlínicos, facultades, hospitales, filiales y otras instituciones del SNS y ha posibilitado que se utilicen los CD, DVD, SW educativos, etc. que se prepararon para la enseñanza de todas las asignaturas del plan de estudio.

-No obstante este avance, siguen incidiendo en la calidad de la impartición de esta disciplina la cifra considerable de PC que se encuentran rotas por existir atrasos en el plan de mantenimiento y reparación de las mismas.

Psicología Médica

Con el programa estudiado en 1994 los educandos adquirirían la dimensión psicológica del proceso salud-enfermedad y de la atención de salud, pero fundamentalmente iba dirigido a la atención a pacientes ingresados, que entraña un enfoque que se centra en el individuo, la enfermedad, la curación y el hospital.

Una de los señalamientos efectuados en 1994 a esta disciplina fue que en la asignatura Psicología Médica I ⁽⁴⁷⁾ no se realizaban acciones de educación en el trabajo, lo que persiste en el plan perfeccionado. Contenidos de la Psicología I se pasaron algunos a Introducción a la MGI, específicamente la octava unidad temática ofrece los elementos básicos de la entrevista médica individual, haciendo énfasis en la relación empática para lograr una comunicación efectiva, así como el guardar la debida confidencialidad de los datos como evidencia del respeto a la dignidad de las personas.

En el programa de Psicología Médica II ⁽⁴⁸⁾, tampoco tiene concebido educación en el trabajo aunque hay un señalamiento en el mismo que reza como sigue, “la educación en el trabajo se realiza conjuntamente con la asignatura de Propedéutica, en los pases de visita y en especial en la confección de la Historia Psicosocial como parte de la Historia Clínica y en la realización de entrevistas médicas”.

Esto nos hace pensar que otra de las valoraciones de aquel estudio de 1994 que señalaba debía vincularse más a la APS, sigue igual. Aunque en las clases se destaca con importancia este nivel de atención a la salud, al no contar con actividades de educación en el trabajo en la APS, no se adquieren las habilidades ni se consolidan los conocimientos al no ejercitarlos en la práctica.

Es verdad que en MGI se retoman algunos contenidos de los programas de Psicología a través de la educación en el trabajo de esta disciplina pero a mi entender sigue siendo válida la recomendación de 1994.

Una consideración de aquel estudio era que Psicología Médica II podía tratar otras “temáticas sobre los factores psicosociales en el riesgo de enfermar, ya que el programa enfatiza en el estrés, pero no en otros problemas que tienen que ver con estilos de vida como son los hábitos tóxicos, hábitos nutricionales, etc.” ⁽³⁾ Revisando el programa, estos aspectos no se abordan ⁽⁴⁸⁾.

Por lo que estimamos que en esta disciplina las consideraciones realizadas en el estudio en 1994 mantienen su vigencia.

Salud Pública

Salud Pública es la asignatura- estancia que se crea a partir de la unificación de las estancias de Teoría y Administración de la Salud Pública e Higiene y Epidemiología que se impartían separadas en 1994 y se unifican en 1996. Como se conoce por el estudio que se realizó ⁽³⁾, la estancia de Teoría y Administración de Salud Pública (TAS) se impartía en tres semanas a tiempo completo en el 5to año de la carrera en los policlínicos y los CMF desde 1985. Ya esto significaba un paso de avance en relación a etapas anteriores, en que todo se daba en clases teóricas, no había clases prácticas ni seminarios y mucho menos educación en el trabajo. Pero por muchas razones, entre ellas la

realidad de no tener un paradigma de administración eficiente, la inestabilidad de profesores y tutores, baja calidad del diagnóstico de salud, repetición de algunos temas, poca calidad de la literatura docente, se necesitaban cambios en el diseño de la asignatura, ya que se fragmentaba el conocimiento. Lo mismo pasó con la estancia de Higiene y Epidemiología que se impartía desde 1985 durante seis semanas también en el 5to año a continuación de la estancia de TAS. En el diseño de 1994 se avanzó mucho, ya que en anteriores planes de estudios no se impartía en la atención primaria de salud, era mediante clases teóricas en las facultades y coincidiendo con otras muchas asignaturas y estaba en el plan como dos asignaturas la Higiene y la Epidemiología en años distintos. En el plan de estudios analizado en 1994, la asignatura-estancia se impartía a tiempo completo en los policlínicos y los CMF así como en los centros municipales y provinciales de Higiene y Epidemiología y se introdujo la forma organizativa de la enseñanza de educación en el trabajo. No obstante estos avances, no se lograba una visión integral del alumno de los problemas de salud pública de un sector de salud, poco dominio de las medidas de promoción y prevención, de las estadísticas sanitarias, de la influencia del medio ambiente así como la modificación de los estilos y modos de vida saludables de la población y no se articulaba bien el Análisis de la Situación de Salud, sobre todo con muchas deficiencias en la elaboración de los Planes de Acción y de Ejecución. En el análisis de 1994 se concluyó que “resulta necesario seguir abordando el perfeccionamiento de este programa y la organización de todo el bloque de asignaturas médico - sociales del 5to año de la carrera de medicina” ⁽³⁾. Esto motivó que en 1996 se unificaran las asignaturas- estancias de TAS y de Higiene y Epidemiología bajo el nombre de Salud Pública.

En abril del 2010 se perfeccionó este programa añadiendo y suprimiendo temas y perfeccionando su unidad interna.

En la nueva estancia integrada, que el autor ha impartido en dos ocasiones en el curso 2010-2011, se tiene la impresión que el alumno desarrolla más habilidades que cuando se daba por separado TAS e Higiene y Epidemiología en 1994, se apropia con mayor facilidad de los conceptos básicos de la Salud Pública y puede articular sus conocimientos con mayor precisión. Aunque ya en

5to año cursó las asignaturas de Pediatría, Obstetricia, Medicina Interna, y otras asignaturas relacionadas con la Salud Pública, aún no domina los principales problemas de salud de la población cubana, las estadísticas demográficas, de morbilidad, mortalidad, los componentes y determinantes del Estado de Salud de la Población, los indicadores de salud y la influencia tan marcada del ambiente en los problemas de salud de la comunidad. En esta asignatura el estudiante se apropia del método epidemiológico y domina con mayor claridad la conducta a seguir en el control y seguimiento de las enfermedades transmisibles y no transmisibles y desarrolla habilidades de vigilancia en salud.

