

El nuevo programa de formación de médicos latinoamericanos

Yuxini Acosta Gómez,^I Mariela Valdés Mora,^{II} Danay Saavedra Hernández,^{III} José Carlos Moreno Domínguez,^{IV} Hernán Correa Carrasco.^V

^I Especialista de Segundo grado en Medicina General Integral. Profesor instructor. FCM Ciego de Ávila.

^{II} Especialista de Segundo grado en Medicina General Integral. Profesor asistente. ISCM de Villa Clara.

^{III} Especialista de primer grado en Medicina General Integral. Profesor instructor. ISCM La Habana.

^{IV} Especialista de segundo grado en Oftalmología. Profesor auxiliar. FCM Pinar del Río.

^V Especialista de primer grado en Medicina General Integral

RESUMEN

En los países de nuestra América un alto porcentaje de latinoamericanos, viven sumidos en los límites de la pobreza y han sido progresivamente excluidos del sistema de atención médica, se ha puesto en evidencia la inequidad en salud como expresión de una política injusta; la globalización en su versión neoliberal.

Los médicos egresados de las facultades de medicina de los países de latinoamericana carecen de formación humanística y compromiso social valorando la organización de salud como un elemento puramente empresarial, bajo los principios del neoliberalismo contemporáneo.

El Nuevo Programa de Formación de Médicos en Cuba materializa una de las ideas de gran significado humano y solidario de nuestro Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz en relación con la formación de recursos humanos, es la única vía para solución de los graves problemas de salud de los países subdesarrollados, no queda otra alternativa que enfrentar esta globalización neoliberal, con la globalización de la solidaridad y el humanismo.

Ello permitirá iniciar una profunda transformación en la formación de los profesionales del sector salud, que posibilitará que nuestros países puedan enfrentar los retos y necesidades que demandan en salud los pueblos latinoamericanos.

Palabras Clave: Docencia Médica. Pregrado. Formación de Recursos Humanos.

INTRODUCCIÓN

En un Informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) del 2002 sobre el estado de la población mundial, se señala: «En el mundo en desarrollo, el mayor enemigo de la salud es la pobreza. Los pobres se enferman con más frecuencia que las personas en mejor posición económica. Sus niveles generales de salud y bienestar son muy inferiores. Están expuestos a las enfermedades contagiosas y tienen menos resistencia a ellas. Tienen más probabilidades de vivir y trabajar en ámbitos peligrosos. Disponen de menos alimentos y menos acceso al agua no contaminada. Su vivienda ofrece menos protección contra las inclemencias del tiempo y tienen más probabilidades de estar hacinada. Los pobres tienen menos acceso a los servicios de salud y los que pueden conseguir son de baja calidad y no responden a sus necesidades. Los médicos y las enfermeras los respetan menos y les dedican menos tiempo. Tienen menores probabilidades de recuperarse totalmente después de una enfermedad y mueren antes que los demás. Además, probablemente han de caer aún más profundamente en la pobreza, como resultado del tiempo laboral perdido a causa de las enfermedades y el costo de los servicios de salud»¹.

Todo ello determina el aumento de la «carga de enfermedades» en los pobres, y pone en evidencia irrefutable que hay vínculos fundamentales entre la mala salud, la enfermedad y la pobreza.

Cuando los pueblos en muchos países marchan en busca de pan y trabajo, algo evidentemente anda muy mal. La injusticia y la desigualdad cubre mayoritariamente a la población y esto acaba con su vida. Neoliberalismo, Subdesarrollo y Salud son fenómenos estrechamente ligados.

La globalización es un proceso objetivo que llegó para quedarse. Significa la mundialización de la economía y tiene el más extraordinario impacto sobre los Estados y las diferentes formas de la conciencia social, como son las ideas políticas, jurídicas, filosóficas y científicas.

La globalización en su versión neoliberal ocurre en medio del aumento más inaudito de todas las contradicciones que acompañan al Imperialismo, siendo la más aguda la que se produce entre las potencias imperialistas y las naciones del 3er mundo.

Esta globalización neoliberal tan inevitable como insostenible tendrá que dejar de existir para dar paso a una globalización solidaria, en bien de los pueblos y de su desarrollo integral.

En fecha tan temprana como 1959 Fidel Castro Ruz expresó ...» Tenemos que acabar de ver que el gran problema de todos los pueblos de América Latina es el subdesarrollo, y que nosotros debemos unir nuestros esfuerzos para solidariamente ayudarnos todos a desarrollar económicamente nuestros pueblos...»²

La pobreza constituye el denominador común de la mayoría de las afectaciones en cuestiones de salud. El empeoramiento de los principales indicadores de salud, el deterioro del nivel de vida, el acortamiento de la esperanza de vida promedio, las enfermedades y muertes evitables, en particular en la infancia; todo esto constituye una muestra abigarrada de impotencia, indiferencia, desidia,

desigualdad, injusticia, hambre, miseria, enfermedad y muerte que inexorablemente acompaña a la política de la globalización neoliberal.