También en esta estancia se provee al estudiante de los objetivos y prioridades del sistema de salud para el año en cuestión, el reordenamiento del sistema de salud, la reorganización, redimensionamiento y compactación de los servicios, los propósitos del Ministerio de Salud Pública para el año y su perspectiva hasta el 2015. Se le educa en que todas las medidas que se están tomando en Salud Pública y que ellos ven reflejado en su policlínico persiguen los propósitos de hacerla más eficiente y eficaz, sostenible, que coadyuve a incrementar la satisfacción de la población y mejorar los indicadores de salud.

La evaluación de la estancia es teórico- práctica y el alumno presenta y defiende en la evaluación práctica el Análisis de la Situación de Salud del CMF donde realizó su educación en el trabajo, incidiendo en mayor medida en el plan de ejecución. O sea no solo es el diagnóstico, el análisis de los problemas de salud de la población que atiende, de forma integral, sino también la solución de los mismos utilizando los conocimientos y habilidades aprendidas en la estancia.

Por lo general el ASIS que realiza el estudiante en mi opinión y de otros profesores, es de mayor calidad que el ejecutado por el médico de familia, cuando lo tiene, ya que nos hemos encontrado consultorios donde no lo han confeccionado. En muchos de ellos se presentan los siguientes problemas: no participan en su confección los factores de la zona, las organizaciones políticas y de masas, no se discute con la población los problemas de salud y la conducta a seguir ante ellos, o sea no hay participación popular, los planes de

acción y los planes de ejecución están mal confeccionados, no priorizando los problemas de salud más importantes, los datos de la población que atiende están incompletos y otras irregularidades.

Este ejercicio adolece de una dificultad, y es que si al médico de familia no le corresponde realizar el Análisis de la Situación de Salud en las nueve semanas que el estudiante se encuentra en su consultorio, el estudiante no participará en la confección de un ASIS real, es decir, el estudiante identificará problemas sin convocar a la población, priorizará problemas sin convocar a la población y confeccionará planes de acción sin convocar a la población, lo hará como una situación modelada.

La evaluación final escrita también es integrada ante un problema de salud. Analizando la estancia actual con la que hacíamos en 1994, estimamos esta es de mayor calidad y supera las limitaciones halladas en el estudio de 1994. No obstante hay algunos problemas que debemos señalar:

-Aunque la estancia consiste en la integración de dos campos del saber, el profesor en la mayor parte de los casos, no está integrado. Hay algunos que pueden impartir todos los temas del programa, pero la mayoría imparte en las conferencias, clases prácticas y seminarios los temas de su especialidad, ya sean administradores o higienistas y epidemiólogos. En la educación en el trabajo si todos participan en las actividades docentes y no hay diferencia entre unos y otros y la gran mayoría aborda con calidad todas las acciones que se desarrollan en los distintos centros de trabajo y de estudio, en los CMF y en las unidades de la APS por donde rotan los estudiantes.

-Aunque ha aumentado la cifra de profesores a tiempo completo, aun predominan los profesores a tiempo parciales y la categoría docente prevaleciente es la de instructor. Esto hace que en ocasiones haya inestabilidad en las clases. Aunque nuestro sistema de salud está volcado de lleno para asegurar la docencia, hay imprevistos y aros que ocupan responsabilidades en los servicios les sitúan tareas de urgencia indelegables que ocasionan ausencias. Los profesores a tiempo parciales significa una gran oportunidad para la docencia al contar con aros que tienen una amplia experiencia en los servicios y que le transmiten a los estudiante sus vivencias

más inmediatas, que no las puede aportar ningún libro. El lado negativo viene dado por la organización del fondo de tiempo de ese docente, donde no está planificada con el peso necesario la preparación científica y metodológica que necesita.

-Los tutores, que son los especialistas de MGI de los CMF, han mejorado mucho su calificación con respecto a etapas anteriores.

-La dispensarización en muchas áreas se perdió y se está retomando ahora.

-La historia de salud familiar se burocrató y se está retomando ahora

-Los Análisis de Situación de Salud adolecen de los defectos ya aquí expuestos.

La *Estrategia Curricular de Salud Pública y Formación Ambiental* ⁽⁵⁹⁾ es un tema totalmente nuevo en el plan de estudios de Medicina y se debe al perfeccionamiento que se realizó en el 2010, donde se fundamenta en los objetivos terminales del médico a formar elaborados por la Comisión Nacional de Carrera en el documento “Estrategia para el Perfeccionamiento del Plan de Estudios de la carrera de Medicina” ⁽⁶⁰⁾ que el médico debe ser capaz de:

-Prestar atención médica integral a niños, adolescentes, adultos, mujeres embarazadas y ancianos en el aspecto individual, así como a las familias, las instituciones escolares, fábricas, cooperativas e instituciones de atención a grupos especiales de la sociedad, mediante las acciones de promoción de la salud del individuo, la familia y la comunidad, la prevención específica en individuos supuestamente sanos y enfermos, la atención a pacientes ambulatorios, dispensarizados o no, o a enfermos hospitalizados, el diagnóstico, la curación y la rehabilitación física, psicológica y social de aquellos que la requieran.

-Detectar e informar las afectaciones negativas del ambiente y del hombre mismo, así como ejecutar las acciones inherentes a la profilaxis higiénico epidemiológicas contenidas en los objetivos de los programas de trabajo de la atención primaria de salud en lo relativo a la higiene comunal, de los alimentos, del trabajo y escolar, con el fin de proteger y promover la salud individual, familiar y de la colectividad.

-Ejecutar acciones administrativas de acuerdo a la organización de salud pública que le permitan movilizar los recursos del sistema, a fin de utilizarlos en el cumplimiento de su actividad de atención médica integral; garantizar la utilización óptima de los recursos humanos, materiales y financieros asignados a los programas de salud; controlar y evaluar los programas de salud asignados a su nivel ocupacional.

-Participar activamente en la información necesaria a la población y en la educación para la salud del individuo, la familia y la comunidad; colaborar en la educación médica del pregrado y en la del personal de la salud y participar activamente en su propia educación y preparación profesional.