La Globalización Neoliberal quiere convertir a todos los países, especialmente a los del tercer mundo en propiedad privada. Han acumulado inmensas riquezas saqueando y explotando al mundo y con su dinero pretenden comprarlo todo, menos nuestras almas³

En la reflexión del Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz del 28 de mayo del 2007 titulada «Las ideas no se matan» señala ⁴: ... «Los países que tienen menor desarrollo y más enfermedades disponen de menos médicos: uno por cada 5 mil, 10 mil, 15 mil, 20 mil o más habitantes. Cuando surgen nuevas enfermedades como el SIDA, de transmisión sexual, que en apenas 20 años ha privado de la vida a millones de personas, la padecen decenas de millones, entre ellas muchas madres y niños, para la cual existen ya paliativos, el precio de los medicamentos por persona puede ser 5 mil, 10 mil o hasta 15 mil dólares cada año. Son cifras de fantasía para la gran mayoría de los países del Tercer Mundo. Los pocos hospitales públicos se saturan de enfermos, que mueren amontonados como animales bajo el azote de una epidemia repentina.

Tal vez estas realidades, si se meditan, ayuden a una mayor comprensión de la tragedia. No se trata de una publicidad comercial que tanto dinero y tecnología requiere. Súmese el hambre que padecen cientos de millones de seres humanos, añádasele la idea de convertir los alimentos en combustibles, búsquesele un símbolo y la respuesta será George W. Bush....».

En los países subdesarrollados la esperanza de vida es de sólo 49 años y uno de cada 10 niños no alcanza a cumplir un año. En cambio, en los países desarrollados, la duración media de la vida es de 77 años y la tasa de mortalidad de menores de un año es de seis por cada 1 000 nacidos vivos.

Las discrepancias entre ricos y pobres en cuestiones de salud son por lo general más grandes en los países más pobres que en los más ricos, pero esto no es necesariamente inexorable. Los países que diseñan su sistema de salud para promover la igualdad como derecho social, garantizan la salud a la población, sea cual fuere su nivel de ingreso, así tenemos a Viet Nam y Cuba, entre otros. Mientras que, en los Estados Unidos, país que efectúa el mayor gasto de salud per cápita entre todos los países del mundo, las desigualdades en el acceso a la atención de la salud son las mayores en todos los países industrializados, con resultados globales peores en materia de salud.

Los pobres padecen de analfabetismo y carecen de educación en general, así como de educación sobre salud en particular. Actualmente hay en los países en desarrollo más de 1 000 millones de jóvenes entre 10 y 19 años: el mayor grupo registrado en la historia de la humanidad. Estos jóvenes son los trabajadores productivos y los progenitores del futuro; pero necesitan información y destrezas para proteger sus vidas y su salud, y plasmar su potencial. Aparte de la enseñanza escolar, los jóvenes necesitan educación que refleje la complejidad de sus vidas, lo que incluye la capacitación para ganarse la vida, la equidad de género, salud y nutrición: o sea aquellos aspectos que los prepare para la adultez.

La pobreza es la principal amenaza que se cierne sobre el bienestar de las personas de mayor edad. Muchos, entre los 400 millones de mayores de 65 años en los países en desarrollo viven por debajo del límite de pobreza. La experiencia de la pobreza en la infancia y la adultez se agrava con la edad. Las personas que han padecido durante toda su vida una dieta deficiente, múltiples embarazos,

inadecuados servicios de salud reproductiva y arduo trabajo físico, llegarán a la ancianidad padeciendo mala salud.

La liberalización del mercado en lo atinente a los productos necesarios para vivir, en realidad ha empujado más a la gente hacia la pobreza, ya que los mercados tienen el propósito de maximizar las utilidades y no de atacar la pobreza. Hasta el momento la globalización neoliberal ha tenido escasos efectos positivos sobre la salud, la educación y otros bienes sociales para los pobres; en verdad, lo único que ha producido son efectos negativos.

En el Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la Organización Mundial de la Salud de 2001, se señalan, entre otros, los aspectos siguientes ⁵:

§ Se ha subvalorado la influencia de la salud en el crecimiento económico; los estudios sugieren que cada mejora del 10% de la esperanza de vida está asociada a un aumento del crecimiento económico del 0,3% - 0,4% anual, a igualdad de los demás factores.

§ En 1998, las enfermedades transmisibles (malaria y tuberculosis en primer orden), las afecciones maternas y perinatales, las infecciones de la infancia, las enfermedades relacionadas con el tabaco y las carencias nutricionales causaron 16 millones de defunciones. Hoy se les añade entre las principales causas de muerte el VIH-SIDA. De los 30 millones de niños que no recibieron inmunizaciones básicas, 27 millones viven en los países en desarrollo. Del medio millón de mujeres que fallecen anualmente durante el embarazo o el parto, el 99% vive en los países en desarrollo.

§ El nivel de gasto total medio en salud en los países de pobres es insuficiente para hacer frente a los problemas de salud que se les plantean. Es de aproximadamente \$ 13 US por persona al año. El gasto público representa alrededor del 50% del gasto total en salud. Se estima que las necesidades financieras mínimas para cubrir las intervenciones esenciales, incluidas el SIDA, son de alrededor de \$30 a 40 dólares estadounidenses (US) por persona y año.

§ Se considera que los países desarrollados necesitan aumentar su asistencia financiera a los países pobres hasta cerca de 27 mil millones (US) al año en el 2007 y hasta \$38 mil millones US al año en el 2015. Actualmente su asistencia oficial para el desarrollo es del orden de los \$ 6 mil millones US. La estrategia de financiación interna recomendada por la Comisión, prevé un aumento de los recursos presupuestarios internos del 1% del Producto Nacional Bruto (PNB) para 2007, y del 2% para el 2015.

§ El Informe reconoce la necesidad de que se realicen inversiones complementarias en educación, abastecimiento de agua salubre, higiene individual y el saneamiento ambiental; así como en todos los otros sectores que repercuten en la salud.

§ La mayoría de los 1 000 millones de personas más pobres no pueden acceder a un sistema de salud que esté a la altura que corresponde. Es necesario construir nuevas infraestructuras físicas, aumentar el personal del sector salud, mejorando su preparación y fortaleciendo los sistemas de gestión y su capacidad de resolución.

§ Dentro del sector salud la máxima prioridad de desarrollo de sus servicios se centran en el nivel comunitario —la atención primaria de salud por ser donde se dispensan realmente los servicios de salud; cercanos a donde vive la población; que se prestan en centros de salud e instalaciones de menor tamaño. Ello conlleva el fortalecimiento básico de su personal asistencial, la dotación del soporte físico

requerido, el suministro suficiente de fármacos y una capacidad mínima de transporte.

§ La atención prenatal y la salud infantil son importantes para lograr los objetivos educativos en la infancia. Una de las consecuencias más importantes de la mala salud son sus efectos sobre la asistencia a la escuela y la capacidad cognitiva de los niños; o sea el entorpecimiento de los resultados educacionales. Los estudios indican que la carencia de nutrientes esenciales y la presencia de parasitismo intestinal influyen en el desarrollo infantil y en sus logros educativos.

§ Para influir en la salud de los pobres será necesario que se aumenten las inversiones en investigación y desarrollo de nuevos fármacos, vacunas y medios de diagnóstico para combatir las enfermedades. Se precisa más apoyo para obtener y analizar datos epidemiológicos y para vigilar las enfermedades infecciosas.

§ La industria farmacéutica ha de garantizar que los países en desarrollo tengan acceso a los medicamentos esenciales, casi al costo de producción. Acordarían conceder la licencia de su tecnología a fabricantes de genéricos de alta calidad, que la utilizarían solamente en su país.

Se ha puesto en evidencia en los países de nuestra América, que un alto porcentaje de latinoamericanos, sumidos en los límites de la pobreza, han sido progresivamente excluidos del sistema de atención médica, y que los *médicos formados en ese periodo no han podido resolver*, cuantitativa ni cualitativamente, los problemas crecientes de salud en sus respectivos países.

DESARROLLO

La Universidad médica tiene el encargo social de formar profesionales de la salud capaces de promover salud y prevenir, curar y rehabilitar, más que a las enfermedades, a los enfermos quienes, en tanto que personas, no sólo se enferman en el plano biológico tal y como por cientos de años después de la Antigüedad se había creído- sino por el desequilibrio producido, tanto con predominio en esa esfera como en la psicológica o social, o en todas al mismo tiempo ⁶.

La única alternativa posible, como forma de contribuir al salvamento de la civilización del tercer milenio, radica en el enfrentamiento de la ética de la solidaridad social a la ética del egoísmo. Esta necesidad de búsqueda de una alternativa justa e inteligente, que permita la salvación no sólo de las actuales generaciones sino de las venideras.