-Aplicar el método científico al diagnóstico y solución de los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad, a la búsqueda, evaluación y aplicación de la información científico técnica relacionada con la salud humana, a la búsqueda y recolección activa de la información y su análisis estadístico, tanto en el ejercicio cotidiano de su profesión, como en su participación en la ejecución de investigaciones de carácter regional o nacional en su área de trabajo.

-Realizar en situaciones de desastres las acciones de atención médica de lesionados y enfermos, y preparar a la población afectada y participante, desde el punto de vista médico sanitario.

Los objetivos que tiene esta estrategia por ciclos de la carrera son los siguientes:

Ciclo Básico:

1. Definir la Medicina como ciencia socio- biológica e identificar sus principales aportes.
2. Caracterizar al ser humano en su triple dimensión bio-psico-social, y relacionar el entorno con su salud y el desarrollo humano.
3. Describir el Análisis de la Situación de Salud como investigación acción esencial para el estudio del estado de salud de la persona, la familia y la comunidad y caracterizar la responsabilidad moral y ética profesional que acompaña a su realización.

4. Interpretar la importancia de la Medicina General Integral con su enfoque salubrista en la solución de los principales problemas de salud de la persona, la familia y la comunidad y las funciones básicas del Médico y la Enfermera de la Familia, e identificar las características fundamentales del SNS.

Ciclo Básico de la Clínica:

Interpretar la promoción de salud como la intervención educativa orientada a lograr comunidades, familias, personas y ambiente saludables mediante cambios en las condiciones, modo y estilo de vida, susceptibles de ser modificadas por esta vía.

Ciclo Clínico:

Interpretar la significación de las actividades de prevención de enfermedades y otros daños a la salud en personas familias y comunidades mediante su aplicación en escenarios reales en estrecha relación con el equipo básico de salud.

También están planteados en este documento los objetivos, contenidos y temas de Salud Pública que contienen las 57 asignaturas del plan de estudio y las cinco rotaciones del internado.

Esto es un avance extraordinario en relación con el plan de estudio evaluado en 1994.

Consideraciones Finales:

Existen entre ambos planes de estudio diferencias en el número de asignaturas con un aumento en general de las mismas en el plan perfeccionado así como nueva nominación de algunas. Los objetivos poseen un mayor alcance y profundidad, los contenidos se incrementaron y en las formas de organización de la enseñanza se observó un marcado aumento en la educación en el trabajo y en las clases prácticas.

La asignatura de Sociedad y Salud del plan de estudios de 1985, después de dos transformaciones, se convirtió en Introducción a la Medicina General Integral, ampliando los objetivos y contenidos que tenía esta. La asignatura de Bioestadística y Computación se convirtió en la disciplina de Informática Médica constituida por dos asignaturas, Informática y Metodología de la Investigación y Estadística. Las asignaturas de Higiene y Epidemiología y la Teoría de Administración de Salud se unieron y formaron la asignatura Salud Pública. La disciplina de Medicina General Integral, que tenía dos asignaturas y una rotación de siete semanas en el internado, se ha convertido en una disciplina integradora de cinco asignaturas, Introducción a la MGI, Promoción de Salud, Prevención en Salud, Medicina Comunitaria y MGI propiamente dicha, manteniendo la rotación del internado en iguales condiciones que en 1994. Se mantienen las dos asignaturas de Psicología y las dos de Filosofía. En total son 12 asignaturas y una rotación del internado de siete semanas para 13 unidades curriculares con un total de **2004** horas, que si sumamos 160 horas de dos tiempos electivos se eleva a **2164** horas y 15 unidades curriculares de un plan de estudios de **10862** horas lo que representa un **20 %** de las horas del plan de estudios.

Las horas lectivas de las disciplinas de Salud Pública en el plan de estudios de 1994 eran de **1342** horas y en el plan perfeccionado asciende a **2164**, lo que significan **822** horas más.

Pero no solamente eso, sino que la distribución de las mismas por formas organizativas de la enseñanza son muy superiores. Se han reducido sustancialmente las conferencias. De 312 horas de conferencias a 178 lo que significan **134 conferencias menos** para una disminución del **43%**. Las horas

de clases prácticas y seminarios han aumentado de 239 horas a 546 horas lo que significan **307 horas más** para un **128%**. La educación en el trabajo también tiene en el plan perfeccionado un **incremento de 332 horas** ya que de 791 horas pasa a 1217 para una ampliación de un **41%**.

En el análisis particular que hemos hecho de cada disciplina y asignatura se ha evidenciado que en todas ha habido cierto grado de mejora y en algunas de gran magnitud, a excepción de Psicología Médica, donde se mantienen las recomendaciones del informe de 1994. En el plan de estudios perfeccionado se amplía la utilización de la APS como escenario docente con relación al plan de 1994. Como se conoce, a partir del plan perfeccionado en el 2010 solo hay un plan de estudio de Medicina en el país y puede ser a predominio del escenario en la atención primaria o a predominio del escenario en la atención secundaria. Una iniciativa que se ha aplicado con éxito es la **Estancia Revertida**. “El concepto de Estancia Revertida se refiere a la necesaria estadía de los estudiantes en el escenario docente-asistencial acreditado no predominante, a fin de adquirir la preparación que no puede ser alcanzada en el escenario acreditado predominante. Para lograr los resultados esperados es imprescindible determinar los objetivos que persigue la estancia y establecer la estrategia didáctica y organizativa que asegure la inserción “fisiológica” del educando en el proceso docente-asistencial del escenario y su debida atención por profesores responsabilizados con la tarea. La CNC ha establecido un 25 % del fondo de tiempo de la asignatura para la estancia revertida” ⁽⁶¹⁾.

En el internado se aplica también el criterio de rotación revertida. Si el estudiante realiza su carrera hasta el 5to año en el escenario acreditado predominante de la APS, sus rotaciones en el internado se harán en el hospital, a excepción de la de MGI que se hará toda en la APS. Claro, en las rotaciones de Medicina Interna, Pediatría, Ginecobstetricia y Cirugía del hospital, el 25 % de se realiza en la Atención Primaria de Salud. Si el estudiante realiza su carrera hasta el 5to año en el escenario acreditado predominante de la Atención Secundaria, sus rotaciones en el internado se harán en la APS, manteniendo un 25 % en el hospital.