Salud(del latín salus): Estado normal de las funciones orgánicas e intelectuales ⁷. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que: « La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de las afecciones o enfermedades». La salud debe ser entendida como... «la calidad de la existencia del hombre determinada por su relación armónica con el medio natural social que le corresponde» ⁸.

La expresión Inequidad en salud designa la parte de las desigualdades existentes que cabe considerar injusta en el marco de cierta teoría de la justicia y cabe argumentar legítimamente que, el objetivo primordial de una política de salud debe ser la reducción de esas situaciones de inequidad ⁹.

El proceso salud-enfermedad debe ser interiorizado por la Universidad como lo que es, un proceso social. Por tanto, hay que apoyar al Sistema Nacional de Salud en su estrategia de privilegiar la salud colectiva sobre la individual. Consecuentemente, el proceso docente se tiene que basar en la identificación y búsqueda de respuestas a esos procesos reales, con la participación consciente de la propia población involucrada.

La educación médica tiene que expresar su compromiso con la realidad sanitaria del país. Por ello, en la solución de los problemas de salud deben estar la fuente, el contenido, los métodos y la práctica de los procesos de enseñanza-aprendizaje, como expresión de la ética de las profesiones sanitarias.

La atención primaria constituye el principal espacio para la formación y desarrollo de los recursos humanos en salud y para asumir el mayor desafío ético de nuestros tiempos: preparar al personal de salud en los conceptos de la Medicina Social y Preventiva, con un alto compromiso social.

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

Entre los principales *problemas que confronta la educación médica mundial*, tenemos que:

§ La práctica médica se basa en un modelo de atención centrado en la enfermedad y lo curativo, de profunda dependencia tecnológica y altos costos, con el subsiguiente abandono de los programas preventivos e inexistencia de programas de promoción de la salud.

§ Predominio del modelo conceptual biologicista y medicalizado, haciendo que la formación y la investigación se impregnen del concepto de enfermedad, desvinculándose de la salud y sus determinantes.

§ La irrupción vertiginosa y desproporcionada en el último decenio de una red de clínicas y consultorios privados, muy escaso desarrollo de la red de servicios del primer nivel de atención de salud.

§ La creciente disminución de la matrícula de nuevo ingreso en la carrera de medicina, caracterizada por la «elitización» del ingreso, convertido en patrimonio casi exclusivo de hijos de profesionales y profesores universitarios, reproduciéndose prácticas y visiones que hacen perennizar el modelo de atención individual, curativo y hospitalario.

§ Una formación circunscrita al aula casi por completo, con pocas prácticas profesionales, concentradas a veces en los últimos años de su carrera y realizadas, casi exclusivamente, en los hospitales.

§ Pobre relación entre las instituciones formadoras y los servicios, con la predominante desvinculación de los estudiantes con la realidad de sus comunidades.

§ Formación de profesionales con escasa sensibilidad social, poca capacidad resolutoria, transformadora, y con mayor propensión a la mercantilización, y deshumanización de la atención médica.

§ En la actualidad existe un déficit de médicos generales y un elevado número de especialistas. Los postgrados responden a necesidades individuales y no a prioridades nacionales.

§ Desarticulación entre la formación de los recursos humanos y las necesidades de salud crecientes de la población.

Muchas han sido las declaraciones con relación a las estrategias que deben caracterizar a los procesos formativos del profesional médico, por ejemplo: La carta de Ottawa de 1986 ¹⁰, las Declaraciones de Sundsvall Statement on Supportive Environments de 1991 ¹¹, así como las declaraciones realizadas en las Cumbres Mundiales de Educación Médica que se han realizado en las décadas del 80 y del 90 ^{10 12, 13, 14}.

Variados han sido los cuestionamientos sobre la educación apropiada de los médicos, si bien es cierto que en este campo se han venido realizando algunas reformas, es criterio de la autora que la mayoría de estos cambios han sido más por estar en correspondencia con las tendencias educativas actuales, que por un objetivo verdaderamente comprometido con las sociedades donde se han producido. Ejemplo de ello es observado en el cambio que algunas universidades han realizado del «enfoque centrado en el profesor» a la nueva propuesta del «enfoque centrado en el estudiante»; otro ejemplo de estos cambios es el aprendizaje basado en la resolución de problemas liderado por universidades anglosajonas, así como la tendencia del currículo orientado hacia la comunidad, y novedosos métodos de evaluación ^{15, 16}.