Tabla 8.DISTRIBUCIÓN DE HORAS POR AÑOS Y TOTALES SEGÚN ESCENARIO DE FORMACIÓN PREDOMINANTE ACREDITADO ⁽⁶²⁾

Horas totales por año académico.		Escenario de formación acreditado predominantemente.							
Años	Horas	Atención primaria				Atención secundaria			
		APS		Hospital		APS		Hospital	
		No	%	No	%	No	%	No	%
1º	1305	1305	100	0	0	442	33,87	863	66,13
2º	1386	1386	100	0	0	336	24,24	1050	75,76
3º	1895	1532	80,84	363	19,16	363	19,16	1532	80,84
4º	1960	1224	62,45	736	37,55	312	15,92	1648	84,08
5º	1510	1314	87,02	196	12,98	598	39,60	912	60,40
Sub total	8056	6761	83,93	1295	16,07	2051	25,46	6005	74,54
Internado Rotatorio revertido	2464 *	1136	46	1328	54	1744	71	720	29
TOTAL	10520 *	7897	75	2623	25	3795	36	6725	64

* No se incluyen las 320 horas destinadas al período evaluativo del internado.

Del análisis de esta tabla se evidencia que aquellos estudiantes que tienen como escenario de formación acreditado predominante la APS la utilización de este escenario comprenden el 75 % de las horas totales del plan de estudio.

En aquellos estudiantes que tienen como escenario de formación acreditado predominante la atención secundaria, se utilizan los escenarios de la APS el 36 % de las horas totales del plan de estudio.

En el plan de estudio analizado en 1994 solo el 14 % de las horas totales del mismo se desarrollaban en los escenarios de la APS, por lo que esto constituye una fortaleza del plan perfeccionado.

Tabla 9.DISTRIBUCIÓN DE HORAS POR AÑOS Y TOTALES SEGÚN UNIDADES CURRICULARES Y CONTENIDOS DE SALUD PÚBLICA ⁽⁶³⁾

Años y sus horas	Unidades curriculares (*)	Horas totales	Porcentaje
1º 1329	5	617	46,43 %
2º 1392	4	451	32,40 %
	5**	531***	38,15 %
3º 1895	1	44****	2,32 %
4º 1960	0	0	0
	1**	80***	4,08 %
5º 1502	2	402	26,76 %
SUB TOTAL 8078	12	1514	18,74 %
	14**	1674	20,72 %
Internado Rotatorio 2784	1	496 *****	17,82 %
TOTAL 10862	13	2004	18,50 %
	15**	2164	20% %

Leyenda:

(*) Incluye las unidades curriculares: Introducción a la MGI, Promoción de Salud, Prevención en Salud, Medicina Comunitaria, Medicina General Integral, Salud Pública, Informática Médica I, Metodología de la investigación y estadística, Psicología médica I y II, Filosofía y Sociedad I y II y la rotación de MGI en el internado.

** Ascende las unidades curriculares sumando el tiempo electivo como de contenido de Salud Pública.

*** Se incluyen 80 horas de tiempo electivo.

**** No se incluyen horas de tiempo electivo como de contenidos sociomédicos.

***** Se sumaron 80 horas del período evaluativo a la rotación MGI.

Del análisis de esta tabla, podemos observar que el porcentaje de las horas de las asignaturas de Salud Pública se eleva al 20 % de las horas totales del plan de estudio. En el plan analizado en 1994 solo era del 17%.

En el análisis que realizamos del plan de estudios de 1994, las disciplinas de Salud Pública y sus asignaturas se abordaban tardíamente sin coordinación horizontal ni vertical.

El plan perfeccionado contempla, entre otras, una *Estrategia Curricular de Salud Pública y Formación Ambiental* y una *Estrategia Curricular de Investigaciones e informática* que permean todas las unidades curriculares de

la carrera. También está presente la *Estrategia Curricular de Medicina Natural y Tradicional* que tiene puntos de contacto con la Salud Pública.

Nos convendría preguntar ¿qué es una estrategia curricular? ⁽⁶⁴⁾.

La estrategia línea o eje curricular en la carrera, constituye un abordaje pedagógico del proceso docente que se realiza con el propósito de lograr objetivos generales relacionados con determinados conocimientos, habilidades y modos de actuación profesional que son clave en su formación y que no es posible lograrlos con la debida profundidad desde la óptica de una sola disciplina o asignatura académica, ni siquiera con planes de estudio parcialmente integrados y requieren, por lo tanto, la participación de más de una, a veces todas las unidades curriculares de la carrera.

Esta forma de abordar el plan de estudio perfeccionado es novedosa y hemos podido observar en los programas analíticos de prácticamente todas las asignaturas del plan, la presencia de estas estrategias curriculares por lo que coadyuvará a una mejor formación profesional.

Conclusiones:

- En general se puede señalar que las limitaciones identificadas en la investigación de 1994 del ISCM H y OPS, han sido superadas en el perfeccionamiento del plan de estudio del 2010 en consonancia con las consideraciones de este estudio, destacándose la MGI como la disciplina integradora de todo el currículo.
- Las transformaciones realizadas en las disciplinas de Salud Pública en el plan de estudio perfeccionado han estado acorde con las tendencias en la educación médica superior y son pertinentes con el desarrollo de la salud pública cubana y con la situación de salud del país.
- Se han incrementado las horas lectivas de los programas de las disciplinas de Salud Pública con respecto al total de horas del plan de estudio, de un 17 % en 1994 a un 20% en el 2010. Se han mejorado sus formas organizativas de enseñanza, privilegiando la educación en el trabajo, las actividades prácticas y seminarios, la actividad independiente del estudiante.
- El nuevo concepto de Estancia Revertida y su utilización en todas las asignaturas con estancias clínicas en el plan de estudio perfeccionado, posibilita una educación más completa del estudiante de Medicina.
- Se ha aumentado de una manera significativa en el plan perfeccionado la utilización de los escenarios formativos de la atención primaria de salud. En 1994 era el 14 % de las horas del plan de estudio. En el del 2010 se incrementa de forma importante. Cuando el escenario acreditado predominante es la atención primaria, el estudiante pasa 7897 horas en el mismo para un 75% del fondo de tiempo total de la carrera. Si el escenario acreditado predominante es la atención secundaria, cursa 3795 horas en la APS para un 36 % del fondo de tiempo total.
- La utilización del nuevo concepto de las Estrategias Curriculares en la conformación del plan de estudios de la carrera de Medicina y entre ellas la de *Salud Pública y Formación Ambiental* y la de *Investigación e Informática*, van a incidir positivamente en la calidad del graduado y motivará que este tenga una formación más sólida en los conocimientos y habilidades de Salud Pública.