Todo esto ha venido perfilando un cambio en la filosofía de la formación de los recursos humanos en salud. No obstante el cambio que exige la sociedad contemporánea se refiere a la posibilidad real de formar médicos caracterizados por un pensamiento científico técnico y humanista que permita la atención integral en salud al individuo, la familia y la comunidad y que de hecho contribuya al mejoramiento humano como consecuencia del dominio de las competencias diagnósticas y terapéuticas que de manera esencial posibiliten la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Las ideas anteriormente expresadas están en plena concordancia con las aspiraciones explicitadas desde 1988 en la Declaración de Edimburgo donde se planteó y cito «La reforma de la Educación Médica requiere más que acuerdo un compromiso generalizado a la acción, al liderazgo vigoroso y la voluntad política, redefinición de prioridades y reasignación de los recursos».

En la experiencia de la Universidad Médica Cubana ha sido una realidad desde hace más de cuatro décadas la concreción de estas aspiraciones en relación con la formación médica, con la puesta en marcha de diseños curriculares que han privilegiado la formación de un médico generalista y escenarios formativos propios de la práctica profesional¹⁷.

Un desastre natural marca una etapa que posibilita ampliar y desarrollar cualitativamente el pensamiento solidario e internacionalista en salud de nuestro Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, en septiembre de 1998 el huracán Georges azotó Haití y República Dominicana, y un mes después el huracán Mitch devastó Centroamérica, que sumida desde antes, en una situación sanitaria precaria,

marcada por un estado de pobreza y desnutrición crónicas, escasos recursos dedicados a la salud pública estatal, una infraestructura hospitalaria deficiente y con los escasos médicos concentrados en las grandes ciudades y poblados, creó una situación crítica en sus respectivos pueblos. Cuba envió una ayuda médico sanitaria completamente gratuita, situando a su personal profesional en los lugares más necesitados e intrincados, en muchos de los cuales nunca se habían visto un médico.

En el discurso pronunciado por el Comandante en jefe Fidel Castro Ruz en la inauguración de la Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas, en ocasión de la IX Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y Gobierno, expresó: «La idea de un programa integral de salud y una Escuela Latinoamérica de Ciencias Médicas nació de los 2 terribles huracanes que azotaron el Caribe y Centroamérica causando un impresionante número de víctimas mortales e incalculable daño material»¹⁸.

El 1 de septiembre de 1999 iniciaron el primer año de la carrera de Medicina 1 859 estudiantes de 17 países. En estos años transcurridos, la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) ha posibilitado profundizar en las raíces históricas y socioculturales de nuestros países latinoamericanos, africanos y del pueblo norteamericano, y establecer un programa de Premédico para nivelar sus conocimientos y garantizar el éxito en sus futuros estudios. Este centro ha posibilitado desarrollar y recomendar todo un conjunto de ajustes curriculares, que han servido de base para el perfeccionamiento del plan de estudio vigente¹⁸.

En el desarrollo del Programa Integral de Salud (PIS) en los diversos países en los que se ha venido ejecutando desde 1998 hasta nuestros días, se ha puesto en evidencia la calidad y pertinencia del médico general básico y del especialista en MGI formado a través del plan de estudio cubano, progresivamente perfeccionado, y que aún se encuentra en vigor. A fines del 2002 este Programa se desarrollaba en unos 20 países de América Latina y el Caribe, África y Asia. También se apoyó con profesores la creación de facultades de medicina en Haití, Guinea Ecuatorial y Gambia¹⁹.

En el año 2003 y a solicitud del Gobierno Bolivariano de Venezuela se inicia la Misión Barrio Adentro en Caracas, extendiéndose de forma progresiva a todos los demás estados de dicho país¹⁹. El inicio de dicha misión conllevó la necesidad de garantizar, el desarrollo posgradual de los especialistas de MGI, tanto en su formación académica como en la superación profesional, acciones que se fueron extendiendo a los médicos venezolanos.

En el año 2005, teniendo como referencia la formación médica cubana de más de cuatro décadas, y en el ámbito de la Alternativa Bolivariana para las Américas (ALBA) se constituyó en Venezuela una Comisión Mixta para el diseño del Programa de Formación del Médico Integral Comunitario (MIC) el cual ha sido coordinado por profesionales médicos cubanos de una gran experiencia en la formación médica y ejecutado por el especialista de MGI que desarrolla su función de atención integral de salud en el marco de la Misión Barrio Adentro²⁰. Este programa se ha venido desarrollando mediante nuevos modelos pedagógicos, a través de un currículo totalmente integrado a ejecutarse fundamentalmente en instituciones acreditadas académicamente de la atención primaria de salud, bajo la dirección metodológica y tutorial de los especialistas cubanos en MGI, formados como profesores integrales de las ciencias básicas biomédicas, sociomédicas, básicas de la clínica y clínicas, bajo un prisma transdisciplinario clínico- básico, orientado a la solución de los principales problemas de salud de la población venezolana y el dominio de los principios básicos en educación médica.