Recomendaciones:

Tomar en consideración los resultados de esta investigación en las futuras evaluaciones curriculares de la carrera de Medicina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS/UNICEF. Atención Primaria de Salud. Informe conjunto del Director General de la OMS y del Director Ejecutivo de UNICEF a la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud, Ginebra y Nueva York; 1978.
2. Tejada de Rivero DA. Alma-Ata: 25 años después. Revista Perspectivas de Salud. *La revista de la Organización Panamericana de la Salud* 2003; 8(1).
3. Vela Valdés J. La enseñanza de las disciplinas de Salud Pública en el Plan de Estudios de Medicina. Situación actual y perspectivas. Monografía en la OPS. Agosto 1994.
4. Rojas Ochoa F. Pasado, presente y futuro en el Desarrollo Humano. ENSAP: Temas Actualizados de la Salud. [CD-ROM]. La Habana: GIESP ENSAP; 2003.
5. Sen A. Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud en pro del Desarrollo Económico. Ginebra: OMS; 2002. [citado octubre 10, 2011]. Disponible en: <http://www3.who.int/whosis/cmh report/>.
6. González García G. Prólogo. En: González García G. Hacia un cuidado integral de la salud para la equidad: De Alma Atá a la Declaración del Milenio. Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo: "Derechos, hechos y realidades". Rossen M (ed). Buenos Aires; Ministerio de Salud de la Nación; 2007.
7. El pensamiento ideológico de Alma Atá. 2003. Colectivo de autores. Bibliografía del Diplomado I de Dirección en Salud. [CD-ROM]. La Habana: GIESP ENSAP; 2004.
8. Declaración de Buenos Aires 30-15. Hacia una Estrategia de Salud para la Equidad, basada en la Atención Primaria. En: González García G. Hacia un cuidado integral de la salud para la equidad: De Alma Atá a la Declaración del Milenio. Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo: "Derechos, hechos y realidades". Rossen M (ed). Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2007.

9. Castro Ruz F. La Historia me absolverá. La Habana: Editorial Ciencias Sociales; 1975.
10. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. A report to The Carnegie Foundation for the advancement of teaching (with an introduction by Henry S Pritchett, President of the Foundation). Bulletin number 4. Boston, Massachusetts: Updyke; 1910. (Reproduced in 1960 and 1972).
11. González Carbajal L. Mella y el Movimiento Estudiantil. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 1977.
12. García J.C. La Educación Médica en América Latina, Washington, D.C: OPS. Publicación Científica No 225; 1972.
13. World Federation for Medical Education. World Conference on Medical Education. Report, Edimburg 7-12 August; Edimburg: WHO; 1988.
14. World Health Organization. Ministerial Consultation for Medical Education in Europe. The Lisboa Initiative; 1998.
15. Conferencia Integrada Universidad Latinoamericana y Salud de la Población. Memorias del evento; La Habana, junio 1991; La Habana: Ministerio de Salud Pública; Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) y Organización Panamericana de la Salud (OPS); 1991.
16. Walton HL. Proceedings of the World Summit on Medical Education. Medical Education. 1993; 28(Supp 1):140-9.
17. Declaración de Santa Fe de Bogotá, 1995. En: Curso Introductorio. Maestría en Educación Médica. [CD-ROM]. La Habana: GIESP-CDS; 2005.
18. Declaración de Rancho Mirage, 1997. Educ Med Super 2000; 14(1):97-100.
19. Federación Mundial para la Educación Médica. Informe del Grupo de Trabajo de la para la Definición de Estándares Internacionales para la Educación Médica de Pregrado. Copenhague, 14-16 de octubre de 1999. Educación Médica. 2000; 3(4):158-69.
20. Encuentro universidad latinoamericana y salud de la población: retos y desafíos para el siglo XXI. Memorias del evento; La Habana, 16-19 noviembre 2000. La Habana: Ministerio de Salud Pública; Unión de Universidades de América Latina (UDUAL); Organización Panamericana de la Salud (OPS); 2000.
21. Declaración de Granada, 2001. Educación Médica 2002; 5(1):9-11.

22. Declaración de Sevilla, 2002. I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. [Consultado octubre 20, 2011] .Disponible en:
http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/5/documentos_declaracion.pdf
23. Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006. [Consultado octubre 4, 2011]. Disponible en:
<http://www.wma.net/s/policy/e15.htm>
24. Palés JL, Rodríguez de Castro F. Retos de la formación médica de grado. Educ. Méd. Barcelona. 2006; 9(2). [Consultado octubre 5, 2011]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_issue&pid=1575-1813&Ing_es&nrm=iso.
25. Rossen M, Sonis A, Rivero T, Brangold (h) M. Síntesis de Relatorías de las Sesiones Técnicas. Eje Recursos Humanos en Salud para el Nuevo Milenio. En: González García G. Hacia un cuidado integral de la salud para la equidad: De Alma Atá a la Declaración del Milenio. Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo: "Derechos, hechos y realidades". Rossen M (ed). Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2007. p. 164-7.
26. Fernández Sacasas J. El binomio Fidel Ilizástigui Dupuy/Luís Rodríguez Rivera: Un paradigma en la formación clínica de los estudiantes de Ciencias Médicas en Cuba, Revista Cubana de Medicina 2011; 50 (2):222-31.
27. Ilizástigui Dupuy, F. La formación de los estudiantes de las carreras y de las residencias de los profesionales de la salud. Conferencia pronunciada en el ISCMSC, Noviembre 1996.
28. Rodríguez Rivera L. Comprensión de la esencia social del ser humano para la solución de los problemas de salud. En: "Filosofía y Medicina". La Habana: Ciencias Sociales; 1987. p. 130-48.
29. Leavell H, Clark E .Preventive Medicine for the Doctor in his Community. An epidemiological approach. New York: Mc Graw-Hill Book Company; 1965.