En el encuentro del Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz y el presidente de la República Bolivariana de Venezuela, el compañero Hugo Rafael Chávez Frías en el Aló Presidente número 231 realizado en agosto del 2005 en el municipio Sandino, provincia Pinar del Río, ambos se comprometieron en formar 100 000 médicos latinoamericanos²¹.

En el año 2005, y como lógica consecuencia del salto de calidad ocurrido en la formación de profesionales médicos en Cuba y la experiencia acumulada hasta el momento en el Programa del Médico Integral Comunitario en la República Bolivariana de Venezuela, se inicia en Cuba la implementación del Nuevo Programa de Formación de Médicos Latinoamericanos (NPFML), dirigido a la formación de médicos procedentes de diferentes latitudes, y que sigue los mismos principios rectores y formativos considerados en el Médico Integral Comunitario en el contexto venezolano²².

En los meses de mayo y junio del 2005 llegaron los primeros jóvenes a Cuba, actualmente 31 países están representados en el programa. Ubicados en las provincias Holguín y Cienfuegos en la modalidad de Policlínico Universitario y en escuelas durante la etapa de Premédico y en Facultades- Policlínicos una vez que inician la carrera en los municipios Jagüey Grande en la provincia de Matanzas, Sandino en la provincia Pinar del Río, Abreu en la provincia Cienfuegos y en el municipio especial Isla de la Juventud ²³.

En la clausura del IX seminario internacional de Atención Primaria de Salud. Marzo 2006. El Comandante en Jefe Fidel Castro expresó ²⁴:

- Revolución es cuando un proceso político cambia de verdad y es capaz de resistir en virtud de las ideas.
- Cambio social, cuestión de necesidad vital para la supervivencia de la humanidad.
- Formación de médicos Latinoamericanos.
- Educación en masa de la carrera de medicina.
- Más de 100 escuelas secundarias y preuniversitarias convertidas en facultades de medicina, con el modelo de escuela policlínico, para la formación de médicos latinoamericanos, con la experiencia de Venezuela.
- Escuelas policlínicos que además de la función docente prestara asistencia médica a estudiantes, profesores, trabajadores y vecinos de la comunidad.
- Cada médico un profesor.
- Todos los policlínicos universidades.
- Ideas que puedan ser probadas y demostradas. Métodos pedagógicos que puedan ser divulgados.
- Los medios diagnósticos más modernos como medios de enseñanza utilizados masivamente.
- Uso de las nuevas tecnologías de la información y la informática en la formación de los estudiantes y en la preparación de los profesores.

- En las aldeas están nuestros médicos y ahí estarán los alumnos.
- Superación científica de todos los profesionales de la salud.
- Ideas de más de 20 años que se están poniendo en práctica hoy.

En la reflexión del Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz del 28 de mayo del 2007 titulada «LAS IDEAS NO SE MATAN» señala ⁴... «Hace unos días, al analizar los gastos que implicaba la construcción de tres submarinos de la serie Astute, dije que con ese dinero «se podrían formar 75 mil médicos y atender a 150 millones de personas, suponiendo que el costo de formar un médico fuera la tercera parte de lo que cuesta en Estados Unidos.» Ahora, siguiendo el mismo cálculo, me pregunto cuántos médicos se podrían graduar con los cien mil millones de dólares que, en un solo año, caen en manos de Bush para seguir sembrando luto en hogares iraquíes y norteamericanos. Respuesta: 999 990 médicos, los cuales podrían atender a 2 mil millones de personas que hoy no reciben servicio médico alguno...»

En otra reflexión del Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, el 21 de mayo del 2007, con el título «EL SUBMARINO INGLÉS» señala: ²⁵... «Cuba actualmente está formando como médicos a decenas de miles de jóvenes de otros países.

En cualquier apartada aldea de África, un médico cubano puede recibir a un joven de la propia aldea o del municipio, con enseñanza equivalente a doce grados escolares, e impartirle los conocimientos de su profesión utilizando videos y computadoras que reciban energía de un pequeño panel solar, sin que el joven tenga que salir de su región natal, ni contaminarse con los hábitos de consumismo de las grandes ciudades.

Lo importante son los pacientes, que padecen malaria u otras muchas enfermedades típicas e inconfundibles, que el alumno verá junto al médico.

El método ha sido probado con resultados sorprendentes. Los conocimientos y la práctica acumulada durante años, no tienen comparación posible.

El ejercicio no lucrativo de la medicina es capaz de ganar a todo corazón noble.

Cuba, preocupada desde el triunfo de la Revolución por la formación de médicos, maestros y otras profesiones, con menos de 12 millones de habitantes, cuenta hoy con más especialistas en Medicina General Integral que los médicos que dispone toda el África subsahariana, con más de 700 millones de habitantes....»