30. Nunes Everardo Duarte. Juan Cesar García entrevista a Juan Cesar García. Ciencias Sociales y Salud en América Latina: tendencias y perspectivas. Montevideo, OPS-CIESU; 1986. p. 21.
31. Rojas Ochoa F. La Medicina Social y la Medicina Individual ¿complementariedad o divergencia?. Revista Ateneo Juan Cesar García 1996 Ene.-Jun. 4(1-2).
32. Winslow CEA. The Untitled Field of Public Health. Modern Medicine, 2. 1920. p. 183.
33. Terris M. Tendencias actuales en la Salud Pública de las Américas. Reflexiones para el debate. Washington D.C: Pub .Científica. No 540; 1992. p. 183-4.
34. Rojas Ochoa F. Fundamentación de la especialidad en Salud Pública. Revista Cubana de Salud Pública 2011; 37 (Supl): 36.
35. Organización Panamericana de la Salud: la Salud Pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington D.C: Pub .Científica. No 589; 2002. P. 47.
36. Terris M. Temas de Epidemiología y Salud Pública. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1989. p.7.
37. Programa de la asignatura Introducción a la Medicina General Integral. Abril 2010. Colectivo de Autores. Comisión Nacional de Carrera de Medicina.
38. Programa de la asignatura Promoción de Salud. Abril 2010. Colectivo de Autores. Comisión Nacional de Carrera de Medicina; 2010.
39. Programa de la asignatura Prevención en Salud. Julio 2010. Colectivo de Autores. Comisión Nacional de Carrera de Medicina. La Habana: MINSAP; 2010.
40. Programa de la asignatura Medicina Comunitaria. Julio 2010. Colectivo de Autores. Comisión Nacional de Carrera de Medicina. La Habana: MINSAP; 2010.
41. Programa de la Asignatura Medicina General Integral. Julio 2010. Colectivo de Autores. Comisión Nacional de Carrera de Medicina. La Habana: MINSAP; 2010.

42. Programa de Medicina General Integral del Internado Rotatorio. Abril 2010. Colectivo de Autores. Comisión Nacional de Carrera de Medicina. La Habana: MINSAP; 2010.
43. Programa de la disciplina Filosofía y Sociedad. Abril 2010. Colectivo de autores. Comisión Nacional de Carrera de Medicina. La Habana: MINSAP; 2010.
44. Programa de la disciplina Informática Médica. Abril 2010. Colectivo de autores. Comisión Nacional de Carrera de Medicina. La Habana: MINSAP; 2010.
45. Estrategia Curricular de Investigación e Informática. Abril 2010. Colectivo de Autores. Comisión Nacional de Carrera de Medicina. La Habana: MINSAP; 2010.
46. Programa de la disciplina Psicología Médica. Enero 2010. Colectivo de Autores. Comisión Nacional de Carrera de Medicina. La Habana: MINSAP; 2010.
47. Programa de la asignatura Psicología Médica I. Enero 2010. Colectivo de Autores. Comisión Nacional de Carrera de Medicina. La Habana: MINSAP; 2010.
48. Programa de la asignatura Salud Pública. Abril 2010. Colectivo de Autores. Comisión Nacional de Carrera de Medicina. La Habana: MINSAP; 2010.
49. Anuario Estadístico de Salud 2010. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2011.
50. Ministerio de Salud Pública. Transformaciones necesarias en el Sistema de Salud Pública. La Habana: MINSAP; 2010.
51. Martínez S et al. Análisis de Situación de Salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
52. Programa del Médico y la Enfermera de la Familia Junio 2011. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2011.
53. Guías para la Acreditación de Escenarios Docentes Mayo 2011. Dirección de Docencia. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2011.
54. Acuerdos tomados por la Junta Nacional de Filosofía del MINSAP. Documento de trabajo. Enero 2010.
55. Valles MS. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Editorial Síntesis; 1997.

56. Minayo de Souza MC. La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Editorial Buenos Aires; 2009.p.47.
57. Informe de medios audiovisuales por provincias. Documento de trabajo del MINSAP. Febrero 2010.
58. Normativas para el uso, mantenimiento, reparación y reposición de las tecnologías de la informática en los centros del SNS. Febrero 2010. Dirección de Informática del MINSAP. La Habana: MINSAP; 2010.
59. Estrategia Curricular de Salud Pública y Formación Ambiental. Abril 2010. Colectivo de Autores. Comisión Nacional de Carrera de Medicina. La Habana: MINSAP; 2010.
60. Estrategia para el Perfeccionamiento del Plan de Estudios de la carrera de Medicina. Objetivos terminales del médico a formar. Comisión Nacional de Carrera de Medicina. La Habana: MINSAP; 2010.p.7.
61. Documento normativo sobre la Estancia Revertida elaborado por la Comisión Nacional de Carrera de Medicina en Abril 2010. La Habana: MINSAP; 2010.
62. Álvarez Sintés R. Fernández Sacasas J. Dictamen sobre horas y porcentajes según escenario de formación acreditado predominante. Octubre 2011. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Vicerrectoría docente y Grupo de Desarrollo; 2011.
63. Álvarez Sintés R. Fernández Sacasas J. Dictamen sobre horas y porcentajes de asignaturas con contenidos sociomédicos. Octubre 2011. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Vicerrectoría docente y Grupo de Desarrollo; 2011.
64. Sierra S, Fernández J, Miralles E, Pernas M, Diego J. Las Estrategias Curriculares en la Educación Superior: su proyección en la Educación Médica Superior de pre y postgrado. Educación Médica Superior 2009; 23(3): 96-104.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Aparicio Suárez JL. Sistema de autoevaluación para el perfeccionamiento de la gestión institucional en la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Santa Clara, diciembre 2010.
- Borroto Cruz ER, Salas Perea R, Diaz Rojas P. Un nuevo modelo formativo de médicos en la Universidad Barrio Adentro, República Bolivariana de Venezuela. *Educ Med Super* [online]. 2010; 24(1):111-35.
- Castro Ruz F. Algunas ideas vertidas en diferentes discursos pronunciados por el Comandante en Jefe que tienen que ver con la formación del médico a egresar de la educación médica superior y con la especialidad de Medicina General Integral y que sirvieron de base para la elaboración del nuevo plan de estudios de Medicina.(1981-1984). Selección de discursos. Publicación de la Vicerrectoría de Desarrollo del ISCMH; 1986.
- Delgado García G. Desarrollo histórico de la enseñanza médica superior en Cuba desde sus orígenes hasta nuestros días. *Revista Educación Médica Superior* 2004;18 (1).
- Educación Superior en América Latina y el Caribe: sus estudiantes hoy. Colectivo de autores. México: Unión de Universidades de América Latina y el Caribe (UDUAL); 2007.
- Horruitiner Silva P. La universidad cubana: El modelo de formación. La Habana: Editorial Félix Varela; 2006.
- Ilizástigui Dupuy F. Medicina y Educación Médica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1985.
- Ilizástigui F, Calvo I, Douglas R. El Programa Director de la Medicina General Integral para el Médico General Básico (Folleto). La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1985.
- Jardines Méndez JB. Oubiña Rodríguez J, Aneiros-Riba, R. La Educación en Ciencias de la Salud en Cuba. *Revista Educación Médica y Salud* 1991; 25(4).
- Johnson I, Donovan D, Shore B, Parboosingh J. Steps to improve the teaching of Public Health to Undergraduate Medical Students in Canada.

September 2010. Associations of Faculties of Medicine of Canada (AFMC); 2010.

- López Segrera F et al. Educación permanente, calidad evaluación y pertinencia. Cali, Colombia: Editorial Universidad de San Buenaventura (USB); 2002.
- Marquez M, Sansó FJ, Alonso P. Medicina General. Medicina Familiar. Experiencia Internacional y enfoque cubano. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
- Martínez Navarro F, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Marcet P, Navarro V et al. Salud Pública, Tomo I y II. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.
- Narey Ramos B, Aldereguía Henríquez J. Medicina social y Salud Pública en Cuba,. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1990.
- Narey Ramos B. La nueva salud pública. Rev Cubana Salud Pública 2000 jul-dic; 26 (2).
- Rama C. La tercera reforma de la educación superior en América Latina. Caracas: IESALC-UNESCO; 2005.
- Rodríguez M I. Conferencia sobre tendencias en la Educación Médica en América Latina. I Conferencia Nacional sobre la Educación Médica Superior. La Habana: MINSAP; 1986.
- Sobre la teoría y práctica de la salud pública: Un debate, múltiples perspectivas. Serie desarrollo de recursos humanos No. 98. OPS; 1991.
- Tendencias de la Educación Superior en América Latina y el Caribe, editado por Gazzola AL, Didriksson A. Caracas: IESALC-UNESCO; 2008.
- Toledo Curbelo GJ et al. Fundamentos de Salud Pública. Tomo I y II. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas. MINSAP; 1994.
- Tunnermann Bernheim C et al. La educación superior en América Latina y el Caribe: diez años después de la Conferencia Mundial de 1998. Cali, Colombia: Editorial Multimedios PUJ; 2008.
- Tunnermann Bernheim C. Educación Superior de cara al siglo XXI. San José, Costa Rica: Editorial Mirambell S.A; 1999.

ANEXOS

Horas de las disciplinas de Salud Pública en los planes de estudio de Medicina de 1994-2010

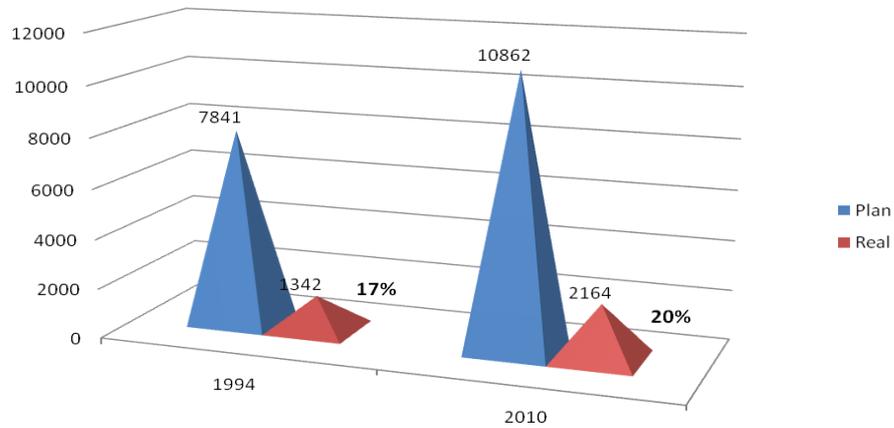


Gráfico 1

. Distribución del fondo de tiempo de las disciplinas de Salud Pública por formas organizativas de la enseñanza. Plan de estudio de Medicina 1994 y 2010.