A pesar del desarrollo vertiginoso y sostenido que ha tenido la educación médica en Cuba hoy se ha logrado llevar a la práctica los métodos que respondan a las exigencias que como gran visionario ha estado planteando el Comandante en Jefe Fidel Castro y que están relacionadas con la formación masiva de alta calidad en los escenarios de la futura profesión y bajo el modelo del médico especialista en MGI que ha estado validado por la práctica mundialmente reconocida.

Partiendo de lo expresado anteriormente del Nuevo Programa de Formación de Médicos Latinoamericanos muestra las siguientes ventajas²¹:

- Formación en la práctica médica, en función de los problemas de salud de la comunidad y centrada en la salud, junto al profesor, desde el primer año de la carrera.

- Asume altas matriculas.
- Preparación del claustro de profesores en el ámbito científico técnico y pedagógico.
- Un profesor imparte la asignatura Morfofisiología Humana que integra todas las asignaturas de las ciencias básicas.
- Desarrollo del proceso de formación en todos los escenarios de atención médica.
- Uso de los medios diagnósticos como medios de enseñanza.
- Uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación.
- Estrategia docente que responde a la lógica de los modelos de aprendizajes más innovadores.
- Se basa en métodos de enseñanza activos, buscando un aprendizaje productivo.
- Formación en la investigación científica haciendo uso de la pesquisa activa.

Ante los análisis anteriormente realizados, no queda otra alternativa que *enfrentar esta globalización neoliberal, con la globalización de la solidaridad* preconizada por el Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz. Eso ahora es factible de concretar en el marco de la Alternativa Bolivariana para las Américas (ALBA). Ello permitirá iniciar una profunda transformación en la formación de los profesionales del sector salud, que posibilitará que nuestros países puedan enfrentar los retos y necesidades que demandan en salud los pueblos latinoamericanos. ¿Pero sobre qué bases o premisas?

Esta *transformación solamente puede estar basada* en:

§ La formación de un médico general, especializado con posterioridad, con 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 brindar una atención integral de salud, que privilegie las acciones de promoción y preventivas.

§ El proceso de formación tiene que descentralizarse hacia las propias comunidades. La universidad tiene que existir «in situ», o sea en cada lugar donde se efectúa la interrelación del médico con los individuos sanos o enfermos-, las familias y la propia comunidad. Con ello la universidad se multiplica y humaniza, y se hace más pertinente con las necesidades de salud de la población.

§ Se tiene que desarrollar sobre la base de la estrategia de atención primaria de salud, acercando los servicios a la población, con el empleo de la más alta tecnología a su disposición, cuyo empleo se desarrolle sobre la base de una comunicación y relación médico paciente fortalecida institucionalmente.

§ La atención primaria de salud se constituye en la base de la integración asistencial, docente e investigativa, en el propio servicio de salud, ejecutado por un mismo profesor integrador, especialista en medicina general integral, con amplia base científica, metodológica y en educación médica.

§ El principio metodológico de su proceso docente, debe ser el del estudio-trabajo, aprendiendo a hacer, a ser, a convivir solidariamente, a través de las diferentes actividades de la educación en el trabajo. Donde el profesor sea ejemplo, oriente y guíe el proceso formativo, y el educando se constituya en objeto y sujeto de su propio aprendizaje.

§ Debe ejecutarse a través de un nuevo modelo pedagógico, con el empleo de los recursos, los medios y las tecnologías educativas contemporáneas requeridas.

«iMadre América, allí encontramos hermanos! iMadre América allí tienes hijos!»

José Martí Pérez

CONSIDERACIONES FINALES

- La globalización es un proceso objetivo que no puede detenerse ni revertirse. Ha pasado a su versión neoliberal.
- El neoliberalismo es la doctrina del saqueo total de los pueblos subdesarrollados, lleva aparejado la pobreza y la desigualdad social.
- El subdesarrollo y su secuela la pobreza, constituye el denominador común de la mayoría de las afectaciones en cuestiones de salud.
- La dirección causal que va desde la desigualdad social hacia la salud está cada vez mejor establecida.
- El objetivo primordial de una política de salud debe ser la reducción de las situaciones de inequidad.
- La solución de los graves problemas de salud de los países subdesarrollados tiene como un elemento fundamental la formación masiva de médicos.
- En el marco de la Alternativa Bolivariana para las América se ha planteado el propósito de formar 100, 000 médicos en 10 años.
- Los Programas de Formación de Medicina Integral Comunitaria en Venezuela y del Nuevo Programa de Formación del Médico Latinoamericano en Cuba, marcan el inicio de la materialización de ese empeño.