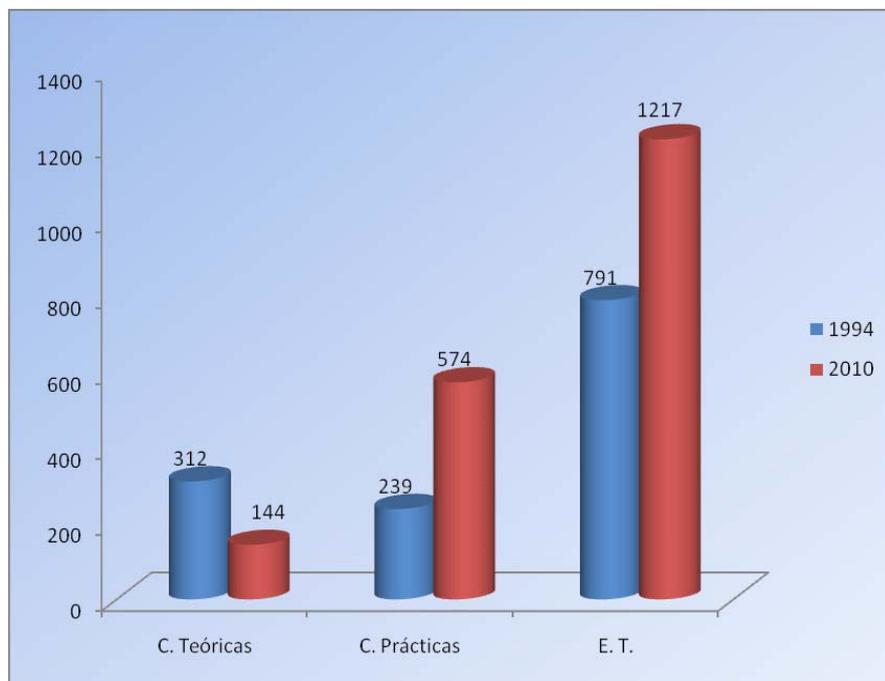
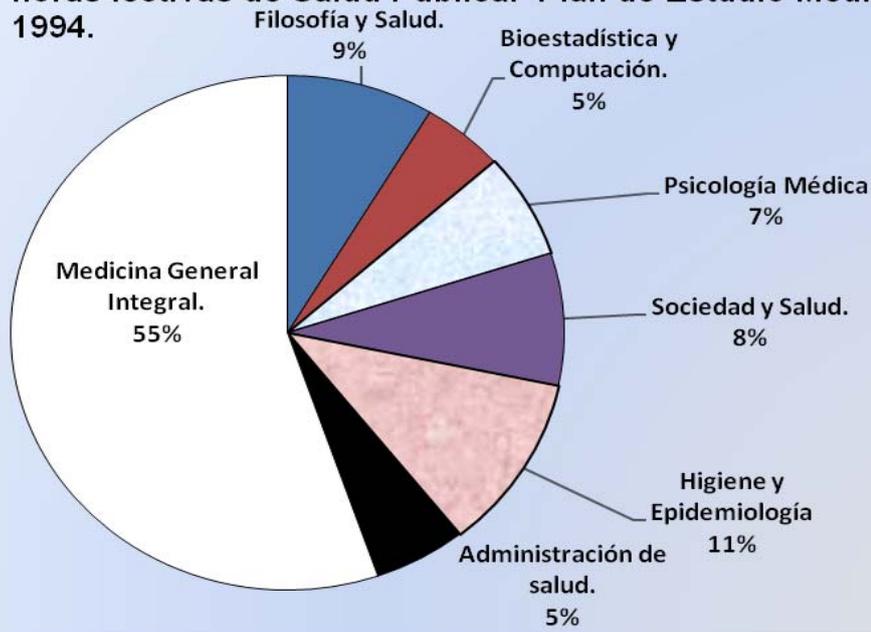


Gráfico 2

Gráfico 3 Participación de cada disciplina en el total de horas lectivas de Salud Pública. Plan de Estudio Medicina 1994.



Participación de cada disciplina en el total de horas lectivas de Salud Pública. Plan de estudio Medicina 2010

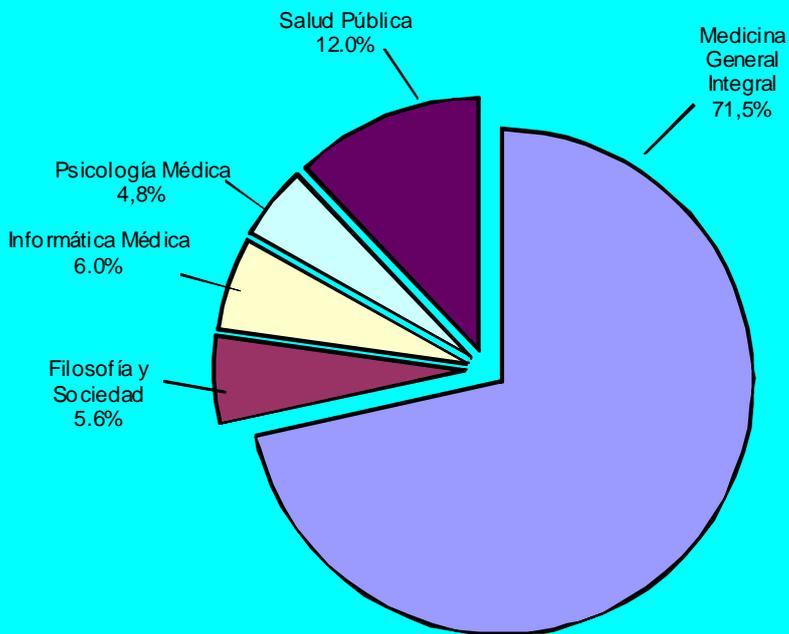


Gráfico 4

Escenario de Atención Primaria Predominante

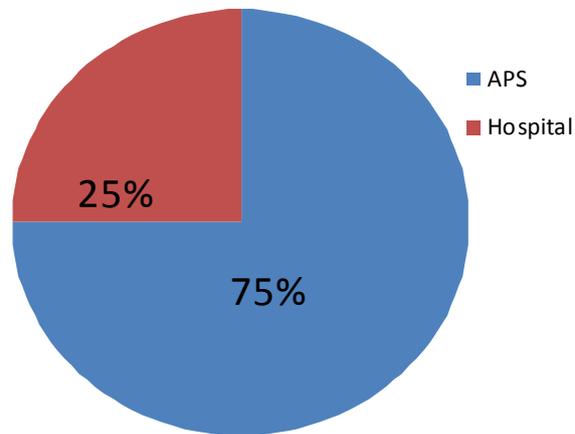


Gráfico 5

Escenario de Atención Secundaria Predominante

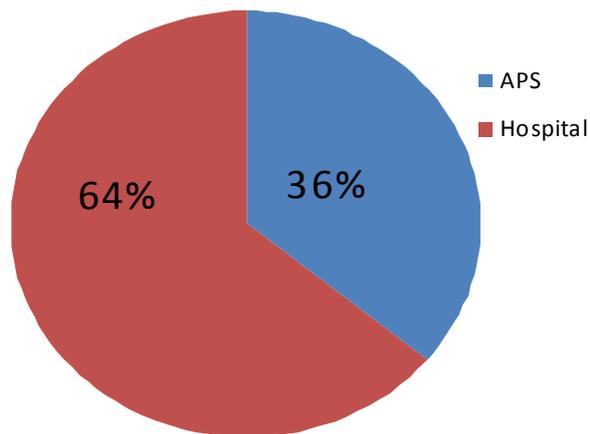


Gráfico 6