BIBLIOGRAFÍA

1. La transición demográfica como objeto del conocimiento científico y social. informe del Fondo de Población de Naciones Unidas, Madrid, y Editorial Científico Técnica, La Habana, 2002. Disponible en: <http://www.dict.uh.cu/Revistas/UH/Número%20258>
2. Balaguer Cabrera José R; Menéndez Díaz Manuel y otros. Los procesos de integración frente a la crisis neoliberal. Rev. Cuba Socialista 1999, 14 (2-3), 33-64.

3. Regueiro Bello, Lourdes Ma. América latina. Integración en tiempo de crisis. Cuba Socialista 1999; (14): pp. 4-11.
4. Castro Ruz F. Reflexión «Las ideas no se matan». 28 de mayo de 2007 [monografía en Internet]. Disponible en: <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/2007/esp/f280507e.html>
5. Habana, Cuba, 2001. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Organización Mundial de la Salud. Macroeconomía y Salud <http://www.uh.cu/centros/cesbh/Archivos/bvirtual/tesis2.pdf>
6. Amaro Cano, María del C. La educación en bioética en la universidad médica cubana. Disponible en: <http://www.uvs.sld.cu/humanidades/plonearticlemultipage.2006-07-21.6790061043/la-educacion-en-> :
7. Diccionario terminológico de Ciencias Médicas. 10 ed. Barcelona: Salvat; 1972. Salud; p. 960.
8. Barreras Enrich, Ariel y otros. «Filosofía y Ciencias de la Salud». La Habana: Pueblo y Educación; 1991.
9. Murray, C.J.L; Gakidov, E.E; Frenk, J. Desigualdades en salud y diferencias entre grupos sociales. ¿ qué debemos medir?. Bol OMS, 1999: 10-15.
10. Carta de Ottawa para la Promoción de Salud [monografía en Internet]. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de Salud. 21 de Noviembre de 1986. [Citado 10 de julio 2006]. Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/http/ottawacharterSp.pdf>.
11. Byrne N, Rozental M. Tendencias actuales de la educación médica y propuesta de orientación para la Educación Médica en América Latina. Rev. Educación Médica y Salud. Organización Panamericana de la Salud. 1994; 28:53-93.
12. Declaración de Edimburgo ´93. Edimburgo: Federación Mundial de Educación Médica; 1993.
13. Pacheco D. La educación médica en las Américas. Propuestas emanadas de las conferencias internacionales. Rev. Méx. de Educación Médica. 1991; 2 (1): 245-249.
14. Declaración de Edimburgo ´88. Edimburgo: Federación Mundial de Educación Médica; 1988.
15. Flexner A. Medical education in the United Status and Canada. Carnegie Fundation for the Advancement of Teaching, New York, 1910.
16. Neufeld UVR, Woodward CA. The Master MD program. A case study of a renewal in medical education. Acad Med, 1989; 64: 423,432.
17. Cuba. Comisión Central. Nuevo Plan de Estudio de la Carrera de Medicina. La Habana: MINSAP; 1985.
18. Cuba. Comisión Central. Nuevo Plan de Estudio de la Carrera de Medicina. La Habana: MINSAP; 1985.

19. MES: Ministerio de Educación Superior de Venezuela y Dirección Nacional de Docencia de la Misión Barrio Adentro. Programa Nacional para la Formación del Médico Integral Comunitario en la República Bolivariana de Venezuela. Caracas: MES; 2005.

20. Castro Ruz F. Discurso pronunciado en el acto con motivo de la primera graduación de la Escuela Latinoamericana de Medicina. Teatro «Carlos Marx», 20 de agosto de 2005 [monografía en internet]. [citado 20 nov 2006] Disponible en: <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>

21. Hugo Rafael C, Fidel Castro Ruz. Programa Aló presidente 231, Sandino, 20 agosto 2005 [monografía en Internet]. [citado 4 may 2007] Disponible en: <http://granma.co.cu>

22. Principios Rectores y Mapa Curricular del Nuevo Programa de Formación de Médicos. Documento de Trabajo. La Habana: ENSAP, 2006.

23. NPFML: Coordinación Nacional del Nuevo Programa de Formación del Médico Latinoamericano. Sistema de Parte Semanal de Matrícula. Documento interno de trabajo de la Secretaria General. La Habana, 2007.

24. Castro Ruz F. Discurso pronunciado en la clausura del IX seminario internacional de Atención Primaria de Salud. Marzo 2006.

25. Castro Ruz F. Reflexión «EL SUBMARINO INGLÉS». 21 de mayo de 2007 [monografía en Internet]. Disponible en: <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos /2007/esp/f210507e.html>